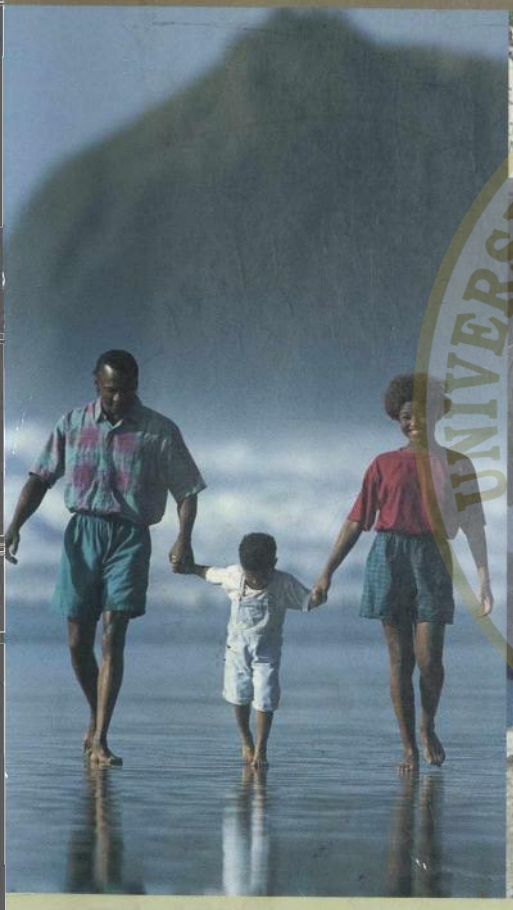
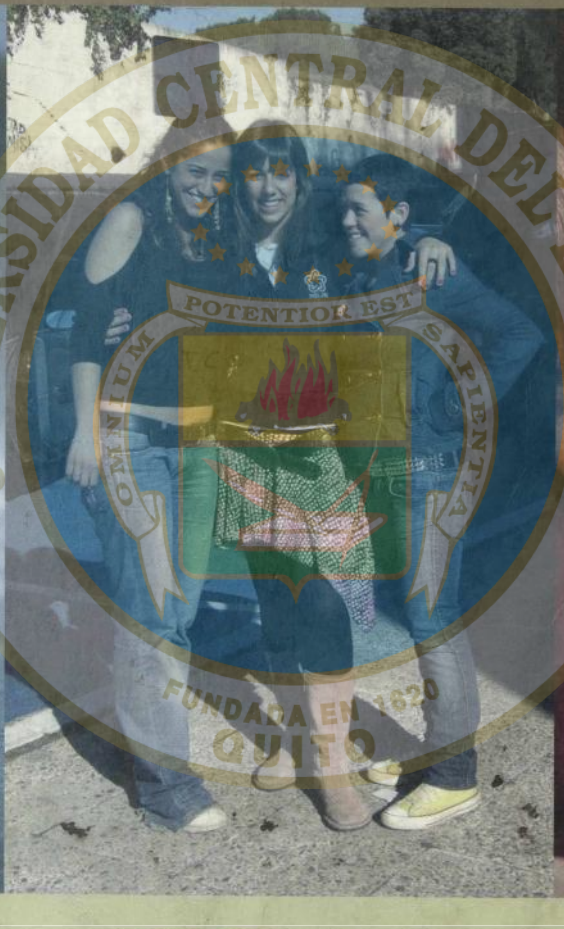
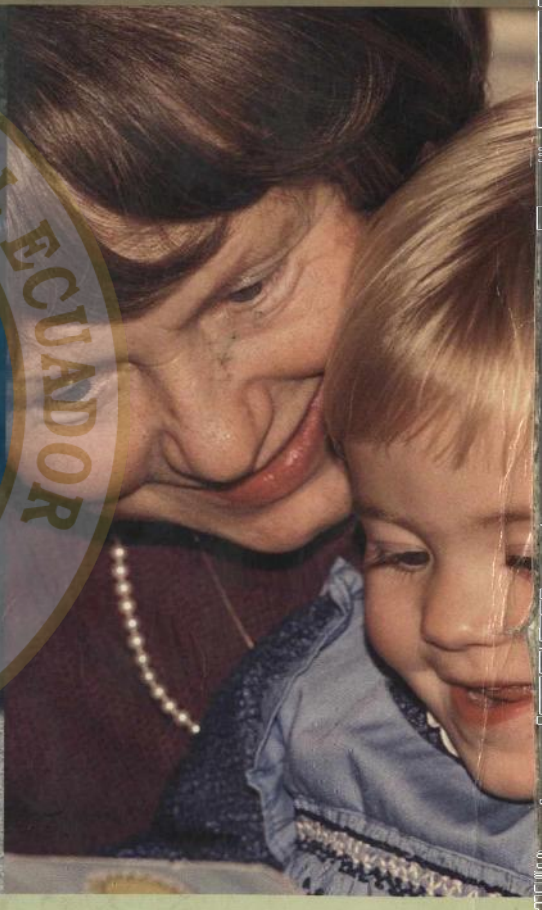
Décima edición

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO. EL CICLO VITAL







UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

JOHN W.
SANTROCK

Mc Graw Hill

SIB-UCE LABORATORIO DE DIGITALIZACIÓN
Campus Central, calle Jerónimo Leyton y Gatto Sobral
+593 2230757 ext: 808 biblioteca.general@uce.edu.ec
©2022-2024

BASE LEGAL PARA DIGITALIZACIÓN DE LIBROS CON DERECHOS DE AUTOR

El Sistema Integrado de Bibliotecas de la Universidad Central del Ecuador, digitalizará su acervo bibliográfico siempre y cuando sea para fines educativos y de investigación. No se permite la reproducción y distribución para la comercialización directa e indirecta de este.

La digitalización del material bibliográfico se lo realiza de acuerdo al Código Orgánico De La Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación **Art. 212 numeral 9, Literal ii** "(…) Una biblioteca o archivo podrá, además, realizar los siguientes actos (…) La reproducción electrónica y comunicación pública de obras de su colección para ser consultadas gratuita y simultáneamente hasta por un número razonable de usuarios, sólo en terminales de redes de la respectiva institución o para usuarios de esa institución bajo su control, en condiciones que garanticen que no se puedan hacer copias electrónicas de esas reproducciones" y **literal vii** "La reproducción, adaptación, traducción, transformación, arreglo, distribución y comunicación de una obra protegida por derechos de autor o una prestación protegida por derechos conexos, en uno o más formatos accesibles para el uso exclusivo de personas con discapacidad".

Este material se considera un producto intelectual a favor de su autor; por tanto, la titularidad de sus derechos se encuentra protegida por el Código Orgánico De La Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación. La violación a dichos derechos constituye un delito que será responsabilidad del usuario.

Este libro está disponible físicamente en

Biblioteca:

Facultad de Cultura Física

Piso:	**Estante:**	**Bandeja:**
PB	01	09

Convenio interinstitucional:

Enlace al catálogo:

11650
7

Psicología del DESARROLLO. El Ciclo Vital

Décima edición

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

RPB
E:01
B:09


UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM
SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

155
S237
g.1

Psicología del DESARROLLO. El Ciclo Vital

C.13546

Décima edición

John W. Santrock
Universidad de Texas en Dallas

Traductores
Brenda Navarro
Sergio Quintana

Revisión técnica
José Ignacio Navarro
Universidad de Cádiz, en Puerto Real

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CULTURA FÍSICA
No. de Ingreso ..... Fecha 09/07/2013
Compra Canje ..... Donación .....
Valor $ 40.50

Mc Graw Hill

MADRID · BOGOTÁ · BUENOS AIRES · CARACAS · GUATEMALA · LISBOA · MÉXICO
NUEVA YORK · PANAMÁ · SAN JUAN · SANTIAGO · SÃO PAULO
AUCKLAND · HAMBURGO · LONDRES · MILÁN · MONTREAL · NUEVA DELHI · PARÍS
SAN FRANCISCO · SIDNEY · SINGAPUR · SAN LUIS · TOKIO · TORONTO

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO. El Ciclo Vital. Décima edición

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

DERECHOS RESERVADOS © 2006, respecto a la décima edición en español, por
McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.
Edificio Valrealty, 1.ª planta
Basauri, 17
28023 Aravaca (Madrid)

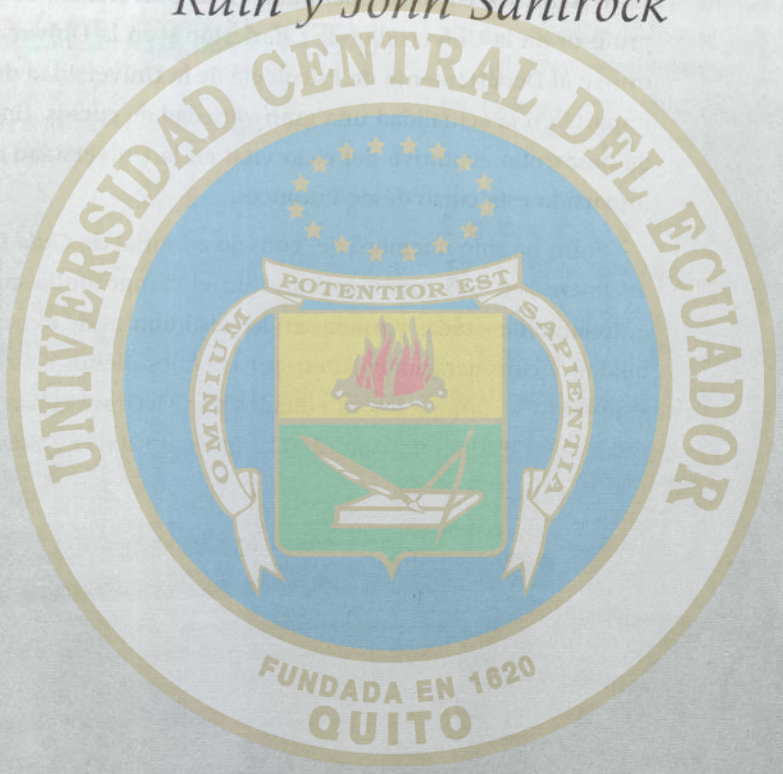
Traducido de la sexta edición en inglés de
LIFE-SPAN DEVELOPMENT
The McGraw-Hill Companies, Inc.
Copyright © 2006
ISBN: 0-07-296739-0

ISBN: 84-481-4639-5
Depósito legal: M. 13.217-2006

Editor: José Manuel Cejudo
Preimpresión: Puntographic, S. L.
Impreso en Fernández Ciudad, S. L.

IMPRESO EN ESPAÑA - PRINTED IN SPAIN

Con especial agradecimiento a mis padres,
Ruth y John Santrock

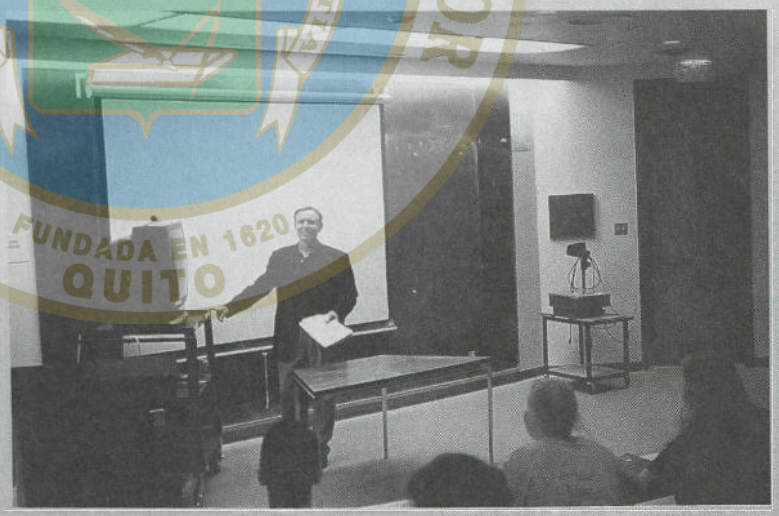


Sobre el autor

John W. Santrock

John Santrock cursó su doctorado en la Universidad de Minnesota en 1973. Fue profesor en la Universidad de Charleston y en la Universidad de Georgia antes de unirse al Departamento de Psicología de la Universidad de Texas, en Dallas, donde imparte en la actualidad una gran variedad de cursos. En 1982 John creó el curso de desarrollo evolutivo del ciclo vital en la Universidad de Texas, en Dallas, y ha impartido este curso desde entonces.

John ha sido miembro del consejo editorial de *Child Development* y *Developmental Psychology*. Sus investigaciones en el campo de la custodia familiar han sido ampliamente citadas y usadas en los testimonios de expertos para promover flexibilidad y consideraciones alternativas en los pleitos sobre la custodia de los hijos. Este texto se suma a los ya editados por McGraw-Hill en español, *Psicología de la Educación* (2001), *Psicología* (2002), *Infancia* (2003) y *Adolescencia* (2004).



John Stantrock ha impartido clases sobre Psicología evolutiva en la universidad ininterrumpidamente desde 1973

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen de contenidos

Sección 1
LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL
1 Introducción 2
2 La ciencia del desarrollo del ciclo vital 30

Sección 2
COMIENZOS
3 Comienzos biológicos 68
4 Desarrollo prenatal y nacimiento 98

Sección 3
PRIMERA INFANCIA
5 Desarrollo físico en la primera infancia 134
6 Desarrollo cognitivo en la primera infancia 174
7 Desarrollo socioemocional en la primera infancia 204

Sección 4
NIÑEZ TEMPRANA
8 Desarrollo físico y cognitivo en la niñez temprana 232
9 Desarrollo socioemocional en la niñez temprana 266

Sección 5
NIÑEZ INTERMEDIA Y TARDÍA
10 Desarrollo físico y cognitivo en la niñez intermedia y tardía 304
11 Desarrollo socioemocional en la niñez intermedia y tardía 346

Sección 6
ADOLESCENCIA
12 Desarrollo físico y cognitivo en la adolescencia 384
13 Desarrollo socioemocional en la adolescencia 424

Sección 7
JUVENTUD
14 Desarrollo físico y cognitivo en la juventud 464
15 Desarrollo socioemocional en la juventud 504

Sección 8
MADUREZ
16 Desarrollo físico y cognitivo en la madurez 544
17 Desarrollo socioemocional en la madurez 578

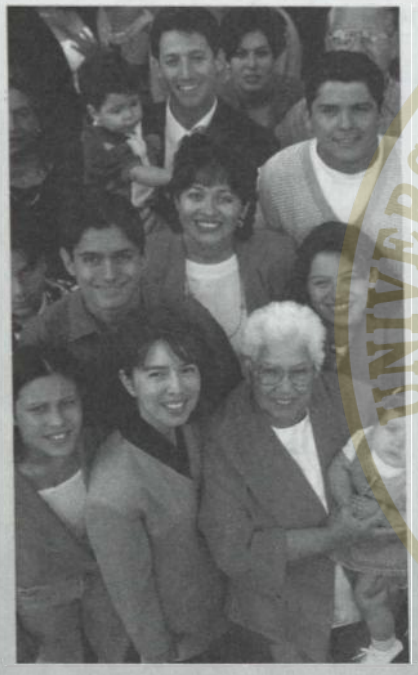
Sección 9
VEJEZ
18 Desarrollo físico en la vejez 610
19 Desarrollo cognitivo en la vejez 644
20 Desarrollo socioemocional en la vejez 674

Sección 10
ETAPA FINAL DE LA VIDA
21 Muerte y duelo 702

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIÆ SCIENTIARUM
FUNDADA EN 1680
QUITO

Contenido

SECCIÓN 1 LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL



Capítulo 1

INTRODUCCIÓN 2

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *¿Cómo se convirtió Ted Kaczynski en Ted Kaczynski y Alice Walker en Alice Walker? 4*

La perspectiva del desarrollo del ciclo vital 5
- ¿Qué es el desarrollo del ciclo vital? 5
- Perspectiva histórica 5
- Características de la perspectiva del ciclo vital 7
- Algunas preocupaciones contemporáneas 9

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La lucha de la mujer por la igualdad: Un recorrido internacional 13*

Procesos y períodos del desarrollo 16
- Procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales 17
- Periodos del desarrollo 18

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Memoria en la mañana y en la tarde y memoria para algo significativo 20*
- Edad y felicidad 21
- Concepciones de la edad 22

Factores del desarrollo 23
- Naturaleza y medio 23
- Continuidad y discontinuidad 24
- Estabilidad y cambio 24
- Evaluando los factores de desarrollo 25

Objetivos de aprendizaje 27

Resumen 28

Capítulo 2

LA CIENCIA DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL 30

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La infancia de Erikson y de Piaget 32*

Teorías del desarrollo 32
- Teorías del psicoanálisis 34
- Teorías cognitivas 38
- Teorías conductistas y cognitivo-sociales 41
- Teoría etológica 43
- Teoría ecológica 45

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Cultura y educación infantil 46*
- Una orientación teórica ecléctica 47

Investigación en el desarrollo del ciclo vital 49
- Tipos de investigación 49
- El ciclo de la investigación 54

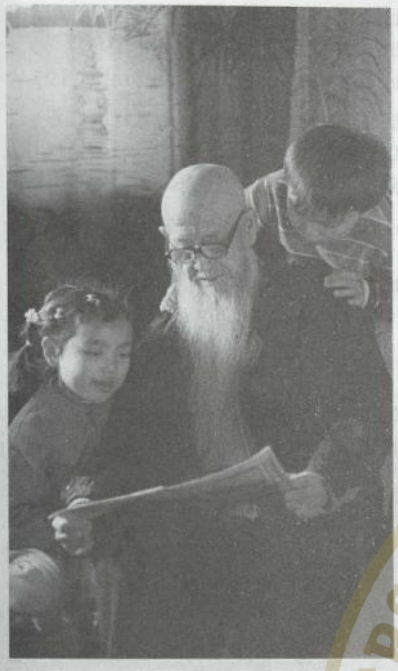
INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Revistas de investigación científica 57*

Enfrentarse a los desafíos de la investigación 58
- Llevar a cabo investigaciones éticas 59
- Minimizar la parcialidad 60
- Cómo obtener información de forma sensata sobre el desarrollo del ciclo vital 62

Objetivos de aprendizaje 65

Resumen 65

SECCIÓN 2 COMIENZOS



Capítulo 3

COMIENZOS BIOLÓGICOS 68

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Los gemelos Jim y Jim 70*

La perspectiva evolucionista 71
- Selección natural y comportamiento adaptativo 71
- Psicología evolucionista 72

Fundamentos genéticos 75
- Proceso genético 75
- Principios genéticos 78
- Anomalías vinculadas con los genes y los cromosomas 79

Desafíos y elecciones en la reproducción 83
- Test de diagnóstico prenatal 83
- Infertilidad y tecnologías reproductivas 84
- Adopción 85

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *El incremento de la diversidad de los niños adoptados y padres adoptivos 88*

Herencia, medio y diferencias individuales 89
- Comportamiento genético 89

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Genes y longevidad 90*
- Correlaciones entre herencia y medio 91
- Experiencias compartidas y no compartidas en el medio 92
- La perspectiva epigenética 93
- Conclusiones sobre la interacción entre herencia y medio 93

Objetivos de aprendizaje 95

Resumen 96

Capítulo 4

DESARROLLO PRENATAL Y NACIMIENTO 98

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *El nacimiento de Tanner Roberts: un viaje fantástico 100*

El desarrollo prenatal 101
- El curso del desarrollo prenatal 101
- Teratología y riesgos para el desarrollo prenatal 104
- Cuidado prenatal 114

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Cuidado prenatal en Estados Unidos y en el resto del mundo 115*
- Creencias culturales sobre el embarazo 116
- Desarrollo prenatal normal 116

Nacimiento 117
- El proceso del nacimiento 117
- Bebés de bajo peso 121

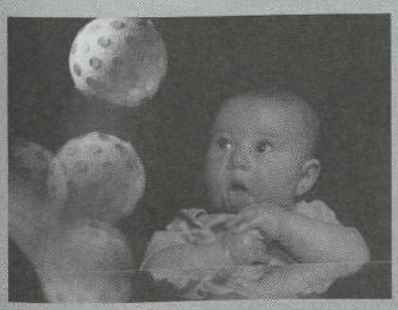
INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La investigación de Tiffany Field sobre el masaje terepéutico 123*
- Medidas de la salud y capacidades de respuesta neonatal 125

El período posparto 126
- ¿Qué es el período posparto? 126
- Ajustes físicos 127
- Ajustes emocionales y psicológicos 128
- Contacto físico inicial 129

Objetivos de aprendizaje 130

Resumen 131

SECCIÓN 3 PRIMERA INFANCIA



Capítulo 5

DESARROLLO FÍSICO EN LA PRIMERA INFANCIA 134

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Alimentación con leche materna o con biberón en el tercer mundo 136*

Crecimiento físico y desarrollo en la primera infancia 137
- Patrones de desarrollo céfalo-caudal y próximo-distal 137
- Peso y estatura 138
- El cerebro 138
- Sueño 143
- Nutrición 146

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST SAPIENTIA FUNDADA EN 1620 QUITO

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Un comienzo saludable* 148
Aprender a ir al baño 150

Desarrollo motor 151
Teoría de los sistemas dinámicos 151
Reflejos 152
Habilidades motoras gruesas 154
Habilidades motoras finas 157

Desarrollo sensorial y perceptivo 159
¿Qué son la sensación y la percepción? 159
El punto de vista ecológico 160

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Estudiando la percepción del recién nacido* 161
Percepción visual 163
Otros sentidos 166
Percepción intermodal 168
Coordinación perceptivo-motriz 169

Objetivos de aprendizaje 171

Resumen 171

Capítulo 6
DESARROLLO COGNITIVO EN LA PRIMERA INFANCIA 174

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Laurent, Luciente y Jacqueline* 176

La teoría de Piaget sobre el desarrollo infantil 177
Procesos cognitivos 177
El estadio del desarrollo sensorio-motor 179

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Permanencia del objeto y causalidad* 182

Aprendizaje y memoria 184
Condicionamiento 185
Atención 185
Imitación 186
Memoria 186

Diferencias individuales en inteligencia 187

Desarrollo del lenguaje 190
¿Qué es el lenguaje? 190
Las reglas del lenguaje 190
Cómo se desarrolla el lenguaje 193
Influencias biológicas y ambientales 195

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Entorno lingüístico, pobreza y desarrollo del lenguaje* 198

Objetivos de aprendizaje 200

Resumen 201

Capítulo 7
DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA 204

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La historia del padre de Tom* 206

Desarrollo emocional y de la personalidad 206
Desarrollo emocional 207
Temperamento 211
Desarrollo de la personalidad 215

Apego 217
Teorías del apego 217
Diferencias individuales y la reacción ante extraños 218
El significado del apego 220
Diferentes formas de crianza y tipos de apego 221

Contexto social 222
La familia 222
El jardín de infancia 225

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Política del cuidado infantil en el mundo* 225

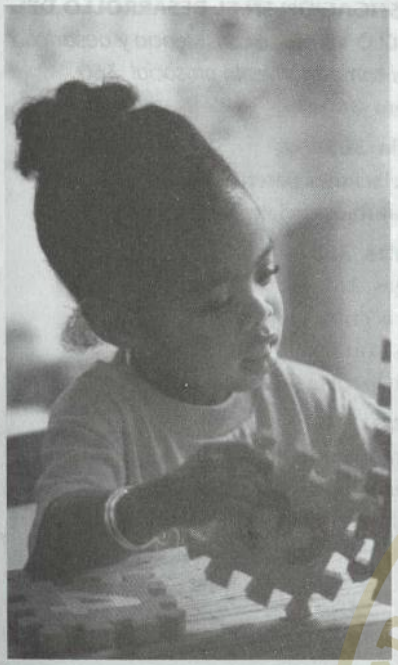
INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Estudio longitudinal nacional del cuidado infantil* 227

Objetivos de aprendizaje 229

Resumen 230

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

SECCIÓN 4 NIÑEZ TEMPRANA



Capítulo 8

DESARROLLO FÍSICO Y COGNITIVO EN LA NIÑEZ TEMPRANA 232

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Los niños de Reggio Emilia 234*

Cambios físicos 235
- Cambios y crecimiento corporal 235
- Desarrollo motor 237
- Nutrición 240
- Enfermedad y muerte 241

Cambios cognitivos 243
- El estadio preoperacional de Piaget 243
- La teoría del desarrollo de Vygotsky 247
- Procesamiento de la información 250

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *¿Cómo pueden los padres sugerir sutilmente falsos recuerdos a sus hijos? 253*

Desarrollo del lenguaje 255

Educación en la niñez temprana 257
- Variaciones en los estilos educativos en la niñez temprana 257
- La educación de los niños desfavorecidos 260
- Factores educativos en la niñez temprana 260

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Educación de la niñez temprana en Japón 261*

Objetivos de aprendizaje 263

Resumen 263

Capítulo 9

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL EN LA NIÑEZ TEMPRANA 266

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Sara y el desarrollo de su sentido de la moralidad 268*

Desarrollo emocional y de la personalidad 268
- El yo 269
- Desarrollo emocional 270
- Desarrollo moral 271
- Género 273

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Los esquema ocupacionales de género según los niños 279*

Familias 281
- Crianza de los hijos 281
- Relaciones entre hermanos y orden de nacimiento 288
- La evolución de la familia en un contexto social cambiante 289

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Aculturación y crianza de los hijos en las minorías étnicas 292*

Relaciones entre iguales, juegos y televisión 294
- Relaciones entre iguales 294
- Juegos 295
- Televisión 298

Objetivos de aprendizaje 301

Resumen 302

SECCIÓN 5 NIÑEZ INTERMEDIA Y TARDÍA



Capítulo 10

DESARROLLO COGNITIVO EN LA NIÑEZ INTERMEDIA Y TARDÍA 304

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Zhang Liyin 306*

Cambios físicos y salud 307
- Crecimiento corporal y proporciones 307
- Desarrollo motor 307
- Ejercicio físico y deporte 308
- Salud, trastornos y enfermedades 310

Niños con discapacidades 312
- ¿Cómo son los niños con discapacidades? 312
- Problemas en el aprendizaje 312

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR · SAPIENTIA · FUNDADA EN 1620 · QUITO

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 314
Aspectos educativos 315

Cambios cognitivos 316
Teoría de Piaget 316
Procesamiento de la información 320
Inteligencia 325

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *El proyecto abecedario* 332

Desarrollo lingüístico 338
Vocabulario y gramática 338
Lectura 339
Bilingüismo 340

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La educación bilingüe* 340

Objetivos de aprendizaje 342

Resumen 342

Capítulo 11
DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL EN LA NIÑEZ INTERMEDIA Y TARDÍA 346

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Pax, el planeta imaginario* 348

Desarrollo emocional y de la personalidad 349
El yo 349
Desarrollo emocional 351
Desarrollo moral 353

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La consistencia y desarrollo del comportamiento prosocial* 360

Género 360

La familia 365
Las relaciones paterno-filiales 366
Los cambios sociales y las familias 366

Los iguales 369
Amigos 369
Estatus entre iguales 370
Cognición social 371
Acoso escolar (bullying) 372

La escuela 374
Enfoques contemporáneos sobre el aprendizaje y la evaluación de los estudiantes 374
La transición a la escuela primaria 375
Estatus socioeconómico y origen étnico 376
Comparación transcultural del rendimiento escolar 379

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La educación y el rendimiento escolar de niños estadounidenses y asiáticos* 379

Objetivos de aprendizaje 381

Resumen 382

SECCIÓN 6 ADOLESCENCIA



Capítulo 12
DESARROLLO FÍSICO Y COGNITIVO EN LA ADOLESCENCIA 384

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La mejor y la peor época para los adolescentes de hoy en día* 386

Características de la adolescencia 386

Cambios físicos 388
Pubertad 389
Sexualidad en la adolescencia 393
El cerebro 399

Problemas de salud en los adolescentes 400
Uso y abuso de sustancias 400

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Evaluación de un programa de acción familiar destinado a reducir el consumo de alcohol y de tabaco entre los adolescentes más jóvenes* 403

Problemas y trastornos alimentarios 405
Salud de los adolescentes 407

Cognición en la adolescencia 410
Teoría de Piaget 411
Egocentrismo en la adolescencia 412
Procesamiento de la información 413

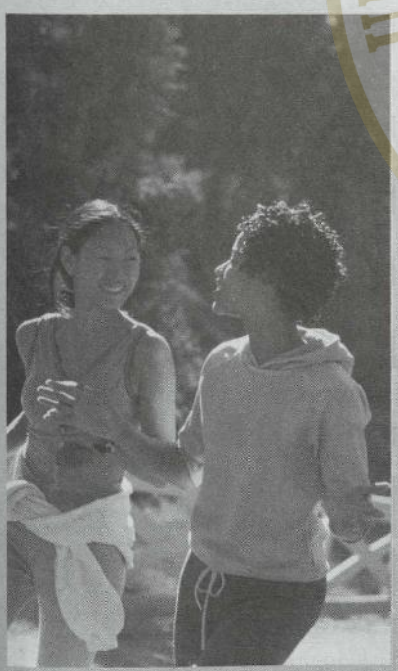
La escuela 415
La transición de la escuela primaria a la secundaria 415
Escuelas eficaces para los adolescentes más jóvenes 416
La escuela secundaria 417

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Comparaciones transculturales de centros de educación secundaria 419*
Aprendizaje a través de servicios a la comunidad 419
Objetivos de aprendizaje 421
Resumen 422

Capítulo 13
DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA 424

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Autorretrato de una chica de 15 años 426*
El yo y el desarrollo emocional 427
Autoestima 427
INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La imagen que los adolescentes tienen de sí mismos 427*
Identidad 428
Desarrollo emocional 434
La familia 435
Autonomía y apego 435
Conflictos entre padres y adolescentes 437
Los iguales 440
Amistades 440
Grupos de iguales 441
Citas y relaciones amorosas 442
Cultura y desarrollo en la adolescencia 445
Comparaciones transculturales 446
Origen étnico 449
DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *El Puente 452*
Problemas de los adolescentes 453
Delincuencia juvenil 453
Depresión y suicidio 457
La interrelación entre los problemas y los programas de prevención e intervención que han tenido éxito 458
Objetivos de aprendizaje 461
Resumen 462

SECCIÓN 7 JUVENTUD



Capítulo 14
DESARROLLO FÍSICO Y COGNITIVO EN LA JUVENTUD 464

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Florence Griffith Joyner 466*
La transición de la adolescencia a la edad adulta 466
Convertirse en un adulto 467
La transición del instituto a la universidad 468
Desarrollo físico 471
Nivel máximo y disminución del rendimiento físico 471
Alimentación y peso corporal 473
Ejercicio físico habitual 477
Abuso de sustancias 478
Sexualidad 483
Orientación sexual 483
Enfermedades de transmisión sexual 486
Abuso sexual y acoso sexual 488
INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Agresiones sexuales en la universidad 489*
Desarrollo cognitivo 491
Estadios cognitivos 491
Creatividad 492
Trayectoria profesional y trabajo 495
Cambios en el desarrollo 495
Tipos de personalidad 495
Valores y trayectoria profesional 496
Control de las expectativas laborales 496
La influencia del trabajo 497
DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Diversidad en el ámbito laboral 499*
Objetivos de aprendizaje 501
Resumen 502

Capítulo 15
DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL EN LA JUVENTUD 504

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Gwenna y Greg: Ella tiene claros sus objetivos; él se resiste al compromiso 506*

Continuidad y discontinuidad de la niñez a la edad adulta 507
Temperamento 507
Apego 508

Atracción, amor y relaciones de pareja 510
Atracción 510
Las diversas caras del amor 512
Desenamoramiento 517

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *El crecimiento personal tras la ruptura de una relación amorosa* 517
Soledad 518

Matrimonio y familia 521
El ciclo vital de la familia 521
Matrimonio 523

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *El matrimonio en el mundo* 524
Roles parentales 529

Diversidad en los estilos de vida adultos 531
Adultos que viven solos 531
Adultos con parejas de hecho 532
Adultos divorciados 533
Adultos que vuelven a casarse 535
Adultos homosexuales 536

Género, relaciones y desarrollo personal 538
Desarrollo de las mujeres 538
Desarrollo de los hombres 539

Objetivos de aprendizaje 541

Resumen 542

SECCIÓN 8 MADUREZ



Capítulo 16
DESARROLLO FÍSICO Y COGNITIVO EN LA MADUREZ 544

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La percepción del tiempo* 546

La cambiante edad madura 547

Desarrollo físico 549
Cambios físicos 549

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *La forma física en los adultos más jóvenes y la salud cardiaca durante la mediana edad* 552
Salud y enfermedad 553

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Fomento de la salud entre afroamericanos, hispanos, americanos de origen asiático e indígenas americanos* 555
Índices de mortalidad 557
Sexualidad 558

Desarrollo cognitivo 562
Inteligencia 562
Procesamiento de la información 564

Trayectoria profesional, trabajo y ocio 566
Trabajo en la madurez 566
Satisfacción producida por el trabajo 567
Retos y cambios profesionales 567
Ocio 568

Religión y sentido de la vida 569
Religión y vida adulta 569
Religión y salud 570
Sentido de la vida 572

Objetivos de aprendizaje 574

Resumen 575

Capítulo 17
DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL EN LA MADUREZ 578

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Variaciones en la madurez* 580

Teorías de la personalidad y desarrollo 581
Teorías basadas en la existencia de etapas 581
Enfoque basado en los acontecimientos vitales 585
Estrés en la madurez 587
Contextos del desarrollo en la madurez 588

Estabilidad y cambio 592
Estudios longitudinales 592
Conclusiones 596

Relaciones cercanas 597
Amor y matrimonio en la madurez 597
El nido vacío y cómo se vuelve a llenar 599
Relaciones entre hermanos y amistades 600

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Abuelos 600
Relaciones intergeneracionales 602

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *«Tuvimos una agradable conversación»: Cómo describen madres e hijas su relación en diferentes momentos del desarrollo en la edad adulta* 603

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Relaciones intergeneracionales en familias estadounidenses de origen mexicano: efectos de la inmigración y la aculturación* 605

Objetivos de aprendizaje 607

Resumen 607

SECCIÓN 9 VEJEZ



Capítulo 18
DESARROLLO FÍSICO EN LA VEJEZ 610

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Aprender a envejecer de manera positiva* 612

Longevidad 613
Esperanza de vida y ciclo vital 613

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Se vive más en Okinawa* 616
El anciano-joven, el anciano y el anciano-anciano 617
Teorías biológicas del envejecimiento 618

El transcurso del desarrollo físico en la vejez 620
Envejecimiento cerebral 621

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *El estudio de las monjas de Mankato* 624
Sistema inmunológico 625
Aspecto físico y movimiento 625
Desarrollo sensorial 626
Sistemas circulatorio y pulmonar 629
Sexualidad 629

Salud 631
Problemas de salud 631
El anciano muy mayor resistente 634
Ejercicio físico, nutrición y peso corporal 634
Uso y abuso de sustancias 638
Tratamiento médico 639

Objetivos de aprendizaje 641

Resumen 642

Capítulo 19
DESARROLLO COGNITIVO EN LA VEJEZ 644

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Lily Hearst y la Hermana María: mentes activas* 646

Funcionamiento cognitivo en la vejez 646
Multidimensionalidad y multidireccionalidad 647
Educación, trabajo y salud 653
Se usa o se pierde 655
Entrenamiento de habilidades cognitivas 655

Trabajo y jubilación 657
Trabajo 657
Jubilación en los Estados Unidos y en otros países 658

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Trabajo y jubilación en Japón, los Estados Unidos y Europa* 659
Adaptación a la jubilación 660

Salud mental 661
Depresión 661
Demencia senil, enfermedad de Alzheimer y otras dolencias 662

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *El estrés producido por cuidar a un enfermo de Alzheimer en casa* 665
Temor a la victimización, delitos y maltrato a los ancianos 667
Cómo cubrir las necesidades de salud mental de los ancianos 668

Religión 669

Objetivos de aprendizaje 671

Resumen 672

Capítulo 20
DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL EN LA VEJEZ 674

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Bob Cousy 676*

Teorías del desarrollo socioemocional 676
Teoría de Erikson 677
Teoría de la desvinculación 678
Teoría de la actividad 679
Teoría de la selección socioemocional 679

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Cambios emocionales durante la edad adulta 681*

Teoría de la selección, optimización y compensación 681

El yo y la sociedad 684
El yo 684
Los ancianos en la sociedad 685

Familias y relaciones sociales 689
Diversidad en los estilos de vida 689
Padres ancianos y sus hijos adultos 691
Bisabuelos 692
Amistad 693
Apoyo e integración sociales 693
Altruismo y voluntariado 694

Origen étnico, género y cultura 695
Origen étnico 695
Género 696

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Ser mujer y anciana de una minoría étnica 697*

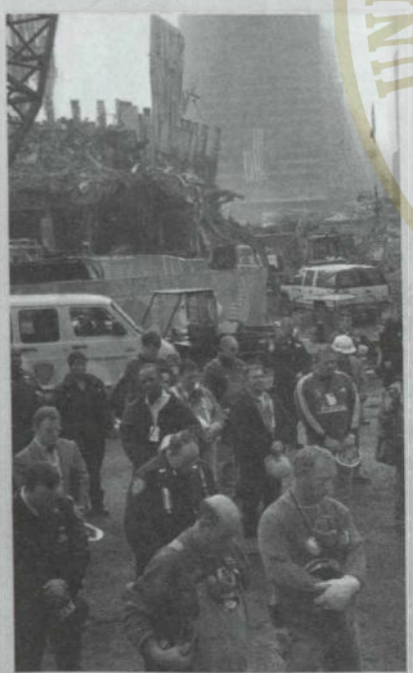
Cultura 698

Envejecer de manera positiva 698

Objetivos de aprendizaje 700

Resumen 700

SECCIÓN 10 ETAPA FINAL DE LA VIDA



Capítulo 21
MUERTE Y DUELO 702

IMÁGENES DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *Paige Farley-Hackel y Ruth McCourt 704*

Definición de la muerte y aspectos relacionados con la vida y la muerte 704
La determinación del momento de la muerte 705
Decisiones relacionadas con la vida, la muerte y los cuidados sanitarios 705

Muerte y contexto cultural 709
Cambios en las circunstancias históricas 709
La muerte en culturas diferentes 709

Una perspectiva del desarrollo aplicada a la muerte 711
Causas de la muerte y expectativas sobre la muerte 711
Actitudes hacia la muerte en distintos momentos del ciclo vital 712

Enfrentarse a la propia muerte 715
Los estadios del proceso de la muerte según Kübler-Ross 715
Control percibido y negación 717
Contextos en los que se produce la muerte 717

Aceptar la muerte de otra persona 718
Comunicación con una persona moribunda 718
Duelo 719
Entender el mundo 721
Perder a la pareja 722

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *El estudio realizado por la Iniciativa de Salud Femenina sobre la viudedad y la salud 722*

Formas de luto 724

DIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL *El duelo en la comunidad Amish y en el judaísmo tradicional 725*

Objetivos de aprendizaje 727

Resumen 728

Glosario 730

Referencias bibliográficas 742

Índice onomástico 832

Índice analítico 851

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
QUITO
FUNDADA EN 1620

Psicología del desarrollo

El ciclo vital



SECCIÓN PRIMERA

La perspectiva del desarrollo del ciclo vital

CAPÍTULO 1



Miramos hacia atrás con nuestros padres y hacia adelante con nuestros hijos y miramos hacia el futuro a través de los hijos de nuestros hijos, un futuro que nunca llegamos a ver pero que tenemos que cuidar.

CARL JUNG
Psiquiatra suizo, siglo XX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Introducción

Esquema del capítulo

Objetivos de aprendizaje

LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL **1**

¿Qué es el desarrollo del ciclo vital?
Perspectiva histórica
Características de la perspectiva del ciclo vital
Algunas preocupaciones contemporáneas

Analizar la perspectiva del desarrollo del ciclo vital

PROCESOS Y PERÍODOS DEL DESARROLLO **2**

Procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales
Estadios del desarrollo
Edad y felicidad
Concepciones de la edad

Identificar los procesos y períodos más importantes del desarrollo

FACTORES DEL DESARROLLO **3**

Naturaleza y medio
Continuidad y discontinuidad
Estabilidad y cambio
Evaluando los factores del desarrollo

Describir los tres factores claves del desarrollo

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

¿Cómo se convirtió Ted Kaczynski en Ted Kaczynski y Alice Walker en Alice Walker?

El intelectual Ted Kaczynski pasó por el instituto rápidamente sin preocuparse de su penúltimo año y haciendo esfuerzos mínimos por tener algún contacto social. Ya en Harvard, a los 16 años, Kaczynski fue un solitario durante su etapa de estudiante universitario. Uno de sus compañeros de habitación en Harvard dijo que evitaba a la gente caminando rápidamente y cerrando la puerta justo detrás de él. Después de obtener su doctorado en matemáticas en la Universidad de Michigan, Kaczynski se convirtió en profesor en la Universidad de California en Berkeley.

Sus compañeros de aquella época recuerdan cómo evitaba las relaciones sociales —sin amigos, sin aliados y sin contactos—. Después de muchos años en Berkeley, Kaczynski dimitió y se mudó a un área rural de Montana, donde vivió una vida ermitaña en una choza rudimentaria durante 25 años. Los residentes de la zona lo describieron como un barbudo excéntrico. Kacynski se encontró con sus propias dificultades a la hora de crecer como un genio dentro del cuerpo de un niño y llamando la atención a su alrededor. En 1996, fue arrestado y acusado de ser el famoso *Unabomber*, el asesino más buscado de Estados Unidos, que había mandado 16 cartas bomba en 17 años, dejando a 23 personas heridas o mutiladas y tres personas muertas. En 1998, se confesó culpable de los delitos y fue condenado a cadena perpetua.

Una década antes que Kaczynski supuestamente enviara su primera bomba, Alice Walker, quien más tarde ganaría el premio Pulitzer por su libro *El color púrpura*, pasaba sus días luchando contra el racismo en Mississippi. Ella había ganado hacía poco tiempo su primera beca como escritora, sin embargo, en lugar de usar el dinero para cumplir su sueño de mudarse a Senegal, en África, se convirtió en promotora del movimiento por los derechos civiles. Walker creció conociendo los efectos brutales de la pobreza y el racismo. Alice Walker nació en 1944, era la octava hija de dos aparceros de Georgia que sólo ganaban unos 300 dólares al año. Cuando Walker tenía 8 años su hermano le disparó accidentalmente en el ojo izquierdo con un arma. Cuando sus padres la llevaron al hospital, una semana más tarde (no tenían coche), ella ya había perdido la visión en ese ojo y presentaba una cicatriz que le desfiguraba el rostro. A pesar de todo lo que tenía en contra, Walker se convirtió en ensayista, poeta, novelista premiada, escritora de novelas cortas y activista social que, al igual que sus personajes (especialmente las mujeres) se sobrepuso al dolor y a la furia.

¿Qué lleva a un individuo, con un futuro prometedor, a cometer actos de violencia brutales y a otro a convertir los traumas y la pobreza en una rica cosecha literaria? Si alguna vez te has preguntado por qué la gente se convierte en lo que es, entonces te has hecho las preguntas centrales que nosotros exploramos en este libro.

VISTA PREVIA

Este capítulo introduce los temas y factores que consideraremos a lo largo de nuestro estudio del desarrollo del ciclo vital. En primer lugar, nos familiarizaremos con la perspectiva del ciclo vital, después exploraremos los fac-

tores primordiales que debaten los psicólogos evolutivos, factores que surgirán de forma repetida a lo largo de este texto.

1 LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO DEL CICLO VITAL

¿Qué es el desarrollo del ciclo vital?

Características de la perspectiva del ciclo vital

Perspectiva histórica

Algunas preocupaciones contemporáneas

¿Por qué estudiamos el desarrollo del ciclo vital? Posiblemente eres o serás algún día padre o profesor y la responsabilidad de un niño es o será en un futuro parte de tu vida cotidiana. Cuanto más aprendas sobre los niños, mejor podrás tratar con ellos. Quizás esperas conocer algo más sobre tu propia historia, tu infancia, tu niñez, tu adolescencia, tu madurez o tu vejez. Cualquiera que sean tus razones, descubrirás que el estudio del desarrollo del ciclo vital es un tema provocador, intrigante e informativo. La perspectiva del ciclo vital ofrece una comprensión de quiénes somos y cómo hemos llegado a ser de esta forma y a dónde nos lleva el futuro.

¿Qué es el desarrollo del ciclo vital?

El **desarrollo** es el patrón de evolución o cambio que comienza en la concepción y continúa a través de todo el curso de la vida. La mayor parte del desarrollo implica crecimiento, a pesar de que también contiene una decadencia, como es el caso del envejecimiento y la muerte. Por tanto, vamos a explorar el desarrollo desde el punto donde comienza la vida hasta el momento en que ésta termina. Te verás reflejado como bebé, niño y adolescente y te sentirás animado a pensar cómo aquellos años influyeron en la clase de individuo que eres hoy día. Te verás a ti mismo como joven, como adulto maduro y como anciano y te sentirás alentado a pensar cómo tus experiencias presentes influirán en tu desarrollo a lo largo del resto de tu edad adulta.

El desarrollo del ciclo vital está relacionado con diversas áreas de la psicología. La neurociencia, la psicología cognitiva, la psicología clínica, la psicología social y prácticamente todas las áreas de la psicología exploran el desarrollo de las personas en estos aspectos. Por ejemplo, cómo funciona la memoria es un aspecto clave de la psicología cognitiva. En este libro leeremos cómo se desarrolla la memoria desde la infancia a la vejez.

Perspectiva histórica

El interés en el desarrollo de los niños tiene una historia larga y rica, sin embargo, el interés por los adultos comenzó a desarrollarse seriamente durante la segunda mitad del siglo xx. Anteriormente, el número de personas que vivían hasta los sesenta o setenta años era pequeño comparado con el resto de la población y el desarrollo se consideraba como algo que sucedía únicamente durante la niñez. Aunque el desarrollo en la infancia es importante, para tener una visión completa del desarrollo hoy en día necesitamos considerar también los cambios en el desarrollo en la edad adulta. En esta sección, estudiaremos brevemente cómo ha cambiado la visión preponderante de los niños y los adultos.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1622
QUITO
FACULTAD DE CULTURA FÍSICA
BIBLIOTECA

El desarrollo en la infancia Las ideas sobre la infancia han cambiado. A través de la historia los filósofos han especulado sobre la naturaleza de los niños y cómo debían ser educados. En Occidente tres visiones filosóficas influyentes se han basado en las ideas del pecado original, la *tabula rasa* y la bondad innata:

- De acuerdo con la doctrina cristiana del **pecado original,** los niños son traídos al mundo como seres malévolos, con una inclinación hacia lo maléfico. El objetivo de la educación infantil debe ser salvar al niño de su pecado.
- A finales del siglo XVII, el filósofo inglés John Locke propuso la visión de que al nacer cada niño es una ***tabula rasa*** —una «página en blanco»—. Locke creía que cada persona adquiere sus características a través de la experiencia y que las vivencias durante la infancia son importantes a la hora de determinar las características en la edad adulta. Él advertía a los padres que pasaran tiempo con sus hijos y les ayudaran a ser miembros activos de la sociedad.
- En el siglo XVIII la visión de la **bondad innata** fue presentada por el filósofo francés de origen suizo Jean-Jacques Rousseau, que afirmaba que los niños eran buenos por naturaleza. Por lo tanto, Rousseau decía que debía permitírseles crecer naturalmente con poca vigilancia y coacción por parte de los padres.

Estas visiones conflictivas formaban el telón de fondo histórico para el estudio de la infancia y para las diferentes formas de educación. Hoy en día, concebimos la infancia como un período de la vida único y lleno de acontecimientos que conforma una base importante para la edad adulta y que se diferencia en gran medida de ésta (Pittman y Diversi, 2003). En la mayoría de los acercamientos a la infancia, se identifican diferentes períodos, en los que los niños dominan habilidades especiales y se enfrentan a nuevas tareas en la vida. Ahora valoramos la infancia como un período de tiempo especial de crecimiento y de cambio, e invertimos gran cantidad de recursos en el cuidado y educación de nuestros hijos (Parke y Clarke-Stewart, 2003). Esta inversión incluye la creación de servicios gubernamentales para ayudarles cuando los sistemas convencionales de apoyo familiar fallan o cuando las familias ponen seriamente en peligro el bienestar del niño (Crouter y Booth, 2004).

Desarrollo del ciclo vital El *acercamiento tradicional* al estudio del desarrollo hace hincapié en los grandes cambios que se producen desde el nacimiento a la adolescencia (especialmente durante la infancia), los pequeños o nulos durante la madurez y el declive durante la vejez. Por el contrario, el *acercamiento del ciclo vital* hace hincapié en los cambios del desarrollo durante la edad adulta al igual que durante la infancia (Birren y Schaie, 2001; Nussbaum y Coupland, 2004; Overton, 2003).

Los cambios recientes en las expectativas de vida humana han variado la visión del desarrollo del ciclo vital. A pesar de que se tardó 5.000 años en aumentar la expectativa de vida humana de los 18 a los 41 años, sólo en el siglo XX, la expectativa de vida ha aumentado 30 años, gracias a las mejoras llevadas a cabo en el campo de la sanidad, la nutrición y la medicina (ver Figura 1.1). En la actualidad, para la mayoría de los individuos de países desarrollados, la infancia y la adolescencia representa sólo una cuarta parte del ciclo vital (Schaie y Willis, 2002).

¿Cuánto ha envejecido la población adulta de los Estados Unidos? La Figura 1.2 revela un aumento significativo en el grupo de los mayores de 65 años desde el año 1900 y se espera que continúe aumentando hasta el año 2040. El aumento ha sido también significativo en el número de individuos de más de 85 años y de más de 100 años. En el año 2000, había 77.000 americanos centenarios (personas de 100 años o más), y se espera que este número aumente a más de 800.000 en el año 2050. Una niña que nazca en Estados Unidos hoy en día tiene una probabilidad de 1 entre 3 de vivir 100 años.

Aunque vivamos más tiempo, de media, ahora que en el pasado, el máximo ciclo vital de los humanos no ha cambiado desde el comienzo de la historia escrita.

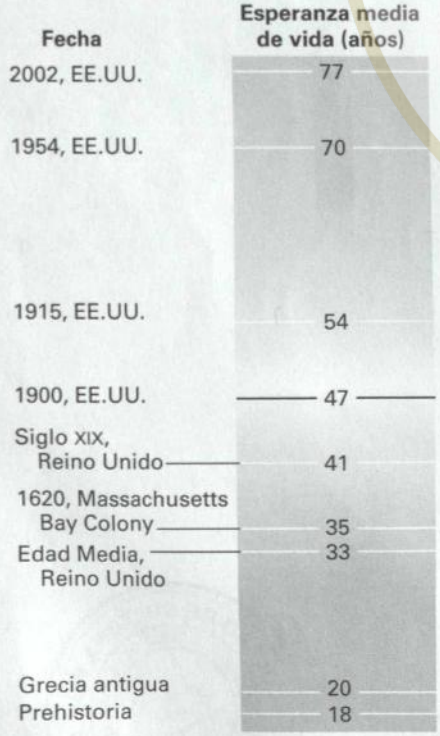


FIGURA 1.1 La esperanza de vida humana desde la prehistoria hasta la actualidad

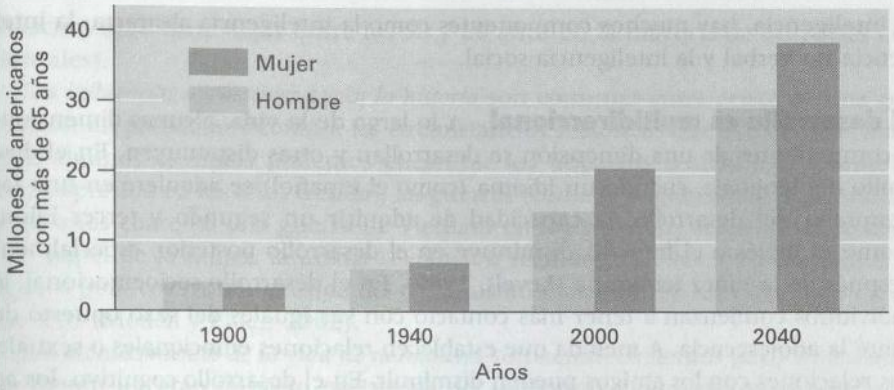


FIGURA 1.2 El envejecimiento en Estados Unidos
En millones de americanos con más de 65 años desde 1900 hasta la actualidad y la proyección para el año 2040.

El máximo ciclo vital (basado en la mayor edad documentada) es de 122 años y, como se indica en la Figura 1.3, nuestro único competidor de otras especies con el ciclo vital más largo del que se tiene constancia es la tortuga galápago.

Durante mucho tiempo se ha creído que el desarrollo era algo que sólo ocurría en los niños. Es cierto que el crecimiento y el desarrollo son espectaculares durante las primeras dos décadas de la vida, sin embargo, un gran número de cambios se producen también en las siguientes cinco o seis (o incluso siete u ocho) décadas de la vida. Consideremos estas descripciones del desarrollo adulto:

> Las siguientes cinco o seis décadas son muy importantes, no solo para los adultos que las viven sino también para sus hijos, que deben vivir y comprender a sus padres y a sus abuelos. Los cambios en el cuerpo, la personalidad y las habilidades en estas últimas décadas son enormes. El desarrollo se impone a través del matrimonio y la paternidad, a través del crecimiento y la disminución de las habilidades físicas y algunas capacidades intelectuales, a través de la salida de los hijos del nido, a través de la consecución de una estabilidad profesional y a través de la jubilación y la perspectiva de la extinción final (Sears y Feldman, 1973, pp. v-vi).

A medida que la población anciana continúe aumentando durante el siglo XXI, el mayor número de personas mayores que se encontrarán sin cónyuge o hijos (tradicionalmente la fuente de apoyo principal de los adultos de mayor edad) se ha convertido en una preocupación (Benett, 2004; Berado, 2003; Bonanno, Wortman y Nesse, 2004). En décadas recientes, los adultos americanos son menos propensos a casarse, tienden a no tener hijos y a vivir solos antes que en el siglo XX. A medida que estos individuos envejecen, tendrán una mayor necesidad de relaciones sociales, conexiones y apoyos.

Especies (nombre común)	Máximo ciclo vital (años)
Humano	122
Tortuga galápago	100+
Elefante indio	70
Caimán chino	52
Águila real	46
Gorila	39
Sapo común	36
Gato doméstico	27
Perro doméstico	20
Murciélago	13
Ratón	3

FIGURA 1.3 La esperanza de vida máxima registrada para diferentes especies

Características de la perspectiva del ciclo vital

La creencia de que el desarrollo se produce a lo largo de toda la vida es fundamental para la perspectiva del ciclo vital; sin embargo, de acuerdo con el experto en desarrollo del ciclo vital Paul Baltes (1987, 2000, 2003) la **perspectiva del ciclo vital** debe considerarse como duradero, multidimensional, multidireccional, plástico, multidisciplinar y contextual e implica crecimiento, mantenimiento y regulación. Vamos a estudiar cada uno de estos conceptos:

El desarrollo es duradero En la perspectiva del ciclo vital, la juventud no significa el final del desarrollo; el desarrollo no está dominado por ningún período de edad. Los investigadores estudian cada vez más las experiencias y las orientaciones psicológicas de los adultos en diferentes puntos de sus vidas. Posteriormente, en este capítulo describiremos los períodos de edad del desarrollo y sus características.

El desarrollo es multidimensional El desarrollo se compone de dimensiones biológicas, cognitivas y socioemocionales. Incluso dentro de una dimensión, como

la inteligencia, hay muchos componentes como la inteligencia abstracta, la inteligencia no verbal y la inteligencia social.

El desarrollo es multidireccional A lo largo de la vida, algunas dimensiones o componentes de una dimensión se desarrollan y otras disminuyen. En el desarrollo del lenguaje, cuando un idioma (como el español) se adquiere en una fase temprana del desarrollo, la capacidad de adquirir un segundo y tercer idioma (como el inglés o el francés) disminuye en el desarrollo posterior, especialmente después de la niñez temprana (Levelt, 1989). En el desarrollo socioemocional, los individuos comienzan a tener más contacto con sus iguales del sexo opuesto durante la adolescencia. A medida que establecen relaciones emocionales o sexuales, sus relaciones con los amigos pueden disminuir. En el desarrollo cognitivo, los ancianos pueden convertirse en seres más sabios al ser capaces de recurrir a la experiencia para guiar la toma de decisiones (Baltes y Kunzmann, 2003). Sin embargo, ellos llevan a cabo más pobremente tareas que requieren velocidad en el procesamiento de la información (Li y otros, 2004; Madden, 2001; Salthouse, 2000).

El desarrollo es plástico Una clave primordial de la investigación del desarrollo es la búsqueda de la plasticidad y sus limitaciones (Kagan y Herschkowitz, 2005; Maurer, 2001; Prickaerts y otros, 2004). La *plasticidad* es la capacidad para el cambio. Por ejemplo, ¿pueden mejorar las habilidades intelectuales de individuos de setenta y ochenta años a través de la educación? ¿O pueden estas habilidades intelectuales establecerse cuando estos individuos tienen treinta años, de tal forma que las mejoras posteriores son imposibles? Según un estudio las habilidades de razonamiento de los ancianos mejoraban a través de la recapacitación (Willis y Schaie, 1994). Sin embargo, los especialistas en desarrollo debaten cuánta plasticidad presenta la gente en diferentes momentos del desarrollo; posiblemente poseamos una menor capacidad para el desarrollo a medida que envejecemos (Baltes, 2003; Baltes y Smith, 2003; Singer, Lindenberger y Baltes, 2003). Posteriormente en el capítulo discutiremos el cambio y la estabilidad en el desarrollo, que están muy unidos al concepto de plasticidad.

El desarrollo es multidisciplinar Los psicólogos, sociólogos, antropólogos, neurocientíficos e investigadores médicos estudian el desarrollo humano y comparten su interés en desvelar los misterios del desarrollo a través del ciclo vital. Algunas de las preguntas que transcienden las diferentes disciplinas incluyen:

- ¿Qué limitaciones se establecen en la inteligencia por la herencia y el estado de salud del individuo?
- ¿Son universales los cambios cognitivos y socioemocionales?
- ¿Cómo influye el entorno en el desarrollo intelectual?

El desarrollo es contextual El individuo continuamente responde y actúa dentro de un contexto, que incluye la composición biológica de la persona, el entorno físico, los procesos cognitivos, los contextos históricos, sociales y culturales. La visión contextual contempla al individuo como un ser cambiante en un mundo que evoluciona. Baltes y otros especialistas en el desarrollo del ciclo vital (Baltes, 2000; Schaie y Willis, 2002) indican que tres de las fuentes principales de las influencias contextuales son: 1) influencias normativas según la edad, 2) influencias normativas según la historia y 3) influencias no normativas según los acontecimientos de la vida.

Las influencias normativas según la edad son las influencias biológicas y del entorno que son similares para individuos de un grupo de edad en particular. Estas influencias incluyen procesos biológicos como la pubertad y la menopausia. También incluye procesos socioculturales y ambientales como la entrada en la educación formal (normalmente a partir de los 6 años en la mayoría de las culturas) y la

jubilación (que tiene lugar entre los 50 y 60 años en la mayoría de los países occidentales).

Las influencias normativas según la historia son comunes entre gente de una generación en particular debido a las circunstancias históricas que ellos han vivido. Entre algunos ejemplos podemos encontrar los impactos económicos (como la Gran Depresión en los años treinta), las guerras (como la Segunda Guerra Mundial en los años cuarenta y la guerra de Vietnam en los sesenta y setenta), el cambio en el papel de la mujer, la actual revolución tecnológica y los levantamientos y cambios políticos (como la caída del comunismo más duro en los noventa y en el siglo XXI) (Modell y Elder, 2002).

Los acontecimientos de la vida no normativos son acontecimientos poco frecuentes que tienen un gran impacto en la vida del individuo y que no son aplicables a muchas personas. Estos eventos pueden incluir la muerte de un progenitor cuando el niño es joven, el embarazo en la adolescencia temprana, un desastre (como un fuego que destroce una casa) o un accidente. Los acontecimientos de la vida no normativos también pueden incluir eventos positivos (como ganar a la lotería u obtener una oportunidad laboral inesperada con privilegios especiales).

El desarrollo incluye crecimiento, mantenimiento y regulación Baltes y sus colegas (Baltes, 2003; Baltes, Staudinger y Lindenberger, 1999; Krampe y Baltes, 2003) afirman que el domino de la vida a menudo implica conflictos y competencia entre tres de los objetivos del desarrollo humano: crecimiento, mantenimiento y regulación. A medida que el individuo evoluciona hacia la madurez y la vejez, el mantenimiento y la regulación de sus capacidades constituyen un punto central alejándose del crecimiento. Sin embargo, para muchos individuos el objetivo no es conseguir un desarrollo de las capacidades intelectuales (como la memoria) o de las capacidades físicas (como la fuerza física) sino mantener aquellas habilidades o minimizar su deterioro. En la sección 9, «Vejez», discutiremos estas ideas sobre el mantenimiento y la regulación en mayor profundidad.

Algunas preocupaciones contemporáneas

Anteriormente en este capítulo hemos examinado el desarrollo del ciclo vital desde la perspectiva histórica. La perspectiva del ciclo vital también trata un número de preocupaciones contemporáneas desde la infancia a la edad adulta. Piensa en alguno de los temas que leemos a diario en los periódicos y revistas: investigación genética, abuso de menores, retraso mental, crianza de los hijos, inteligencia, cambios profesionales, divorcio, adicción y recuperación, el incremento de las minorías étnicas en la población, factores de género, homosexualidad, crisis en la madurez, estrés y salud, la jubilación y el envejecimiento. Los descubrimientos en cada una de estas áreas de los expertos en el ciclo vital influyen en nuestra comprensión de los niños y los adultos y nos proporciona una mayor información sobre cómo deben ser tratados.

Los papeles que la salud y el bienestar, la crianza de los hijos, la educación y los contextos socioculturales juegan en el desarrollo del ciclo vital, al igual que su importancia en las normas sociales, son el tema central de este libro. Aquí los estudiaremos y subrayaremos alguna investigación perteneciente a cada uno de ellos.

Salud y bienestar La salud y el bienestar han sido objetivos importantes durante la mayor parte de la historia humana. Médicos asiáticos del 2600 a. C. y médicos griegos del 200 a.C. reconocían que los buenos hábitos eran esenciales para una buena salud. Ellos no culpaban a los dioses por las enfermedades, ni pensaban que la magia podría curarles. Se daban cuenta de que la gente tenía cierto control sobre su salud y su bienestar. El papel de los médicos era el de guiar y ayudar a sus pacientes a recuperar un equilibrio natural y emocional.

En el siglo XXI, una vez más se pone de manifiesto el poder que tiene el estilo de vida y el estado psicológico para fomentar la salud y el bienestar (Blonna, 2005; Corbin y otros, 2004; Robbins, Powers y Burgess, 2005). En cada capítulo de este libro, los temas de salud y bienestar estarán integrados en nuestro debate sobre el desarrollo del ciclo vital.

Los temas de salud y bienestar que trataremos incluyen:

- El uso de drogas y alcohol durante el embarazo.
- Intervención temprana.
- Adolescentes de riesgo.
- Temas de salud de las mujeres.
- Adicciones y recuperación.
- Soledad.
- Habilidades físicas adaptadas durante la vejez.
- Sobrellevando la muerte.

Investigación sobre ejercicio físico y pérdida de tejido cerebral en ancianos Un estudio reciente ha examinado la relación entre el ejercicio aeróbico y la densidad del tejido cerebral (a través de imágenes de escáneres cerebrales por resonancia magnética) en 55 ancianos (Colcombe y otros, 2003). Este estudio concuerda con descubrimientos anteriores sobre la edad y la densidad del tejido cerebral, que disminuye con la edad en los ancianos. Sin embargo, las pérdidas se reducían de forma sustancial en los ancianos que hacían ejercicio de manera regular y estaban en forma. Analizaremos el papel del ejercicio en los adultos de mayor edad en el Capítulo 18, «Desarrollo físico en la vejez».

Paternidad Hemos oído mucho sobre las presiones en la familia contemporánea (Luster y Okaghi, 2005; Maccoby, 2002; Parke, 2004; Segrin y Flora, 2005; Zaslow, 2004). En capítulos posteriores evaluaremos temas relacionados con el funcionamiento familiar y la paternidad. Alguno de los tópicos que consideraremos son:

- El cuidado de los niños.
- Niños y adultos en familias separadas.
- La mejor forma de criar a nuestros hijos.
- Sistemas de apoyo para los padres.
- Relaciones conyugales.
- Relaciones intergeneracionales.
- El envejecimiento de los padres.



Los niños aprenden a amar cuando son amados

Investigación sobre la familia y las relaciones entre iguales Uno de los temas que interesan a los investigadores que estudian a las familias y los padres se centra en las conexiones existentes entre la familia y las funciones de los iguales. En un reciente estudio sobre niños maltratados (niños que habían sufrido algún tipo de abuso) y niños que no habían sufrido ningún abuso, los niños maltratados eran más propensos a ser rechazados por sus iguales repetidamente durante la niñez y la adolescencia (Bolger y Patterson, 2001). La razón principal del rechazo de sus iguales es el gran índice de agresividad mostrado en el comportamiento de los niños maltratados por sus padres. ¿Por qué crees que el abuso por parte de los padres da como resultado una mayor agresividad de los niños hacia sus iguales? Hablaremos más detenidamente de los niños maltratados en el Capítulo 9, «Desarrollo socioemocional en la niñez temprana».

Educación Durante los últimos 10 a 15 años, el sistema educativo norteamericano ha sido muy criticado (Marzano, Pickering y

Pollock, 2005; Pintrich y Maehr, 2004; Sadker y Sadker, 2005; Schank, 2004). Un comité nacional designado por el Ministerio de Educación concluyó que los niños estaban poco preparados para el futuro, cada vez más complejo, al que se tenían que enfrentar. Los temas educativos que estudiaremos incluyen:

- Diversas formas de educación durante la niñez temprana.
- Origen étnico, pobreza y escuela.
- Programas para mejorar el pensamiento crítico de los niños.
- Coordinación entre escuela y familia.
- Educación bilingüe.
- Las mejores escuelas para adolescentes.

Investigación sobre el mentorado Los programas de tutorización o *mentorado* han sido cada vez más defendidos como una estrategia para mejorar los logros académicos de los niños y adolescentes que tenían cierto riesgo de fracaso académico (Hamilton y Hamilton, 2004). Un estudio reciente se ha centrado en 959 adolescentes que habían hecho los *castings* para entrar en el programa «Gran Hermano» (Rhodes, Grossman y Resch, 2000). La mitad de los adolescentes recibieron tutorización (análisis amplios sobre el colegio, la carrera y la vida, a la vez que la participación en actividades de ocio con otros adolescentes), la otra mitad no lo hizo. Estas tutorías redujeron las ausencias injustificadas en la escuela, mejoraron los resultados en las clases y las relaciones con los padres.

Contextos socioculturales y diversidad La cultura americana ha cambiado de forma drástica en los últimos años. Donde más se aprecia el cambio es en el aumento de la diversidad étnica de los ciudadanos americanos. La diversidad se produce en términos de origen étnico, género, orientación sexual, capacidad/discapacidad, origen nacional y religión. Este cambio demográfico promete no solo el enriquecimiento que produce la diversidad, sino también retos difíciles para que cada individuo pueda cumplir «el sueño americano» (Books, 2004; Fuligni y otros, 2005; Poelmans, 2005).

Los contextos socioculturales incluyen cinco conceptos importantes: contexto, cultura, origen étnico, estatus socioeconómico y género. Un **contexto** se refiere al lugar en el cual ocurre el desarrollo. Este lugar está influido por factores históricos, económicos, sociales y culturales. Los contextos incluyen familias, escuelas, grupos de iguales, iglesias, ciudades, vecindarios, universidad, países y muchos otros. Cada uno de ellos con diferentes legados históricos, económicos, sociales y culturales (Leyendecker y otros, 2005; Matsumoto, 2004; Triandis, 2001; Yang, 2005).

La **cultura** se refiere a los patrones de comportamiento, las creencias y todas las características de un grupo particular que pasan de generación en generación. La cultura es el resultado de la interacción entre grupos de gente durante años. Un grupo cultural puede ser tan extenso como Estados Unidos o tan pequeño como un grupo de cazadores africanos. Cualquiera que sea su tamaño, la cultura del grupo influye en la identidad, el aprendizaje y el comportamiento social de sus miembros (Saraswathi y Mistry, 2003). Los **estudios transculturales** implican la comparación de una cultura con una o más culturas diferentes. La comparación proporciona información sobre si el grado de desarrollo de los niños es similar o universal en las diferentes culturas y en qué grado es culturalmente específico. Por ejemplo, Estados Unidos es una cultura orientada al éxito con una fuerte ética de trabajo. Sin embargo, los estudios interculturales de niños estadounidenses y japoneses demostraron que los niños japoneses eran mejores en matemáticas, pasaban más tiempo estudiando matemáticas en la escuela y hacían más ejercicios de matemáticas en casa que los niños estadounidenses (Stevenson, 1995, 2000). Los temas sobre cultura que discutiremos incluyen:

- Las normas de cuidado de los hijos en todo el mundo.
- Teoría sociocultural cognitiva de Vygotsky.



Aquí se muestran dos niñas coreanas de nacimiento, el día que se convirtieron en ciudadanas de los Estados Unidos. Los asiático-americanos y los latinos son los grupos de inmigrantes que presentan un mayor crecimiento en Estados Unidos. *¿Son muy diversos los estudiantes en el curso sobre desarrollo infantil al que asistes? ¿Son las experiencias en su crecimiento muy parecidas a las tuyas?*

FACULTAD DE CULTURA FÍSICA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR QUITO BIBLIOTECA

- Los *roles* de género en Egipto y China.
- Comparaciones transculturales de centros de educación secundaria.
- El matrimonio en todo el mundo.
- La muerte y el duelo en las diferentes culturas.

El **origen étnico** (la palabra *etnia* proviene de la palabra griega «nación») está basado en la herencia cultural, las características nacionales, la raza, la religión y la lengua. La diversidad del origen étnico no solo está presente en una cultura como la que encontramos en Estados Unidos, sino también existe dentro de cada uno de los grupos étnicos. Estos grupos incluyen los afroamericanos, latinos, americanos de origen asiático, indígenas americanos, americanos de origen polaco, americanos de origen latino, etc. No todos los afroamericanos viven en circunstancias de bajos ingresos. No todos los latinos son católicos. No todos los americanos de origen asiático destacan en la escuela en la asignatura de matemáticas. Es fácil caer en la trampa de estereotipar un grupo étnico al pensar que todos los miembros de ese grupo son iguales. Un retrato más acertado del grupo étnico es la diversidad (Jenkins y otros, 2003; Koppelman y Goodhart, 2005; Powell y Caseau, 2004; Sheets, 2005).

Entre otros temas de origen étnico en posteriores capítulos examinaremos:

- Similitudes, diferencias y diversidad.
- Inmigración.
- Sistemas de apoyo para individuos de minorías de grupos étnicos.
- Conflicto de valores.
- Ser mayor, mujer y pertenecer a un grupo étnico.

En algunas ocasiones los términos raza y origen étnico se malinterpretan. *Raza* es un término controvertido para clasificar a las personas de acuerdo con unas características biológicas reales o imaginarias, como el color de la piel o el grupo sanguíneo (Corsini, 1999). El grupo étnico de un individuo puede incluir su raza, pero también otras muchas características. De este modo, un individuo puede ser *blanco* (una categoría racial) y pertenecer a la quinta generación de tejanos, ser católico y hablar de forma fluida inglés y español.

El **estatus socioeconómico** se refiere a un grupo de gente con características profesionales educativas y económicas similares. El estatus socioeconómico implica ciertas desigualdades. Generalmente, los miembros de una sociedad tienen: 1) profesiones que difieren en prestigio y algunos individuos tienen un mayor acceso a las profesiones de estatus más alto; 2) diferentes niveles de logros educativos y algunos individuos tienen más acceso que otros a una mejor educación; 3) diferentes fuentes de ingresos, y 4) diferentes niveles de poder de influencia en las instituciones de la comunidad. Estas diferencias en la habilidad para controlar los recursos y para participar de los beneficios de la sociedad desencadenan oportunidades desiguales para los niños.

Una de las preocupaciones principales son aquellos niños que crecen en situación de pobreza (Bernstein, 2004; Books, 2004; Evans, 2004; Linver y otros, 2004). En una investigación, Jeanne Brooks-Gunn y sus colegas (2003) concluyeron que la pobreza durante los primeros años de vida pronostica un mejor rendimiento y culminación escolar a los 18 años, que la pobreza durante la adolescencia. Sin embargo, también reveló que una intervención temprana durante dos o tres años no reduce las disparidades socioeconómicas en los logros de los niños, ya que los niños con un estatus económico menor seguirán enfrentándose a obstáculos para el éxito, como las escuelas que no ayudan al aprendizaje, vecindarios con un alto nivel de violencia y zonas de juego inseguras. Por lo tanto, la intervención debería continuar después de los años de la niñez temprana hasta la escuela elemental e incluso la adolescencia para mejorar la vida de los niños que viven en situación de pobreza. Otros investigadores están buscando maneras de ayudar a las familias que viven en la pobreza y así poder mejorar su bienestar (Blumenfeld y otros, 2005;

Clampet-Lundquist y otros, 2004; Evans, 2004; McLoyd, 2005; Perry-Jenkins, 2004).

Mientras que el sexo se refiere a la dimensión biológica de ser hombre o mujer, el **género** implica las dimensiones psicológicas y socioculturales de ser hombre o mujer. Pocos aspectos de nuestro desarrollo son tan esenciales para nuestra identidad y nuestras relaciones sociales como el género (Hyde, 2004; Lippa, 2005; Maracek y otros, 2003; Matlin, 2004; Poelmans, 2005). Las actitudes sociales con respecto al género están cambiando, pero ¿en qué medida? Los temas relacionados con el género que vamos a estudiar son los siguientes:

- El papel de la madre y el papel del padre.
- El papel de los padres y los iguales en el desarrollo del género.
- Similitudes y diferencias del género.
- Feminidad, masculinidad y andrógenos.
- La perspectiva de cuidado de Carol Gilligan.
- Los patrones de comunicación del género.
- El trabajo familiar.
- El género y la edad.

Analizaremos los contextos socioculturales y la diversidad en cada capítulo. Además, en cada capítulo encontraremos el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital». El primero sobre la lucha internacional de las mujeres por la igualdad aparece a continuación.



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

La lucha de la mujer por la igualdad: un recorrido internacional

Las condiciones educativas y psicológicas de las mujeres en todo el mundo son una preocupación importante (Lakes y Carter, 2004; Malley-Morrison, 2004; Maracek y otros, 2003; UNICEF, 2004). Las insuficientes oportunidades educativas, la violencia y la falta de participación política son solo algunos de los problemas a los que nos enfrentamos.

Un análisis reciente ha señalado que existe un mayor porcentaje de niñas que de niños en el mundo que no han tenido ningún tipo de educación (UNICEF, 2004) (véase la Figura 1.4). Los países donde el número de mujeres sin educación es mayor están en África, donde en ciertas áreas las niñas y las mujeres no reciben educación en absoluto. Canadá, Estados Unidos y Rusia cuentan con el mayor porcentaje de mujeres escolarizadas. En los países en vías de desarrollo, el 67 por 100 de las mujeres mayores de 25 años (en comparación con el 50 por 100 de los hombres) nunca han asistido a la escuela. A principios del siglo XXI, 80 millones más de niños que de niñas asistían a clases de educación primaria y secundaria en todo el mundo (Naciones Unidas, 2002).

La violencia la sufren mujeres en todos los países, a menudo por alguien cercano a ellas (Arai, 2004; Malley-Morrison, 2004). El abuso por parte de la pareja ocurre en uno de cada seis hogares de Estados Unidos, siendo la gran mayoría de los abusos de hombres a mujeres (Walker, 2001). En el «Informe sobre la ética de las nuevas mujeres», el maltrato a mujeres se situaba como la primera de las quince preocupaciones de la sociedad (Johnson, 1990). Aunque la mayoría de los países han organizado casas de acogida para mujeres, los malos tratos a mujeres continúan siendo aceptados y un comportamiento normalizado en algunos países (Ashy, 2004; Sheridan y Ghorayeb, 2004).

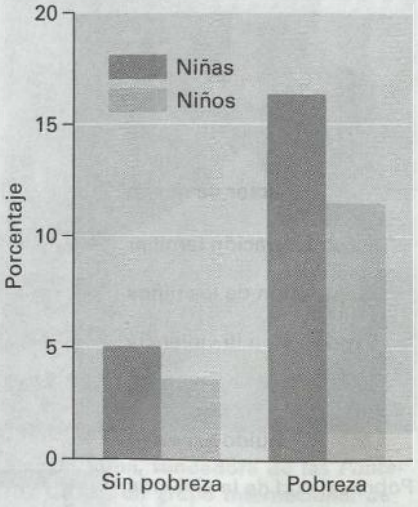


FIGURA 1.4 Porcentaje de niños de 7 a 18 años de todo el mundo que nunca han sido escolarizados

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO



En muchos lugares del mundo, a menudo las mujeres son tratadas como una carga económica en lugar de como ciudadanas activas dentro del proceso político. *¿Qué se puede hacer para fortalecer el papel de las mujeres en el proceso político?*

La lucha de las mujeres no sólo ocurre en los países pobres. En un estudio sobre la depresión en los países de rentas altas, las mujeres eran el doble de propensas que los hombres a ser diagnosticadas con depresión (Nolen-Hoeksema, 1990). En Estados Unidos, desde la adolescencia hasta la edad adulta las mujeres son más propensas que los hombres a estar deprimidas (Davison y Neale, 2004; Hammen, 2003). Muchas de las injusticias y experiencias socioculturales (como las injustas diferencias de salarios y de oportunidades de empleo) han contribuido a aumentar la depresión en mujeres más que en hombres (Whiffen, 2001). Además, posiblemente hay más mujeres a las que se les diagnostica depresión que las que realmente están deprimidas (Nolen-Hoeksema, 2004). Algunos afirman que los temas de mujeres solo se tratan cuando las mujeres comparten un poder igual al de los hombres (Carter, 2004; Parker, 2004).

Investigación sobre la pobreza en la vida de los niños Un estudio reciente ha explorado los múltiples riesgos que tiene la pobreza y los entornos de menor estatus económico para los niños (Evans y English, 2002). Se examinaron seis factores de riesgo múltiples en 287 niños blancos, no latinos, de 8 a 10 años, que vivían en áreas rurales en el norte del estado de Nueva York: la desestructuración familiar, la separación de los niños (un miembro cercano de la familia a menudo está lejos de casa), la exposición a la violencia, la masificación, el nivel de ruido y la calidad de la vivienda. Como se muestra en la Figura 1.5, el porcentaje de niños de familias pobres que se ven expuestos a cada uno de estos factores de riesgo es mayor.

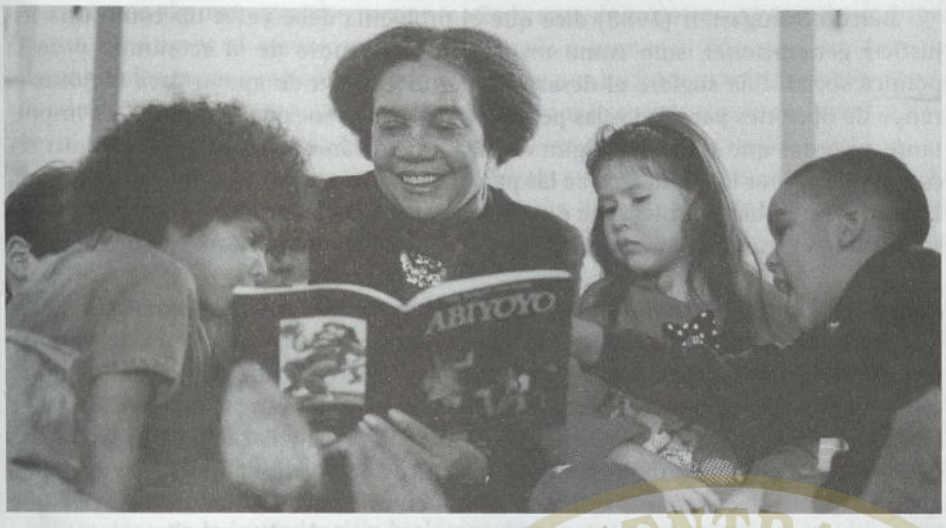
Política social La **política social** es una acción gubernamental diseñada para promover el bienestar de los ciudadanos. La forma y el alcance de la política social relacionada con los niños están muy influidos por nuestro sistema político. Los valores mantenidos por los legisladores, la fuerza y la debilidad de la economía nacional y la política de partido influyen en la agenda política y en el bienestar de los ciudadanos.

Teniendo en cuenta que los políticos hacen muy poco por proteger el bienestar de niños y ancianos, los investigadores del ciclo vital están llevando a cabo frecuentemente estudios que esperan nos lleven hacia una política social efectiva (Bernstein, 2004; Bogenschneider, 2002; Bornstein y Bradley, 2003). Cuando más del 15 por 100 de los niños y casi la mitad de los niños pertenecientes a minorías de origen étnico crecen en condiciones de pobreza, cuando del 40 al 50 por 100 de los niños pasarán al menos cinco años en un hogar formado por un solo progenitor, cuando el uso y el abuso de las drogas se está extendiendo, y cuando el espectro del SIDA está presente y las previsiones de los cuidados sanitarios de los ancianos es inadecuada, necesitamos modificar la política social relacionada con los niños. Marian Wright Edelman, presidenta de la Fundación por la Defensa del Niño, ha sido una defensora incansable de los derechos de los niños (Fundación por la Defensa del Niño, 2004). Especialmente problemáticos para Edelman (1997) son los indicadores de negligencias sociales que sitúan a Estados Unidos como una de las últimas naciones industrializadas en el tratamiento de los niños.



FIGURA 1.5 Porcentaje de niños con ingresos medios o bajos expuestos a cada uno de los seis factores estresantes

Edelman dice que la educación y la crianza de la próxima generación de niños es una de las funciones más importantes de nuestra sociedad y que necesitamos tomárnoslo más en serio de lo que lo hemos hecho en el pasado. Ella señala que oímos hablar demasiado a los políticos sobre los «valores familiares», sin em-



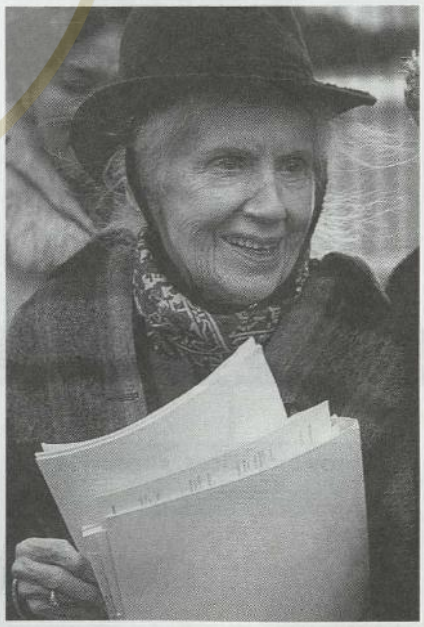
Marian Wright Edelman, presidenta de la Fundación para la Defensa del Niño (aparece en esta foto con algunos niños), ha sido una defensora incansable de los derechos de los niños y ha sabido llamar la atención sobre las necesidades de los niños. *¿Cuáles son algunas de estas necesidades?*

bargo, cuando examinamos la política familiar de nuestra nación, ésta no refleja las palabras de los políticos.

La política social en Estados Unidos está en gran medida orientada al tratamiento: sólo aquellas familias e individuos que ya tienen problemas reúnen los requisitos. En general existen pocos programas de prevención. Por ejemplo, las familias en las que los niños se encuentran al borde de entrar en un programa de acogida reúnen los requisitos y a menudo requieren recibir orientación. Las familias en las que los problemas están en desarrollo pero todavía no han llegado al límite no reúnen los requisitos para los servicios públicos. La mayoría de los expertos en política familiar creen que debería proporcionarse una mayor atención a la hora de prevenir los problemas familiares (Hawkins y Whiteman, 2004; Kalil y DeLeire, 2004).

Al final del ciclo vital, nuestra sociedad anciana y el estatus de persona mayor en la sociedad suscitan los temas políticos sobre el bienestar de los ancianos (Thompson, Robinson y Beisecker, 2004). Estas preocupaciones se centran especialmente en los costes de los cuidados sanitarios y el acceso de los adultos a un servicio sanitario adecuado (Hill y otros, 2002). Un estudio reciente descubrió que el sistema sanitario falla en muchos aspectos del cuidado de los ancianos (Wenger y otros, 2003). Por ejemplo, sólo el 52 por 100 de los ancianos reciben los cuidados médicos generales recomendados para una enfermedad cardiaca. Los cuidados adecuados relacionados con la enfermedad de Alzheimer y la desnutrición en los ancianos sólo los tienen el 31 por 100 de los casos.

La necesidad de recursos de bienestar social excede en gran medida lo que los políticos están dispuestos a proporcionar. Entonces, ¿quién debería recibir la mayor parte del presupuesto gubernamental para la mejora del su bienestar? ¿Los niños?, ¿sus padres?, ¿los ancianos? La **injusticia generacional,** es una preocupación política en la que la sociedad anciana es injusta con sus miembros más jóvenes, esto ocurre porque los ancianos reciben una desproporcionada cantidad de recursos a través de programas de ayuda social como la Seguridad Social y los cuidados médicos. La injusticia generacional trae consigo preguntas sobre si los jóvenes deben pagar por el cuidado de los ancianos y sobre si una población anciana «oportunista» usa recursos que deberían dirigirse a la infancia desfavorecida. El argumento es que los ancianos son privilegiados en un país como Estados Unidos porque tienen pensiones financiadas con dinero público, cuidados sanitarios, vales de comida, ayudas para viviendas, exenciones fiscales y otros beneficios que los grupos más jóvenes no tienen. Mientras que la tendencia ha sido el aumento de los servicios para los mayores, el porcentaje de niños que viven en una situación de pobreza ha aumentado.



Maggie Kuhn, fundadora de las *Panteras Grises*, un grupo internacional de defensa que comenzó en 1970 con cinco mujeres ancianas comprometidas en mejorar las condiciones sociales de los ancianos.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1826

Bernice Neugarten (1988) dice que el problema debe verse no como una injusticia generacional, sino como un defecto del grueso de la economía y de la política social. Ella sugiere el desarrollo de un espíritu de apoyo para mejorar el rango de opciones para todas las personas de nuestra sociedad. Además, es importante recordar que los niños algún día se convertirán en ancianos y se verán recompensados por los esfuerzos de las personas más jóvenes (Williams y Nussbaum, 2001). Si no hubiera un sistema de seguridad social, muchos adultos tendrían que soportar la carga de sus mayores y los recursos educativos serían menores.

Investigación sobre cómo los niños llegan a fortalecer la democracia Para que una democracia como la existente en Estados Unidos permanezca segura y estable, cada nueva generación de ciudadanos debe creer en el sistema y confiar en que trabaja a favor de la gente como ellos. Una investigación de Constance Flanagan y sus colegas (Flanagan, 2002, 2004; Flanagan y Faison, 2001; Flanagan, Gill y Galley, 1998) con diferentes grupos étnicos de jóvenes americanos apunta a que el papel de la enseñanza es fundamental en este sentido. Han descubierto que la amplitud con la que los profesores aseguran que todos los estudiantes son tratados de forma equitativa y los escuchan y respetan a todos por igual está relacionada con la introducción de los alumnos en la democracia.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Analizar la perspectiva del desarrollo del ciclo vital

REVISA

- ¿Qué significa el término *desarrollo del ciclo vital*?
- ¿Cuáles son los antecedentes históricos del desarrollo del ciclo vital?
- ¿Cuáles son las siete características principales de la perspectiva del ciclo vital? ¿Cuáles son las tres fuentes de las influencias contextuales?
- ¿Cuáles son algunas de las preocupaciones contemporáneas en el desarrollo del ciclo vital?

REFLEXIONA

- Imagina cómo hubiera sido tu desarrollo en una cultura que ofreciera menos oportunidades u oportunidades claramente diferentes a la tuya propia. ¿Cómo hubiera cambiado tu desarrollo si tu familia hubiera sido significativamente más rica o más pobre de lo que ha sido?

2 PROCESOS Y PERÍODOS DEL DESARROLLO

Procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales | **Edad y felicidad** | **Estadios del desarrollo** | **Concepciones de la edad**

Cada uno de nosotros se desarrolla en cierta manera como el resto de los individuos, como algunos individuos y también como ningún otro. La mayor parte del tiempo, nuestra atención se dirige a la singularidad de un individuo. Pero a los psicólogos que estudian el desarrollo del ciclo vital les llama la atención tanto nuestras características comunes como las particulares. Como humanos, cada uno

recorremos algunos caminos comunes. Cada uno de nosotros, Leonardo da Vinci, Juana de Arco y tú comenzamos a andar más o menos al año, nos gustaban los juegos de fantasías cuando éramos pequeños y nos hicimos más independientes en la adolescencia. Cada uno de nosotros, si vivimos lo suficiente, experimentaremos problemas de audición y la muerte de miembros de nuestra familia y amigos.

Al principio del capítulo definimos la palabra *desarrollo* como el patrón de cambio que comienza con la concepción y continúa durante el ciclo de la vida. El patrón evolutivo es complejo porque es el producto de diversos procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales.

Procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales

Los **procesos biológicos** implican cambios en la naturaleza física del individuo. Los genes heredados de los padres, el desarrollo del cerebro, el aumento de peso y de estatura, las habilidades motoras y los cambios hormonales de la pubertad reflejan el papel de los procesos biológicos en el desarrollo.

Un área de la investigación biológica que es muy importante para el desarrollo es la que busca ralentizar el proceso de envejecimiento y aumentar el ciclo de la vida humana. Aunque los investigadores aún no han tenido éxito, están haciendo avances significativos en la comprensión de los procesos celulares que podrían permitir que la gente viviera durante más tiempo (Dynek y Smith, 2004; Hamet y Tremblay, 2003). Hablaremos con más profundidad sobre los procesos biológicos implicados en el envejecimiento en el Capítulo 18, «Desarrollo físico en la vejez».

Los **procesos cognitivos** implican cambios en el pensamiento, la inteligencia y el lenguaje del individuo. Las tareas de observar un dispositivo móvil de colores meciéndose sobre una cuna, construir una frase de dos palabras, memorizar un poema, imaginar cómo sería convertirse en una estrella de cine y resolver un crucigrama, todos implican un desarrollo cognitivo.

Los investigadores han descubierto que la reacción de los cuidadores proporciona un apoyo importante para los avances de los niños en el desarrollo cognitivo (Michael, 2004). En un estudio reciente, la reacción de las madres estaba ligada a algunos hitos del lenguaje en el desarrollo de sus hijos (Tamis-LeMonda, Bornstein y Baumwell, 2001). Los niños con madres receptivas (aquellas madres que responden a las peticiones de atención de los niños y a los juegos) dijeron antes su primera palabra y combinaron partes del discurso antes que aquellos que tienen madres que no responden a sus peticiones de atención con frecuencia. Hablaremos con mayor profundidad sobre el desarrollo del lenguaje, incluyendo cómo hablar con los bebés y con los niños en el Capítulo 6, «Desarrollo cognitivo en la primera infancia».

Los **procesos socioemocionales** implican cambios en las relaciones individuales con otras personas, los cambios emocionales y los cambios en la personalidad. La sonrisa de un bebé como respuesta a una caricia de su madre, la agresión de un niño a un compañero de juegos, el desarrollo de la seguridad en sí misma de una niña y la ilusión de un adolescente por la fiesta de graduación, reflejan el papel de los procesos socioemocionales en el desarrollo.

Un proceso socioemocional que interesa a los investigadores son las relaciones conyugales. En varias investigaciones, John Gottman y sus colegas (Gottman, 1994; Gottman y otros, 2002) descubrieron que un factor importante para que las esposas o los maridos se sintieran satisfechos con el sexo, el amor y la pasión en su matrimonio era la calidad de la amistad entre la pareja. Volveremos a tratar el tema de las relaciones conyugales y la investigación de Gottman en el Capítulo 15, «Desarrollo socioemocional en la juventud».

Los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales están entrelazados de forma compleja. Por ejemplo, fíjate en un bebé sonriendo en respuesta a una caricia de su madre. Esta respuesta depende de un proceso biológico (la naturaleza

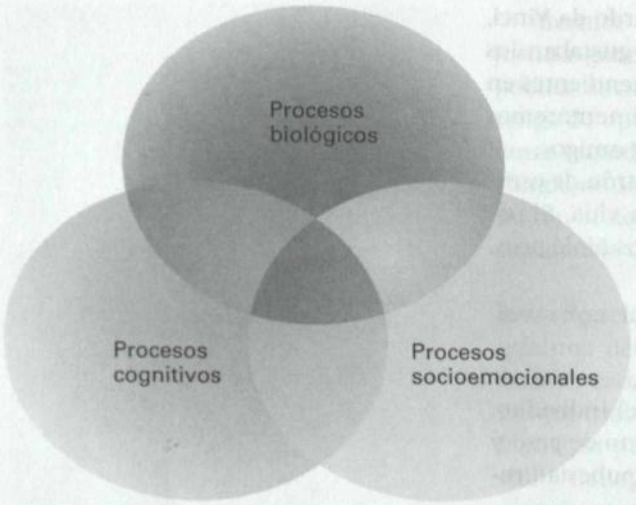


FIGURA 1.6 Los cambios en el desarrollo son el resultado de los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales.
Estos procesos interaccionan a medida que los individuos se desarrollan.

física de la caricia y la respuesta hacia ella), un proceso cognitivo (la habilidad para comprender los actos intencionados) y un proceso socioemocional (el acto de sonreír a menudo refleja un sentimiento emocional positivo y sonreír nos ayuda a conectarnos de forma positiva con otros seres humanos).

En muchas ocasiones los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales son bidireccionales. Por ejemplo, los procesos biológicos pueden influir en los procesos cognitivos y viceversa. En la sección 9, «Vejez», podrás leer sobre cómo una salud deficiente (un proceso biológico) está relacionada con un funcionamiento intelectual bajo (un proceso cognitivo). También podrás leer sobre cómo el pensamiento positivo sobre la habilidad de controlar nuestro propio entorno (un proceso cognitivo) puede tener un efecto poderoso en la salud de un individuo (un proceso biológico). Por ello, a pesar de que normalmente estudiamos los diferentes procesos (biológico, cognitivo y socioemocional) de forma separada, ten en cuenta que estamos hablando del desarrollo de un individuo completo con una mente y un cuerpo que son interdependientes (véase la Figura 1.6).

Estadios del desarrollo

El concepto de *estadio de desarrollo* se refiere al período de tiempo en la vida de una persona que cuenta con unas características concretas. Con la intención de poder organizar y comprender el desarrollo, éste ha sido comúnmente descrito y dividido en diferentes períodos. La clasificación más usada para los estadios del desarrollo implica la siguiente secuencia: estadio prenatal, primera infancia, niñez temprana, niñez intermedia y tardía, adolescencia, juventud, madurez y vejez. Los rangos de edad de los estadios son aproximados para proporcionar una idea general de cuándo un período empieza y cuándo termina.

El *estadio prenatal* es el período desde la concepción al nacimiento. Es un período de tremendo crecimiento: desde una sola célula a un organismo completo con un cerebro y capacidades comportamentales, producido en un período aproximado de nueve meses.

La *primera infancia* es el estadio evolutivo que se extiende desde el nacimiento hasta los 18 o 24 meses. La primera infancia es un período de extrema dependencia de los adultos. Numerosas actividades psicológicas acaban de comenzar —lenguaje, pensamiento simbólico, coordinación sensorio-motora y aprendizaje social, por ejemplo.

La *niñez temprana* es el estadio de desarrollo que se extiende desde el final de la primera infancia hasta los 5 o 6 años; a veces este período es llamado «años preescolares». Durante este tiempo, los niños aprenden a ser más auto-suficientes y a cuidar de sí mismos, desarrollan habilidades lectoras en el colegio (siguiendo instrucciones, identificando letras) y pasan muchas horas jugando entre iguales. El primer curso escolar suele marcar el final de este período.

La *niñez intermedia y tardía* es el estadio evolutivo que se extiende desde los 6 a los once años, aproximadamente corresponde con la escuela primaria, a veces se llama a este período años escolares. Los niños llegan a dominar las habilidades fundamentales de lectura, escritura y aritmética, y se exponen formalmente al mundo y su cultura. Los logros se convierten en un tema central en el mundo del niño y el auto-control aumenta.

La *adolescencia* es un estadio evolutivo de transición de la niñez a la juventud, comienza entre los 10 y 12 años y termina a los 18 o 22. La adolescencia comienza con cambios físicos rápidos, aumentos considerables de peso y estatura; cambios en el contorno del cuerpo y desarrollo de las características sexuales como aumen-

to del tamaño del pecho, desarrollo del vello púbico y facial y el cambio de voz. En este momento del desarrollo, la búsqueda de independencia y de identidad es fundamental. El pensamiento es más lógico, abstracto e idealista. En este período se pasa cada vez más tiempo fuera del ambiente familiar.

La *juventud* es un estadio del desarrollo que comienza al final de la adolescencia o a los 20 años y dura hasta que cumplimos la treintena. Es el tiempo de establecer una independencia personal y económica, un desarrollo profesional y, para muchos, elegir una pareja, aprender a vivir con alguien de forma íntima, comenzar una familia y criar a los hijos.

La *madurez* es el estadio del desarrollo que comienza aproximadamente a los 40 años y dura hasta los 60 años. Es un tiempo de expansión personal y participación y responsabilidad social. Es el momento de ayudar a la siguiente generación para convertirse en individuos maduros y competentes y alcanzar y mantener el éxito profesional.

La *vejez* es el estadio del desarrollo que comienza en los sesenta o setenta años y dura hasta la muerte. Es el momento de adaptarse a la disminución de la fuerza y la salud, el momento de reflexionar sobre la vida y la jubilación y adaptarse a los nuevos roles sociales.

Los psicólogos evolutivos especializados en el ciclo vital cada vez distinguen más entre dos grupos de edad dentro de la edad adulta tardía: el anciano joven o vejez y el anciano maduro o vejez tardía. Otros profesionales también distinguen al gran anciano (85 años o más) de otros ancianos más jóvenes. Comenzando en los sesenta y pudiéndose extender hasta más de los 100 años, la vejez es el estadio del desarrollo más largo del ciclo vital.

Debido a la extensión de este ciclo y el considerable aumento del número de adultos que viven hasta la vejez, vemos una mayor atención a la hora de diferenciar entre los períodos de la vejez. Por ejemplo, Paul Baltes y Jacqui Smith (2003) argumentan que el cambio más significativo tiene lugar en los ancianos de aproximadamente 85 años de media (a medida que se convierten en ancianos maduros). Ellos concluyen que la plasticidad y la adaptabilidad caracterizan a los ancianos desde los sesenta años hasta la mitad de los ochenta años, pero que los ancianos se encuentran al límite de sus capacidades funcionales, lo que hace que las intervenciones para mejorar sus vidas sean difíciles. A continuación encontramos algunas comparaciones entre el anciano joven (que en este análisis se clasificó desde los 65 hasta los 84 años) y el gran anciano en función de sus funciones (Baltes y Smith, 2003):

- **El anciano joven (desde los 65 a los 85 años)**
  Aumento de su esperanza de vida, ya que cada vez los ancianos viven más tiempo.
  Tienen un considerable potencial a la hora de mejorar su estado físico y cognitivo.
  Mantienen la mayor parte de su capacidad cognitiva.
  Pueden desarrollar estrategias para hacer frente a las ventajas y las pérdidas que supone el envejecimiento.
- **El gran anciano (desde los 85 años)**
  Muestran una considerable pérdida de las habilidades cognitivas.
  Experimentan un aumento de estrés crónico.
  La enfermedad del Alzheimer es más común y los individuos son más frágiles.
  Morir con dignidad es cada vez menos probable.

Por lo tanto, en el análisis de Baltes y Smith, el proceso de optimización de la vida es intrínsecamente más difícil para el gran anciano que para el anciano joven. Sin embargo, como veremos en el Capítulo 18, «Desarrollo físico en la vejez», y en el Capítulo 19, «Desarrollo cognitivo en la vejez», existen variaciones considerables sobre cuánto los grandes ancianos, incluyendo los mayores de 100 años,

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST FUNDADA EN 1620 QUITO

retienen sus capacidades o muestran un descenso considerable. Y como veremos a continuación en el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital», los contextos en los que los ancianos son evaluados juegan un papel importante sobre la calidad de su rendimiento.



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

Memoria en la mañana y en la tarde y memoria para algo significativo

Laura Helmuth (2003) ha descrito recientemente cómo los investigadores están descubriendo que ciertas condiciones de evaluación han exagerado el declive relacionado con la edad en el rendimiento de los ancianos. Para determinar cómo la edad está relacionada con el comportamiento, el pensamiento y los sentimientos, los investigadores intentan comparar cuidadosamente a participantes de diferentes edades. Por ejemplo, los participantes vienen al mismo escenario de investigación y realizan los mismos tests. Sin embargo, las condiciones de evaluación óptimas no son las mismas para el anciano joven y el gran anciano. La mayoría de los investigadores llevan a cabo sus estudios durante la tarde, una hora muy práctica para investigadores y alumnos participantes. Tradicionalmente los alumnos universitarios en los últimos años de su adolescencia y a principios de la veintena se encuentran más alterados y desempeñan sus funciones de manera más óptima por la tarde, sin embargo, el 75 por 100 de los ancianos son «gente de mañana», consiguiendo su mejor rendimiento por la mañana temprano (Helmuth, 2003).

Lynn Hasher y sus colegas (2001) evaluaron la memoria de sus compañeros estudiantes de 18 a 32 años y de voluntarios de la comunidad de 58 a 78 años a media tarde (aproximadamente a las 4 o las 5 de la tarde) y por la mañana temprano (aproximadamente a las 8 o las 9 de la mañana). A pesar de la hora del día, los alumnos universitarios jóvenes rindieron mejor que los ancianos en los tests de memoria, que implicaban el reconocimiento de frases de una historia y la memorización de una lista de palabras. Sin embargo, cuando los participantes realizaban el test por la mañana en lugar de por la tarde, la diferencia de edad en el rendimiento descendía considerablemente (véase la Figura 1.7).

La importancia de la información también afecta a los resultados de la memoria de los ancianos. Thomas Hess y sus colegas (2003) pidieron a los adultos jóvenes (18 a 30 años) y a los ancianos (62 a 84 años) que escucharan una descripción larguísima sobre la primera experiencia laboral de alguien o sus experiencias mientras buscaban una casa para su jubilación. Los adultos jóvenes recordaban los detalles de ambas historias, sin embargo, los ancianos mostraban una mejor memoria en la historia de la búsqueda de casa para la jubilación que en el caso de la primera experiencia laboral. Los investigadores han descubierto que las diferencias de edad con respecto a la memoria son considerables cuando a los sujetos se les pregunta sobre circunstancias que no les importan demasiado, pero cuando se les pregunta a los ancianos sobre información que es relevante en sus vidas, las diferencias en la memoria entre jóvenes adultos y ancianos descienden considerablemente (Hasher, 2003).

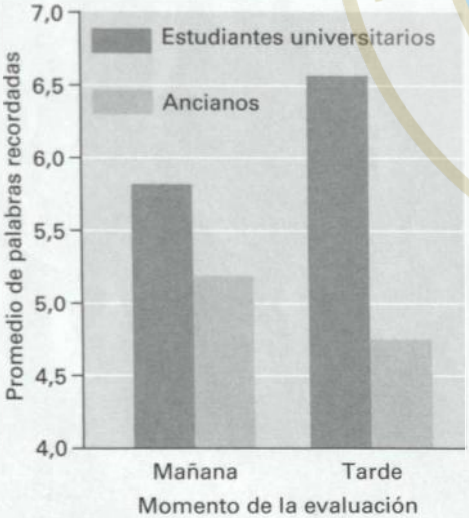


FIGURA 1.7 Memoria, edad y momento del día evaluados (mañana o tarde)

Los estudiantes universitarios obtuvieron un mejor resultado que los ancianos por la mañana y por la tarde. Sin embargo, hay que señalar que la memoria de los ancianos era mejor cuando eran evaluados por la mañana que cuando la evaluación se realizaba por la tarde, mientras que la memoria de los estudiantes universitarios no era tan buena por la mañana como por la tarde.



FIGURA 1.8 Procesos y estadios del desarrollo
Los estadios del desarrollo en el ciclo vital están influenciados por las interacciones de los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales.

Los estadios del ciclo de la vida se muestran en la Figura 1.8, al igual que los procesos evolutivos —biológicos, cognitivos y socioemocionales—. La interrelación de estos procesos producen los estadios del ciclo de la vida humana.

Edad y felicidad

Cuando los individuos dicen que son felices y están satisfechos con sus vidas, no hay un grupo de edad en particular que diga que es más feliz o está más satisfecho que otro (Diener, 2004; Diener, Lucas y Oishi, 2002). Cuando casi 170.000 personas de 16 países diferentes fueron entrevistadas, no se encontraron diferencias en la felicidad desde la adolescencia a la vejez (Inglehart, 1990) (véase la Figura 1.9). Aproximadamente el mismo porcentaje de gente de cada grupo de edad —ligeramente inferior al 20 por 100— dijeron que eran «muy felices».

¿Por qué dicen los ancianos ser tan felices y estar tan satisfechos con su vida como la gente joven? Cada período del ciclo vital tiene sus tensiones, sus más y sus menos, sus altos y sus bajos. Aunque en la adolescencia hay que hacer frente al desarrollo de la identidad, los sentimientos de inseguridad, los cambios de humor y la presión de los iguales, la mayoría de los adolescentes desarrollan percepciones positivas sobre sí mismos, sentimientos de competencia sobre sus habilidades, relaciones positivas con su familia y amigos y una visión optimista del futuro. Y mientras los ancianos se enfrentan a una vida de reducción de ingresos, pérdida de energía, descenso de las habilidades físicas y preocupaciones sobre la muerte, también se sienten menos presionados para lo-

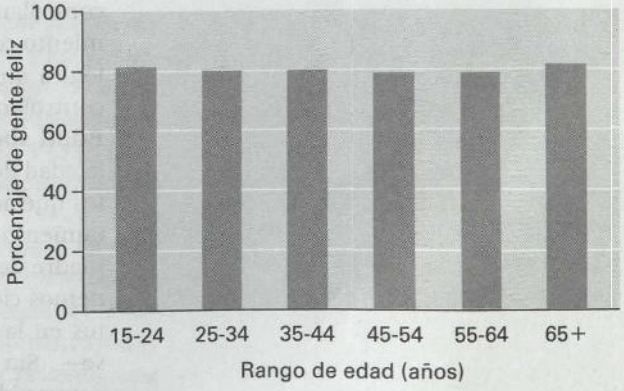


FIGURA 1.9 Edad y felicidad
El estudio con casi 170.000 personas en 16 países no encontró diferencias en la felicidad desde los años de la adolescencia hasta la vejez.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
FACULTAD DE CULTURA FISICA
BIBLIOTECA

grar el éxito, tienen más tiempo para el placer y tienen más años de experiencia que les ayudan a adaptarse a las circunstancias con una sabiduría que no habrían podido tener en sus años de juventud. Ya que envejecer es uno de los resultados de la vida, puede proporcionarnos un placer considerable saber que probablemente seremos tan felices de ancianos como lo hemos sido de jóvenes.

Concepciones de la edad

En nuestra descripción de los estadios del ciclo vital, asociamos una edad aproximada a cada estadio. Sin embargo, la experta en ciclo vital Bernice Neugarten (1988) hace hincapié en lo rápido que nos estamos convirtiendo en una sociedad donde la edad es irrelevante. Ella dice que ya nos hemos familiarizado con alcaldes de 28 años, abuelas de 35, padres de niños preescolares con 65 años, viudas de 55 años que empiezan un negocio y estudiantes de 70 años. Neugarten enfatiza sobre que las posibilidades y los dilemas no ocurren en intervalos de 10 años. Las decisiones no se toman y después se dejan atrás como si fueran sólo cuentas en una cadena. Neugarten afirma que la mayoría de los temas de la edad adulta aparecen y reaparecen a lo largo del ciclo vital de la vida humana. Los temas de intimidad y libertad pueden preocupar a las parejas en sus relaciones. Sentir la presión del tiempo, reformular los objetivos y enfrentarse con el éxito y con el fracaso no son propiedad de los adultos de una edad determinada.

Las ideas de Neugarten dan lugar a cuestiones sobre cómo se debe conceptualizar la edad. Algunas formas en las que la edad se ha conceptualizado son: edad cronológica, edad biológica, edad psicológica y edad social (Hoyer y Roodin, 2003):

- **Edad cronológica** es el número de años que han pasado desde el nacimiento. Mucha gente considera que la edad cronológica es un sinónimo del concepto de edad. Sin embargo, algunos psicólogos evolutivos consideran que la edad cronológica no resulta muy relevante a la hora de comprender el desarrollo psicológico de una persona (Botwinick, 1978). El tiempo es un índice riguroso de muchos eventos y experiencias, y no es la causa de nada.
- **Edad biológica** es la edad de una persona en términos de salud biológica. Para determinar la edad biológica de una persona debemos conocer las capacidades funcionales de los órganos vitales de una persona. Las capacidades vitales de una persona pueden ser mejores o peores que las de otras de edad similar. Cuanto más joven sea la edad biológica de una persona, mayor será su expectativa de vida, con independencia de su edad cronológica.
- **Edad psicológica** son las capacidades de adaptación de un individuo en comparación con otros individuos de igual edad cronológica. Mientras que aquellos ancianos que continúan aprendiendo son flexibles, están motivados, controlan sus emociones y piensan con claridad, desarrollan un comportamiento con mayor capacidad de adaptación que aquellos de igual edad cronológica que no continúan aprendiendo y son rígidos, no están motivados, no controlan sus emociones y no piensan con claridad.
- **Edad social** se refiere a los *roles* sociales y las expectativas relacionadas con la edad de una persona. Consideremos el *rol* de «madre» y los comportamientos que acompañan a ese *rol* (Huyck y Hoyer, 1982). Para predecir el comportamiento de una mujer adulta, puede ser más importante saber si ella es madre de un niño de tres años que el conocer si tiene 20 o 30 años. Aún tenemos ciertas expectativas al respecto de cuándo deben ocurrir ciertos eventos en la vida —como casarse, tener hijos, convertirse en abuelos y jubilarse—. Sin embargo, como determinaba Neugarten, la edad cronológica se ha convertido en un pronosticador menos fiable de estos eventos de la vida en nuestra sociedad.

Desde la perspectiva del ciclo vital, un perfil general de la vida de un individuo implica algo más que la edad cronológica. También se compone de edad biológica,

edad psicológica y edad social (véase la Figura 1.10). Por ejemplo, un hombre de 70 años (edad cronológica) puede contar con una buena salud física (edad biológica), estar experimentando problemas de memoria y no poder sobrellevar las obligaciones a las que se enfrente por la reciente hospitalización de su mujer (edad psicológica) y tener amigos con los que normalmente juega al golf (edad social).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Identificar los procesos y períodos más importantes del desarrollo

REVISA

- ¿Cuáles son los tres procesos claves del desarrollo?
- ¿Cuáles son los ocho estadios principales del desarrollo?
- ¿Cómo se relaciona la edad con la felicidad?
- ¿Cuáles son las cuatro formas en las que se puede conceptualizar la edad?

REFLEXIONA

- ¿Piensas que hay una edad que es la mejor? Si es así, ¿cuál es? y ¿por qué?

Edad cronológica
Número de años desde el nacimiento

Edad biológica
Edad en términos de salud física

Edad psicológica
Capacidad de adaptación con otros individuos de igual edad cronológica

Edad social
Rol social y expectativas en relación con la edad cronológica

FIGURA 1.10 Concepciones de la edad

3 FACTORES DEL DESARROLLO

Naturaleza y medio | **Estabilidad y cambio**

Continuidad y discontinuidad | **Evaluando los factores de desarrollo**

Los factores más importantes en el estudio del desarrollo incluyen naturaleza y medio, continuidad y discontinuidad, y estabilidad y cambio.

Naturaleza y medio

El tema de la **controversia naturaleza-medio** implica el debate sobre si el desarrollo está primordialmente influido por la naturaleza o por el medio. La *naturaleza* se refiere a la herencia del organismo biológico, el *medio*, sin embargo, se refiere a las experiencias del entorno. Los defensores de la «naturaleza» afirman que la influencia más importante en el desarrollo es la herencia biológica. Por el contrario, los defensores del «medio» afirman que las experiencias del entorno son las influencias más importantes.

De acuerdo con los partidarios de la naturaleza, el ser humano crece de una forma ordenada, como un girasol, a menos que sea derribado por un entorno hostil. La gama de ambientes puede ser muy amplia, pero los partidarios del desarrollo natural argumentan que los principios genéticos producen ciertos factores comunes en el crecimiento y el desarrollo. Andamos antes de hablar, decimos una palabra antes que dos, crecemos rápidamente en la primera infancia y más lentamente en la niñez y experimentamos una gran cantidad de cambios hormonales durante la pubertad. Los partidarios de la naturaleza reconocen que los ambientes extremos —aquellos que son psicológicamente mediocres y hostiles— pueden dar

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1826
QUITO

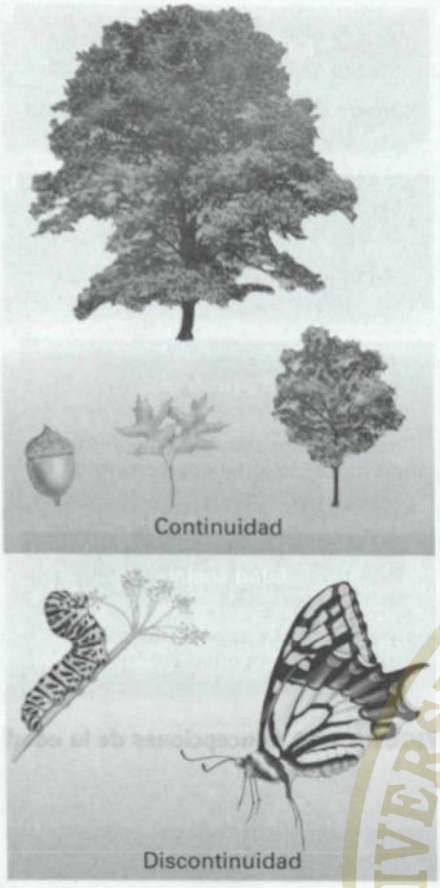


FIGURA 1.11 Continuidad y discontinuidad en el desarrollo

¿Es el desarrollo humano más parecido al crecimiento gradual de una semilla convirtiéndose en un roble gigante o la transformación repentina de una oruga en mariposa?

lugar a depresiones. Sin embargo, ellos creen que las tendencias básicas de crecimiento están genéticamente conectadas en los humanos.

Por el contrario, otros psicólogos hacen hincapié en la importancia que tiene el medio o las experiencias ambientales en el desarrollo. Las experiencias se mueven en una gama entre el entorno biológico del individuo (nutrición, cuidados médicos, drogas y accidentes físicos) y el entorno social (familia, iguales, colegio, comunidad, medios de comunicación y cultura) (Garbarino, Bradshaw y Kostelny, 2005; Gottlieb, 2004).

Continuidad y discontinuidad

Piensa sobre tu propio desarrollo por un momento. ¿Te convertiste en la persona que eres ahora de forma gradual, como la manera lenta y acumulativa en la que una semilla crece para convertirse en un roble gigante? ¿O, por el contrario, experimentaste cambios repentinos y marcados en tu crecimiento, como la forma en la que una oruga se convierte en mariposa? (véase la Figura 1.11). En la mayoría de los casos, los psicólogos evolutivos que hacen hincapié en el medio normalmente describen el desarrollo como un proceso gradual y continuo. Aquellos que enfatizan la naturaleza, a menudo describen el desarrollo como una serie de etapas distintas.

El tema de la **continuidad y discontinuidad** se centra en la extensión por la cual el desarrollo implica cambios acumulativos graduales (continuidad) o diferentes fases (discontinuidad). En términos de continuidad, la primera palabra de un niño, aunque parece un evento discontinuo y repentino, es el resultado de semanas y meses de crecimiento y práctica. La pubertad, además de parecer un hecho repentino y discontinuo, es un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchos años.

En términos de discontinuidad, cada persona se describe atravesando una secuencia de estadios en la que los cambios son diferentes cualitativamente en lugar de cuantitativamente. De la misma forma que el roble pasa de ser una semilla a ser un roble gigante, cada vez más roble, su desarrollo es continuo. A medida que una oruga se convierte en mariposa, ya no es más una oruga, es un tipo de organismo diferente, es un desarrollo discontinuo. Por ejemplo, en algún momento un niño pasa de no ser capaz de pensar de forma abstracta sobre el mundo a ser capaz de hacerlo. Esto sería un cambio cualitativo y discontinuo en el desarrollo, no un cambio cuantitativo y continuo.

Estabilidad y cambio

Otro factor importante dentro del desarrollo es el tema de la **estabilidad y cambio,** que trata sobre si el desarrollo se describe mejor a través de la estabilidad o el cambio. La estabilidad y cambio implican el grado según el cual nos convertimos en el resultado final de nuestras experiencias tempranas (estabilidad) o si nos desarrollamos como alguien diferente de quien éramos en un punto anterior del desarrollo (cambio). ¿Será aquel niño tímido que se escondía detrás del sofá cuando llegaba una visita un estudiante universitario al que nadie saca a bailar, o se convertirá ese niño en un individuo sociable y hablador? ¿Podrá el adolescente despreocupado y amante de la diversión sobrellevar un trabajo de 8 a 3 como adulto o convertirse en un adulto conformista, serio y puritano?

El tema de la estabilidad y cambio está relacionado con el punto de vista de Paul Baltes (1987, 2003), que tratamos anteriormente, sobre que la plasticidad o el cambio son factores importantes en el ciclo vital. Recordaremos que en la perspectiva del ciclo vital, la plasticidad o el cambio son posibles a lo largo del ciclo de la vida, aunque expertos como Baltes afirman que los ancianos maduros a menudo muestran menos capacidad de cambio que los adultos jóvenes (Singer, Lindenberger y Baltes, 2003).

Una de las razones por las que el desarrollo de los adultos ha sido ignorado por los investigadores hasta hace poco tiempo era la creencia predominante de que nada cambia en gran medida en la edad adulta. Se creía que la mayor parte de los cambios se producían en los cinco primeros años de vida. Hoy en día, la mayor parte de los psicólogos especialistas en desarrollo concluyen que es posible el cambio a lo largo del ciclo vital, aunque discrepan, a veces con vehemencia, sobre cuánto cambio puede producirse y cuánta estabilidad existe.

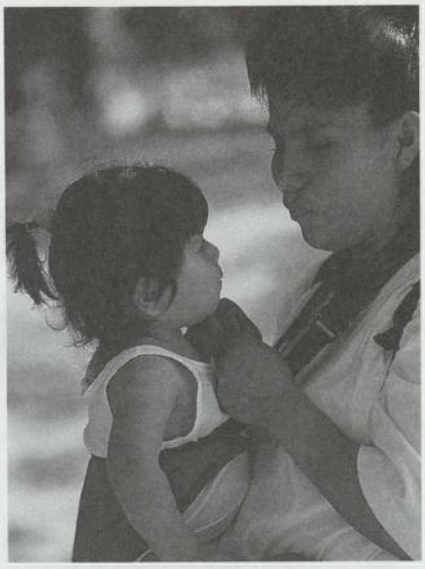
Una de las dimensiones importantes de la estabilidad y cambio es la amplitud por la que las experiencias tempranas (especialmente en la primera infancia) o las experiencias tardías determinan el desarrollo de una persona. Es decir, si los niños experimentan circunstancias negativas y tensas en sus vidas, ¿puede el efecto de estas experiencias contrarrestarse posteriormente con experiencias más positivas? ¿O son estas experiencias tempranas tan críticas que no pueden superarse con ningún entorno enriquecido posteriormente en el desarrollo?

El tema de las experiencias tempranas y tardías cuenta con una larga historia y continúa siendo muy debatido por los psicólogos evolutivos (Gottlieb, 2002, 2004). Platón estaba seguro que los bebés que eran mecidos con frecuencia se convertían en mejores atletas. Los curas de Nueva Inglaterra en el siglo XIX decían a los padres en los sermones dominicales que la forma en la que cogieran a sus bebés determinaría el futuro carácter de sus hijos. Más recientemente, algunos investigadores han afirmado que a no ser que los bebés experimenten un cuidado cálido y entregado durante su primer año de vida, su desarrollo no podrá ser óptimo (Waters y otros, 2000).

La doctrina de la experiencia temprana contrasta con la visión de la experiencia tardía, que afirma que el desarrollo es como un río que fluye y refluye continuamente. Los partidarios de las experiencias tardías argumentan que los niños son maleables durante el desarrollo y que un cuidado tardío sensible es tan importante como los cuidados tempranos. Algunos especialistas en el desarrollo del ciclo vital afirman que se le presta muy poca atención a estas experiencias tardías (Baltes y Smith, 2003; Birren y Schaie, 2001). Argumentan que las experiencias tempranas contribuyen de forma importante al desarrollo, pero no más de lo que lo hacen las experiencias tardías.

Jerome Kagan (2000) señala que incluso los niños que muestran un carácter tímido heredado, tienen la capacidad de cambiar su comportamiento. En su investigación, casi un tercio de un grupo de niños con carácter tímido a los dos años, eran normalmente tímidos o miedosos a los cuatro años.

La cultura occidental, especialmente aquellos partidarios de las creencias freudianas sobre que las experiencias clave en el desarrollo son las relaciones de los niños con sus padres en los primeros cinco años de vida, tienden a apoyar la idea de que las experiencias tempranas son más importantes que las tardías. Sin embargo, la mayoría de la gente no comparte esta creencia. Por ejemplo, la mayoría de personas en países asiáticos cree que las experiencias acontecidas después de los seis o siete años son aspectos del desarrollo más importantes que las experiencias tempranas. Esta postura es la consecuencia de las viejas creencias de las culturas orientales de que la habilidad de los niños para razonar comienza a desarrollarse en mayor medida en los años de la niñez intermedia.



¿Cuál es la importancia de las experiencias tempranas y tardías en el desarrollo?

Evaluando los factores del desarrollo

La mayoría de los especialistas en el desarrollo del ciclo vital no defienden ninguna posición extrema en los tres temas claves del desarrollo. Saben que la naturaleza y el medio, la continuidad y la discontinuidad, la estabilidad y el cambio caracterizan el desarrollo a lo largo del ciclo vital humano (Lerner, 2002; Tomasello y Slobin, 2005; Overton, 2004). Sin embargo, ninguno de estos factores por sí solo son la clave del desarrollo, sino su interacción.

A pesar de este consenso general, existe un debate profundo sobre de qué forma influyen estos factores en el desarrollo (Spencer y Harpalani, 2004; Waters, 2001). ¿Es menos probable que las chicas obtengan buenos resultados en matemáticas por su naturaleza «femenina» o por la sociedad machista? ¿Cuánto se puede entrenar a los ancianos para razonar de forma más efectiva? ¿Cuánto, si lo hace, se deteriora nuestra memoria en la vejez? ¿Pueden usarse técnicas para prevenir o reducir este deterioro? ¿Puede que las experiencias enriquecedoras de la adolescencia supriman los «déficit» sufridos por las experiencias de pobreza, maltrato de los padres y educación deficiente en la niñez?

Las respuestas que los psicólogos evolutivos dan a estas cuestiones dependen de su postura en los temas de naturaleza y medio, continuidad y discontinuidad, estabilidad y cambio. Las respuestas a estas preguntas también influyen en las decisiones de la política social sobre los niños, los adolescentes y los adultos y, en consecuencia, sobre cada una de nuestras vidas.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Describir tres temas claves del desarrollo

REVISA

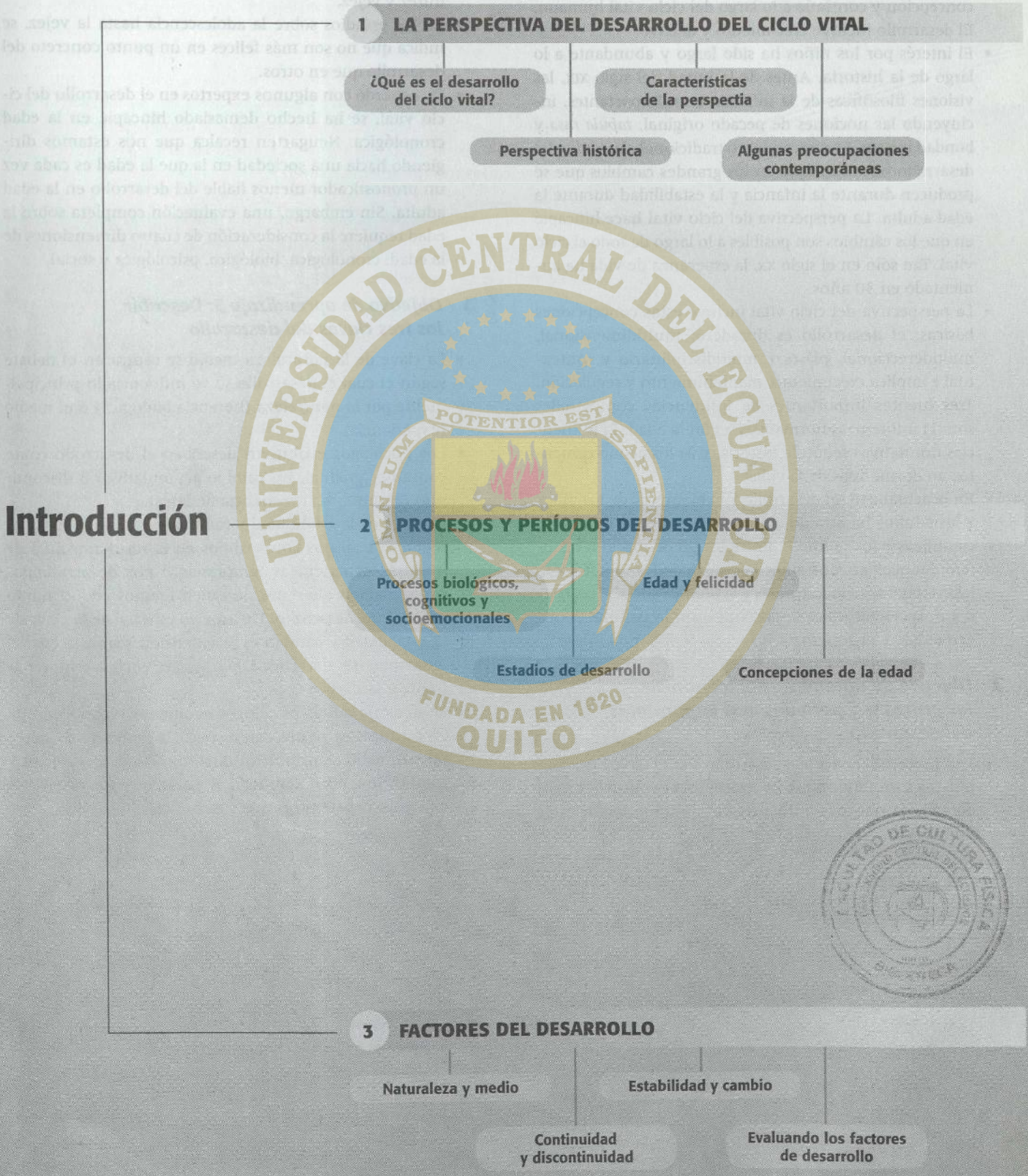
- ¿De qué trata el tema de la naturaleza y medio?
- ¿De qué trata el tema de la continuidad y discontinuidad?
- ¿De qué trata el tema de la estabilidad y cambio?
- ¿Cuál sería una buena estrategia para evaluar los temas del desarrollo?

REFLEXIONA

- ¿Puedes señalar una experiencia temprana que creas que ha contribuido de manera importante en tu desarrollo? ¿Puedes identificar una experiencia reciente o actual (posterior) que crees que ha (está teniendo) una fuerte influencia en tu desarrollo?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Examinar la perspectiva del desarrollo del ciclo vital*

- El desarrollo es el patrón de cambio que comienza en la concepción y continúa a lo largo del ciclo vital humano. El desarrollo incluye crecimiento y declive.
- El interés por los niños ha sido largo y abundante a lo largo de la historia. Antes de la mitad del siglo XIX, las visiones filosóficas de la infancia eran importantes, incluyendo las nociones de pecado original, *tabula rasa* y bondad innata. El acercamiento tradicional al estudio del desarrollo hace hincapié en los grandes cambios que se producen durante la infancia y la estabilidad durante la edad adulta. La perspectiva del ciclo vital hace hincapié en que los cambios son posibles a lo largo de todo el ciclo vital. Tan sólo en el siglo XX, la esperanza de vida ha aumentado en 30 años.
- La perspectiva del ciclo vital incluye estas concepciones básicas: el desarrollo es duradero, multidimensional, multidereccional, plástico, multidisciplinario y contextual e implica crecimiento, mantenimiento y regulación. Tres fuentes importantes de influencias contextuales son: 1) influencias normativas según la edad; 2) influencias normativas según la historia, y 3) los acontecimientos no normativos de la vida.
- En la actualidad, el desarrollo y el bienestar de los niños y los adultos ha atraído el interés de los ciudadanos, los científicos y los políticos. Entre las preocupaciones contemporáneas encontramos la paternidad, la educación, los contextos socioculturales y la política social. Tres contextos socioculturales importantes son la cultura, el origen étnico y el género.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Identificar los procesos y períodos más importantes del desarrollo*

- Tres procesos clave en el desarrollo son el biológico, cognitivo y socioemocional. Los psicólogos evolutivos consideran importante la influencia de la interacción de estos procesos.
- Comúnmente, el ciclo vital se divide en estos estadios del desarrollo: prenatal, primera infancia, niñez temprana, niñez intermedia y tardía, adolescencia, juventud, madurez y vejez.
- En los estudios sobre la adolescencia hasta la vejez, se indica que no son más felices en un punto concreto del desarrollo que en otros.
- De acuerdo con algunos expertos en el desarrollo del ciclo vital, se ha hecho demasiado hincapié en la edad cronológica. Neugarten recalca que nos estamos dirigiendo hacia una sociedad en la que la edad es cada vez un pronosticador menos fiable del desarrollo en la edad adulta. Sin embargo, una evaluación completa sobre la edad requiere la consideración de cuatro dimensiones de la edad: cronológica, biológica, psicológica y social.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Describir las tres claves del desarrollo*

- La clave de la naturaleza-medio se centra en el debate según el cual el desarrollo se ve influenciado principalmente por la naturaleza (herencia biológica) o el medio (experiencia).
- Los psicólogos evolutivos describen el desarrollo como continuo (gradual, un cambio acumulativo) o discontinuo (abrupto, una secuencia de fases).
- La clave de la estabilidad y cambio se centra en el grado según el cual nos convertimos en el resultado final de nuestras experiencias tempranas o nos desarrollamos como alguien diferente de quien éramos en un punto anterior del desarrollo. Un aspecto especial de la clave de la estabilidad y cambio es la extensión según la cual el desarrollo se determina por experiencias tempranas frente a tardías.
- La mayoría de los psicólogos evolutivos reconocen que las posturas extremas con respecto a los temas de naturaleza-medio, continuidad-discontinuidad, estabilidad y cambio son poco sensatas. A pesar de este consenso, existe un debate profundo sobre ellos.

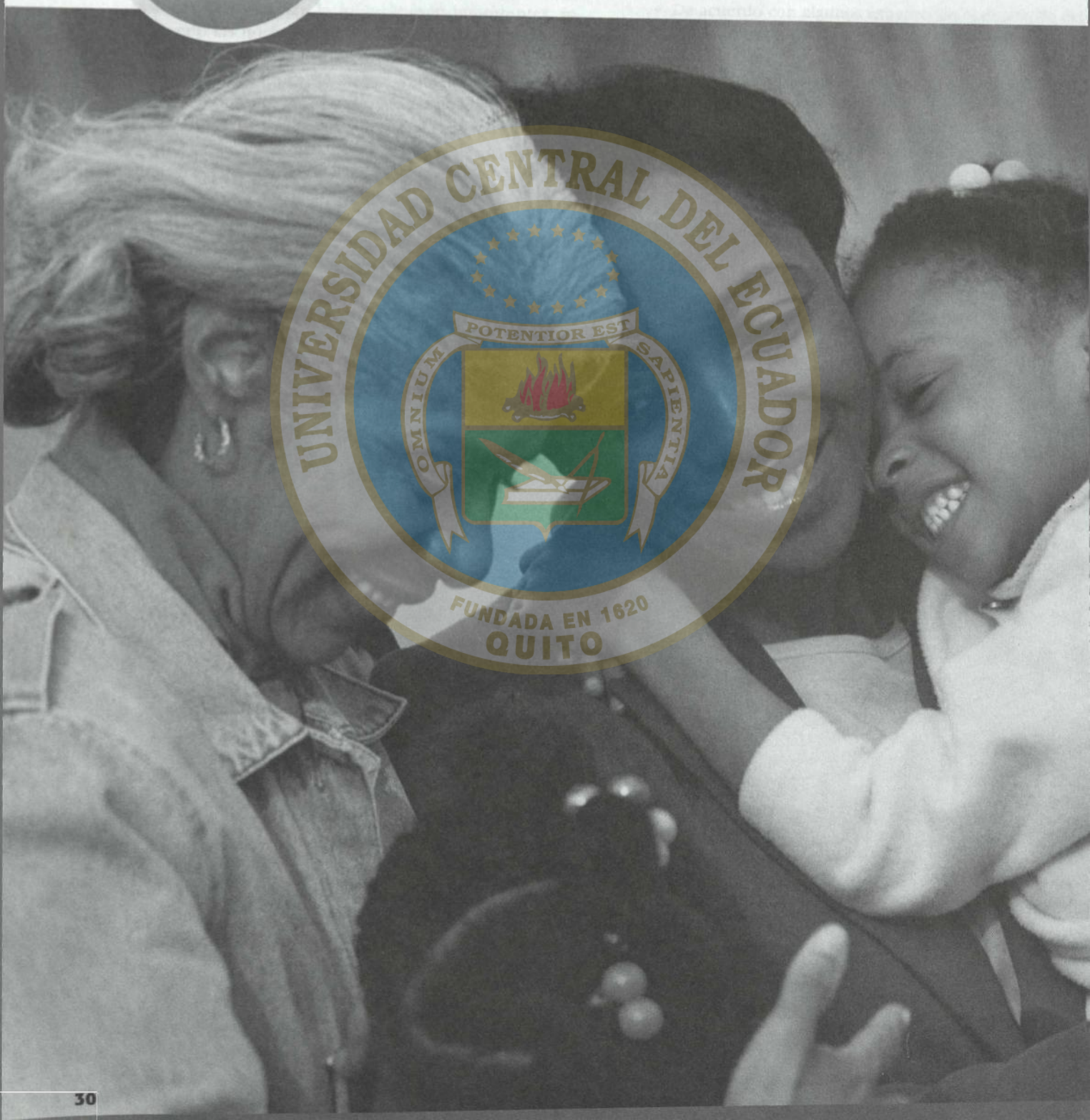
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1826
QUITO


UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

CAPÍTULO 2

No hay nada tan práctico como una buena teoría.

KURT LEWIN
Psicólogo social americano, siglo XX



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

La ciencia del desarrollo del ciclo vital

Esquema del capítulo

Objetivos de aprendizaje

TEORÍAS DEL DESARROLLO — **1** — **Describir las teorías del desarrollo del ciclo vital**

Teorías del psicoanálisis
Teorías cognitivas
Teorías conductistas y cognitivo-sociales
Teoría etológica
Teoría ecológica
Una orientación teórica ecléctica

INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL — **2** — **Explicar cómo se lleva a cabo la investigación sobre el desarrollo del ciclo vital**

Tipos de investigación
El ciclo temporal de la investigación

ENFRENTARSE A LOS DESAFÍOS DE LA INVESTIGACIÓN — **3** — **Analizar los desafíos de la investigación en el desarrollo del ciclo vital**

Llevar a cabo investigaciones éticas
Minimizar la parcialidad
Cómo obtener información de forma sensata sobre el desarrollo del ciclo vital

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST QUAM CONTINUA SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Las historias de Erik Erikson y Jean Piaget

Imagina que has creado una teoría muy importante sobre el desarrollo. ¿Qué cosas te influirían para generar ésta teoría? Una persona interesada en el desarrollo de una teoría como ésta normalmente tiene una titulación universitaria superior que culmina en un doctorado. Como parte de la preparación, aparecen frente al futuro especialista numerosas ideas sobre un área particular del desarrollo del ciclo vital, como es el desarrollo biológico, cognitivo o socioemocional. Otro factor que podría explicar por qué alguien desarrolla una teoría particular son las experiencias propias de la persona. Dos importantes especialistas en teorías del desarrollo, cuyos puntos de vista se describirán más adelante en el capítulo, son Erik Erikson y Jean Piaget. Vamos a examinar una parte de sus vidas durante su crecimiento para descubrir cómo sus experiencias pueden haber influido en las teorías que han desarrollado.

Erik Homberger Erikson (1902-1994) nació cerca de Francfort, en Alemania, de padres daneses. Antes de que Erik naciera, sus padres se separaron y su madre dejó Dinamarca para vivir en Alemania. A los tres años, Erik enfermó y su madre lo llevó a un pediatra que se llamaba Homberger. La joven madre de Erik se enamoró del pediatra, se casó con él y éste le dio su apellido a Erik.

Erik asistió a la escuela primaria desde los 6 a los 10 años y después al instituto desde los 11 a los 18. Prefirió estudiar arte y varios idiomas. Sin embargo, a Erik no le gustaba el ambiente de la escuela oficial y eso quedó reflejado en sus notas. En lugar de asistir a la universidad a los 18 años, Erikson deambuló por Europa, escribiendo un diario sobre sus experiencias. Después de un año viajando por Europa, regresó a Alemania y se inscribió en una escuela de arte. No le gustó y se inscribió en otra. Más tarde viajó a Florencia (Italia). El psiquiatra Robert Coles describió a Erikson en ese momento de la siguiente manera:

> Para los italianos él era un joven nórdico expatriado, delgado y con una larga melena rubia. Vestía traje de pana y su familia y sus amigos lo veían no como una persona rara o «enferma», sino como un artista itinerante que intentaba tener control sobre sí mismo mediante una lucha que no se consideraba inusual o poco natural. (Coles, 1970, p. 15.)

Las experiencias de Erikson contrastan con las de Jean Piaget. Piaget (1896-1980) nació en Neuchâtel (Suiza). Su padre era un intelectual que enseñó al joven Jean a pensar de manera sistemática. Su madre era también muy inteligente. Su padre tenía cierto distanciamiento con su madre, a quien Piaget describió como propensa a crisis neuróticas frecuentes.

En su autobiografía, Piaget detallaba por qué había elegido el estudio del desarrollo cognitivo en lugar del desarrollo social o patológico:

> Comencé muy pronto a preferir más el trabajo serio que el juego. De hecho, siempre he odiado cualquier alejamiento de la realidad, una actitud que yo atribuyo a(...) la mala salud de mi madre. Fue este factor inquietante el que me hizo interesarme al comienzo de mis estudios de psicología en el psicoanálisis y la psicología patológica. A pesar de que este interés me ayudó a independizar y ampliar mis orígenes culturales, desde entonces nunca volví a sentir el deseo de implicarme con mayor profundidad en esa dirección en particular, siempre preferí el estudio del desarrollo normal y la lógica del intelecto en lugar del desarrollo anormal y los trucos de la mente inconsciente.

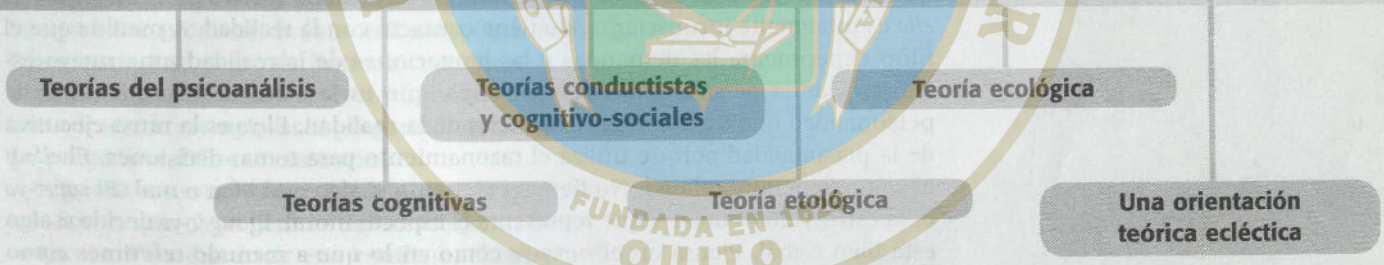
Estas descripciones de las vidas de Erikson y Piaget ilustran cómo las experiencias personales pueden influir en el trabajo que puede seguir un teórico. Las divagaciones y la búsqueda del yo de Erikson contribuyeron a su teoría del desarrollo de la identidad; y las experiencias de Piaget con sus padres contribuyeron a su énfasis en el desarrollo cognitivo.

VISTA PREVIA

Las teorías son parte de la ciencia del desarrollo del ciclo vital. Algunos individuos tienen dificultad al pensar en el desarrollo del ciclo vital como una ciencia igual a la física, la química o la biología. ¿Puede una ciencia que estudia cómo los padres educan a sus hijos, si ver la televisión durante largas horas está relacionado con el sobrepeso y los factores que influyen en la satisfacción en la vida de los ancianos, equipararse a disciplinas que estudian la estructura molecular de un compuesto o cómo funciona la gravedad? La respuesta es *sí*. La ciencia se define no por lo *que* investiga, sino por *cómo* lo investiga. Si estudiamos la fotosíntesis, las mariposas, las lunas de Saturno o el desarrollo humano, es la forma de estudiarlo lo que hace que el acercamiento sea o no científico.

Este capítulo introduce las teorías y los métodos que son la base de la ciencia del desarrollo del ciclo vital. Al final del capítulo exploraremos algunos desafíos éticos y errores que los investigadores deben controlar para poder proteger la integridad de sus resultados y respetar los derechos de aquellos que participan en sus estudios.

1 TEORÍAS DEL DESARROLLO



Todos los conocimientos científicos parten de un método de investigación riguroso y sistemático (Rosnow y Rosenthal, 2005; Wozniak, 2004). El *método científico* es esencialmente un proceso de cuatro pasos:

1. Conceptualización de un proceso o problema para ser estudiado.
2. Recogida de información (datos).
3. Análisis de la información.
4. Sacar conclusiones.

En el paso 1, cuando los investigadores formulan un problema para el estudio, a menudo hacen uso de las *teorías* y desarrollan *hipótesis*. Una **teoría** es un grupo coherente de ideas que ayudan a explicar y hacer predicciones. Una **hipótesis** es un conjunto de suposiciones demostrables y predicciones que pueden evaluarse para determinar su precisión. Por ejemplo, una teoría sobre la tutorización puede intentar explicar y predecir por qué el apoyo continuo, la orientación y la experiencia concreta pueden cambiar la vida de los niños que provienen de un entorno empobrecido. Una hipótesis puede afirmar que la atención individualizada de un adulto mejorará los resultados de un adolescente en la escuela.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIAM EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1826
QUITO
FACULTAD DE CULTURA FÍSICA
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
QUITO
BIBLIOTECA



Sigmund Freud, pionero del psicoanálisis. *¿Cómo pensaba Freud que se organizaba la personalidad de cada individuo?*

La diversidad de teorías hace que comprender el desarrollo del ciclo vital sea una tarea desafiante. Cuando piensas que una teoría tiene una explicación correcta sobre el desarrollo del ciclo vital, otra teoría aparece y hace que tengas que reconsiderar tu anterior opinión. Para no sentirte frustrado, recuerda que el desarrollo del ciclo vital es un tema complejo y con múltiples facetas. No hay una sola teoría que sea capaz de explicar todos los aspectos que lo forman. Cada teoría contribuye con una pieza importante al puzzle del desarrollo del ciclo vital. Aunque las teorías a veces no coinciden sobre ciertos aspectos del desarrollo del ciclo vital, la mayor parte de su información es complementaria y no contradictoria. Juntas nos permiten ver la riqueza total del paisaje del desarrollo del ciclo vital.

Teorías del psicoanálisis

La **teoría del psicoanálisis** describe el desarrollo como fundamentalmente inconsciente, es decir, más allá de la conciencia y principalmente emocional. Los teóricos del psicoanálisis creen que el comportamiento es una característica meramente superficial y que, para comprender realmente el desarrollo debemos analizar los significados simbólicos del comportamiento y el funcionamiento profundo de la mente. Los teóricos del psicoanálisis afirman además que las primeras experiencias con los padres dan forma extensivamente a nuestro desarrollo. Estas características se resaltan en la teoría del psicoanálisis de Sigmund Freud.

La teoría de Freud Freud (1856-1939) desarrolló sus ideas sobre la teoría del psicoanálisis a partir de su trabajo con enfermos mentales. Freud era médico, especializado en neurología. Pasó la mayor parte de su vida en Viena, pero se trasladó a Londres al final de su carrera debido al antisemitismo nazi. Freud (1917) creía que la personalidad se dividía en tres estructuras: el *ello*, el *yo* y el *super-yo*. El *ello* es la estructura freudiana de la personalidad que está formada por instintos, que son la reserva de energía psíquica de un individuo. En la visión de Freud, el *ello* es totalmente inconsciente, no tiene contacto con la realidad. A medida que el niño experimenta las demandas y las limitaciones de la realidad, una nueva estructura de la personalidad emerge, el *yo*, que es la estructura freudiana de la personalidad que trata con las exigencias de la realidad. El *yo* es la rama ejecutiva de la personalidad porque utiliza el razonamiento para tomar decisiones. El *ello* y el *yo* no tienen moralidad. No tienen en cuenta si algo está bien o mal. El *super-yo* es la estructura freudiana que representa el aspecto moral. El *super-yo* decide si algo está bien o mal. Piensa en el *super-yo* como en lo que a menudo referimos como nuestra «conciencia». Probablemente estés empezando a sentir que el *ello* y el *super-yo* hacen la vida más difícil al *yo*. Tu *yo* puede decir «voy a practicar el sexo sólo ocasionalmente y me aseguraré de tomar las precauciones adecuadas porque no quiero que la llegada de un niño interrumpa mi desarrollo profesional». Sin embargo, tu *ello* dice «quiero satisfacerme a mí mismo, el sexo es placentero». Tu *super-yo* también opina: «me siento culpable por practicar el sexo».

A medida que Freud escuchaba, evaluaba y analizaba a sus pacientes se convencía cada vez más de que sus problemas eran el resultado de las experiencias tempranas de su vida. Freud creía que pasamos por cinco etapas en el desarrollo psico-sexual, y que en cada etapa del desarrollo experimentamos placer en una parte del cuerpo más que en otra. Freud pensaba que nuestra personalidad adulta está determinada por la manera en la que resolvemos conflictos en estos tempranos orígenes del placer, la boca, el ano y después los genitales, y las demandas de la realidad. Cuando estos conflictos no se resuelven, el individuo puede quedar estancado en una fase específica del desarrollo. La fijación ocurre cuando un individuo permanece atrapado en una fase anterior del desarrollo porque las necesidades son sobre o infrasatisfechas. Por ejemplo, una madre puede destetar a un niño demasiado pronto, ser demasiado estricta con la enseñanza del control de

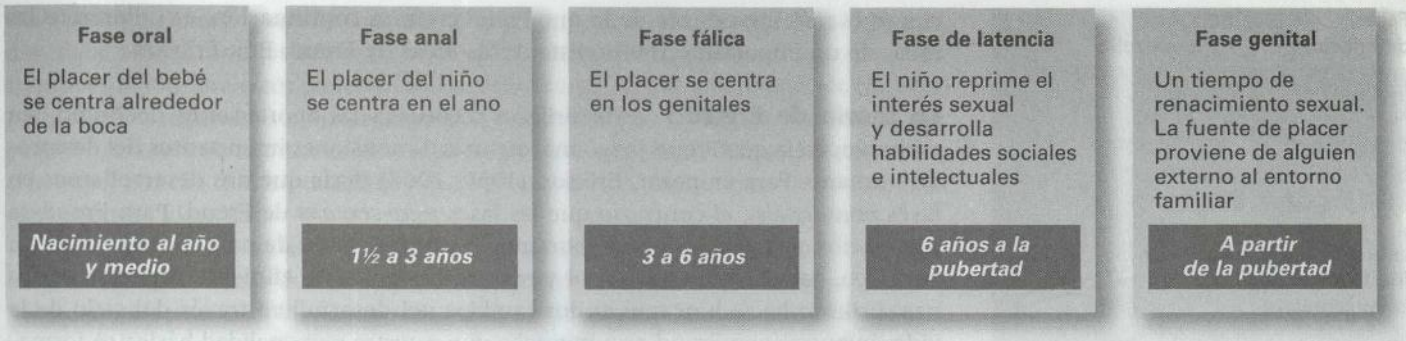


FIGURA 2.1 Etapas freudianas del desarrollo psicosexual

esfínteres, castigar al niño por masturbarse o agobiar al niño con demasiada atención. La Figura 2.1 ilustra las cinco fases freudianas.

La *fase oral* es la primera fase del desarrollo freudiano, que ocurre durante los 18 primeros meses de vida en que los centros de placer del bebé se encuentran alrededor de la boca. Masticar, chupar y morder son los orígenes principales del placer. Estas acciones reducen la tensión en el bebé.

La *fase anal* es la segunda fase del desarrollo freudiano, ocurre entre el año y medio y los tres años, en la que el mayor placer en el niño implica el ano o las funciones de evacuación que están asociadas a éste. Según Freud, el ejercicio de los músculos anales reduce la tensión.

La *fase fálica* es la tercera fase del desarrollo freudiano, que ocurre entre los tres y los seis años. Su nombre proviene de la palabra latina *phallus*, que significa «pene». Durante la fase fálica, el placer se concentra en los genitales a medida que el niño descubre que la manipulación propia es placentera.

Según Freud, la fase fálica tiene una especial importancia en el desarrollo de la personalidad porque es durante este período cuando aparece el complejo de Edipo. Este nombre proviene de la mitología griega, en la que Edipo, el hijo del rey de Tebas, mata a su padre de forma inconsciente y se casa con su madre. El *complejo de Edipo*, de acuerdo con la teoría freudiana, es el desarrollo en el niño de un intenso deseo de reemplazar al progenitor del mismo sexo y obtener toda la atención del progenitor del sexo contrario.

¿Cómo se resuelve el complejo de Edipo? Sobre los 5 a los 6 años, los niños reconocen que el progenitor del mismo sexo puede castigarles por sus deseos incestuosos. Para disminuir este conflicto, el niño se identifica con el progenitor del mismo sexo, esforzándose para ser como él o ella. Si aun así no se resuelve el conflicto el individuo puede quedarse estancado en la fase fálica.

La *fase de latencia* es la cuarta fase del desarrollo freudiano, que ocurre aproximadamente entre los seis años y la pubertad. El niño reprime todo el interés en la sexualidad y desarrolla habilidades sociales e intelectuales. Esta actividad canaliza la mayor parte de la energía del niño en áreas emocionalmente seguras y ayuda al niño a olvidar conflictos extremadamente estresantes de la fase fálica.

La *fase genital* es la quinta y última fase del desarrollo freudiano, ocurre a partir de la pubertad. Ésta es la fase del renacimiento sexual. La fuente de placer sexual ahora es alguien de fuera de la familia. Freud creía que los conflictos no resueltos con los padres vuelven a surgir durante la adolescencia. Cuando se resuelven, los individuos son capaces de desarrollar una relación amorosa madura y funcionar de forma independiente como adulto.

La teoría de Freud ha sufrido revisiones significativas por varios teóricos del psicoanálisis (Eagle, 2000). Muchos de ellos dan menos énfasis a los instintos sexuales y más énfasis a las experiencias culturales como determinantes del desarrollo individual. El pensamiento inconsciente sigue siendo el tema central, pero la mayoría de los psicoanalistas contemporáneos creen que el pensamiento cons-

Fases de Erikson	Período de desarrollo
Integridad frente a deseseperanza	Vejez (de los 60 en adelante)
Laboriosidad frente a estancameinto	Madurez (de los 40 a los 50)
Intimidad frente a aislamiento	Juventud (de los 20 a los 30)
Identidad frente a confusión de identidad	Adolescencia (de los 10 a los 20)
Productividad frente a inferioridad	Niñez intermedia y tardía (los años de la escuela primaria, de los 6 años a la pubertad)
Iniciativa frente a culpa	Niñez temprana (años preescolares, de los 3 a los 5 años)
Autonomía frente a vergüenza y duda	Infancia (de 1 a 3 años)
Confianza frente a desconfianza	Infancia (primer año)

FIGURA 2.2 Las ocho fases de la vida según Erikson

ciente es más importante de lo que Freud creía. A continuación, estudiaremos las ideas de un importante revisionista de las ideas de Freud: Erik Erikson.

La teoría de Erikson Erik Erikson reconocía las aportaciones de Freud, sin embargo, creía que Freud juzgó mal algunas dimensiones importantes del desarrollo humano. Para empezar, Erikson (1950, 1968) decía que nos desarrollamos en fases *psico-sociales*, al contrario que las fases *psico-sexuales* de Freud. Para Freud, la motivación primordial del comportamiento humano era de naturaleza sexual; sin embargo, para Erikson era social y reflejaba el deseo de afinidad con otras personas. Erikson hacía hincapié en los cambios del desarrollo a través del ciclo de la vida, mientras que Freud argumentaba que nuestra personalidad básica se formaba en los primeros cinco años de vida. En la **teoría de Erikson,** las ocho fases psicosociales del desarrollo se descubren a lo largo del ciclo vital (véase la Figura 2.2). Cada fase consta de tareas propias del desarrollo que confronta al individuo con una nueva crisis que debe afrontar. De acuerdo con Erikson, estas crisis no son una catástrofe, sino un punto decisivo de mayor vulnerabilidad y mayor potencial. Cuanto más crisis resuelve un individuo de manera satisfactoria, más saludable será su desarrollo (Hopkins, 2000).

La confianza frente a la desconfianza es la primera fase psico-social de Erikson, que se experimenta en el primer año de vida. Un sentimiento de confianza requiere una sensación de comodidad y una mínima cantidad de miedo y recelo al futuro. La confianza en la infancia establece las bases de una esperanza duradera de que el mundo será un lugar bueno y placentero para vivir.

La autonomía frente a la vergüenza y la duda es la segunda fase del desarrollo de Erikson, ocurre en la infancia tardía y la niñez (1 a 3 años). Después de tener confianza en sus cuidadores, los niños empiezan a descubrir que su comportamiento es propio. Empiezan a afirmar su sentido de la independencia o autonomía. Asumen su *voluntad*. Si se cohíbe o castiga muy duramente a los niños, son propensos a desarrollar un sentido de la vergüenza y la duda.

Iniciativa frente a culpa es la tercera fase del desarrollo de Erikson, ocurre durante los años preescolares. A medida que los niños se enfrentan con un mundo social más amplio, también se enfrentan con un mayor número de desafíos que cuando son bebés. Un comportamiento activo y resuelto es necesario para afrontar estos retos. Se pide a los niños que asuman responsabilidades por su cuerpo, su comportamiento, sus juguetes y sus mascotas. Desarrollar el sentido de la responsabilidad aumenta la iniciativa. Sentimientos de culpa incómodos pueden aparecer, si el niño no es responsable y se le hace sentir demasiado ansioso. Erikson tiene una visión positiva en esta fase. Él cree que la mayor parte de las veces la culpa se compensa rápidamente por un sentido de realización.

Productividad frente a inferioridad es la cuarta fase del desarrollo de Erikson, ocurre aproximadamente en los años de la escuela primaria. La iniciativa de los niños les lleva a estar en contacto con una gran cantidad de nuevas experiencias. A medida que entran en la niñez intermedia y tardía, dirigen su energía hacia el desarrollo del conocimiento y las habilidades intelectuales. El final de la infancia temprana, el período de la imaginación expansiva es el momento en que el niño está más entusiasmado con respecto al aprendizaje. El peligro en los años de la escuela primaria es que el niño puede desarrollar un sentido de inferioridad, sintiéndose incompetente e improductivo. Erikson cree que los profesores son especialmente responsables de que los niños desarrollen el esfuerzo. Los profesores deberían «suave pero firmemente convencer a los niños de que el saber es una aventura, que podemos aprender a hacer cosas que nunca imaginábamos que podríamos hacer» (Erikson, 1968, p. 127).

Identidad frente a confusión de identidad es la quinta fase del desarrollo de Erikson, que el individuo experimenta durante los años de la adolescencia. En este tiempo, se enfrentan al descubrimiento de quiénes son, qué representan y a dónde les lleva la vida. Los adolescentes se enfrentan a diversos roles nuevos y a nue-

vas preocupaciones, como la vocación y el enamoramiento, por ejemplo. Los padres deben permitir a los adolescentes explorar diferentes papeles y caminos. Si el adolescente explora estos papeles de una manera saludable y descubre un camino positivo para seguir en su vida, entonces conseguirán una identidad positiva. Si los padres fuerzan una identidad, si el adolescente no explora de forma adecuada los diferentes papeles y si no se define un camino futuro positivo, entonces surgirá la confusión de identidad.

Intimidad frente a aislamiento es la sexta fase del desarrollo de Erikson, que el individuo experimenta durante sus años de juventud. En este momento, el individuo se enfrenta a tareas de construcción de relaciones íntimas con otros. Si el joven adulto crea una relación de amistad saludable y una relación íntima con otro individuo, alcanzará la intimidad; si no lo hace, se enfrentará al aislamiento.

Laboriosidad frente a estancamiento es la séptima fase del desarrollo de Erikson, que los individuos experimentan durante la madurez. Una de las preocupaciones fundamentales es ayudar a la generación más joven en su desarrollo y conducirlos hacia una vida útil, esto es lo que quiere decir Erikson con laboriosidad. La sensación de no haber hecho nada para ayudar a la siguiente generación es el estancamiento.

Integridad frente a desesperanza es la octava y última fase del desarrollo de Erikson, que los individuos experimentan durante su vejez. En los últimos años de vida, miramos atrás y evaluamos lo que hemos hecho a lo largo de nuestras vidas. A través de diferentes caminos, las personas mayores pueden desarrollar una visión positiva de la mayoría o de todas sus fases de desarrollo previas. Si la mirada retrospectiva revela una vida placentera y la persona se siente satisfecha, la integridad habrá sido alcanzada. Si, por el contrario, alguna de las etapas anteriores del desarrollo evoluciona de forma negativa, las miradas retrospectivas producen duda o pesimismo, se produce la desesperanza de la que hablaba Erikson.

Erikson no cree que la solución adecuada para la crisis en una fase del desarrollo sea siempre completamente positiva. Algunas exposiciones o soluciones negativas del conflicto de una persona son a veces inevitables, por ejemplo, aprender a confiar es un resultado importante de la primera fase de Erikson, pero no podemos confiar en todas las personas bajo cualquier circunstancia y sobrevivir. Analizaremos de nuevo la teoría de Erikson en varias ocasiones durante los capítulos del desarrollo socioemocional en este libro.

Evaluación de la teoría del psicoanálisis Las contribuciones de las teorías del psicoanálisis hacen hincapié en estos factores:

- Las experiencias tempranas juegan un papel importante en el desarrollo.
- Las relaciones familiares son un aspecto fundamental del desarrollo.
- La personalidad puede ser mejor comprendida si se examina evolutivamente.
- La mente no es completamente consciente, los aspectos inconscientes de la mente deben ser considerados.
- Los cambios tienen lugar en la edad adulta al igual que en la niñez (Erikson).

Éstas son algunas de las críticas a la teoría del psicoanálisis:

- Los conceptos principales de las teorías del psicoanálisis son difíciles de evaluar científicamente.
- Muchos de los datos utilizados para respaldar la teoría del psicoanálisis provienen de reconstrucciones individuales del pasado, a menudo de un pasado distante, y son imprecisas.
- Se da mucha importancia a los inicios del desarrollo sexual (especialmente en la teoría de Freud).
- Se presta demasiada consideración a la influencia que tiene la mente inconsciente en el desarrollo.



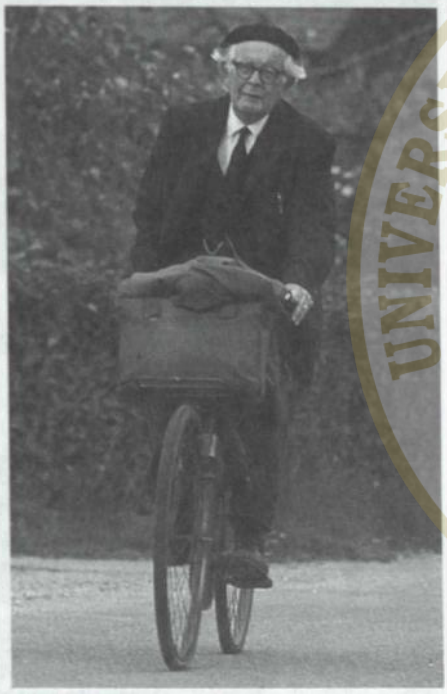
Erik Erikson con su mujer, Joan, una artista. Erikson produjo una de las teorías del desarrollo más importantes del siglo XX. *¿En qué estadio de la teoría de Erikson te encuentras? ¿Te identificas tú con la descripción que hace Erikson de esta fase?*

- Presentan una imagen del ser humano demasiado negativa (especialmente en la teoría de Freud).
- Están influenciadas por la cultura y el género (especialmente en la teoría de Freud).

Teorías cognitivas

Mientras las teorías psicoanalíticas hacen hincapié en la importancia de los pensamientos inconscientes de los niños, las teorías cognitivas enfatizan sus pensamientos conscientes. Tres de las teorías cognitivas más importantes son la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, la teoría sociocultural cognitiva de Vygotsky y el enfoque del procesamiento de la información.

Trataremos en mayor detalle la teoría de Piaget más adelante, cuando analicemos el desarrollo cognitivo en la primera infancia, la niñez temprana, la niñez intermedia y tardía y la adolescencia. A continuación presentaremos las ideas principales de estas teorías.



Jean Piaget, el famoso psicólogo suizo, cambió la forma de pensar sobre el desarrollo de la mente infantil. *¿Cuáles son algunas de las ideas fundamentales de la teoría de Piaget?*

La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget **La teoría de Piaget** afirma que los niños crean de forma activa su propio conocimiento del mundo y atraviesan cuatro fases dentro del desarrollo cognitivo. Dos procesos son fundamentales para esta construcción cognitiva del mundo: organización y adaptación. Para dar sentido a nuestro mundo, organizamos nuestras experiencias. Por ejemplo, separamos las ideas importantes de las menos importantes. Conectamos una idea con otra. Pero no sólo organizamos nuestras observaciones y experiencias, también adaptamos nuestro pensamiento para incluir nuevas ideas porque la información adicional fomenta la comprensión.

Piaget (1954) creía que nos adaptamos de dos maneras: mediante la asimilación y la acomodación. La **asimilación** se produce cuando los individuos incorporan nueva información a su conocimiento existente. La **acomodación** ocurre cuando los individuos ajustan la nueva información. Consideremos una situación en la que se proporciona un martillo y unos clavos a una niña de nueve años para colgar un cuadro en la pared. Ella nunca había usado un martillo, pero por la observación y la experiencia ajena se da cuenta de que un martillo es un objeto que se debe sujetar, que se balancea por el mango para clavar el clavo y que normalmente se balancea varias veces. Reconociendo cada una de estas cosas, ella adapta su comportamiento con la información que ya posee (asimilación). Sin embargo, el martillo pesa demasiado, por tanto, lo sujeta muy cerca del final, lo golpea muy fuerte y el clavo se dobla, así que tiene que rectificar la presión de sus golpes. Estos cambios muestran su habilidad para alterar ligeramente su concepción del mundo (acomodación).

Piaget también creía que atravesamos cuatros períodos (fases o estadios) en la comprensión del mundo (véase la Figura 2.3). Cada una de estas fases está relacionada con la edad y consta de diferentes formas de pensamiento. Según la visión de Piaget, son las *diferentes* formas de comprender el mundo las que hacen que una fase sea más avanzada que la siguiente, y no sólo conocer una mayor cantidad de información. A esto es a lo que se refería Piaget cuando decía que la cognición del niño es *cualitativamente* diferente en una fase comparándola con otra (Vidal, 2000). ¿Cómo son los cuatro estadios del desarrollo cognitivo de Piaget?

El estadio sensorio-motriz, desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años. En esta fase, los niños construyen su comprensión del mundo a través de la coordinación de sus experiencias sensoriales (como la visión y la audición) con las acciones físicas y motrices, de ahí el término sensorio-motriz. Al comienzo de esta fase, los bebés tienen sólo algunos patrones reflexivos con los que adaptarse al mundo. Al final de la fase, a los dos años, los niños tienen patrones sensorio-motrices más complejos y empiezan a operar con símbolos primitivos.

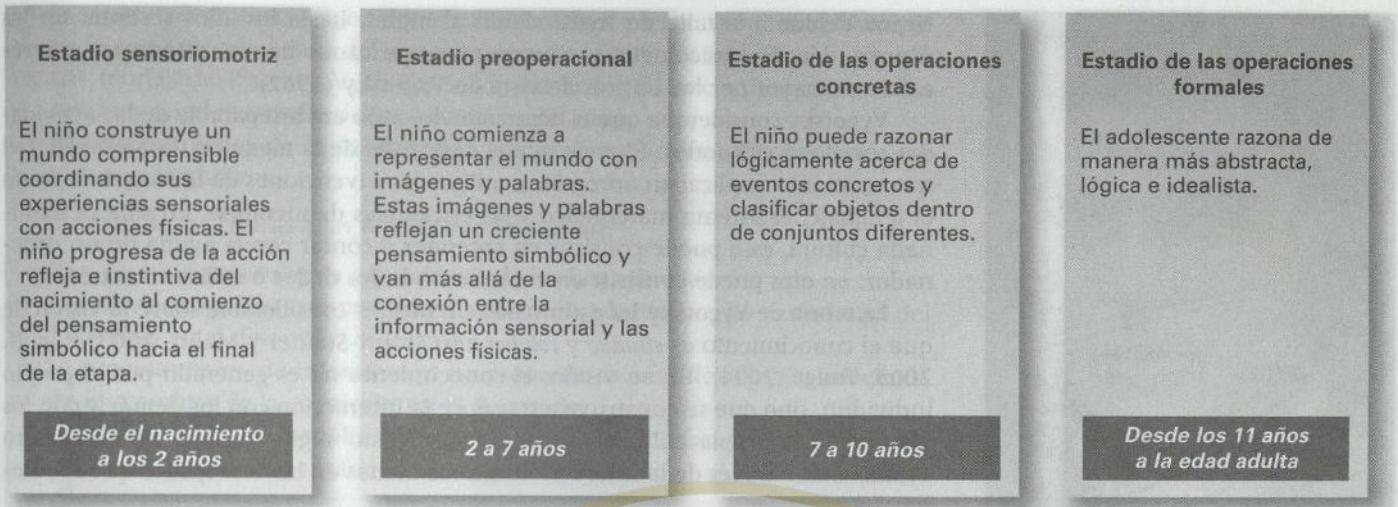


FIGURA 2.3 Los cuatro estadios del desarrollo cognitivo de Piaget

El estadio pre-operacional, desde los dos a los siete años aproximadamente, es la segunda fase piagetiana. Los niños empiezan a representar el mundo con sus propias palabras, imágenes y dibujos. El pensamiento simbólico va más allá de simples conexiones de la información sensorial con las acciones físicas. Sin embargo, los niños de educación infantil que pueden realizar una representación simbólica del mundo, de acuerdo con Piaget, carecen todavía de habilidad para llevar a cabo pensamientos operacionales, el término piagetiano para la interiorización de las acciones mentales que permiten a los niños realizar de forma mental lo que habían hecho previamente de forma física.

El estadio de operaciones concretas, dura desde los siete a los once años. En esta fase los niños pueden llevar a cabo operaciones mentales y el razonamiento lógico reemplaza al intuitivo mientras que el pensamiento pueda aplicarse a ejemplos específicos o concretos. De hecho, los niños de operaciones concretas no pueden imaginar los pasos necesarios para completar una ecuación de álgebra, ya que es demasiado abstracta para el pensamiento en esta fase del desarrollo.

El estadio de operaciones formales, que aparece entre los once y los quince años, es la cuarta y última etapa cognitiva de Piaget. En esta etapa, los individuos van más allá de las experiencias concretas y piensan en términos abstractos más que lógicos. Como parte de este pensamiento más abstracto, los adolescentes desarrollan imágenes de circunstancias ideales. Pueden pensar cómo podrían ser los padres ideales y comparar a sus padres con esta idea estándar. Comienzan a considerar posibilidades para el futuro y se fascinan con lo que pueden llegar a ser. En la resolución de problemas, los pensadores operacionales formales son más sistemáticos, desarrollan hipótesis sobre el porqué algo está ocurriendo de la forma que lo hace, después evalúan estas hipótesis de forma deductiva. Volveremos a examinar la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget en los Capítulos 6, 8, 10, 12 y 14.

La teoría sociocultural cognitiva de Vygotsky Al igual que Piaget, el ruso Lev Vygotsky (1896-1934) también creía que los niños construían de forma activa su propio conocimiento. Sin embargo, Vygotsky dio un papel más importante a la interacción social y la cultura dentro del desarrollo cognitivo que Piaget. La **teoría de Vygotsky** es una teoría sociocultural cognitiva que hace hincapié en el análisis del desarrollo, el papel del lenguaje y las relaciones sociales. Vygotsky nació en Rusia el mismo año que Piaget, pero murió mucho más joven, a los 37 años. Las ideas de ambos permanecieron virtualmente desconocidas para la audiencia ame-



Lev Vygotsky. Existe un considerable interés hoy en día sobre la teoría sociocultural cognitiva de Lev Vygotsky sobre el desarrollo del niño. *¿Cuáles son algunas de las características de la teoría de Vygotsky?*

ricana debido a la falta de traducciones al inglés, hasta los años sesenta. En las últimas décadas, psicólogos y educadores americanos han mostrado un interés cada vez mayor por los puntos de vista de Vygotsky (1962).

Vygotsky consideraba que el desarrollo del niño era inseparable de las actividades sociales y culturales. Él creía que el desarrollo de la memoria, la atención y el razonamiento implicaban aprender a utilizar las invenciones de la sociedad, como el lenguaje, el sistema matemático y las estrategias de memoria. En una determinada cultura, esto puede consistir en aprender a contar con la ayuda de un ordenador; en otra puede consistir en contar usando los dedos o utilizando cuentas.

La teoría de Vygotsky ha estimulado un interés considerable sobre la visión de que el conocimiento es *situado* y *colaborativo* (John-Steiner y Mahn, 2003; Rogoff, 2003; Tudge, 2004). En su visión, el conocimiento no es generado por el propio individuo, sino que se construye a través de la interacción con los demás y con los objetos de la propia cultura, como un libro. Esto sugiere que el conocimiento avanza más a través de la interacción con los demás en las actividades que requieren cooperación.

Vygotsky argumentaba que la interacción social del niño con adultos e iguales con mayores habilidades es indispensable para el avance del desarrollo cognitivo. A través de esta interacción, los miembros con menos habilidades aprenden a utilizar las herramientas que les ayudarán a adaptarse y tener éxito dentro de la cultura. Por ejemplo, cuando un lector hábil ayuda de forma regular a un niño a aprender a leer, esto no sólo hace que las habilidades lectoras del niño progresen, sino también le transmite al niño que leer es una actividad importante dentro de la cultura.

La teoría del procesamiento de la información Puede que los ordenadores sean los mejores candidatos para el título de «padre fundador» de la teoría del procesamiento de la información. A pesar de que son varios los factores que estimularon el crecimiento de esta teoría, ninguno ha sido tan importante como el ordenador. Los psicólogos comenzaron a preguntarse si las operaciones lógicas llevadas a cabo por los ordenadores nos podrían decir cómo funciona la mente humana. Desarrollaron analogías entre el *hardware* de un ordenador y el cerebro; y el *software* y la cognición. El cerebro físico se describe como el *hardware* de un ordenador, la cognición como el *software*.

Esta línea de pensamiento ayudó a generar la **teoría del procesamiento de la información** hace hincapié en que los individuos manipulan la información, la controlan y realizan estrategias con ella. Los procesos del pensamiento y la memoria son centrales para esta teoría. De acuerdo con esta teoría, los individuos desarrollan una capacidad gradualmente mayor para procesar la información, que les permite adquirir conocimientos y habilidades más complejas (Bjorklund, 2005; Mayer, 2004; Siegler y Alibali, 2005). Al contrario que la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, el procesamiento de la información no describe el desarrollo dividiéndolo en fases.

Robert Siegler (1998, 2003; Siegler y Alibali, 2005), experto en el procesamiento de información de los niños, cree que el pensamiento es en sí procesamiento de información. Él afirma que cuando el individuo percibe, codifica, representa, almacena y recupera información, está pensando. Siegler considera que un aspecto importante del desarrollo es aprender buenas estrategias para el procesamiento de la información. Por ejemplo, convertirse en un mejor lector puede implicar aprender a controlar los temas clave de la materia que estamos leyendo.

Evaluación de las teorías cognitivas Éstas son algunas de las contribuciones de las teorías cognitivas:

- Las teorías cognitivas presentan una visión positiva del desarrollo, hacen hincapié en el pensamiento consciente del individuo.

- Las teorías cognitivas (especialmente las de Piaget y Vygotsky) hacen hincapié en la construcción activa del conocimiento por parte del individuo.
- Las teorías de Piaget y Vygotsky subrayan la importancia de examinar los cambios en el desarrollo del pensamiento del niño.
- El procesamiento de la información ofrece descripciones detalladas de los procesos cognitivos.

Algunas de las críticas a las teorías cognitivas son:

- Hay escepticismo sobre la consistencia de las fases de Piaget.
- Las teorías cognitivas no prestan una atención adecuada a las variaciones del individuo en el desarrollo cognitivo.
- El procesamiento de información no proporciona una descripción adecuada de los cambios de la cognición en el desarrollo.
- Los teóricos del psicoanálisis argumentan que las teorías cognitivas no dan suficiente crédito al pensamiento inconsciente.

Teorías conductistas y cognitivo-sociales

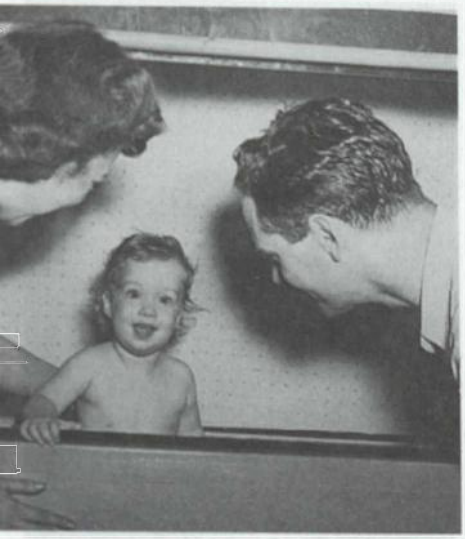
Los conductistas creen en esencia que sólo podemos estudiar científicamente aquello que puede ser observado y medido directamente. Aproximadamente al mismo tiempo que Freud estaba interpretando el subconsciente de sus pacientes a través de sus experiencias en la niñez temprana, Ivan Pavlov y John B. Watson llevaban a cabo observaciones detalladas del comportamiento controlado en un laboratorio. En la tradición conductista creció la creencia de que el desarrollo es un comportamiento observable que puede aprenderse a través de las experiencias con el entorno. Las tres versiones del acercamiento conductista que podemos explorar son, el condicionamiento clásico de Pavlov, el condicionamiento operante de Skinner y la teoría cognitivo-social.

Condicionamiento clásico de Pavlov A principio del siglo xx el fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1927) descubrió que los perros salivaban cuando probaban la comida. Sintió curiosidad cuando observó que los perros salivaban ante varios estímulos visuales y sonoros antes de probar su comida. Por ejemplo, cuando un individuo hacia sonar una campana con la comida, el sonido de la campana desarrolla subsecuentemente la habilidad para provocar la salivación de los perros cuando sonaba sola. Con este experimento, Pavlov descubrió el principio del condicionamiento clásico, en el que un estímulo neutral (en nuestro ejemplo, el sonido de una campana) adquiere la capacidad para producir una respuesta originalmente provocada por otro estímulo (en nuestro ejemplo, la comida).

En los años veinte, John Watson quiso demostrar que el condicionamiento clásico de Pavlov podía ser aplicado a seres humanos. Mostró a Albert, un niño de corta edad, una rata blanca para observar si se asustaba. Y no lo hizo. Mientras Albert jugaba con la rata, se oyó un ruido muy fuerte detrás de él. Como es de imaginar el ruido hizo llorar al pequeño Albert. Después de varios emparejamientos del sonido fuerte y la rata blanca, Albert empezó a tener miedo a la rata incluso cuando no escuchaba el sonido (Watson y Rayner, 1920). Hoy en día, éticamente no se podría llevar a cabo un experimento de este tipo, por razones que estudiaremos más adelante en este capítulo.

Muchos de nuestros temores, miedo al dentista después de una experiencia dolorosa, miedo a conducir a consecuencia de un accidente de tráfico, miedo a las alturas por haber sufrido una caída desde una silla alta cuando éramos pequeños y miedo a los perros por haber sufrido un mordisco, pueden aprenderse a través del condicionamiento clásico.

El condicionamiento operante de Skinner En el condicionamiento operante de B. F. Skinner (1938), las consecuencias de un comportamiento produce



B. F. Skinner era un pensador al que le gustaba construir artilugios. La menor de sus dos hijas, Deborah, se crió dentro de la «cuna de aire» que Skinner invento porque él quería controlar completamente su entorno. La cuna estaba insonorizada y controlaba la temperatura. Debbie, que aparece de niña junto a sus padres en la fotografía, es ahora una artista de éxito, está casada y vive en Londres. *¿Qué piensas de la «cuna de aire» de Skinner?*

cambios en la probabilidad de que ese comportamiento ocurra. Si un comportamiento es seguido por una recompensa es más probable que se repita, sin embargo, si a un comportamiento le sigue un castigo es menos probable que se repita. Por ejemplo, cuando una persona sonríe a un niño después de que éste haya hecho algo, es más probable que el niño repita esta actividad que si la persona le dirige al niño una mirada severa.

Según Skinner estos castigos y recompensas dan forma al desarrollo del individuo. Por ejemplo, si un niño es tímido, el acercamiento de Skinner mantiene que ha aprendido a ser de esta forma por las experiencias vividas en su entorno durante el crecimiento. Si a continuación estas experiencias ambientales cambian puede ayudar a que el niño se socialice más.

La teoría cognitivo-social de Bandura Algunos psicólogos creen que los conductistas tienen razón cuando afirman que el desarrollo es aprendido y está fuertemente influenciado por las experiencias del entorno. Sin embargo, creen que Skinner fue demasiado lejos cuando declaró que la cognición no era importante para comprender el desarrollo (Mischel, 2004). La **teoría cognitivo-social** enfatiza que el comportamiento, el entorno y la cognición son factores fundamentales en el desarrollo.

El psicólogo americano Albert Bandura (1925-) es el arquitecto principal de la versión contemporánea de la teoría cognitivo-social. Bandura (1986, 2001, 2004) hace hincapié en que los procesos cognitivos son mediadores importantes de las conexiones entre el ambiente y el comportamiento. El primer programa de investigación de Bandura se centraba en el aprendizaje observacional (también llamado imitación o modelado), aprendizaje que ocurre cuando se observa lo que otros hacen. ¿Qué hay de cognitivo sobre el aprendizaje observacional en la visión de Bandura? Bandura cree que la gente representa cognitivamente el comportamiento de otros y a veces adoptan este comportamiento para ellos mismos. Por ejemplo, un joven puede observar los arrebatos agresivos de su padre y sus relaciones hostiles con otra gente; cuando lo observamos entre sus iguales, el estilo de interrelación es altamente agresivo, mostrando las mismas características que el comportamiento de su padre. Una niña puede adoptar el carácter dominante y sarcástico de su profesora. Cuando la observamos interrelacionándose con su hermano pequeño, ella dice: «Eres muy lento ¿cómo puedes hacer este trabajo tan despacio?». Los teóricos cognitivo-sociales creen que los niños adquieren muchos de estos comportamientos, pensamientos y sentimientos a través de la observación del comportamiento de otros. Estas observaciones forman una parte importante del desarrollo del ciclo vital.

El modelo más reciente de aprendizaje y desarrollo de Bandura (1998, 2001, 2004) implica el comportamiento, la persona/cognición y el entorno. La confianza de una persona de que puede controlar su éxito es un ejemplo del factor de la persona y las estrategias de desarrollo es un ejemplo del factor cognitivo. Como se muestra en la Figura 2.4, los factores de comportamiento, personales/cognitivos y ambientales operan interactivamente. El comportamiento puede influir en los factores personales y viceversa. Las actividades cognitivas de una persona pueden influir en el entorno, el entorno puede cambiar las cogniciones de una persona y así sucesivamente.

Vamos a estudiar cómo el modelo de Bandura puede funcionar en el caso del comportamiento de consecución de objetivos de un estudiante universitario. A medida que el alumno estudia de forma diligente y consigue unos buenos resultados, su comportamiento produce pensamientos positivos sobre sus habilidades. Como parte de su esfuerzo para obtener buenos resultados, planea y desarrolla una serie de estrategias para hacer su estudio más eficiente. De esta manera, su comportamiento ha influido en su pensamiento y su pensamiento ha influido en su comportamiento. Al comienzo del semestre, su universidad dedicó un especial esfuerzo para que los alumnos asistieran a un programa de técnicas de estudio, al que

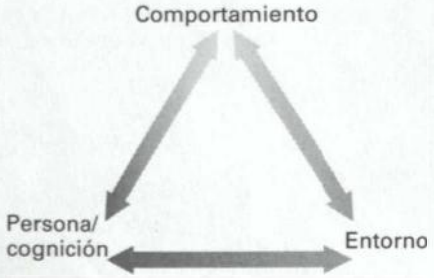


FIGURA 2.4 El modelo cognitivo-social de Bandura

Las flechas ilustran cómo las relaciones entre el comportamiento, la persona/cognición y el entorno son recíprocas y no unidireccionales.

el estudiante decidió asistir. Su éxito, junto al de otros estudiantes que asistieron al programa, ha hecho que la universidad decidiera ampliar el programa al siguiente semestre. En este sentido, el entorno influyó en el comportamiento y el comportamiento cambió el entorno. Y las expectativas de los administradores de la universidad de que el programa de técnicas de estudio podría funcionar lo hicieron posible en primer lugar. El éxito del programa ha alentado las expectativas de que este tipo de programa pudiera funcionar con otros estudiantes universitarios. En este sentido, la cognición cambió el entorno y el entorno cambió la cognición.

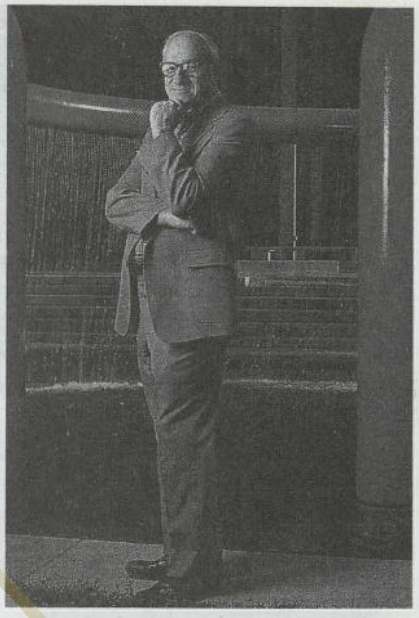
Evaluación de las teorías conductistas y cognitivo-sociales Éstas son algunas de las contribuciones de las teorías conductistas y cognitvo-sociales:

- La importancia de la investigación científica.
- Los determinantes ambientales del comportamiento.
- La importancia del aprendizaje observacional (Bandura).
- Factores personales y cognitivos (teoría cognitivo-social).

Éstas son algunas de las críticas a las teorías conductistas y cognitivo-sociales:

- Poco énfasis en la cognición (Pavlov, Skinner).
- Demasiado énfasis en los determinantes ambientales.
- Atención inadecuada a los cambios del desarrollo.
- Consideraciones demasiado mecánicas e inadecuadas sobre la espontaneidad y creatividad de los humanos.

Las teorías conductuales y cognitivo-sociales hacen hincapié en la importancia de las experiencias ambientales en el desarrollo humano. A continuación prestaremos atención a la teoría que subraya la importancia de las bases biológicas del desarrollo, la teoría etológica.

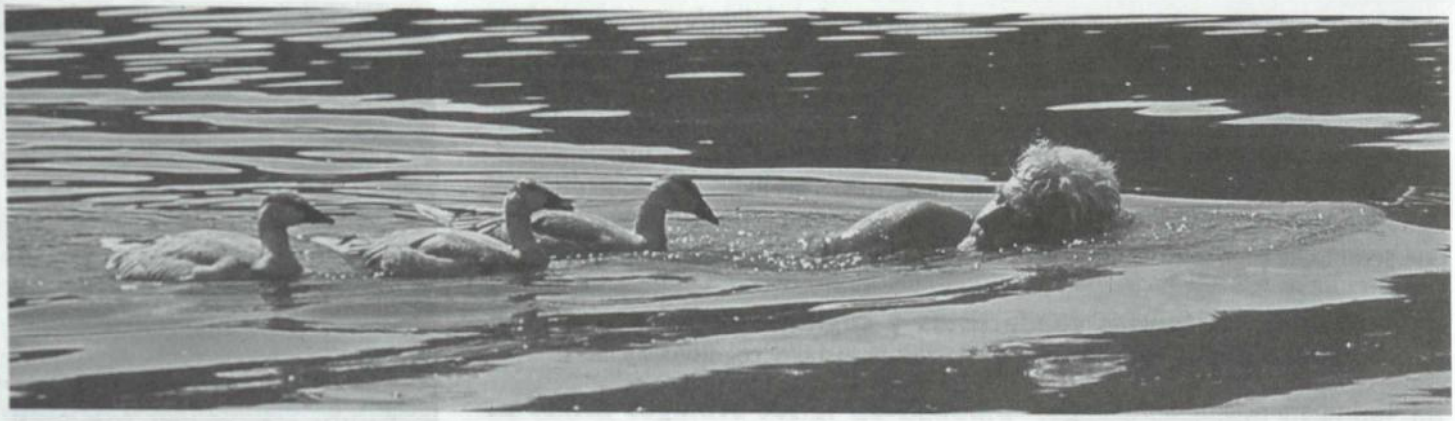


Albert Bandura ha sido uno de los creadores principales de la teoría cognitivo-social. ***¿Cuál es la naturaleza de su teoría?***

Teoría etológica

La **etología** afirma que el comportamiento está fuertemente influenciado por la biología, está atado a la evolución y se caracteriza por sus períodos críticos o sensibles. Los etólogos creen que la presencia o ausencia de ciertas experiencias en momentos concretos del ciclo vital influyen en los individuos mucho más allá del momento en el que se produce. Los partidarios de la teoría etológica creen que la mayoría de los psicólogos subestiman la importancia de estos marcos de tiempo especiales en el desarrollo temprano. Los etólogos también subrayan los papeles poderosos que juegan las bases biológicas y de la evolución en el desarrollo (Rosenzweig, 2000).

La etología emergió como una visión importante del trabajo de los zoólogos europeos, especialmente Konrad Lorenz (1903-1989). Trabajando primordialmente con gansos, Lorenz (1965) estudió los patrones de comportamiento que eran considerados innatos en la genética de las aves. Un ansarino recién incubado parecía nacer con el instinto de seguir a su madre. Las observaciones mostraron que el ansarino era capaz de comportarse de esta forma en cuanto salía del huevo. Lorenz probó que era incorrecto asumir que este comportamiento era innato en el animal. En un notable grupo de experimentos Lorenz separó los huevos puestos por una oca en dos grupos. Un grupo fue incubado por la oca y el otro grupo fue puesto en una incubadora. Los ansarinos del primer grupo se comportaron como era predecible. Siguieron a su madre en cuanto nacieron. Sin embargo, los del segundo grupo, que vieron a Lorenz nada más nacer, le seguían a él a todas partes, como si él fuera la madre. Lorenz marcó a los ansarinos y situó a los dos grupos debajo de una caja. La madre oca y la «madre» Lorenz se situaron delante de la caja mientras ésta se levantaba. Cada grupo de ansarinos se dirigió directamente hacia su «madre» respectiva. Lorenz llamó a este proceso *impronta*, el aprendizaje



Konrad Lorenz, un estudioso pionero del comportamiento animal, es seguido en el agua por tres gansos en la fase de impronta. Describe el experimento de Lorenz con los gansos. *¿Crees que su experimento habría tenido los mismos resultados con bebés humanos?* Explícalo.

rápido e innato dentro de un período de tiempo crítico que implica el apego al primer objeto en movimiento que se ve.

La visión etológica de Lorenz y los zoólogos europeos forzó a los psicólogos evolutivos americanos a reconocer la importancia de las bases biológicas del comportamiento. Sin embargo, investigación y teoría etológicas todavía carecen de algunos ingredientes que la elevarían al nivel de otras teorías ya discutidas en este capítulo. Concretamente, había poca o ninguna referencia en el punto de vista de la etología clásica sobre la naturaleza de las relaciones sociales en el ciclo vital, algo que toda teoría del desarrollo debería explicar. Además, el concepto de *período crítico*, un período concreto en el desarrollo temprano durante el cual ciertos comportamientos emergerían de forma óptima, fue puesto en duda. La teoría etológica clásica era poco consistente en el estudio con humanos. Una reciente revisión de la visión etológica ha mejorado su estatus situándola como una perspectiva del desarrollo viable.

Una de las aplicaciones más importantes de la teoría etológica del desarrollo humano es la teoría del apego de John Bowlby (1969, 1989). Bowlby afirmaba que el apego hacia el cuidador durante el primer año de vida tenía importantes consecuencias a lo largo del ciclo vital. En su visión, si este apego es positivo y seguro, el individuo es más propenso a desarrollarse de manera positiva en la niñez y la edad adulta. Si el apego es negativo e inseguro, el desarrollo del ciclo vital será más propenso a no ser óptimo. En el Capítulo 7, «Desarrollo socioemocional en la primera infancia», exploraremos el concepto de apego infantil en mayor detalle.

Algunas de las contribuciones de la teoría etológica incluyen:

- Un mayor enfoque sobre las bases biológicas y evolutivas del desarrollo.
- La utilización de observaciones minuciosas en entornos naturales.
- Énfasis en los períodos sensibles del desarrollo.

Éstas son algunas de las críticas sobre la teoría etológica:

- Los conceptos sobre los períodos críticos y sensibles pueden ser demasiado rígidos.
- El énfasis en las bases biológicas es demasiado fuerte.
- Atención inadecuada a la cognición.
- La teoría ha generado mejores estudios con animales que con humanos.

Otra teoría que hace hincapié en los aspectos biológicos del desarrollo humano —psicología evolucionista— será presentada en el Capítulo 3, «Comienzos biológicos», junto con otras visiones del papel de la herencia en el desarrollo. También examinaremos varias teorías biológicas sobre el envejecimiento en el Capítulo 18, «Desarrollo físico en la vejez».

Teoría ecológica

Mientras la teoría etológica subraya los factores biológicos, la teoría ecológica hace hincapié en los factores ambientales. Una teoría ecológica que ha tenido importantes implicaciones en la comprensión del desarrollo del niño ha sido la creada por Urie Bronfenbrenner (1917).

La **teoría ecológica** es la visión de Bronfenbrenner (1986, 2000, 2004; Bronfenbrenner y Morris, 1998) del sistema ambiental del desarrollo. Consiste en cinco sistemas ambientales que van desde las interacciones interpersonales cercanas hasta las extensas influencias basadas en la cultura (véase Figura 2.5):

- El *microsistema:* el escenario en el que el individuo vive. Este contexto incluye la familia, los iguales, el colegio y el vecindario. Es en el microsistema donde se producen las interacciones más directas con los agentes sociales, padres, iguales y profesores, por ejemplo. No se ve al individuo como un receptor pasivo de las experiencias en estos contextos, sino como alguien que ayuda a construir el propio contexto.
- El *mesosistema:* implica los vínculos entre microsistemas o las conexiones entre los contextos. Algunos ejemplos son las conexiones entre las experiencias familiares y las experiencias escolares, las experiencias escolares y las experiencias laborales y las experiencias familiares y las experiencias con iguales. Por ejemplo, aquellos niños que han sufrido rechazo por parte de sus padres tienen más dificultad para desarrollar una relación positiva con sus profesores.
- El *exosistema:* es activado cuando las experiencias en otro contexto social, en el que el individuo no tiene un papel activo, influyen en lo que el individuo experimenta en el contexto inmediato. Por ejemplo, las experiencias laborales pueden afectar a las relaciones de una mujer con su marido y su hijo. La madre puede promocionar, y ese puesto requiera mayores desplazamientos, lo que puede aumentar los conflictos matrimoniales y cambiar los patrones de interacción padre-hijo.
- El *macrosistema:* la cultura en la que vive el individuo. Recuerda del capítulo 1 que la cultura se refiere a los patrones de comportamiento, creencias y otras características de un grupo de personas que pasan de una generación a la siguiente. Recuerda también que los estudios interculturales, la comparación de una cultura con una o más culturas diferentes, proporciona información sobre la generalidad del desarrollo.
- El *cronosistema:* los patrones de eventos y transiciones ambientales que ocurren durante la vida, al igual que las condiciones sociohistóricas. Por ejemplo, cuando estudiamos los efectos que produce un divorcio en un niño, los investigadores han descubierto los efectos negativos y a menudo sitúan su nivel más alto durante el primer año después del divorcio (Hetherington, 1993). Dos años después del divorcio, las interacciones familiares son menos caóticas y más estables.

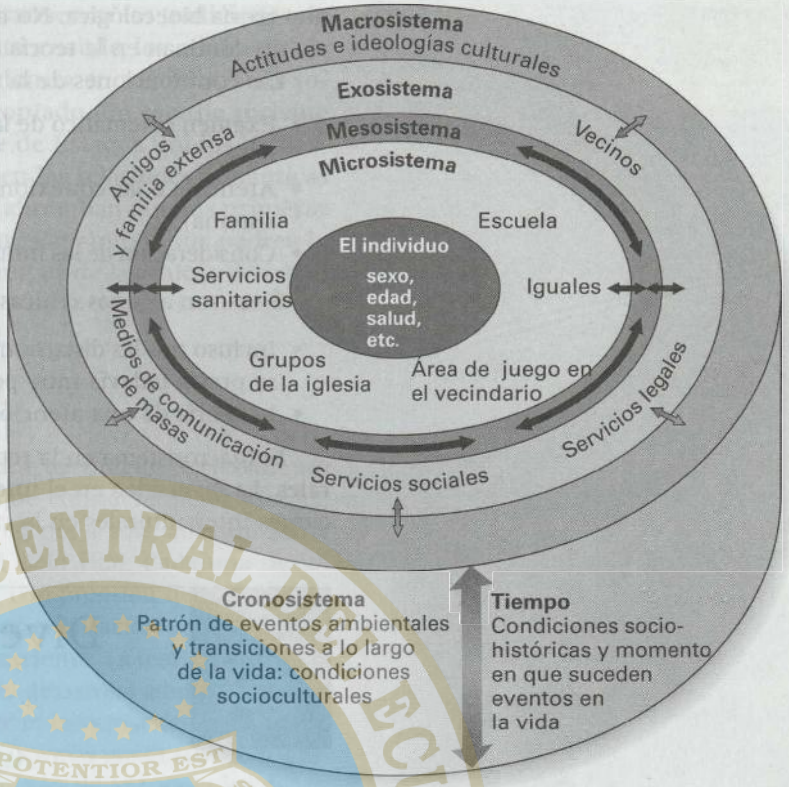
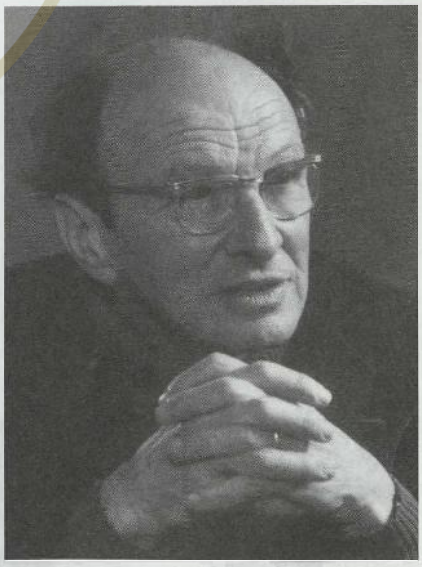


FIGURA 2.5 Teoría del desarrollo ecológico de Bronfenbrenner
La teoría ecológica de Brofenbrenner consiste en cinco sistemas ambientales: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema.



Urie Bronfenbrenner desarrolló la teoría ecológica, una perspectiva que está recibiendo cada vez más atención. Su teoría hace hincapié en la importancia de las micro y las macrodimensiones del entrono en el que vive el niño.

Con respecto a las circunstancias socioculturales, las mujeres de hoy en día son más propensas a tener el valor de conseguir una profesión de lo que lo eran hace 20 o 30 años. Bronfenbrenner (2000; 2004; Bronfenbrenner y Morris 1998) ha añadido recientemente influencias biológicas a su teoría y ahora la describe como

una teoría bioecológica. No obstante, los contextos ecológicos y ambientales todavía predominan en la teoría de Bronfenbrenner (Ceci, 2000).

Las contribuciones de la teoría ecológica incluyen:

- Examen sistemático de las macro y microdimensiones de los sistemas ambientales.
- Atención a las conexiones entre los diferentes contextos ambientales (mesosistema).
- Consideración de las influencias socio-históricas en el desarrollo (cronosistema).

Éstas son algunas críticas a la teoría ecológica:

- Incluso tras las discusiones sobre las influencias biológicas de los últimos años, se presta todavía muy poca atención a las bases biológicas del desarrollo.
- La teoría da una atención inadecuada a los procesos cognitivos.

El macrosistema en la teoría de Bronfenbrenner implica comparaciones culturales. La diversidad en el intervalo del desarrollo del ciclo vital examina las variaciones interculturales en la crianza de los hijos.



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Cultura y educación infantil

Las diferentes formas de educar a los hijos a menudo reflejan los valores culturales. De hecho, los investigadores han descubierto que los objetivos de los padres en la educación de los hijos dependen menos de sus características personales y más de los valores de la cultura en la que los padres viven (Chao y Tseng, 2002; Trommsdorff, 2002). ¿Crees que los niños deben ser educados para ser independientes o para encajar dentro de un grupo? Es más probable que si tú vives en una cultura occidental como Estados Unidos o Alemania, tu creencia sea que los niños deben ser educados para comportarse y pensar de manera independiente. Sin embargo, si viven en una cultura oriental como China o Japón, es más probable que tu creencia sea que los niños deben ser educados para encajar dentro de un grupo y estar de acuerdo con lo que otros piensan.

Los niños chinos y japoneses son educados para mostrar preocupación por la armonía social (Keller, 2002). Ellos (al igual que los niños en África y las culturas comunales latinas) crecen con un sentimiento más fuerte de «yo familiar» que los niños estadounidenses o de otras culturas occidentales, creen que lo que ellos hacen no sólo se refleja en sí mismos, sino también en su familia. En estas culturas comunales, si haces algo mal o anormal avergonzará a tu familia, si haces algo bien honrarás a tu familia. En relación con la orientación del yo familiar, los investigadores han descubierto que los adolescentes en Estados Unidos son menos propensos a decir que sus padres están decepcionados con ellos que los adolescentes en Japón (Atkinson, 1988).

Ten en cuenta, sin embargo, que en culturas tan grandes y complejas como la de Estados Unidos vive gente con diferentes puntos de vista con respecto a la educación de los hijos. Esto es especialmente palpable hoy en día ya que existe un aumento espectacular de los emigrantes de países asiáticos y latinos. Muchos asiáticos y latinos que han inmigrado a Estados Unidos han traído consigo desde sus países de origen su propia visión de la educación de los hijos, puntos de vista que en muchos casos difieren con el énfasis hacia la independencia que existe en la cultura norteamericana. Estas diferencias en los valores culturales pueden traer consigo dificultades cuando niños y adolescentes de culturas comunales quieren una mayor independencia al igual que sus amigos e iguales

americanos, pero sus padres y sus abuelos quieren conservar las tradiciones de su cultura nativa. Esto puede ocurrir especialmente cuando los adolescentes quieren salir en pareja y tener una mayor independencia en sus relaciones románticas antes de lo que sus padres consideran apropiado. Un estudio reciente de la juventud latina en una ciudad media del oeste de Estados Unidos ha descubierto que los padres marcaban barreras estrictas en las relaciones románticas de sus jóvenes (Raffaeilli y Ontai, 2001). Las chicas afirmaban que sus primeras experiencias de salidas con chicos normalmente ocurrían sin que sus padres lo supieran o le dieran permiso para ello y más de la mitad de las chicas llevaban a cabo sus citas «a escondidas».

Una orientación teórica ecléctica

Una **orientación teórica ecléctica** no sigue la línea de ningún acercamiento teórico, sino que selecciona y usa de cada teoría lo que considera mejor de cada una. Ninguna de las teorías descritas en este capítulo es, por sí sola, autosuficiente o capaz de explicar la complejidad del desarrollo del ciclo vital. Cada una de las teorías ha contribuido de una forma importante a la comprensión del desarrollo, sin embargo, ninguna proporciona una descripción y explicación completas. La teoría del psicoanálisis es la que mejor explica el inconsciente. La teoría de Erikson es la que mejor describe los cambios que ocurren en el desarrollo adulto. La teoría de Piaget, la teoría de Vygotsky y el procesamiento de la información son las descripciones más complejas del desarrollo cognitivo. Las teorías conductistas, cognitivo-sociales y ecológicas han sido las más exactas a la hora de examinar los determinantes ambientales del desarrollo. La teoría etológica nos ha hecho darnos cuenta del papel de la biología y la importancia de los períodos sensibles en el desarrollo. Es importante reconocer que, a pesar de que las teorías son guías útiles, atenerse a una sola teoría para explicar el desarrollo sería probablemente un error.

En este capítulo hemos intentado presentar cinco perspectivas teóricas de forma objetiva. La misma orientación ecléctica se repetirá a lo largo del libro. Esto nos ayudará a ver el estudio del desarrollo tal como es en la actualidad, con diferentes teóricos estableciendo diversas suposiciones, haciendo hincapié en los problemas empíricos y utilizando diferentes estrategias para descubrir información. Las teorías que hemos estudiado se desarrollaron en diferentes momentos en el siglo XX. En la Figura 2.6 podemos observar de forma cronológica cuándo fueron concebidas. La Figura 2.7 compara las principales perspectivas teóricas en términos de cómo ven los aspectos importantes del desarrollo en el ciclo vital.

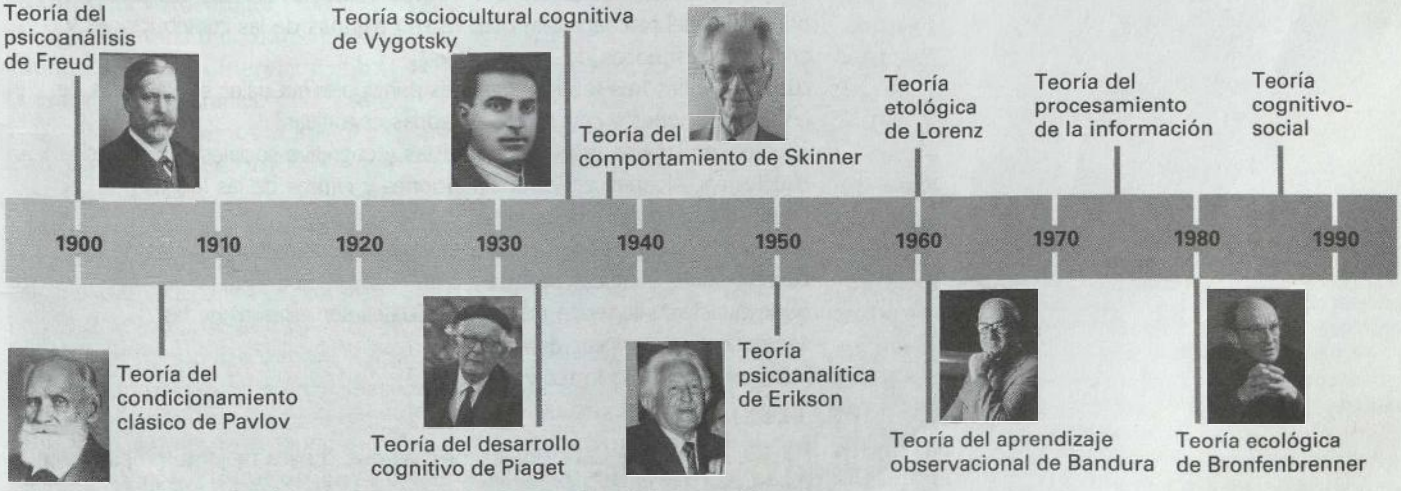


FIGURA 2.6 Línea cronológica de las principales teorías del desarrollo

Teoría	Aspectos		
	Continuidad/discontinuidad, experiencias tempranas frente a tardías	**Factores biológicos y ambientales**	**Importancia de la cognición**
Psicoanalítica	La discontinuidad entre las fases, continuidad entre el desarrollo de las experiencias tempranas y tardías, experiencias tempranas muy importantes, los cambios tardíos en el desarrollo enfatizados en la teoría de Erikson.	La determinación biológica de Freud interrelacionada con las experiencias familiares tempranas. La perspectiva más equilibrada de Erikson sobre la interacción biológico-cultural.	Enfatizada, pero como pensamiento inconsciente.
Cognitiva	Discontinuidad entre fases, continuidad entre las experiencias tempranas y el desarrollo tardío en la teoría de Piaget; no ha sido importante para los psicólogos del procesamiento de información.	El énfasis de Piaget en la interacción y la adaptación; el entorno proporciona el lugar para el desarrollo de las estructuras cognitivas; la visión del procesamiento de la información no ha tratado este hecho extensamente, sino que ha hecho hincapié fundamentalmente en la interacción biológica-ambiental.	Es el determinante primario del comportamiento.
Conductual y cognitivo-social	Continuidad (sin estadios); la experiencia es importante en todos los momentos del desarrollo.	El entorno se considera la causa del comportamiento en ambas teorías.	No se le da importancia en el acercamiento conductual, pero importante mediador en el aprendizaje social.
Etológica	Discontinuidad pero sin fases; énfasis en los períodos críticos o sensibles; importancia de las experiencias tempranas.	Fuerte influencia biológica.	No enfatizada.
Ecológica	Poca atención a la continuidad/discontinuidad; el cambio se enfatiza más que la estabilidad.	Fuerte visión del entorno.	No enfatizada.

FIGURA 2.7 Comparación de los distintos aspectos de las teorías sobre el desarrollo del ciclo vital

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA OMNIUM
FUNDADA EN 1826
QUITO

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Describir las teorías del desarrollo del ciclo vital

REVISA

- ¿Cómo pueden definirse teoría e hipótesis? ¿Cuáles son las dos teorías principales del psicoanálisis? ¿Cuáles son algunas de las contribuciones y críticas de las teorías del psicoanálisis?
- ¿Cuáles son las tres teorías cognitivas principales? ¿Cuáles son algunas de las contribuciones y críticas de las teorías cognitivas?
- ¿Cuáles son las tres teorías conductistas y cognitivo-sociales principales? ¿Cuáles son algunas de las contribuciones y críticas de las teorías conductistas y cognitivo-sociales?
- ¿Cuál es la naturaleza de la teoría etológica? ¿Cuáles son algunas de las contribuciones y críticas de esta teoría?
- ¿Qué caracteriza la teoría ecológica? ¿Cuáles son algunas de las contribuciones y críticas de esta teoría?
- ¿Qué es la orientación teórica ecléctica?

REFLEXIONA

- ¿Cuál de las teorías del ciclo vital piensas que explica mejor tu propio desarrollo? ¿Por qué?

2 INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DEL CICLO VITAL

Tipos de investigación

El ciclo temporal de la investigación

Generalmente, la investigación en el desarrollo del ciclo vital está diseñada para evaluar hipótesis, que, en algunos casos, derivan de las teorías que acabamos de describir. A través de la investigación, las teorías se modifican para reflejar nuevos datos y ocasionalmente aparecen nuevas teorías. ¿Qué tipo de investigaciones se llevan a cabo en el desarrollo del ciclo vital? Si los investigadores quieren estudiar a personas de diferentes edades ¿qué tipo de investigación utilizan? Éstas son las preguntas que examinaremos a continuación.

Tipos de investigación

Esta sección describe los métodos principales utilizados para reunir información sobre el desarrollo del ciclo vital. Para ello, hay tres métodos básicos de investigación: descriptiva, correlacional y experimental. Cada uno tiene sus fortalezas y debilidades.

Investigación descriptiva Algunas teorías importantes se han desarrollado a partir de la **investigación descriptiva,** que consiste en observar y registrar el comportamiento. Por ejemplo, los psicólogos deben observar en qué medida las personas son altruistas o agresivas entre ellas. Por sí sola, la investigación descriptiva no puede probar las causas de algunos fenómenos, pero puede revelar información importante sobre el comportamiento y las actitudes de las personas. Los métodos descriptivos incluyen observación, encuestas y entrevistas, test estandarizados, estudio de casos, registros biográficos y medidas fisiológicas.

Observación La observación científica requiere un importante abanico de habilidades (McMillan, 2004). A menos que seamos observadores entrenados y lo practiquemos regularmente, puede que no sepamos qué buscar, no recordemos qué hemos visto, no nos demos cuenta de que lo que estamos buscando está cambiando de un momento al siguiente y que no comuniquemos nuestras observaciones de forma efectiva.

Para que las observaciones sean efectivas, tienen que ser sistemáticas (Elmes, Kantowitz y Roedinger, 2005; Nadelman, 2004). Debemos tener alguna idea sobre lo que estamos buscando. Debemos saber a quién estamos observando, cuándo y dónde debemos observar y cómo deben realizarse las observaciones. ¿De qué manera serán registradas? ¿Por escrito? ¿En una grabación magnetofónica? ¿En vídeo?

¿Dónde debemos realizar nuestras observaciones? Tenemos dos opciones: el laboratorio o el entorno natural.

Cuando observamos de manera científica, a menudo necesitamos controlar ciertos factores que determinan el comportamiento pero que no son el centro de nuestra investigación (Lammers y Badia, 2005). Por esta razón, algunas investigaciones del ciclo vital se llevan a cabo en un **laboratorio,** un entorno controlado en el que muchos factores complejos del «mundo real» son excluidos.

Un experimento llevado a cabo por Albert Bandura (1965) reveló que los niños se comportaban de manera más agresiva después de observar a un modelo que es recompensado por una agresión. Bandura llevó a cabo su estudio en un laboratorio con adultos que el niño no conocía. Aunque él controlaba cuándo el niño era testigo de una agresión, qué cantidad de agresión el niño observaba y cuál era la forma de agresión; Bandura no hubiera tenido tanto control sobre el experimento

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1826 QUITO

o no hubiera confiado tanto en los resultados, si el estudio se hubiera llevado a cabo en los hogares de los niños y si gente conocida hubiera estado presente, como los padres de los niños, sus hermanos o amigos.

La investigación en laboratorio tiene algunos inconvenientes. En primer lugar, es casi imposible llevar a cabo una investigación sin que el participante sepa que está siendo estudiado. En segundo lugar, el entorno de un laboratorio no es natural y, por tanto, puede hacer que los participantes se comporten de forma poco natural.

Otra desventaja de la investigación en laboratorio es que la gente que está dispuesta a venir a un laboratorio universitario puede no representar a grupos de diferentes orígenes culturales. Aquellos que no están familiarizados con el entorno universitario y con la idea de la «ayudar a la ciencia» puede que se vean intimidados por el entorno.

Otro problema más es que algunos aspectos del desarrollo del ciclo vital son difíciles, si no imposibles de examinar en el laboratorio. Los estudios de laboratorio de ciertos tipos de estrés pueden incluso ser poco éticos.

La observación natural proporciona una visión que algunas veces no se pueden lograr en el laboratorio (Billman, 2003; Langston, 2002). La **observación natural** consiste en que las observaciones se llevan a cabo en el llamado mundo real, sin hacer esfuerzos para manipular o controlar la situación. Los investigadores del ciclo vital llevan a cabo las observaciones naturales en eventos deportivos, en el jardín de infancia, en centros de trabajo, centros comerciales y otros lugares que la gente frecuenta.

La observación natural se ha utilizado en un estudio centrado en conversaciones de los niños en un museo de ciencias (Crowley y otros, 2001). Era más probable que los padres dieran explicaciones a los niños que a las niñas mientras visitaban las diferentes exhibiciones del museo, sugiriendo que el género fomenta a los niños más que a las niñas hacia las ciencias (véase la Figura 2.8). En otro estudio, padres americanos de origen mejicano que habían superado el bachillerato, daban más explicaciones a sus hijos en las visitas al museo de ciencias que aquellos padres americanos de origen mejicano que no habían terminado la escuela secundaria (Tenenbaum y otros, 2002).

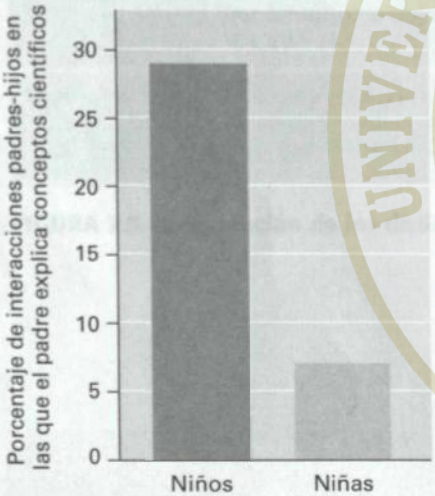


FIGURA 2.8 Explicaciones de los padres a sus hijos e hijas sobre la ciencia en un museo de ciencias

En un estudio se observó de forma natural a niños que fueron a un museo de ciencias. Los padres fueron tres veces más propensos a explicar ciencias a los niños que a las niñas (Crowley y otros, 2001). La diferencia de género ocurría aunque el padre, la madre o ambos fueran con el niño. La diferencia de género era mayor cuando las explicaciones científicas provenían de los padres a los hijos o hijas.

Entrevistas y encuestas A veces el camino más apropiado y más rápido para obtener información sobre la gente es entrevistarla directamente. Otro método relacionado que es especialmente útil cuando se necesita información sobre mucha gente son las *encuestas*. Se utiliza un grupo de preguntas estándar para conocer las actitudes o creencias de una persona sobre un tema en particular. En una buena encuesta, las preguntas deben ser claras y objetivas, permitiendo a los estudiantes responder sin ambigüedad.

Las encuestas y las entrevistas se pueden utilizar para estudiar una gran variedad de temas desde las creencias religiosas y hábitos sexuales a actitudes sobre el control de armas y creencias sobre cómo mejorar las escuelas. Las encuestas y las entrevistas pueden llevarse a cabo en persona o por teléfono. Aunque ahora algunos cuestionarios pueden hacerse por Internet.

Algunas preguntas de las encuestas y entrevistas son poco estructuradas y abiertas, tales como «¿podría hablarme de si es usted una persona optimista?» o «¿diría usted que su matrimonio es satisfactorio?». Este tipo de preguntas permiten obtener respuestas únicas de cada una de las personas entrevistadas. Otras de las preguntas dè los cuestionarios y entrevistas son más estructuradas y específicas. Por ejemplo, una encuesta nacional sobre las posibles mejoras que necesitaban las escuelas en Estados Unidos preguntaba: «De las siguientes cuatro opciones, ¿cuál crees que es la que ofrece las mejores opciones para mejorar el sistema público de educación: *a*) un profesor cualificado y competente en cada aula, *b*) darle a los padres la posibilidad de elegir libremente entre una variedad de colegios públicos, privados o religiosos, *c*) un nivel académico riguroso, *d*) la eliminación de la promoción social o *e*) no sabe, no contesta?» (Rose y Gallup, 2000). Más de la mitad

de los encuestados dijeron que la mejor forma de mejorar las escuelas era con un profesor cualificado y competente en cada aula.

Un problema que presentan las encuestas y las entrevistas es que muchos individuos tienden a dar respuestas que creen que son socialmente aceptables y deseables, en lugar de decir lo que ellos realmente piensan o sienten (Best y Kahn, 2003). Por ejemplo, en una encuesta o entrevista algunos individuos pueden decir que no toman drogas aunque sí las tomen.

Test estandarizados Los **test estandarizados** tienen procedimientos uniformes para su realización y puntuación. Muchos test estandarizados permiten que los resultados de una persona sean comparados con los de otras (Aiken, 2003; Gregory, 2004). Uno de los test estandarizados más usados en psicología es el test de inteligencia de Stanford-Binet, que estudiaremos en el Capítulo 10, «Desarrollo físico y cognitivo en la niñez intermedia y tardía».

La principal ventaja de los test estandarizados es que proporcionan información sobre las diferencias individuales entre la gente. Un problema que presentan los test estandarizados es que no siempre predicen el comportamiento en las situaciones no evaluadas. Otro problema es que los test estandarizados se basan en la creencia de que el comportamiento de una persona es consistente y estable, sin embargo, la personalidad y la inteligencia —dos de los objetivos principales de la evaluación estandarizada— pueden variar dependiendo de la situación. Por ejemplo, una persona puede obtener resultados pobres en un test estandarizado de inteligencia realizado en una oficina y, sin embargo, obtener mucho mejores resultados en casa, donde estará menos nervioso.

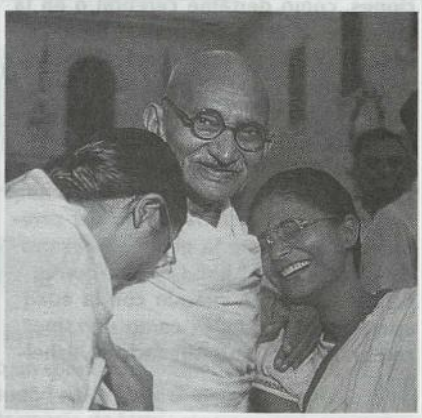
Esta crítica se hace especialmente relevante para los miembros de los grupos minoritarios, algunos de los cuales han sido clasificados erróneamente como retrasados mentales basándose en sus resultados en test de inteligencia (Valencia y Suzuki, 2001). Además, muchos psicólogos advierten que muchos de los test psicológicos que se realizan en culturas occidentales pueden no ser apropiados en otras culturas (Matsumoto, 2004). La gente de otras culturas puede haber tenido experiencias que les hagan interpretar y responder a las preguntas de forma muy diferente a otras personas para las que los test fueran diseñados.

Estudio de casos Un **estudio de casos** es una mirada profunda a un individuo. Es utilizado principalmente por profesionales de salud mental cuando, por razones prácticas o éticas, las características de la vida de una persona no pueden ser replicadas y evaluadas en otros individuos (Dattilio, 2001). Un estudio de casos proporciona información sobre los miedos, esperanzas, fantasías, experiencias traumáticas, educación, relaciones familiares, salud y cualquier otra cosa que ayude al psicólogo a comprender la mente y el desarrollo del individuo.

Un ejemplo de un estudio de casos es el análisis de Erik Erikson (1969) del líder espiritual hindú Mahatma Gandhi. Erikson estudió la vida de Gandhi en profundidad para obtener información sobre cómo se desarrolló su positiva identidad espiritual, especialmente durante su juventud. Al juntar todas las piezas del desarrollo de la identidad de Gandhi, Erikson describió las contribuciones de la cultura, la historia, la familia y otros factores que pueden afectar la manera en que otra gente desarrolla una identidad.

Otro caso real se describe en posteriores capítulos. Uno implica a Michael Rehbein, a quien extirparon casi toda la parte izquierda de su cerebro a los 7 años para acabar con fuertes ataques epilépticos. Un caso más es el del«niño salvaje» llamado Genie, que vivió casi totalmente aislado durante su infancia.

Aunque los estudios de casos proporcionan retratos importantes y profundos sobre la vida de las personas, necesitamos ser cautelosos cuando hacemos generalizaciones con respecto a esta información. El sujeto de un estudio de casos es único, con composición genética y experiencias que nadie más comparte. Además, los estudios de casos implican juicios de dudosa fiabilidad. Los psicólogos que lle-



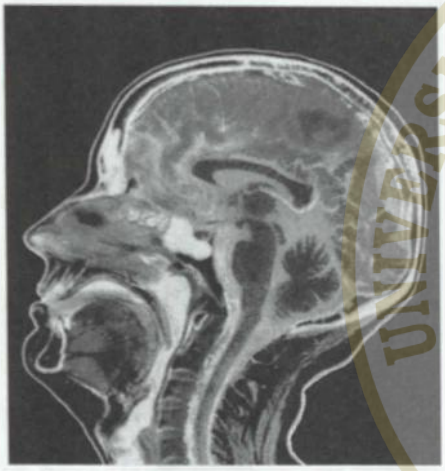
Mahatma Gandhi fue el líder espiritual en la India a mediados del siglo XX. Erik Erikson llevó a cabo un extenso estudio sobre su vida para determinar qué contribuyó al desarrollo de su identidad. *¿Cuáles son algunas limitaciones de esta investigación?*

van a cabo estudios de casos en raras ocasiones comprueban si otros psicólogos están de acuerdo con sus observaciones.

Registros biográficos Un **registro biográfico** documenta la cronología de los eventos y actividades de una vida. A menudo implica una combinación de información sobre educación, trabajo, familia y residencia. El registro puede generarse con información de materiales de archivo (registros públicos o documentos históricos) o entrevistas, en la que se puede incluir la obtención de un historial de la vida del encuestado. Un historial registra la edad (año y mes) en la que la transición sucede en una variedad de actividades y eventos, aunque describiendo el desarrollo de la vida. Para completar un registro del historial los investigadores utilizan cada vez más una gran cantidad de materiales, incluyendo registros orales y escritos del sujeto, anotaciones vitales, observaciones y documentos públicos (Clausen, 1993). Una de las ventajas del acercamiento con múltiples materiales es que la información proviene de diferentes fuentes que pueden compararse y en ocasiones pueden resolverse las discrepancias, dando como resultado un historial más preciso.

Medidas fisiológicas Los investigadores utilizan cada vez más medidas fisiológicas cuando estudian el desarrollo en diferentes momentos del ciclo vital. Un tipo de medida fisiológica puede implicar un estudio de las hormonas en el torrente sanguíneo. Por ejemplo, a medida que se desarrolla la pubertad, los niveles en sangre de ciertas hormonas aumentan. Para determinar la naturaleza de estos cambios hormonales, los investigadores han tomado muestras de sangre de adolescentes (Susman y Rogol, 2004).

Otra medida fisiológica que cada vez se usa con mayor frecuencia es la neuroimagen, especialmente la *resonancia magnética* (fMRI) en la que las hondas electromagnéticas se utilizan para construir imágenes del tejido cerebral de una persona y de su actividad bioquímica (Fox y Schott, 2004). Seguiremos tratando el tema del escáner neurológico y otras medidas fisiológicas en diferentes puntos de este libro.



Este escáner fMRI de un hombre de 51 años muestra atrofia en la corteza cerebral, que ocurre en varias alteraciones, como derrame cerebral o en la enfermedad de Alzheimer. El área superior de la corteza cerebral (donde se produce el mayor nivel de actividad cerebral como el pensamiento y la planificación) está más oscura. Las técnicas neurológicas como el fMRI ayudan a los investigadores a aprender más sobre el funcionamiento del cerebro a medida que la gente se desarrolla y envejece, al igual que lo que le ocurre al cerebro cuando con la edad aparecen alteraciones como derrames cerebrales o la enfermedad de Alzheimer.

Método correlacional En los **estudios correlacionales,** el objetivo es describir la fuerza de la relación entre dos o más eventos o variables. Los estudios correlacionales son útiles porque, cuanto más fuertemente se correlacionan dos eventos (relacionados o asociados), más eficazmente podemos predecir uno desde el otro (Leary, 2004). Por ejemplo, los investigadores descubrieron que tener padres permisivos está correlacionado con hijos con falta de auto-control, esto sugiere que la permisividad de los padres puede tener como consecuencia la falta de auto-control de los hijos. Esta forma de investigación es un método clave para el análisis de información, que como recordaremos, es el tercer paso del método científico.

Sin embargo, hay que ser cautelosos. *La correlación no es igual a la causación*. Los descubrimientos sobre la correlación que acabamos de mencionar no significan que la permisividad de los padres cause necesariamente un bajo nivel de auto-control en los niños. Podría significar eso, pero también podría ser que la falta de auto-control de los niños haga que sus padres se desesperen, tiren la toalla y no intenten controlar a sus hijos. Asimismo podría pasar que otros factores como la herencia o la pobreza causaran la permisividad de los padres y la carencia de auto-control de los hijos. La Figura 2.9 ilustra estas posibles interpretaciones de los datos correlacionales.

En este libro podremos ver diversos estudios correlacionales. Recuerda lo fácil que es asumir la causalidad cuando dos eventos o características simplemente están correlacionadas.

Método experimental Un **experimento** es un procedimiento regulado cuidadosamente en el que uno o más factores que supuestamente influyen en el com-

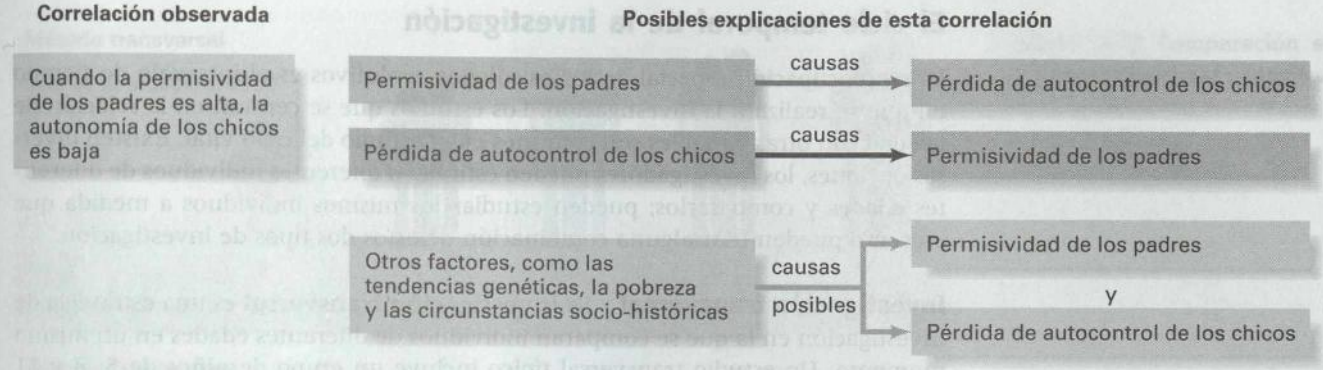


FIGURA 2.9 Posibles explicaciones para los datos correlacionales

Una correlación observada entre dos variables no puede usarse para concluir que una variable es causa de la otra. Algunas posibilidades son que el segundo evento causa el primero o que un tercer evento desconocido causa la correlación entre los dos primeros.

portamiento se manipulan y todos los demás factores se mantienen constantes. Si el comportamiento que se está estudiando cambia cuando se manipula uno de los factores, decimos que el factor manipulado es el causante del cambio en el comportamiento (Kirk, 2003; Mitchell y Jolley, 2004). En otras palabras, el experimento ha demostrado causa y efecto. La causa es el factor manipulado. El efecto es el comportamiento que cambia a causa de la manipulación. Los métodos de investigación no experimentales (investigación descriptiva y correlacional) no pueden establecer causa y efecto porque no implican variables manipuladas de forma controlada.

Los experimentos implican dos tipos variables: variable independiente y variable dependiente. La *variable independiente* es el factor experimental, influyente y manipulado. La etiqueta «independiente» indica que esta variable puede manipularse independientemente de otros factores para determinar sus efectos. Los investigadores tienen una gran variedad de opciones para seleccionar las variables independientes. La *variable dependiente* es el factor que puede cambiar en un experimento en respuesta a los cambios en la variable independiente. Los investigadores manipulan la variable independiente, y miden cualquier cambio en la variable dependiente.

Los experimentos pueden implicar uno o más grupos experimentales y uno o más grupos de control. Un *grupo experimental* es aquel cuyas experiencias se manipulan. Un *grupo de control* es aquel que es tratado de igual forma que el grupo experimental excepto por el factor manipulado (variable independiente). El grupo de control sirve como base para comparar los efectos de las condiciones manipuladas.

La asignación aleatoria es un principio importante para decidir si cada participante debe situarse en el grupo experimental o en el grupo de control (Smith y Davis, 2004). *La asignación aleatoria* significa que los investigadores asignan a los participantes en los grupos experimental y de control al azar. Esta práctica reduce la posibilidad de que los resultados de los experimentos sean debidos a alguna diferencia previa entre los grupos. La Figura 2.10 ilustra la naturaleza del método experimental.

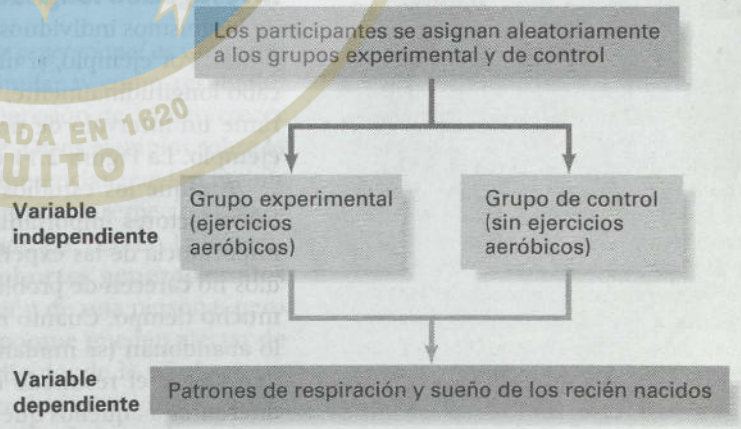


FIGURA 2.10 Principios de la investigación experimental

Imagina que decides llevar a cabo un estudio experimental sobre los efectos en los patrones de respiración y sueño del bebé y el ejercicio aeróbico realizado por mujeres embarazadas. Asignarás de forma aleatoria mujeres embarazadas a los grupos experimental y de control. El grupo experimental de mujeres realizarán ejercicios aeróbicos durante unas sesiones y un tiempo determinado. El grupo de control no lo hará. Después, cuando los bebés nazcan, evaluarás sus patrones de respiración y de sueño. Si los patrones de respiración y de sueño de los recién nacidos cuyas madres estuvieron en el grupo experimental fueron más positivos que los del grupo de control, llegarás a la conclusión de que el ejercicio aeróbico tiene efectos positivos.

El ciclo temporal de la investigación

Una preocupación especial de los psicólogos evolutivos es el intervalo de tiempo en que se realizará la investigación. Los estudios que se centran en la relación de la edad con otras variables son comunes en el estudio del ciclo vital. Existen diversas opciones, los investigadores pueden estudiar a diferentes individuos de diferentes edades y compararlos; pueden estudiar los mismos individuos a medida que crecen o pueden usar alguna combinación de estos dos tipos de investigación.

Investigación transversal La **investigación transversal** es una estrategia de investigación en la que se comparan individuos de diferentes edades en un mismo momento. Un estudio transversal típico incluye un grupo de niños de 5, 8 y 11 años. Otro puede incluir gente de 15, 25 y 45 años. Los diferentes grupos pueden compararse con respecto a una diversidad de variables dependientes: coeficiente intelectual, memoria, relaciones entre iguales, apego a los padres, cambios hormonales, etc. Todo esto se puede realizar en un tiempo breve. En algunos estudios la información se recoge en un solo día. Incluso en investigaciones transversales a gran escala, con cientos de sujetos, la recopilación de información no suele tardar más que algunos meses en completarse.

La ventaja principal de un estudio transversal es que el investigador no tiene que esperar a que el individuo crezca o se haga mayor. A pesar de esta economía temporal, la investigación transversal tiene sus desventajas. No proporciona información sobre los cambios por los que atraviesa un individuo o por la estabilidad de sus características. El aumento y la disminución del desarrollo —los picos y los valles del crecimiento y el desarrollo— pueden oscurecer la investigación transversal. Por ejemplo, en un estudio transversal sobre las percepciones del grado de satisfacción vital, puede que se muestren las oscilaciones arriba o abajo. Sin embargo, el estudio puede que no muestre la satisfacción individual en momentos bajos y altos a lo largo de los años. Tampoco nos revelaría si los adultos que habían tenido percepciones positivas o negativas sobre su vida cuando eran jóvenes mantenían su nivel de satisfacción en su madurez y su vejez.

Investigación longitudinal La **investigación longitudinal** implica el estudio de los mismos individuos durante un período de tiempo que suelen ser varios años o más. Por ejemplo, si un estudio longitudinal sobre satisfacción vital se llevara a cabo longitudinalmente, los mismos adultos serían evaluados periódicamente durante un intervalo de tiempo de 70 años —a los 20, 35, 45, 65 y 90 años—, por ejemplo. La Figura 2.11 compara la investigación transversal y longitudinal.

Aunque los estudios longitudinales proporcionan una información detallada sobre factores importantes como la estabilidad y el cambio en el desarrollo y la importancia de las experiencias tempranas y tardías para el desarrollo, estos estudios no carecen de problemas (Raudenbush, 2001). Es un método caro y requiere mucho tiempo. Cuanto más tiempo dure el estudio más cantidad de participantes lo abandonan (se mudan, enferman, pierden interés, etc.). Los participantes pueden sesgar el resultado de un estudio, porque los que permanecen pueden ser diferentes a aquellos que han abandonado. Los individuos que permanecen en un estudio longitudinal durante una serie de años pueden ser más compulsivos y orientados al conformismo, por ejemplo, o puede que tengan vidas más estables.

Investigación secuencial En ocasiones los psicólogos evolutivos también combinan las investigaciones transversales y longitudinales para estudiar el desarrollo del ciclo vital (Schaie, 1993). La **investigación secuencial** es una combinación de la investigación transversal y longitudinal. La mayor parte de las veces, esta investigación comienza con un estudio transversal que incluye individuos de diferentes edades. Algunos meses más tarde, después de la evaluación inicial, se evalúan los mismos individuos —éste sería el aspecto longitudinal de la investiga-

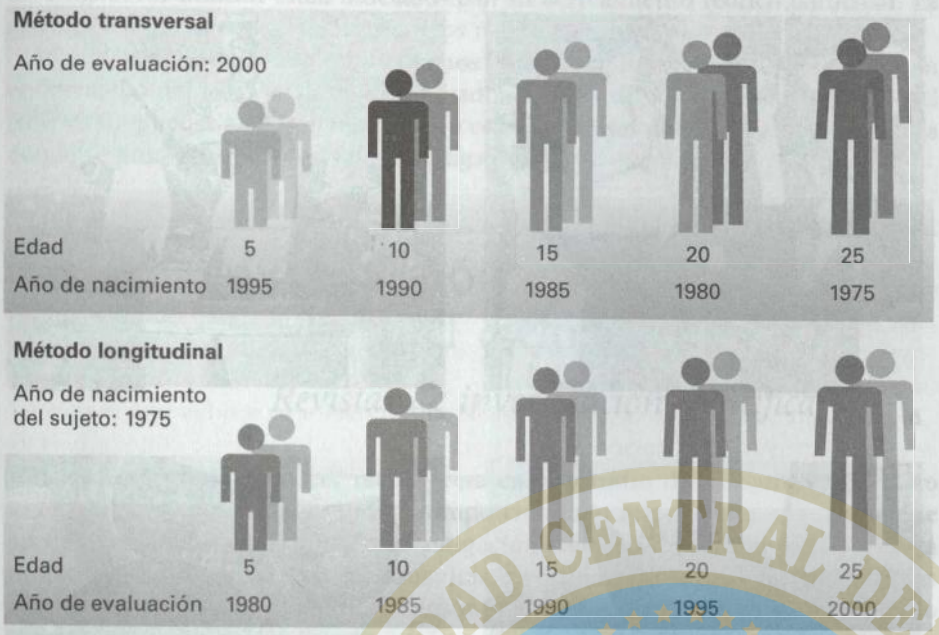


FIGURA 2.11 Comparación entre los métodos transversal y longitudinal

ción—. En esta segunda ocasión, se evalúa un nuevo grupo de participantes de cada grupo de edad. Los nuevos grupos de cada nivel se añaden durante la segunda evaluación para poder controlar los cambios que se pueden producir en el grupo original —algunos participantes pueden haber abandonado el estudio o puede que una segunda evaluación haya mejorado su actuación, por ejemplo—. La investigación secuencial es compleja, cara y requiere tiempo, sin embargo, proporciona información que es imposible obtener en una investigación transversal o longitudinal por sí solas. La investigación secuencial ha sido especialmente útil para examinar los efectos de las cohortes generacionales en el desarrollo del ciclo vital que analizaremos a continuación.

Efectos de las cohortes generacionales Una *cohorte generacional* es un grupo de personas que ha nacido en un momento histórico similar y, como resultado, comparten experiencias parecidas, como vivir la Gran Depresión de 1930 o crecer en la misma ciudad en la misma época aproximadamente. Otros ejemplos sobre la forma en la que las cohortes generacionales se pueden diferenciar pueden incluir los años de educación, el estilo de crianza, la salud, la actitud con respecto al sexo, los valores religiosos y el estatus económico (véase la Figura 2.12). En la investigación del desarrollo del ciclo vital, los **efectos de las cohortes generacionales** se deben al momento del nacimiento, la era o la generación de una persona, pero no a su edad en sí. Los efectos cohortes son importantes porque pueden afectar de forma poderosa a las medidas dependientes en un estudio donde la edad sea un factor especialmente importante. Los investigadores han demostrado que es importante tener en cuenta los efectos cohortes en la evaluación de la inteligencia en adultos (Schaie, 1996). Los individuos nacidos en diferentes momentos como 1920, 1940 y 1960, han tenido una variedad de oportunidades en educación a la que los individuos nacidos en años anteriores han tenido un menor acceso.

Los estudios transversales pueden mostrar cómo los diferentes cohortes responden pero pueden confundir los cambios de edad con los efectos cohortes. Los estudios longitudinales son efectivos a la hora de estudiar los cambios de edad, sin embargo, sólo en una cohorte. Con los estudios secuenciales, los cambios de edad en una cohorte puede examinarse y comparase con los cambios de edad en otra.

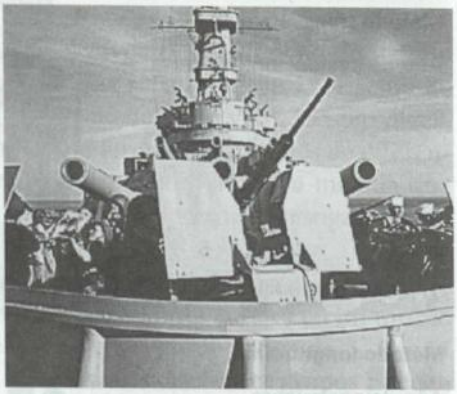
Es importante considerar que las teorías están a menudo relacionadas con un método o métodos de investigación en particular. Es decir, los métodos que los



a)



b)



c)



d)



e)



f)

FIGURA 2.12 Efectos de las cohortes generacionales

Los efectos cohortes vienen dados por el momento en que nace la persona o la generación pero no por su edad. Piensa un momento sobre cómo se crece en: *a*) los locos años veinte, *b*) la Gran Depresión, *c*) los años cuarenta y la Segunda Guerra Mundial, *d*) los años cincuenta, *e*) finales de los años sesenta y *f*) la actualidad. *¿Cómo podría diferir tu desarrollo dependiendo de cual de estos marcos temporales hubiera dominado tu vida? ¿Y la vida de tus padres? ¿Y la vida de tus abuelos?*

Método de investigación	Teoría
Observación	• Todas las teorías hacen hincapié en alguna forma de observación. • Las teorías conductual y cognitivo-social enfatizan más la observación en laboratorio. • La teoría etológica hace hincapié en la observación natural.
Entrevista/ encuesta	• Psicoanalítico y cognitivo (Piaget, Vygotsky) usan a menudo las entrevistas. • Las teorías conductual, cognitivo-social y etológica son las menos propensas a utilizar las entrevistas/encuestas.
Test estandarizado	• Ninguna de las teorías discutidas enfatizan el uso de este método.
Estudio de casos	• Las teorías psicoanalíticas (Freud, Erikson) son las más dadas a usar este método.
Registros biográficos	• Este método es más utilizado por la teoría ecológica y la teoría psicoanalítica.
Investigación correlacional	• Todas las teorías utilizan este método de investigación, aunque la menos propensa es la teoría del psicoanálisis.
Investigación experimental	• Las teorías conductual, cognitivo-social y el procesamiento de la información son las más dadas a utilizar este método experimental. • Las teorías psicoanalíticas son las menos propensas a usarlo.
Métodos transversal, longitudinal y secuencial	• Ninguna de las teorías descritas utiliza este método más que otra. • El método secuencial es menos utilizado por las diferentes teorías.

FIGURA 2.13 Conexiones entre los métodos de investigación y las teorías

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

investigadores utilizan están asociados con su acercamiento teórico particular. La Figura 2.13 ilustra la conexión entre los métodos de investigación y las teorías.

Hasta ahora hemos analizado muchos aspectos de la investigación científica en el desarrollo del ciclo vital. En el apartado de «Investigación en el desarrollo del ciclo vital» puedes leer algo relacionado con las revistas de investigación científica donde se publican estos tipos de investigaciones.



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

Revistas de investigación científica

Si estás interesado en hacer una carrera en el estudio del desarrollo del ciclo vital, en la psicología o en algún campo científico relacionado, una fuente de aprendizaje son las revistas de investigación científica. Puede que en la época de estudiante te hayan pedido consultar investigaciones originales en revistas de investigación. Como padre, profesor, o enfermera puede que hayas querido consultar las revistas de investigación para obtener información que te ayude a comprender y trabajar con la gente de manera más efectiva. Y como persona inquieta puede que consultes información en las revistas de investigación después de haber escuchado o leído algo que haya despertado tu curiosidad.

Una revista de investigación científica publica información académica, normalmente sobre un campo concreto como la física, las matemáticas, la sociología o sobre nuestro tema de interés, el desarrollo del ciclo vital. Los estudiosos en estos campos publican la mayor parte de sus investigaciones en revistas, que son la fuente de información prácticamente en cualquier disciplina académica.

Un número cada vez mayor de revistas publican investigaciones sobre el desarrollo del ciclo vital. Entre las revistas de investigación más importantes dentro del campo del desarrollo del ciclo vital encontramos *Developmental Psychology, Child Development, Pediatrics, Pediatric Nursing, The Journals of Gerontology, Infant Behavior and Development, Journal of Research on Adolescence, Journal of Adult Development, Journal of Gerontological Nursing, Psychology and Aging, Human Development* y muchas otras. Además, hay una gran cantidad de revistas científicas que no se centran exclusivamente en el desarrollo pero incluyen artículos sobre varios aspectos del desarrollo humano. Entre estas revistas encontramos *Journal of Educational Psychology, Sex Roles, Journal of Cross-Cultural Research, Journal of Marriage and the Family* y *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Todas las revistas cuentan con un consejo de expertos que evalúan los artículos que se incluyen en cada publicación. Cada artículo presentado es admitido o rechazado basándose en factores como su contribución en el campo, su excelencia metodológica y su claridad. Algunas de las revistas de investigación más prestigiosas rechazan casi el 80 o 90 por 100 de los artículos que reciben.

Los artículos a menudo están escritos por otros profesionales del campo especializado en el que se centra la revista. Por lo tanto, a menudo contienen un lenguaje técnico y términos específicos de la disciplina que son difíciles de comprender por personas que no sean profesionales en esa área. Su organización suele ser la siguiente: resumen, introducción, método, resultados, discusión y referencias bibliográficas.

El *resumen* es una reseña breve que aparece al principio del artículo. El resumen hace que el lector determine de forma rápida si el artículo despierta su interés. La *introducción* presenta el problema o el tema que está siendo estudiado. Incluye una revisión concisa sobre la investigación relevante para el tema, los vínculos teóricos y una o más hipótesis a evaluar. El *método* consiste en una

descripción clara de los sujetos evaluados en el estudio, las medidas utilizadas y los procedimientos que se han seguido. Esta sección debe ser lo suficientemente clara y detallada para que al leerla otro investigador pueda repetir o replicar el estudio. Los *resultados* analizan la información recogida. En la mayoría de los casos, esta sección incluye un análisis estadístico que puede ser de difícil comprensión para una persona no especializada en la materia. La *discusión* describe las conclusiones del autor, las deducciones y la interpretación de sus descubrimientos. Normalmente se hacen afirmaciones sobre si las hipótesis presentadas en la introducción se sostienen, las limitaciones del estudio y las sugerencias para investigaciones futuras. La última parte del artículo, llamada *referencias* incluye la bibliografía, información sobre cada una de las fuentes citadas en el artículo. Esta sección a menudo es una buena manera de encontrar otros artículos relevantes de tu interés.

¿Dónde puedes encontrar revistas de investigación como las que acabamos de describir? Probablemente la biblioteca de tu facultad cuente con algunas de ellas, y también las bibliotecas públicas puede que tengan algunos ejemplares. Muchos recursos *online*, como PsycINFO, que pueden facilitarte la búsqueda de artículos y están disponibles para los estudiantes en la mayoría de las Universidades.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Explicar cómo se lleva a cabo la investigación sobre el desarrollo del ciclo vital

REVISA

- ¿Cómo se lleva a cabo una investigación sobre el desarrollo del ciclo vital?
- ¿Cuáles son algunas de las formas en la que los investigadores estudian el ciclo vital de las personas?

REFLEXIONA

- Hemos aprendido que correlación no es igual a causa. Desarrolla un ejemplo de dos variables (dos tipos de observación) que correlacionen pero que tú creas casi con total seguridad que no tienen una relación causal.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM SCIENTIARUM PRINCIPIUM
FUNDADA EN 1620
QUITO

3 ENFRENTARSE A LOS DESAFÍOS DE LA INVESTIGACIÓN

Llevar a cabo investigaciones éticas

Minimizar la parcialidad

Cómo obtener información de forma sensata sobre el desarrollo del ciclo vital

La base de la investigación científica sobre el ciclo vital ayuda a minimizar el margen de error y maximizar la objetividad de los resultados. Sin embargo, todavía existen algunos desafíos. Uno es asegurar que la investigación se lleva a cabo de forma ética, otro es reconocer e intentar reducir el margen de error de los investigadores. Otro desafío es cómo ser un consumidor sensato de información sobre el desarrollo del ciclo vital.

Llevar a cabo investigaciones éticas

El gran desarrollo tecnológico ha forzado a la sociedad a lidiar con cuestiones éticas que eran impensables hace tan sólo unas décadas. La misma línea de investigación que antes permitía que parejas estériles tuvieran niños puede que algún día permita a los futuros padres «hacer un pedido» sobre las características que ellos prefieren para sus hijos o inclinar la balanza de hombres y mujeres en el mundo. ¿Deben los embriones que no han sido utilizados ser guardados o destruidos? ¿Debe alentarse a las personas que tienen una enfermedad hereditaria mortal (como la enfermedad de Huntington) a que no tengan hijos? ¿Debe medicarse a los niños que aparentemente tienen un déficit de atención por hiperactividad? ¿Debe obligarse a los médicos a que resuciten a una persona de 95 años que ha sufrido un ataque al corazón?

La ética en la investigación puede afectarte de forma más directa si en alguna ocasión formas parte de un estudio. En ese caso, necesitarás conocer tus derechos como participante y las responsabilidades que tienen los investigadores en asegurar que estos derechos se respeten. El no considerar el bienestar de los participantes puede tener como resultado una alteración en su vida. Por ejemplo, en una investigación sobre parejas jóvenes se les pedía que completaran un cuestionario que casualmente estimuló a uno de los participantes a pensar sobre algunos temas conflictivos (Rubin y Mitchell, 1976). Un año después, cuando los investigadores siguieron la muestra original, 9 de cada 10 participantes afirmaron que habían discutido sus respuestas con sus parejas. En la mayoría de los casos las discusiones ayudaron a reforzar las relaciones. En algunos casos, sin embargo, los participantes utilizaron los cuestionarios como excusa para discutir problemas o preocupaciones que tenían ocultas. Un participante afirmó «el estudio fue clave para terminar mi relación con Larry». En este caso, la pareja tenía diferentes puntos de vista sobre cuánto tiempo pensaban permanecer juntos. Ella sólo pensaba en una relación a corto plazo, mientras que él había pensado que duraría toda la vida. Sus respuestas trajeron a la luz sus diferentes puntos de vista y acabaron con su relación. Los investigadores tienen la responsabilidad de prever los problemas personales que sus estudios pueden causar y, al menos, deben informar a los participantes de las posibles consecuencias.

Si alguna vez te conviertes en investigador sobre el desarrollo del ciclo vital, necesitarás tener un conocimiento más profundo sobre ética. Puede que no te conviertas en un investigador en el campo de la psicología, sin embargo, puede que tengas que llevar a cabo uno o más proyectos de investigación en tus clases de psicología. Incluso los estudiantes aplicados e inteligentes a menudo no tienen en cuenta los derechos de los individuos que participan en sus experimentos. Un estudiante puede pensar «soy voluntario en un centro para retrasados mentales varias horas a la semana. Puedo utilizar a los alumnos del centro en mi estudio para observar si un tratamiento en particular les ayuda a mejorar su memoria para las tareas diarias». Sin embargo, sin los permisos apropiados, el estudio más amable, considerado y bien intencionado puede violar los derechos de los participantes.

Pautas éticas Garantizar los derechos de los participantes en las investigaciones es un desafío ya que el daño potencial no siempre es obvio (Gall, Borg y Gall, 2003). Con una primera ojeada puede que no imagines que un cuestionario sobre parejas entre los estudiantes universitarios pueda tener un impacto sustancial o que un experimento que implica tratamiento para la pérdida de memoria en ancianos pueda ser otra cosa que beneficioso. Pero los investigadores reconocen cada vez más que se puede causar daño a largo plazo a los participantes en un estudio del desarrollo del ciclo vital.

En la actualidad, las universidades cuentan con revisores que evalúan la naturaleza ética en la que son llevadas a cabo las investigaciones. Los planes de inves-

tigación propuestos deben pasar el escrutinio del comité de ética para la investigación antes de comenzar el estudio.

Además la Asociación Americana de Psicología (APA) ha desarrollado un código ético para sus miembros. El código ético instruye a los investigadores que deben proteger a los participantes de cualquier daño mental o físico. Los investigadores deben tener siempre en cuenta su bienestar (Rosnow y Rosenthal, 2005). El código ético de la APA consta de cuatro puntos importantes:

- ***Consentimiento informado.*** Todos los participantes en un estudio deben conocer lo que implica su participación y cualquier riesgo que se pueda producir. Por ejemplo, los participantes en un estudio sobre parejas deben ser informados con anterioridad de que un cuestionario puede estimular pensamientos sobre temas de su relación que ellos ni siquiera habían considerado. Los participantes también deben ser informados de que en algunas ocasiones una discusión sobre estos temas puede mejorar su relación, pero que en otras puede empeorar la relación e, incluso, acabar con ella. Incluso después de dar su consentimiento, los participantes deben tener derecho a abandonar el estudio en cualquier momento y por cualquier razón.
- ***Confidencialidad.*** Los investigadores son responsables de reservar toda la información obtenida de los individuos y, cuando sea posible, completamente anónima.
- ***Información.*** Una vez que el estudio haya finalizado se debe informar a los participantes sobre el propósito y el método utilizado. En la mayoría de los casos, el experimentador también puede informar a los participantes de forma general antes de comenzar sobre el propósito de la investigación sin hacer que los participantes se comporten de la forma que el experimentador espera. Cuando la información preliminar sobre el estudio pueda afectar a los resultados, los participantes pueden al menos ser informados una vez se complete el estudio.
- ***Decepción.*** Éste es un tema ético que los investigadores debaten intensamente (Leary, 2004). En algunas circunstancias, informar a los participantes antes de realizar el estudio de investigación sobre la intención de éste altera sustancialmente el comportamiento de los participantes e invalida la información de los investigadores. Sin embargo, en todos los casos los psicólogos deben asegurarse que la decepción no daña a los participantes y que los participantes son informados sobre la naturaleza completa del estudio (información) tan pronto como el estudio finalice.

Minimizar la parcialidad

Los estudios sobre el desarrollo del ciclo vital son más útiles cuando se llevan a cabo sin parcialidad o prejuicio hacia cualquier grupo particular de gente. Una preocupación especial es la parcialidad vinculada al género y la parcialidad basada en el origen cultural o étnico.

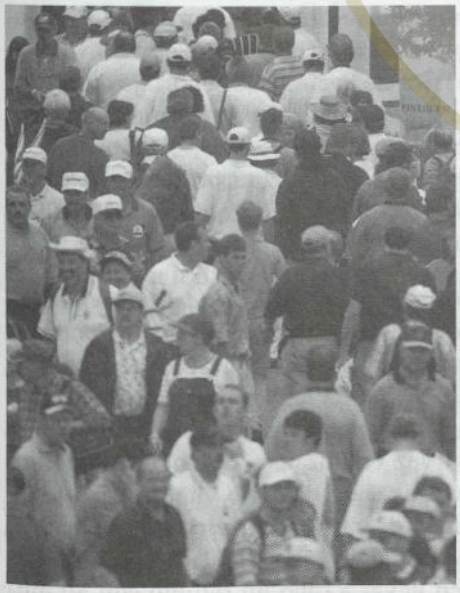
Parcialidad vinculada al género Desde su existencia, nuestra sociedad ha tendido a la parcialidad con respecto al género, una noción preconcebida sobre las habilidades de hombres y mujeres ha impedido que los individuos logren sus propios intereses y desarrollen su potencial (Helgeson, 2005). La parcialidad con respecto al género también ha tenido efecto, aunque menos obvios dentro del campo del desarrollo del ciclo vital (Etaugh y Bridges, 2001). Por ejemplo, no es inusual llegar a conclusiones sobre las actitudes y los comportamientos de las mujeres a través de investigaciones llevadas a cabo sólo con participantes masculinos (Matlin, 2004).

Florence Denmark y sus colegas (1988) afirman que al igual que se encuentran diferencias de género, también éstas en ocasiones se magnifican. Por ejemplo,

un investigador puede afirmar en un estudio que el 74 por 100 de los hombres pueden cumplir las expectativas frente a sólo el 67 por 100 de las mujeres y continuar hablando sobre las diferencias en mayor detalle. Sin embargo, realmente la diferencia puede ser bastante pequeña. Y puede incluso desaparecer si el estudio se repitiera o si el estudio tuviera problemas de metodología que impidiera interpretaciones tan seguras.

Parcialidad por origen étnico o cultural Es fácil comprender que una investigación sobre el desarrollo del ciclo vital necesita incluir a gente de diversos grupos étnicos (Graham, 1992). Históricamente, las personas de las minorías étnicas (afro-americanos, latinos, americanos de origen asiáticos, indios nativos americanos) han sido básicamente ignoradas en las investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos y han sido vistas simplemente como variaciones de la norma o de lo común. Debido a que sus resultados no siempre se ajustan a lo estándar, los individuos de grupos étnicos han sido percibidos como datos «confusos» o «ruido». En consecuencia, los investigadores han excluido de sus muestras a estos grupos de forma deliberada. Debido a que los individuos de grupos étnicos han sido excluidos de las investigaciones durante largo tiempo, debemos concluir razonablemente que la vida real de estas personas han variado más de lo que los estudios nos han indicado en el pasado (Ponterotto y otros, 2001).

Los investigadores también tienden a generalizar sobre los grupos de origen étnico (Jenkis y otros, 2003; Trimble, 1989). El **matiz étnico** utiliza una etiqueta étnica, como afro-americano o latino, de una manera superficial que hace a un grupo étnico parecer más homogéneo de lo que realmente es. Por ejemplo, un investigador puede describir una muestra como «los participantes eran 60 latinos». Sin embargo, una descripción más completa sobre el grupo de latinos sería «los 60 participantes latinos eran americanos de origen mejicano, provenientes de barrios de clase baja del área suroeste de Los Ángeles. Treinta y seis provenían de hogares donde el español era la lengua predominante, 24 de hogares donde el inglés era el idioma principal. Treinta habían nacido en Estados Unidos, 30 en Méjico. Treinta y ocho se describían a sí mismos como mexicanos-americanos, 14 como mejicanos, 9





Observa estas dos fotografías, en una solo aparecen hombres blancos y en otra un grupo diversos de hombres y mujeres de diferentes grupos étnicos, incluyendo algunos individuos blancos. Plantéate un tema psicológico como paternidad, amor o valores culturales. *Si fueras a llevar a cabo una investigación sobre este tema, ¿serían los resultados del estudio diferentes dependiendo de si los participantes de tu estudio fueran los individuos de la fotografía de la izquierda o los de la derecha?*

como americanos, 6 como chicanos y 3 como latinos». El matiz étnico puede hacer que los investigadores obtengan grupos étnicos que no sean representativos o que oculten la diversidad del grupo, que puede llevarlos a generalizar y crear estereotipos.

Cómo obtener información de forma sensata sobre el desarrollo del ciclo vital

La televisión, la radio, los periódicos y las revistas informan a menudo sobre investigaciones del desarrollo del ciclo vital que pueden ser de interés para el público en general. Gran parte de la información ha sido publicada en revistas profesionales o se ha presentado en congresos y la mayoría de los profesores y las universidad tienen contactos en los medios de comunicación para informar sobre las investigaciones actuales de sus profesores.

Debes tener en cuenta, sin embargo, que no toda la información relacionada con el desarrollo del ciclo vital que aparece en los medios de comunicación proviene de profesionales cualificados con excelentes credenciales y reputación en facultades o universidades o centros de salud mental (Stanovich, 2004). Ya que los periodistas, los reporteros de televisión y otro personal de los medios generalmente no tienen un conocimiento profundo sobre psicología y sobre los ajustes de las investigaciones, a menudo tienen problemas para tratar toda la cantidad de información que reciben y tomar decisiones sobre qué información difundir. Además, los medios a menudo tienden a centrarse en los descubrimientos sensacionalistas y dramáticos sobre el desarrollo del ciclo vital para causar sensación. Tienden a ir más allá de lo que el investigador pretendía realmente demostrar.

Incluso cuando los medios presentan los resultados de una investigación excelente, tienen problemas para informar de forma adecuada sobre lo que ha sido descubierto y sobre sus implicaciones para la vida de las personas. Por ejemplo, este libro está diseñado para introducir, definir y elaborar de forma cuidadosa los conceptos clave sobre temas, investigaciones y descubrimientos clínicos. Los medios de comunicación, sin embargo, no cuentan con tanto tiempo y espacio para detallar y especificar las limitaciones y las cualidades de las investigaciones. A menudo sólo cuentan con algunos minutos o algunas líneas para resumir de la mejor forma posible los complejos descubrimientos de un estudio o del concepto del ciclo vital.

Finalmente, debes ser responsable a la hora de evaluar los reportajes sobre las investigaciones del desarrollo del ciclo vital que encuentres en los medios de comunicación. Es decir, debes ser un consumidor sensato de información sobre el desarrollo del ciclo vital. A continuación presentamos algunas directrices que te ayudarán a obtener información sobre cómo usar el sentido común para analizar la información sobre la investigación psicológica.

1. ***Distinguir entre los resultados del grupo y las necesidades del individuo.*** La gente que aprende sobre la investigación del desarrollo del ciclo vital a través de los medios de comunicación son más propensos a aplicar los resultados a sus circunstancias individuales. Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones se centran en grupos, y las variaciones individuales sobre cómo responden los participantes son rara vez enfatizadas. Como resultado, los usuarios mal informados sobre la investigación del ciclo vital pueden tener una idea errónea sobre la «normalidad» de sus circunstancias. Por ejemplo, investigadores interesados en los efectos del divorcio y en la habilidad de los adultos para afrontar el estrés pueden llevar a cabo un estudio con 50 mujeres divorciadas y 50 mujeres casadas. Pueden concluir que las mujeres divorciadas, como grupo, sobrellevan peor el estrés que las mujeres casadas del estudio. En este estudio en particular, sin embargo, algunas mujeres divorciadas sobrellevaban mejor el estrés que algunas de las mujeres casadas. De hecho, de las 100 mujeres del estudio, puede que 2 o 3 mujeres que

sobrellevaran mejor el estrés fueran mujeres divorciadas. Sería preciso afirmar que los descubrimientos que muestran que las mujeres divorciadas (como grupo) sobrellevaron de manera menos efectiva el estrés que las mujeres casadas (como grupo). Pero no sería sensato concluir, después de leer un resumen de los resultados del estudio, que tu hermana divorciada no esté sobrellevando el estrés tan bien como ella cree y recomendarle que vea a un terapeuta.

El fallo de los medios de comunicación a la hora de distinguir de forma apropiada entre la investigación de grupo y las necesidades individuales de los consumidores no es totalmente culpa de ellos. Los investigadores tampoco han hecho una diferenciación clara. A menudo fallan al examinar la coincidencia en la información de los grupos que están comparando y buscan sólo las diferencias. Y, por lo tanto, a menudo destacan sólo estas diferencias en sus informes.

Recuerda que si lees un reportaje en una revista o en los medios de comunicación en el que se afirme que las mujeres divorciadas sobrellevan peor el estrés que las mujeres casadas, no puedes concluir que todas las mujeres divorciadas sobrelleven peor el estrés. La única conclusión a la que puedes llegar de manera razonable es que más mujeres casadas sobrellevan mejor el estrés que las mujeres divorciadas.

2. ***No sobregeneralizar a partir de una muestra pequeña.*** A menudo no hay suficiente tiempo o espacio en los medios de comunicación para profundizar sobre la naturaleza de la muestra utilizada en el estudio. En ocasiones se proporciona información básica sobre el tamaño de la muestra —si se basa en 10 participantes, 50 o 200, por ejemplo—. Si no puedes obtener más información sobre la muestra, al menos presta atención al número.

   Las muestras pequeñas o muy pequeñas requieren precaución a la hora de generalizar los resultados en una población mayor. Por ejemplo, una muestra que se basa solo en 10 o 20 mujeres divorciadas pueden tener unas características particulares que pueden hacer que los resultados no sean aplicables a otras mujeres. Las mujeres de la muestra pueden tener ingresos altos, ser blancas, no tener hijos, vivir en una pequeña localidad del sur y estar asistiendo a terapia. Las mujeres divorciadas con ingresos moderados, de diferentes orígenes étnicos, que tienen niños y viven en contextos diferentes y no asisten a terapia puede que proporciones respuestas muy diferentes.

3. ***Buscar respuestas más allá de un único estudio.*** Los medios de comunicación pueden identificar un estudio de investigación interesante y afirmar que es algo fabuloso con una gran variedad de implicaciones. A pesar de que estudios de estas características se producen, son raros. Es más seguro asumir que no existe un estudio por sí solo que pueda proporcionar respuestas concluyentes a preguntas importantes, especialmente respuestas que sean aplicables a todas las personas. De hecho, en la mayoría de los campos del ciclo de la vida donde se realizan muchas investigaciones, los resultados controvertidos son muy comunes. Las respuestas a preguntas de una investigación a menudo surgen después de que muchos científicos lleven a cabo investigaciones similares que les conducen a conclusiones similares.

   Si un estudio afirma que una terapia en concreto llevada a cabo por un terapeuta en particular ha sido especialmente efectiva con adultos divorciados, no debemos pensar que la terapia funcionará de igual forma con todos los adultos divorciados y con otros terapeutas hasta que se lleven a cabo más estudios. Recuerda que no debes tener en cuenta el resultado de una investigación como respuesta absoluta y final para un problema.

4. ***No atribuir causas donde no se ha descubierto ninguna.*** Sacar conclusiones causales de los estudios correlacionales es uno de los errores más comunes de los medios de comunicación. Cuando no se lleva a cabo un estudio experimental, es decir, cuando los participantes no han sido elegidos de forma

aleatoria para los tratamientos y experiencias, dos variables o factores sólo pueden tener una relación no causal entre sí. Recuerda que cuando analizamos la correlación anteriormente, las interpretaciones causales no podían hacerse cuando dos o más factores estaban simplemente correlacionados. No podemos decir que uno sea la causa del otro.

En el caso del divorcio, imagina que leemos este titular «los bajos ingresos causan a las mujeres divorciadas un alto grado de estrés». Puedes deducir inmediatamente que el trabajo es un estudio correlacional y no un estudio experimental. La palabra «causas» es utilizada de forma errónea. ¿Por qué? Porque por razones éticas y prácticas, las mujeres participantes no pueden ser elegidas aleatoriamente para divorciarse o permanecer casadas y las mujeres divorciadas no pueden elegirse aleatoriamente para ser pobres o ricas. Un titular más apropiado podría ser «las mujeres divorciadas con ingresos bajos tienen un mayor nivel de estrés», significando esto que los investigadores han descubierto una correlación entre estar divorciado, tener ingresos bajos y padecer estrés. Hay que ser escéptico con palabras que indiquen causalidad hasta que no se sepa más sobre la investigación que están describiendo.

5. ***Evaluar la fuente de información sobre el desarrollo del ciclo vital.*** Recuerda que los estudios llevados a cabo por investigadores no son aceptados de forma automática por el resto de la comunidad científica. A menudo los investigadores deben enviar sus descubrimientos a una revista de investigación para que sea revisado por sus colegas, quienes toman una decisión sobre si se debe publicar o no dependiendo del cuidado con el que se haya llevado a cabo la investigación. Aunque la calidad de la investigación y los descubrimientos no son uniformes en todas las revistas de psicología, en la mayor parte de los casos las revistas científicas someten los resultados a un escrutinio mayor que los medios de comunicación.

   Sin embargo, entre los medios de comunicación se puede hacer una distinción. Los artículos de investigación sobre el ciclo vital en periódicos respetables como el *New York Times* y el *Washington Post*, al igual que en revistas verosímiles como *Time* y *Newsweek* son mucho más fidedignos que los aparecidos en revistas sensacionalistas como *Nacional Enquirer* y *Star*. Pero a pesar de la fuente —una publicación seria, una revista sensacionalista o incluso una revista académica— tú eres el responsable de leer los detalles de la investigación detrás de los resultados que se presentan y analizar la credibilidad del estudio.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Analizar los desafíos de investigación en el desarrollo del ciclo vital

REVISA

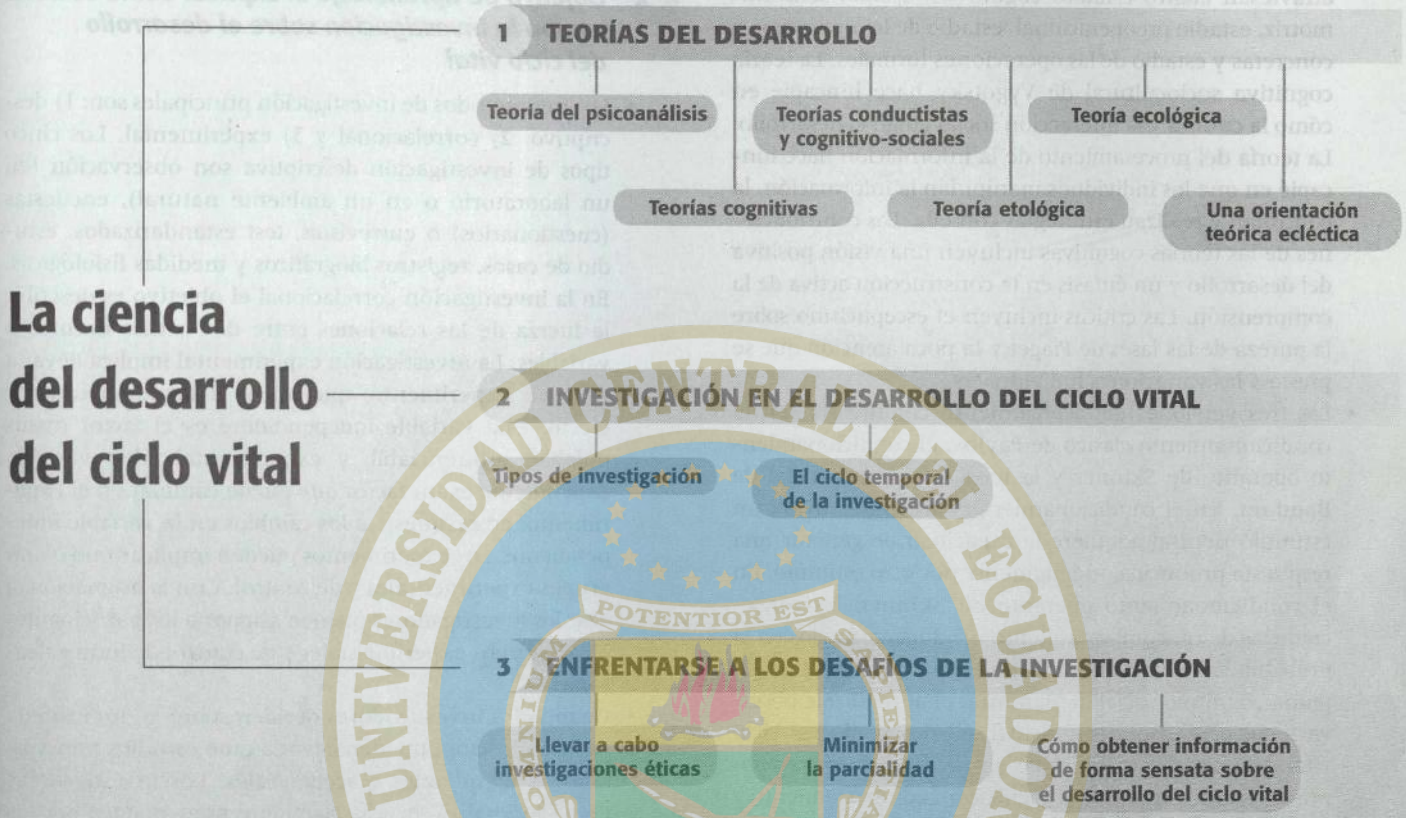
- ¿Cuáles son las responsabilidades éticas de los investigadores con las personas que ellos estudian?
- ¿Cómo puede el género, el grupo ético y cultural afectar el resultado de una investigación?
- ¿Qué implica ser un consumidor sensato de información sobre desarrollo del ciclo vital?

REFLEXIONA

- Imagina que llevas a cabo una investigación sobre las actitudes y comportamientos sexuales en adolescentes. ¿Qué garantías éticas debes tener en cuenta a la hora de llevar a cabo el estudio?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Describir las teorías del desarrollo del ciclo vital*

- El método científico implica cuatro pasos fundamentales: 1) conceptualización del problema, 2) recogida de información, 3) análisis de la información y 4) obtención de conclusiones. Una teoría es un grupo de ideas coherentes, relacionadas entre sí que ayuda a explicar y hacer predicciones. La teoría está a menudo implicada en la conceptualización de un problema. Las hipótesis son suposiciones y predicciones específicas, a menudo derivadas de una teoría, que puede evaluarse para determinar su precisión. La teoría del psicoanálisis describe el desarrollo como primordialmente inconsciente y fuertemente influenciado por las emociones. Los teóricos del psicoanálisis creen que el comportamiento es simplemente una característica superficial y que las experiencias tempranas con los padres dan forma al desarrollo. Las dos teorías principales del psicoanálisis en la psicología del desarrollo son las teorías de Freud y Erikson. Freud dijo que la personalidad se compone de tres estructuras: el ello, el yo y el super-yo. El conflicto entre estas estructuras produce ansiedad. Freud también propuso que los individuos atraviesan cinco etapas psico-sexuales: oral, anal, fálica, de latencia y genital. La teoría de Erikson hace hincapié en ocho fases psicosociales del desarrollo: confianza frente a desconfianza, autonomía frente a vergüenza y duda, iniciativa frente a culpa, productividad frente a inferioridad, identidad frente a confusión de identidad, intimidad frente a aislamiento, laboriosidad frente a estancamiento e integridad frente a desesperanza. Las contribuciones de las teorías del psicoanálisis incluyen el énfasis en las experiencias tempranas y las relaciones familiares. Las críticas incluyen que los principales conceptos son difíciles de evaluar científicamente y que se hace demasiado hincapié en la sexualidad.
- Las tres teorías cognitivas principales son la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, la teoría sociocultural de Vygotsky y la teoría del procesamiento de la información. Las teorías cognitivas hacen hincapié en el pensamiento

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
FUNDADA EN 1620
QUITO

consciente. Piaget propuso una teoría del desarrollo cognitivo en la que los niños utilizaban los procesos de organización y adaptación (asimilación y acomodación) para comprender el mundo. En la teoría de Piaget, los niños atraviesan cuatro estadios cognitivos: estadio sensoriomotriz, estadio preoperacional, estadio de las operaciones concretas y estadio de las operaciones formales. La teoría cognitiva sociocultural de Vygotsky hace hincapié en cómo la cultura y la interacción social guían el desarrollo. La teoría del procesamiento de la información hace hincapié en que los individuos manipulan la información, la controlan y realizan estrategias con ella. Las contribuciones de las teorías cognitivas incluyen una visión positiva del desarrollo y un énfasis en la construcción activa de la comprensión. Las críticas incluyen el escepticismo sobre la pureza de las fases de Piaget y la poca atención que se presta a las variaciones individuales.

- Las tres versiones del acercamiento conductista son el condicionamiento clásico de Pavlov, el condicionamiento operante de Skinner y la teoría cognitivo social de Bandura. En el condicionamiento clásico de Pavlov un estímulo neutral adquiere la capacidad de generar una respuesta producida originalmente por otro estímulo. En el condicionamiento operante de Skinner, las consecuencias de un comportamiento producen cambios en la probabilidad de que ese comportamiento ocurra. En la teoría cognitivo social de Bandura, el aprendizaje observacional es el aspecto principal del desarrollo del ciclo vital. Bandura hace hincapié en las interacciones recíprocas entre las personas (cognición), comportamiento y entorno. Las contribuciones de las teorías conductista y cognitivo-social incluyen un énfasis en la investigación científica y los determinantes ambientales del comportamiento. Las críticas incluyen el escaso énfasis de las visiones de Pavlov y Skinner en la cognición y la inadecuada atención a los cambios del desarrollo.
- La etología afirma que el comportamiento está fuertemente influenciado por la biología, está atado a la evolución y se caracteriza por sus períodos críticos o sensibles. Las contribuciones de la teoría etológica incluye un mayor enfoque sobre las bases biológicas y evolutivas del desarrollo y la utilización de observaciones minuciosas en entornos naturales. Las críticas incluyen la creencia de que los conceptos sobre el período crítico y sensible pueden ser demasiado rígidos y el énfasis excesivo en las bases biológicas.
- La teoría ecológica es la visión de Bronfenbrenner del sistema ambiental del desarrollo. Consiste en cinco sistemas ambientales: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema. Las contribuciones de la teoría ecológica incluyen el examen sistemático de las macro y micro dimensiones de los sistemas ambientales y la atención a las conexiones entre los diferentes contextos ambientales. Las críticas incluyen la atención inadecuada a los factores biológicos y la falta de énfasis en los factores cognitivos.
- La orientación teórica ecléctica no sigue ninguno de los acercamientos teóricos, sino que selecciona de cada teoría lo que considera mejor de cada una.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Explicar cómo se lleva a cabo la investigación sobre el desarrollo del ciclo vital*

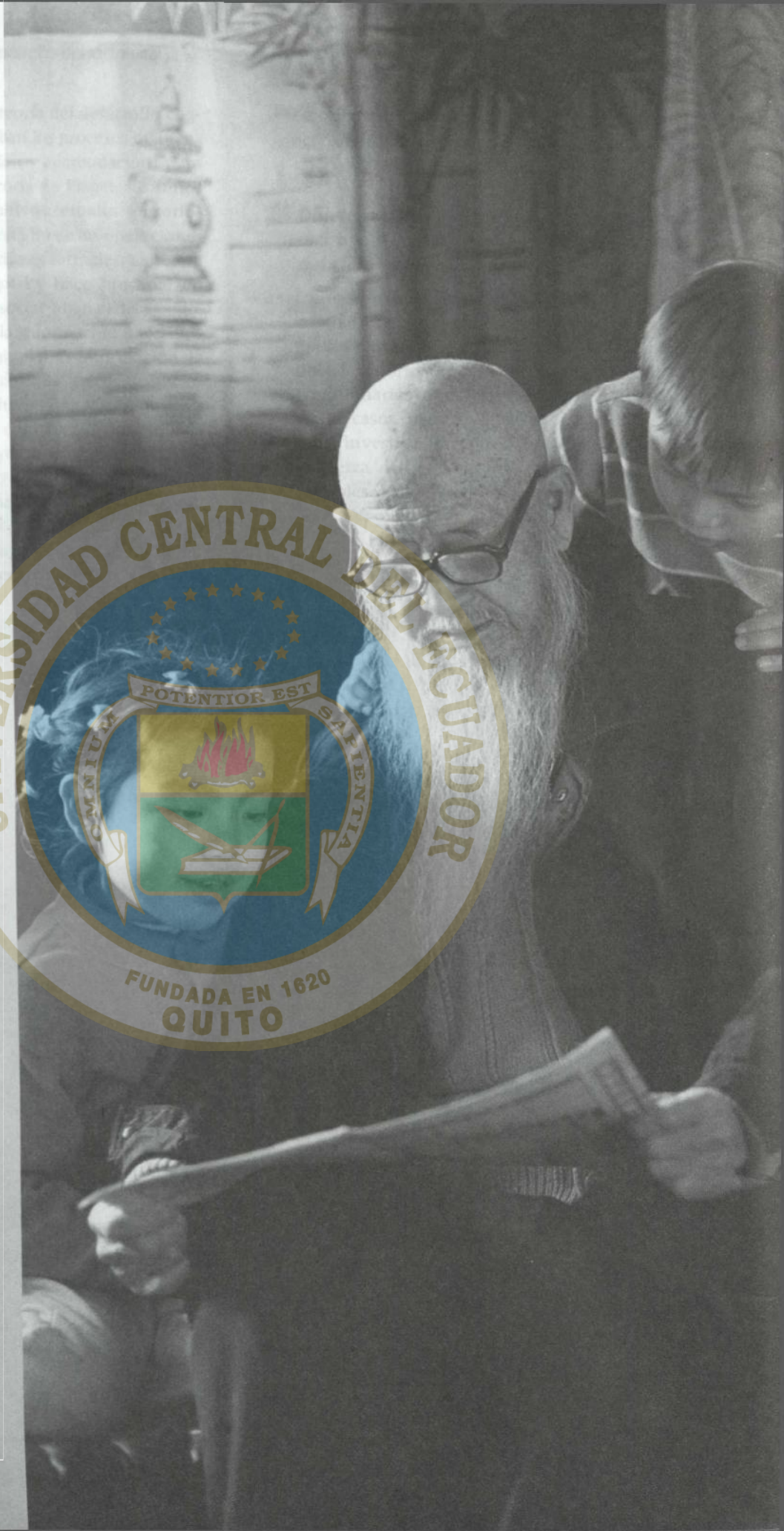
- Los tres métodos de investigación principales son: 1) descriptivo, 2) correlacional y 3) experimental. Los cinco tipos de investigación descriptiva son observación (en un laboratorio o en un ambiente natural), encuestas (cuestionarios) o entrevistas, test estandarizados, estudio de casos, registros biográficos y medidas fisiológicas. En la investigación correlacional el objetivo es describir la fuerza de las relaciones entre dos o más eventos o variables. La investigación experimental implica llevar a cabo un experimento, que puede determinar causa y efecto. Una variable independiente es el factor manipulable, influenciable y experimental. Una variable dependiente es un factor que puede cambiar en el experimento, en respuesta a los cambios en la variable independiente. Los experimentos pueden implicar uno o más grupos experimentales y de control. Con la asignación al azar los investigadores pueden asignar a los participantes en los grupos experimentales y de control de forma aleatoria.
- Cuando los investigadores deciden sobre la duración de su investigación, pueden llevar a cabo estudios transversales, longitudinales o secuenciales. Los investigadores del ciclo vital están especialmente preocupados por los efectos de las cohortes geneacionales.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Analizar los desafíos de la investigación en el desarrollo del ciclo vital*

- Las responsabilidades éticas de los investigadores incluyen buscar el consentimiento informado de los participantes, asegurar su confidencialidad, informar a los participantes sobre el propósito y las posibles consecuencias personales de la participación y evitar decepciones innecesarias de los participantes.
- Los investigadores deben evitar la parcialidad por razones de género, cultura y grupo étnico en sus estudios. Deben esforzarse por que sus investigaciones sean equitativas para mujeres y hombres. Se necesita incluir individuos de grupos étnicos como participantes en la investigación del ciclo vital. Una preocupación especial es el matiz étnico.
- Las cinco directrices para ser un sensato consumidor de información sobre el desarrollo del ciclo vital son: 1) distinguir entre los resultados de grupo y las necesidades individuales, 2) no generalizar a partir de una muestra pequeña, 3) buscar respuestas más allá de un único estudio, 4) no atribuir causas donde no se han descubierto y 5) evaluar las fuentes de información sobre el desarrollo del ciclo vital.


UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

CAPÍTULO 3



Hay ciento noventa y tres especies de monos y simios. Ciento noventa y dos de ellos están cubiertos de pelo. A excepción del simio desnudo que se hace llamar Homo sapiens.

DESMOND MORRIS
Zoólogo británico, siglo XX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Comienzos biológicos

Esquema del capítulo

LA PERSPECTIVA EVOLUCIONISTA 1

Selección natural y comportamiento adaptativo

Psicología evolucionista

FUNDAMENTOS GENÉTICOS 2

Proceso genético

Principios genéticos

Anomalías vinculadas a los genes y los cromosomas

DESAFÍOS Y ELECCIONES EN LA REPRODUCCIÓN 3

Test de diagnóstico prenatal

Infertilidad y tecnologías reproductivas

Adopción

HERENCIA, MEDIO Y DIFERENCIAS INDIVIDUALES 4

Comportamiento genético

Correlaciones entre herencia y medio

Experiencias compartidas y no compartidas en el medio

La perspectiva epigenética

Conclusiones sobre la interacción entre herencia y medio

Objetivos de aprendizaje

1 **Analizar la perspectiva evolucionista del desarrollo del ciclo vital**

2 **Describir qué genes existen y cómo influyen en el desarrollo humano**

3 **Identificar algunos desafíos y elecciones reproductivas**

4 **Explicar algunas de las formas en las que interactúan herencia y medio para producir las diferencias individuales en el desarrollo**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

La historia de los gemelos Jim y Jim

Jim Springer y Jim Lewis son gemelos monocigóticos idénticos. Fueron separados cuando tenían cuatro semanas y no se vieron el uno al otro hasta que no cumplieron 39 años. Ambos trabajaban como *sheriff* a tiempo parcial, pasaban sus vacaciones en Florida, conducían Chevrolets, tenían perros llamados Toy y se casaron y divorciaron de mujeres llamadas Betty. Uno de los gemelos llamó a su hijo James Alan y el otro llamó a su hijo James Alan. A ambos les gustaba las matemáticas pero no la ortografía, les gustaba la carpintería y la mecánica, se comían las uñas, bebían y fumaban de manera casi similar, sufrían hemorroides, engordaron 5 kilos en la misma etapa del desarrollo, el primero sufrió jaquecas con 18 años y tenían patrones de sueño similares.

Sin embargo, Jim y Jim tienen algunas diferencias. Uno lleva el pelo sobre la frente y el otro lo lleva al lado y con patillas. Uno se expresa mejor oralmente y el otro de forma escrita. Pero, en la mayoría de sus características son extraordinariamente parecidos.

Otra pareja, Daphne y Barbara, eran llamadas las «hermanas risueñas» porque después de volver a reunirse, siempre se hacían reír la una a la otra. Una investigación esmerada sobre la historia de sus familias adoptivas reveló que no había muchas risas. Las gemelas sobrellevaban el estrés ignorando y evitando los conflictos y la controversia cuando les era posible y no mostraron ningún interés por la política.

Otra pareja de gemelas idénticas fueron separadas a las 6 semanas y unidas de nuevo a los 50 años. Ambas sufrían pesadillas, que describían de forma inquietantemente idéntica: las dos soñaban con pomos y anzuelos en su boca hasta que se asfixiaban. Las pesadillas comenzaron durante los primeros años de la adolescencia y habían parado en los últimos 10 o 12 años. Las dos mujeres mojaron la cama hasta que tuvieron 12 o 13 años y su educación e historias maritales eran extraordinariamente idénticas.

Estas parejas de gemelos son parte del estudio de Minnesota sobre gemelos educados por separado, dirigido por Thomas Bouchard y sus colegas (1990, 1995, 2004). Los investigadores reunieron a gemelos idénticos (idénticos genéticamente porque provienen del mismo óvulo) y a mellizos (distintos genéticamente porque provienen de óvulos diferentes) de todo el mundo en Minnesota, para investigar sobre sus vidas. Se administra a los gemelos numerosos test de personalidad y se obtiene un detallado historial médico, incluyendo información sobre la dieta y tabaco, hábitos deportivos, radiografías de tórax, exámenes cardiacos y electroencefalogramas. Se entrevista a los gemelos y se le hacen más de 15000 preguntas sobre su familia y su entorno en la infancia, sus intereses personales, su orientación profesional, sus valores y sus gustos estéticos. También se les administran test de aptitudes y de inteligencia.

Las críticas al estudio de Minnesota sobre gemelos idénticos señalan que algunos de los gemelos separados están juntos varios meses antes de la adopción, que algunos de ellos se habían reunido antes de realizar los test (en algunos casos, algunos años antes), que las agencias de adopción a menudo situaban a los gemelos en familias similares y que incluso extraños que pasan varias horas juntos y comienzan a comparar sus vidas encuentran similitudes en las comparaciones (Adler, 1991; Joseph, 2001). Incluso enfrentándose con estas críticas, el estudio de Minnesota sobre gemelos idénticos indica cómo los científicos han mostrado reciente-

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
QUITO

mente un interés creciente en las bases genéticas del desarrollo humano y que necesitamos investigar más sobre los factores ambientales y genéticos (Bouchard y otros, 2004).

VISTA PREVIA

Los ejemplos de Jim y Jim, las hermanas risueñas y las hermanas gemelas que tenían las mismas pesadillas nos inducen a pensar sobre nuestra herencia genética y los fundamentos biológicos de nuestra existencia. Los organismos no son como bolas de billar, que se mueven por fuerzas simples y externas a posiciones predecibles dentro de la mesa de billar que sería la vida. Las experiencias del entorno y los fundamentos biológicos trabajan juntas para hacer de nosotros lo que somos. En este capítulo, nuestra cobertura de los comienzos biológicos del ciclo vital se centra en la evolución, los fundamentos genéticos, los desafíos y las elecciones en la reproducción y la interacción entre herencia y medio.

1 LA PERSPECTIVA EVOLUCIONISTA

Selección natural y comportamiento adaptativo | **Psicología evolucionista**

En términos de la evolución, los humanos somos relativamente unos recién llegados en la tierra, sin embargo, nos hemos establecido como la especie más próspera y dominante. Si consideramos el tiempo de evolución como un calendario anual, los humanos habríamos llegado en los últimos días de diciembre (Sagan, 1977). A medida que nuestros primeros antepasados dejaron los bosques para buscar comida en la sabana, y finalmente constituyeron sociedades de caza en las llanuras, su mente y su comportamiento iban cambiando. ¿Cómo se ha desarrollado está evolución?

Selección natural y comportamiento adaptativo

La *selección natural* es el proceso evolutivo que favorece a los individuos de las especies que se adaptan mejor para reproducirse y sobrevivir. Para comprender la evolución natural vamos a regresar a la mitad del siglo XIX, cuando Charles Darwin viajaba alrededor del mundo, observando las diferentes especies animales en su entorno natural. Darwin, que publicó sus pensamientos y observaciones en *El origen de las especies* (1859), observó que la mayoría de los organismos se reproducían a un ritmo que causaría un aumento de población enorme en el mundo y que, sin embargo, la población se mantenía casi constante. Él razonó que deben existir luchas intensas y constantes por la comida, el agua y otros recursos entre las crías de cada generación, ya que muchos de ellos no sobreviven. Aquellos que sobreviven pasan sus genes a la siguiente generación. Darwin creía que aquellos que sobrevivían para reproducirse eran superiores en muchos aspectos que aquellos que no lo hacían. En otras palabras, los supervivientes estaban mejor *adaptados* a su mundo que los no supervivientes (Enger, Ross y Bailey, 2005; Freeman y Herron, 2004). Los individuos mejor adaptados sobreviven para dejar las mejores crías. A lo largo de muchas generaciones, los organismos con las características necesarias para sobrevivir englobarían a un mayor porcentaje de la población. Durante muchas, muchas generaciones esto podría producir una modificación

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

gradual de toda la especie. Si las condiciones ambientales cambian, sin embargo, otras características pueden ser favorables para la selección natural, moviendo el proceso en diferentes direcciones (Krogh, 2005).

Todo organismo debe adaptarse a lugares particulares, climas, tipos de comida y estilos de vida. Un ejemplo de adaptación son las garras de un águila, diseñadas por la selección natural para facilitar la depredación. El *comportamiento adaptativo* es el comportamiento que fomenta la supervivencia de un organismo en el hábitat natural (Raven y otros, 2005). Por ejemplo, en el terreno humano, el apego es un sistema diseñado por la selección natural para asegurar la cercanía del bebé hacia su cuidador para que lo alimente y lo proteja del peligro.

Psicología evolucionista

Aunque Darwin introdujo la teoría de la evolución por selección natural en 1859, sus ideas sobre la evolución han emergido recientemente como marco popular para explicar el comportamiento. El acercamiento psicológico más novedoso es la **psicología evolucionista**, que hace hincapié en la importancia de la adaptación, la reproducción y la «supervivencia del más fuerte» en la explicación del comportamiento. La «fortaleza», en este sentido, se refiere a la habilidad de criar hijos que vivan lo suficiente para crear a sus propios hijos. Según esta visión, el proceso evolutivo de la selección natural favorece los comportamientos que incrementan el éxito reproductivo del organismo y su habilidad para transmitir sus genes a la siguiente generación (Cosmides y otros, 2003; Gaulin y McBurney, 2004).

David Buss (1995, 2000, 2004) ha sido especialmente influyente a la hora de estimular un nuevo interés sobre cómo la evolución puede explicar el comportamiento humano. Él cree que a medida que la evolución da forma a nuestras facciones físicas, como nuestra figura y nuestra altura, también está influenciando en gran medida nuestra toma de decisiones, nuestra agresividad, nuestros miedos y nuestros patrones de apareamiento. Por ejemplo, debemos asumir que nuestros antepasados fueron cazadores y recolectores en las praderas y que los hombres realizaban la mayor parte de las labores de caza mientras las mujeres permanecían cerca de casa recogiendo semillas y plantas para comer. Si tienes que viajar lejos de tu casa para encontrar y cazar a un animal que huye, debes tener no sólo habilidades físicas, sino también cierto tipo de pensamiento espacial. Los hombres que nacían con estas habilidades tenían más posibilidades de sobrevivir, de traer comida a casa y de ser considerados parejas atractivas, que los que carecían de ellas, y por tanto, tenían más posibilidades de reproducirse y trasmitir estas características a sus hijos. En otras palabras, algunas habilidades pueden proporcionar una ventaja reproductiva a los hombres y, durante generaciones, los hombres con buenas habilidades de pensamiento espacial podían llegar a ser más numerosos. Los críticos señalan que este ejemplo basado en la teoría evolucionista puede o no haber sucedido realmente.

Desarrollo de la psicología evolucionista La mayor parte del pensamiento sobre la psicología evolucionista no se ha centrado en el desarrollo. Sin embargo, recientemente ha aumentado el interés en aplicar los conceptos de la psicología evolucionista a los cambios que se producen en el desarrollo de las personas. A continuación vemos algunas ideas propuestas por los psicólogos especializados en el desarrollo evolutivo (Bjorklund y Pellegrini, 2002, pp. 336-340):

- *Los humanos tienen un período «juvenil» más amplio porque requieren más tiempo para desarrollar un cerebro más grande y aprender la complejidad del comportamiento social.* Los humanos tardan más que cualquier otro mamífero en ser reproductivamente maduros (véase la Figura 3.1). Durante este tiempo desarrollan un cerebro más grande y las experiencias necesarias para dominar la complejidad de la sociedad humana.

- *«Muchos aspectos de la infancia son parte de la preparación para la edad adulta y fueron seleccionados durante el curso de la evolución»* (p. 337). Por ejemplo, a través del juego los niños aprenden cosas que les ayudan a adaptarse al mundo adulto. En los años preescolares los niños de todas las culturas suelen jugar a juegos más bruscos que las niñas. Quizás los juegos bruscos son una preparación para las peleas y la caza para los hombres. Las niñas juegan más a imitar a sus padres, como cuidar a las muñecas y con menos dominancia física que los niños. Esto, de acuerdo con los psicólogos evolutivos, es una tendencia que prepara a las mujeres para ser las cuidadoras primarias de sus hijos.
- *Algunas características de la infancia se seleccionaron para ser adaptativas en un momento preciso del desarrollo y no como preparación para la edad adulta.* Por ejemplo, algunos aspectos del juego pueden ser, no la base para la edad adulta, sino una ayuda para que los niños se adapten a circunstancias inmediatas, quizás a aprender sobre su entorno actual.
- *Muchos mecanismos psicológicos evolutivos son específicos de un campo.* Es decir, se aplican al aspecto específico del carácter psicológico de una persona. De acuerdo con la psicología evolutiva, el aspecto específico del procesamiento de la información evolucionó a medida que nuestros antepasados trataban ciertos problemas recurrentes. Es decir, consiste en un conjunto de módulos especializados, como un módulo para el conocimiento físico, un módulo para el conocimiento matemático y un módulo para el lenguaje. Además en esta visión, «los niños entran al mundo «preparados» para procesar y aprender alguna información mejor que otras, y esta preparación les sirve de base para el desarrollo cognitivo-social a través de su infancia y adolescencia».
- *Los mecanismos evolutivos no son siempre adaptativos en la sociedad contemporánea.* Algunos comportamientos que fueron adaptativos para nuestros antepasados pueden no sernos tan útiles hoy en día. Por ejemplo, el entorno de escasez de comida en la que vivían nuestros antepasados desembocó en la propensión de los humanos a atiborrarse de comida cuando estaba disponible y a desear la comida alta en calorías, un rasgo que nos ha llevado a una epidemia de obesidad en la actualidad, cuando tenemos comida de sobra.

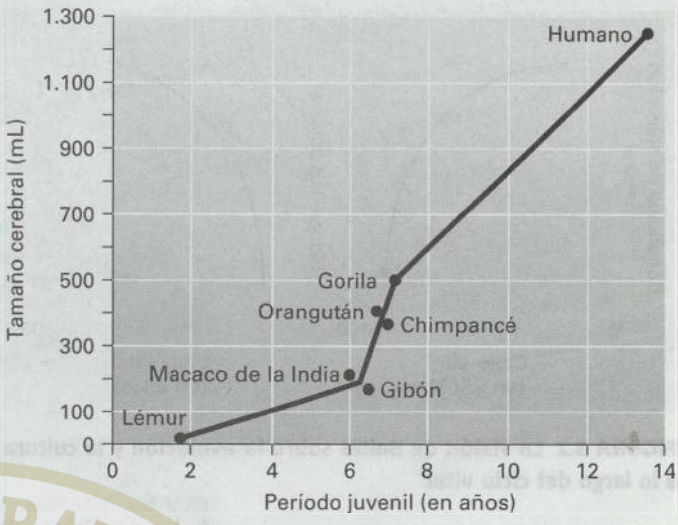


FIGURA 3.1 El tamaño del cerebro de varios primates y humanos en relación con la duración del período juvenil

Evolución y el desarrollo del ciclo vital En la teoría evolucionista, lo importante es que los individuos vivan lo suficiente para reproducirse y trasmitir sus características. Entonces ¿por qué viven los humanos tanto tiempo después de reproducirse? Actualmente, existe un gran interés en las explicaciones evolucionistas sobre el envejecimiento (Gavrilova y Gavrilova, 2002; Siegfried, 2002). Quizás la evolución favoreciera el alargamiento de la vida porque la existencia de más adultos aumenta las posibilidades de supervivencia de más bebés. Por ejemplo, una ventaja evolutiva pudo existir cuando los abuelos se quedaban al cuidado de los jóvenes mientras que los padres podían salir a cazar y a buscar comida.

De acuerdo con el psicólogo del ciclo vital Paul Baltes (2000, 2003; Baltes y Smith, 2003), los beneficios concedidos por la selección natural disminuyen con la edad. La selección natural no ha eliminado muchas condiciones nocivas y características no adaptativas que aparecen en los ancianos. ¿Por qué? La selección natural se aplica primordialmente en aquellas características que están unidas a la salud reproductiva, que se extiende durante la primera parte de la edad adulta. Por tanto, según Baltes, la selección natural funciona durante la primera mitad de la vida.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1826
QUITO

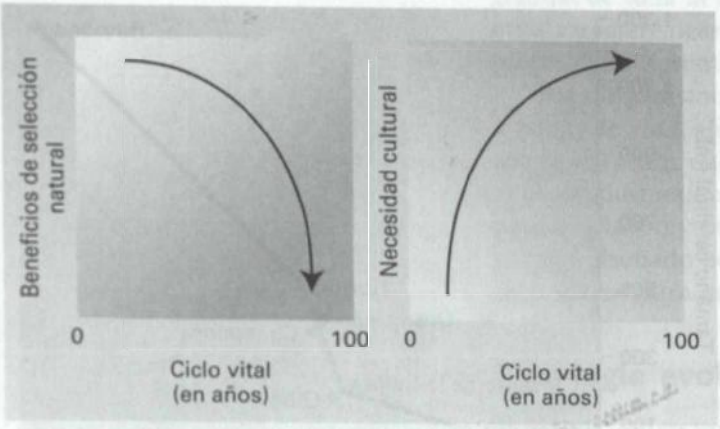


FIGURA 3.2 La visión de Baltes sobre la evolución y la cultura a lo largo del ciclo vital

Como ejemplo, vamos a considerar la enfermedad de Alzheimer, una afección irreversible del cerebro caracterizada por un deterioro gradual. Esta enfermedad normalmente no aparece hasta los 70 años o más tarde. Si fuera una enfermedad que atacara a los 20 años, quizás la selección natural la hubiera eliminado hace años.

Por tanto, sin ayuda por las presiones evolutivas contra las condiciones no adaptativas, sufrimos dolor, pena y los achaques de la vejez. Y a medida que los beneficios de la selección evolutiva disminuyen con la edad, según Baltes, la necesidad por la cultura aumenta (véase la Figura 3.2). Es decir, a medida que los mayores se debilitan biológicamente, necesitan recursos culturales como las habilidades cognitivas, la alfabetización, las tecnologías médicas y el apoyo social. Por ejemplo, los ancianos pueden necesitar ayuda y entrenamiento de otras personas para conservar sus habilidades cognitivas (Hoyer y Roodin, 2003).

Evaluando la psicología evolucionista Aunque el pensamiento popular presta mucha atención a las ideas de la psicología evolucionista, sólo se trata de un acercamiento teórico. Al igual que las teorías descritas en el Capítulo 2, tiene sus limitaciones, sus debilidades y sus críticas. Albert Bandura (1998), cuya teoría cognitiva se describe en el Capítulo 2, reconoce la importancia de la influencia de la evolución en el cambio y la adaptación humana. Sin embargo, rechaza lo que él llama «evolucionismo unilateral», de acuerdo con el cual el comportamiento social es el producto de los cambios biológicos. Una alternativa es la visión bidireccional, en la que el entorno y las condiciones biológicas se influyen uno al otro. Por ejemplo, las presiones evolutivas creadas por los cambios en las estructuras biológicas que nos permitieron utilizar herramientas, que permitieron a los organismos manipular, alterar y crear nuevas condiciones ambientales. Por su parte, las innovaciones del entorno produjeron nuevas presiones para la evolución de los sistemas biológicos especializados de la conciencia, el pensamiento y el lenguaje.

La gente ha utilizado sus capacidades biológicas para generar diversidad cultural —agresiva, pacífica, igualitaria o autocrática—. Como el científico americano Steven Jay Gould (1981) concluyó, en la mayoría de los campos del funcionamiento humano, la biología permite una gran variedad de posibilidades culturales.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Analizar la perspectiva evolucionista del desarrollo del ciclo vital

REVISA

- ¿Cómo podemos definir la selección natural y el comportamiento adaptativo?
- ¿Qué es la psicología evolucionista? ¿Cuáles son algunas de las ideas básicas del desarrollo humano propuestas por los psicólogos evolucionistas?

REFLEXIONA

- ¿Qué es más convincente para ti, la visión de los psicólogos evolutivos o sus críticos? ¿Por qué?

2 FUNDAMENTOS GENÉTICOS

Proceso genético | Principios genéticos | Anomalías vinculadas a los genes y los cromosomas

Todas las especies tienen un mecanismo para transmitir sus características de una generación a la siguiente. Este mecanismo se explica a través de los principios de la genética. Cada uno de nosotros porta un «código genético» que heredamos de nuestros padres, y que es un código humano inconfundible. Debido al código genético humano, un óvulo humano fertilizado no puede crecer dentro de una garceta, un águila o un elefante.

Proceso genético

Cada uno de nosotros comienza su vida con una sola célula que pesa alrededor de cinco millonésimas de un gramo. Esta diminuta porción de materia contiene nuestro código genético completo —estas instrucciones dirigen el crecimiento desde una simple célula hasta una persona compuesta de billones de células, cada una de ellas una réplica perfecta del código genético original—. Este código es transportado por nuestros genes. ¿Qué son los genes y qué hacen?

El ADN y el gen colaborador El núcleo de cada célula humana dispone de **cromosomas,** que son estructuras filiformes que contienen la sustancia genética extraordinaria, el ácido desoxirribonucleico o ADN. El **ADN** es una molécula compleja que posee la información genética. La «doble hélice» del ADN parece una escalera en espiral. Los **genes,** las unidades de información de la herencia, son segmentos cortos de ADN, como podemos ver en la Figura 3.3. Dirigen a las células para que se reproduzcan y formen proteínas. Las proteínas, a cambio, sirven como bloques de construcción de las células a la vez que como reguladores que dirigen los procesos del organismo.



FIGURA 3.3 Células, cromosomas, genes y ADN

(Izquierda) El cuerpo contiene billones de células, que son las unidades estructurales básicas para la vida. Cada célula contiene una estructura central, el núcleo. (Centro) Los cromosomas y los genes se localizan en el núcleo de la célula. Los cromosomas están hechos de estructuras combinadas compuestas fundamentalmente de moléculas de ADN. (Derecha) Un gen es un segmento de ADN que contiene el código hereditario. La estructura del ADN es una doble cadena espiral de moléculas.

BIBLIOTECA CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

Cada gen tiene su propia función y su propia localización, su propio lugar designado en un cromosoma particular. Hoy en día, existe una gran entusiasmo a la hora de descubrir las localizaciones específicas de los genes que están ligados con ciertas funciones (Prescott, Harley y Klein, 2005). Se produjo un importante avance en esta dirección cuando el Proyecto del Genoma Humano y la empresa Celera completaron un mapa preliminar del *genoma* humano, con los aproximadamente 30.000 genes humanos (*U.S. Departement of Energy*, 2001).

Una de las grandes sorpresas del Proyecto del Genoma Humano ha sido el reciente descubrimiento de que los humanos sólo tenemos unos 20.000 o 25.000 genes (Internacional Human Genome Sequencing Consortium, 2004). Los científicos creían que los humanos teníamos más de 100.000 genes y que cada gen programaba una sola proteína. De hecho, aparentemente los humanos tenemos muchas más proteínas que genes, por tanto, no puede haber una correspondencia de uno a uno entre ellos (Commoner, 2002; Moore, 2001). Cada segmento de ADN no se forma de manera automática en una sola proteína. No actúa de forma independiente, como el psicólogo evolutivo David Moore (2001) ha enfatizado titulando recientemente su libro *The Dependent Gene* (*El gen dependiente*). En lugar de ser una fuente independiente de información evolutiva, el ADN colabora con otras fuentes de información para especificar nuestras características. La colaboración se produce en muchos puntos. Pequeñas piezas de ADN se mezclan, combinan y conectan por la maquinaria celular (Weaver, 2005). Esta maquinaria es sensible con su entorno, es decir, está influenciada por lo que sucede a su alrededor. Si un gen se «activa» o no, trabajando para formar proteínas, también es una forma de colaboración. La actividad de los genes (*expresión genética*) se ve afectada por el entorno (Gottlieb, 2003, 2004). Por ejemplo, las hormonas que circulan en la sangre buscan su lugar hacia las células donde pueden «encender» o «apagar» los genes. Y el flujo de hormonas puede verse afectado por las condiciones ambientales, como luz, duración del día, nutrición y comportamiento. Un gran número de estudios han mostrado que los eventos externos a la célula y a la persona, al igual que los eventos dentro de la célula pueden excitar o inhibir la expresión genética (Gottlieb, Wahlsten y Lickliter, 1998; Mauro y otros, 1994).

En resumen, un solo gen es raramente la fuente de información genética de una proteína, y mucho menos de una característica heredada (Gottlieb, 2003, 2004; Moore, 2001). En lugar de ser un grupo de genes independientes, el genoma humano se compone de muchos genes dependientes.

Genes y cromosomas Los genes no son sólo colaboradores, son también duraderos. ¿Cómo consiguen los genes pasar de generación en generación y terminar en los trillones de células de un cuerpo? Tres procesos explican la historia, la mitosis, la meiosis y la fertilización.

Mitosis, meiosis y fertilización Todas las células de tu cuerpo (excepto el espermatozoide y el óvulo) tienen 46 cromosomas distribuidos en 23 pares. ¿Por qué en pares? Porque heredamos un cromosoma de nuestra madre y otro de nuestro padre. Estas células se reproducen a través de un proceso llamado **mitosis.** Durante la mitosis, el núcleo de la célula —incluyendo los cromosomas— se duplica a sí mismo y la célula se divide. Se forman dos nuevas células y cada una de ellas contiene el mismo ADN que la célula paterna, conteniendo los mismos pares de 23 cromosomas.

Sin embargo, para pasar el material genético a los hijos se requiere una forma especializada de división celular—**meiosis** — que produce células a partir de una sola copia de cada cromosoma. La meiosis forma óvulos y espermatozoide (o gametos). Durante la meiosis una célula de los testículos (en los hombres) u ovarios (en las mujeres) duplica sus cromosomas al igual que en la mitosis, pero se divide dos veces, formando cuatro células, cada una de ellas tiene sólo la mitad del ma-

terial genético de la célula paterna. Al final del proceso cada óvulo o espermatozoide contiene 23 cromosomas sin pareja.

La siguiente fase del proceso de reproducción es la **fertilización,** en la que un óvulo y un espermatozoide se fusionan para crear una sola célula, llamada **zigoto** (véase la Figura 3.4). En el zigoto, los dos conjuntos de cromosomas sin pareja del óvulo y el espermatozoide se combinan para formar un conjunto de parejas de cromosomas —un miembro de cada par del óvulo de la madre y el otro miembro del espermatozoide del padre—. De esta forma, cada progenitor contribuye con la mitad del material genético de sus hijos.

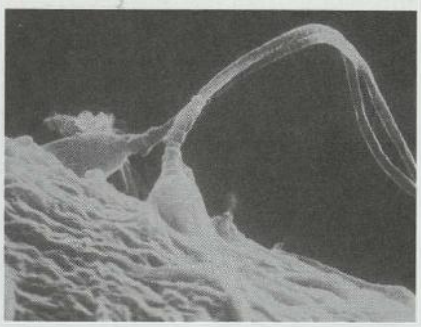
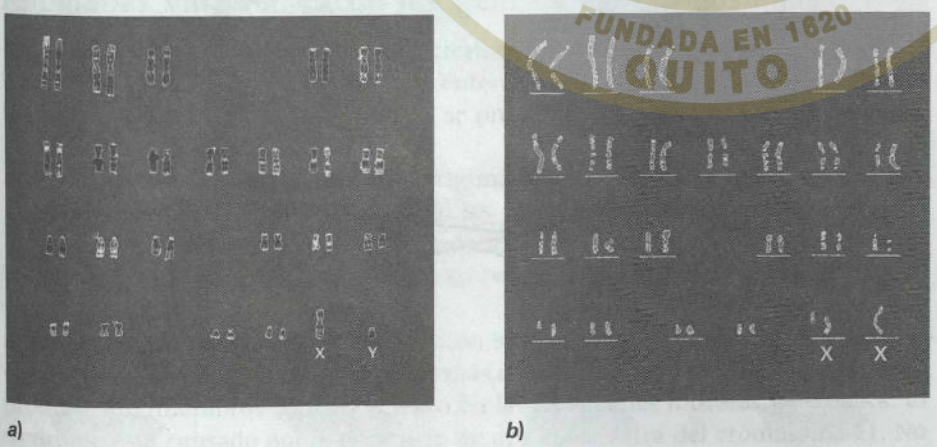


FIGURA 3.4 Unión de un espermatozoide y un óvulo

Fuentes de variabilidad Combinando los genes de los dos padres en un hijo, aumenta la variabilidad genética de la población, lo cual es valioso para las especies porque les proporciona más características para que opere la selección natural (Halliburton, 2004). También es esencial que las copias de los genes que se traspasan sean precisas. Sin embargo, los cromosomas en el zigoto no son copias exactas de los cromosomas que se encuentran en los ovarios de la madre y en los testículos del padre. Durante la formación del espermatozoide y el óvulo durante la meiosis, los miembros de cada par de cromosomas se separa, sin embargo, que el gameto reciba el cromosoma de la madre o del padre es cuestión de azar. Además, antes de que el par se separe, se intercambian piezas de los cromosomas de ambos padres, creando una nueva combinación de genes en cada uno. De esta forma, cuando los cromosomas del óvulo de la madre y del espermatozoide del padre se unen en el zigoto, el resultado es una combinación verdaderamente única de genes.

La Figura 3.5 muestra 23 pares de cromosomas de un hombre y una mujer. Los miembros de cada par de cromosomas son a la vez similares y diferentes: cada cromosoma en el par contiene formas variables de los mismos genes, en el mismo lugar en el cromosoma. Un gen para el color del pelo, por ejemplo, se encuentra en ambos miembros en un par de cromosomas, situados en el mismo lugar cada uno. Sin embargo, uno de esos cromosomas puede portar el gen para el cabello rubio y el otro cromosoma del par puede portar el gen para el cabello marrón.

¿Has notado alguna diferencia obvia entre los cromosomas del hombre y los cromosomas de la mujer en la Figura 3.5? La diferencia reside en el par número 23. Normalmente, las mujeres tienen dos cromosomas llamados *cromosomas X*, los hombres tienen un *cromosoma X* y un *cromosoma Y*. La presencia del cromosoma Y es lo que marca la diferencia.



a) *b)*

FIGURA 3.5 Diferencias genéticas entre hombres y mujeres

La figura *a*) muestra la estructura cromosómica de un hombre y la figura *b*) el cuadro cromosómico de una mujer. La última pareja de los 23 pares de cromosomas está en la parte inferior derecha de cada cuadro. Hay que señalar que el cromosoma Y del hombre es más pequeño que el de la mujer. Para obtener un retrato cromosómico como éste se extrae una célula del cuerpo de una persona, normalmente del interior de la boca. Los cromosomas se procesan para que se hagan visibles, se aumenta mucho y después se fotografían.

FUNDADA EN 1620 QUITO

Principios genéticos

El material genético de una persona es lo que forma su **genotipo.** Sin embargo, no todo el material genético es evidente en nuestras características observables y evaluables. Un **fenotipo** es la forma en la que se expresan las características observables. Los fenotipos incluyen características físicas (como altura, fisonomía y color de pelo) y las características psicológicas (como personalidad e inteligencia). Por cada genotipo podemos encontrar una gran variedad de fenotipos. Un individuo puede heredar el potencial para ser alto, sin embargo, una buena nutrición será también importante para lograr ese potencial.

¿Qué determina el fenotipo? Se desconoce gran parte de la respuesta a esta pregunta (Lewis, 2005). Sin embargo, se han descubierto un gran número de principios genéticos, entre los que se encuentran los genes dominantes-recesivos, los genes ligados al sexo, la impronta genética y los rasgos poligénicos.

Principios de los genes dominantes-recesivos De acuerdo con el *principio de genes dominantes-recesivos*, si un gen de una pareja es dominante y el otro es recesivo, el gen dominante ejerce su efecto, anulando la influencia potencial del gen recesivo. Un gen recesivo ejerce su influencia sólo si los dos genes de una pareja son recesivos. Si heredamos un gen recesivo de una característica de cada uno de nuestros padres, mostraremos esta característica. Pero si heredamos un gen recesivo de uno solo de nuestros progenitores, puede que nunca sepamos que portamos este gen. Los ojos marrones, la hipermetropía y los hoyuelos son dominantes sobre los ojos azules, la miopía y las pecas entre los elementos de genes dominantes-recesivos. ¿Pueden dos padres con cabellos marrones tener un niño con los cabellos rubios? Sí pueden. Supongamos que la pareja de genes que determina el color de los cabellos en cada uno de los padres incluye un gen dominante para los cabellos marrones y un gen recesivo para los cabellos rubios. Puesto que el gen dominante predomina sobre el gen recesivo, los padres tienen los cabellos marrones, pero ambos portan el gen para los cabellos rubios y pueden trasmitir su gen recesivo para cabellos rubios. Sin un gen dominante que lo anule, los genes recesivos pueden hacer que el niño tenga los cabellos rubios. La Figura 3.6 ilustra el principio de los genes dominantes-recesivos.

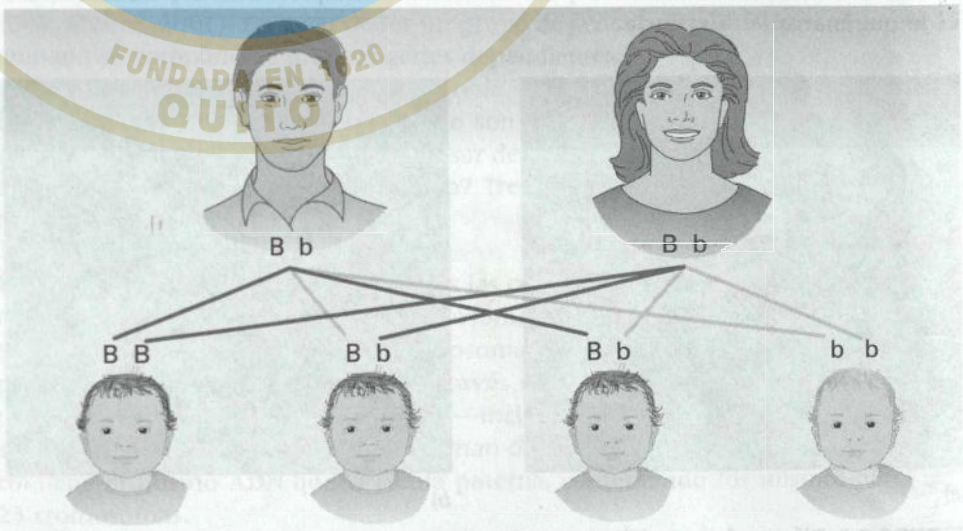


FIGURA 3.6 Cómo unos padres de cabellos marrones pueden tener un hijo rubio
Aunque ambos padres tengan el pelo marrón, cada uno de ellos puede tener un gen recesivo para el pelo rubio. En este ejemplo, ambos padres tienen el pelo marrón, pero cada uno de ellos porta un gen recesivo para el pelo rubio. Por tanto, las posibilidades de que sus hijos sean rubios es una de cuatro: la probabilidad de que el niño reciba un gen recesivo (b) de cada progenitor.

Genes ligados al sexo *La herencia ligada al sexo* es el término utilizado para describir la herencia de un gen alterado (*mutado*) que es portado por el cromosoma X (Klug y Cummings, 2005). La mayoría de los genes mutados son recesivos, pero recuerda que los hombres sólo tienen un cromosoma X. Cuando hay una alteración en el cromosoma X, los hombres se encuentran sin «copia de seguridad» y, por tanto, pueden portar una anomalía ligada al cromosoma X. Debido a que las mujeres cuentan con dos cromosomas X, es menos probable que tengan un problema. Su segundo cromosoma X es más posible que se encuentre inalterado y, por tanto, está menos expuesto a sufrir una anomalía ligada al cromosoma X. Por tanto, la mayoría de los individuos que sufren anomalías relacionadas con el cromosoma X son hombres. Las mujeres que portan una copia alterada del gen X son conocidas como «portadoras» y, normalmente, no muestran ningún signo de la anomalía ligada al cromosoma X. La hemofilia y el síndrome del cromosoma X-frágil, que estudiaremos más adelante en este capítulo, son ejemplos de la herencia ligada al cromosoma X (Gonzales-del Angel y otros, 2000).

Impronta genética *La impronta genética* se produce cuando los genes tienen efectos diferentes dependiendo de si se han trasmitido al descendiente a través de la madre o el padre (Jirtle, Sander y Barrett, 2000). Un gen marcado domina uno que no ha sido marcado. Por ejemplo, los individuos que heredan la enfermedad de Huntington de su padre muestran los síntomas de la enfermedad a una edad más temprana que aquellos que la heredan de su madre (Navarrete, Martínez y Salamanca, 1994). Volveremos a hablar sobre el síndrome de Huntington en otra sección de este capítulo.

Herencia poligénica La trasmisión genética es normalmente más compleja que los ejemplos simples que hemos estudiado hasta ahora (Lewis, 2005). La *herencia poligénica* se produce cuando muchos genes pueden interactuar para producir una característica especial. Muy pocas características psicológicas, por ejemplo, son el resultado de un solo gen o una pareja de genes. La mayoría están determinadas por la interacción de muchos genes diferentes, se dice que están poligénicamente determinados. Hay aproximadamente 20.000 a 25.000 genes, así que imagina que las combinaciones posibles son enormes.

Anomalías vinculadas con los genes y los cromosomas

En algunos casos, las anomalías caracterizan los procesos genéticos. Algunas de estas anomalías implican cromosomas enteros que no se separan de forma correcta durante la meiosis. Otras anomalías se producen por genes dañados heredados.

Anomalías de los cromosomas Algunas veces, cuando se forma un gameto, el espermatozoide o el óvulo no tienen los 23 cromosomas normales. El ejemplo más notable cuando esto ocurre es la aparición del síndrome de Down y las anomalías vinculadas al cromosoma del sexo (véase la Figura 3.7).

El síndrome de Down Un individuo con **síndrome de Down** tiene la cara redonda, el cráneo achatado, un pliegue más de piel sobre los párpados, una lengua prominente, miembros cortos y retraso en las habilidades motoras y mentales. El síndrome está causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21. No se sabe por qué el cromosoma adicional está presente, pero la salud del espermatozoide masculino o el óvulo femenino puede estar implicada (Davison, Gardiner y Costa, 2001; MacLean, 2000). El síndrome Down aparece aproximadamente en uno de cada 1.000 nacimientos. Las mujeres entre los 16 y los 34 años son menos propensas a dar a luz a un niño con síndrome Down que las más jóvenes o las más mayores (Morris y otros, 2003). Los niños afro-americanos nacen en raras ocasiones con síndrome Down.



Estos atletas, muchos de ellos con síndrome de Down, participan en una competición para-olímpica. En sus rasgos faciales se pueden apreciar características del síndrome Down, como la cara redonda y el cráneo achatado. *¿Qué causa el síndrome Down?*

Nombre	Descripción	Tratamiento/pronóstico	Incidencia
Síndrome de Down	Cromosoma 21 adicional o alterado, causa retraso mental medio a severo y anomalías físicas.	Cirugía, intervención temprana, estimulación precoz y programas especiales de aprendizaje.	1 de cada 1.900 nacimientos de mujeres con 20 años 1 de cada 300 nacimientos de mujeres de 35 años 1 de cada 30 nacimientos de mujeres de 45 años.
Síndrome de Klinefelter (XXY)	Un cromosoma X adicional causa anomalías físicas.	La terapia hormonal puede ser efectiva.	1 de cada 800 nacimientos de varones.
Síndrome X frágil	Cromosoma X anormal. Puede causar retraso mental, dificultades de aprendizaje y déficit de atención.	Educación especial y logopedia.	Más común en nacimientos de varones que de mujeres.
Síndrome de Turner (X0)	Un cromosoma perdido en mujeres. Puede causar retraso mental e inmadurez sexual.	Terapia hormonal en la infancia y en la pubertad.	1 de cada 2.500 nacimientos de mujeres.
Síndrome XYY	Cromosoma Y adicional que provoca una altura superior a la media.	No requiere tratamiento especial.	1 de cada 1.000 nacimientos de varones.

FIGURA 3.7 Algunas alteraciones cromosómicas
Nota: El tratamiento no elimina el problema, pero puede mejorar el comportamiento adaptativo y la calidad de vida.

Anomalías cromosómicas ligadas al sexo Cada recién nacido tiene normalmente un cromosoma X y un cromosoma Y o dos cromosomas X. Los embriones humanos deben poseer al menos un cromosoma X para ser viables. Las anomalías más comunes relacionadas con el cromosoma del sexo implican la presencia de un cromosoma extra (X o Y) o la ausencia de un cromosoma X en las mujeres.

El ***síndrome de Klinefelter*** es una anomalía genética en la que los hombres tienen un cromosoma X adicional, portando entonces XXY en lugar de XY (Lowe y otros, 2001). Los hombres con esta anomalía tienen los testículos subdesarrollados y normalmente tienen los pechos más desarrollados y son altos. El síndrome Klinefelter ocurre aproximadamente una vez cada 800 nacimientos masculinos.

El ***síndrome X frágil*** es una alteración genética que resulta de una anomalía en el cromosoma X, que se oprime y a menudo se rompe. La deficiencia mental a menudo es una consecuencia, pero puede también presentarse en forma de retraso mental, dificultades de aprendizaje y falta de atención (Lewis, 2005). Esta alteración ocurre con más frecuencia entre hombres que entre mujeres posiblemente porque el segundo cromosoma X de las mujeres anula el efecto negativo del trastorno (O'Donnell y Warren, 2003).

El ***síndrome de Turner*** es una alteración cromosómica en el que las mujeres carecen de un cromosoma X, haciéndolos XO en lugar de XX, o hay una eliminación parcial del segundo cromosoma X. Estas mujeres son de estatura baja y pueden tener un cuello corto con pliegues. Pueden ser estériles y tener dificultades con las matemáticas, aunque suelen tener buenas habilidades verbales (Rae y otros, 2004). El síndrome Turner ocurre aproximadamente en uno de cada 2.500 nacimientos femeninos.

El ***síndrome XYY*** es una alteración cromosómica en la que el hombre tiene un cromosoma Y adicional. El interés inicial en este síndrome implicó la creencia sobre que el cromosoma Y encontrado en los hombres contribuía a la agresividad masculina y la violencia. Sin embargo, los investigadores encontraron posteriormente que los varones XYY no son más propensos a cometer crímenes que los XY (Witkin y otros, 1976).

Anomalías relacionadas con los genes La anomalías se pueden producir por la falta de un cromosoma, también pueden ser el resultado de un gen dañado.

Se han identificado más de 7.000 alteraciones genéticas, a pesar de que muchas de ellas son poco comunes.

La **fenilcetonuria (PKU)** es una alteración genética en la que el individuo no puede metabolizar correctamente la fenilalanina, un aminoácido. La fenilcetonuria es ahora fácilmente detectable, pero si no se trata, causa retraso mental e hiperactividad. La alteración se trata con una dieta para prevenir una excesiva acumulación de fenilalanina. La fenilcetonuria implica un gen recesivo y ocurre en uno de cada 10.000 a 20.000 nacimientos vivos. La fenilcetonuria explica aproximadamente el 1 por 100 de los individuos con retraso mental institucionalizados, y ocurre primordialmente en individuos de raza blanca.

La historia de la fenilcetonuria tiene una gran implicación en la controversia entre la naturaleza y el medio. Aunque la fenilcetonuria es una alteración genética (naturaleza), el cómo o de qué forma influye un gen en la fenilcetonuria puede depender de las influencias ambientales, puesto que esta alteración puede tratarse (medio) (Luciana, Sullivan y Nelson, 2001; Merrick, Aspler y Schwartz, 2001). Es decir, la presencia de un defecto genético no implica inevitablemente el desarrollo de la enfermedad si el individuo se desarrolla en un ambiente adecuado (por ejemplo, uno libre de fenilcetonuria).

La **anemia falciforme** se da más comúnmente entre afro-americanos; es una alteración genética que afecta a los glóbulos rojos. Un glóbulo rojo normalmente tiene la forma de un disco, pero en la anemia falciforme, un cambio en un gen recesivo modifica su forma a la de un «anzuelo» con forma de gancho. Estas células mueren rápidamente, causando anemia y la muerte temprana del individuo por el fallo en el transporte de oxígeno a las células del cuerpo. Aproximadamente uno de cada 400 afro-americanos es portador, al igual que uno de cada 20 latino-americanos.

Otras anomalías resultantes de las anomalías genéticas incluyen la fibrosis quística, la diabetes, la hemofilia, la enfermedad de Huntington, la espina bífida y la enfermedad de Tay-Sachs. La Figura 3.8 proporciona más información sobre las anomalías genéticas que hemos mencionado. El trabajo del Proyecto Genoma Humano e investigaciones similares prometen que algún día los científicos podrán identificar por qué se producen estas anomalías genéticas y cómo curarlas. El Proyecto Genoma Humano ha relacionado variaciones específicas de ADN con el aumento del riesgo de enfermedades y condiciones, incluyendo la enfermedad de Huntington (en la que se deteriora el sistema nervioso central), algunas formas de cáncer, asma, diabetes, hipertensión y la enfermedad de Alzheimer (Knowles, 2004).

Cada individuo porta variaciones en el ADN que puede predisponer a esa persona a una enfermedad física seria o un desorden mental. Identificar los fallos puede permitir a los médicos predecir los riesgos de enfermedad de un individuo, recomendar un estilo de vida más saludable y prescribir medicamentos más seguros y efectivos. Dentro de una o dos décadas, los padres de un recién nacido podrán salir del hospital con un análisis genético completo de su hijo que revele los riesgos de padecer enfermedades.

Sin embargo, este conocimiento puede suponer costes importantes a la vez que beneficios. ¿Quién tendrá acceso al perfil genético de una persona? La habilidad de un individuo para conseguir y mantener un trabajo o para obtener un seguro puede estar en peligro si se conoce el riesgo de esta persona a padecer una enfermedad. Por ejemplo, ¿puede que se pida a un piloto o a un neurocirujano que tenga la predisposición a desarrollar una enfermedad que haga que le tiemblen las manos a que abandone su trabajo antes? Para profundizar sobre este tema, véase la Figura 3.9.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1826
QUITO

Nombre	Descripción	Tratamiento	Incidencia
Fibrosis quística	Disfunción glandular, que interfiere con la segregación de mucosas. La respiración y digestión se hacen difíciles, resultando en una esperanza de vida más corta.	Terapia física, con oxígeno, enzimas sintéticas y antibióticos. La mayoría de los individuos viven hasta la edad adulta.	1 de cada 2.000 nacimientos.
Diabetes	El cuerpo no produce suficiente insulina, que causa un metabolismo anormal del azúcar.	Si aparece pronto, es fatal, a menos que se controle con insulina.	1 de cada 2.500 nacimientos.
Hemofilia	El retraso en la coagulación sanguínea puede provocar hemorragias internas y externas.	Transfusiones de sangre/inyecciones pueden reducir o prevenir el peligro de hemorragia interna.	1 de cada 10.000 varones.
Enfermedad de Huntington	Deteriora el sistema nervioso central, produciendo problemas en la coordinación de los músculos y deterioro mental.	No aparece normalmente hasta los 35 años o más tarde. La muerte es probable aproximadamente de 10 a 20 años después de que los síntomas aparezcan.	1 de cada 20.000 nacimientos.
Fenilcetonuria (PKU)	Anomalía metabólica que, si no se trata, produce retraso mental.	Una dieta especial puede dar como resultado una inteligencia y una vida normales.	1 de cada 10.000 a 20.000 nacimientos.
Anemia falciforme	Alteración de las células sanguíneas que limita el suministro de oxígeno. Puede causar inflamación articular, fallo cardiaco y renal.	Penicilina, medicación para el dolor, antibióticos y transfusiones de sangre.	1 de cada 400 niños afro-americanos (más bajo en otros grupos).
Espina bífida	Alteración del tubo neural que causa anomalías en el cerebro y en la médula.	Cirugía correctiva en el nacimiento, ortopedia y terapia física y médica.	2 de cada 1.000 nacimientos.
Enfermedad de Tay-Sachs	Desaceleración del desarrollo físico y mental causado por una acumulación de lípidos en el sistema nervioso.	Medicación y dieta especial, pero la muerte es probable aproximadamente a los 5 años.	Uno de cada 30 judíos americanos es portador.

FIGURA 3.8 Algunas anomalías genéticas

	Sí	No	No lo sé
1. ¿Te gustaría saber si tú o tus seres queridos tienen una predisposición genética que incrementa el riesgo de una enfermedad hereditaria, pero que no determina si realmente se va a desarrollar dicha enfermedad?	☐	☐	☐
2. ¿Te gustaría evaluar tu riesgo o el de tu pareja antes de tener hijos para determinar el riego de tener un niño que sea propenso a contraer ciertas enfermedades?	☐	☐	☐
3. ¿Deberían limitarse las evaluaciones a los neonatos a las características que comúnmente tienen resultados negativos, como las enfermedades?	☐	☐	☐
4. ¿Se debería permitir alterar la genética de un ser que acaba de ser concebido para mejorar cualidades como la inteligencia, la apariencia y la fuerza?	☐	☐	☐
5. ¿Deberían los empleadores tener acceso a tu información genética?	☐	☐	☐
6. ¿Deberían tener acceso las compañías de seguros a tu información genética?	☐	☐	☐

FIGURA 3.9 Explora tu futuro genético

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST FUNDADA EN 1620 QUITO

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Describir qué son los genes y cómo influyen en el desarrollo humano

REVISA

- ¿Cómo funciona el proceso genético?
- ¿Cuáles son algunos principios genéticos importantes?
- ¿Cuáles son algunas anomalías relacionadas con los cromosomas y los genes?

REFLEXIONA

- ¿Cuáles son algunas de las cuestiones éticas relacionadas con la genética y el desarrollo que pueden surgir en el futuro?

3 DESAFÍOS Y ELECCIONES EN LA REPRODUCCIÓN

Test de diagnóstico prenatal | **Infertilidad y tecnologías reproductivas** | **Adopción**

Anteriormente en este capítulo hemos descrito varios procesos genéticos, incluyendo el papel de la meiosis en la reproducción. Después de haber examinado también ciertas anomalías que pueden ocurrir, ahora tenemos la preparación suficiente para considerar los desafíos y las elecciones a las que se enfrentan los futuros padres.

Test de diagnóstico prenatal

Los científicos han desarrollado varios test para determinar si un feto se está desarrollando normalmente, entre ellos la amniocentesis, la ecografía, la biopsia de corion y el análisis de sangre de la madre.

La *amniocentesis* es el procedimiento prenatal en el que se extrae una muestra del líquido amniótico con una jeringuilla y se analiza para descubrir si el feto está sufriendo una anomalía metabólica o cromosómica. El líquido amniótico se encuentra dentro del amnios, un saco fino y membranoso en el que se encuentra el embrión. La amniocentesis se realiza entre la 12 y 16 semanas de embarazo. Cuanto más tarde se realice la amniocentesis mejor será el potencial del diagnóstico (Welch, Blessed y Lacoste, 2003). Sin embargo, cuanto antes se realice, más útil será para determinar cómo será el embarazo (Pinette y otros, 2004). Existe un pequeño riesgo de aborto al realizar la amniocentesis. Aproximadamente una de cada 200 o 300 mujeres tienen un aborto después de una amniocentesis.

La *ecografía* es un procedimiento médico prenatal en el que se utilizan ondas de alta frecuencia sobre el abdomen de la mujer embarazada. El eco de los sonidos se transforma en una representación visual de las estructuras internas del feto. Esta técnica ha sido capaz de detectar alteraciones como la microcefalia, una forma de retraso mental que implica un cerebro anormalmente pequeño, al igual que dar pistas sobre el sexo del bebé (Bahado-Singh y otros, 2003). A menudo se utilizan las ecografías junto a la amniocentesis para determinar la localización exacta del feto dentro del abdomen de la madre. Cuando se hacen las ecografías más de cinco veces, aumenta el riesgo de un recién nacido de bajo peso.

A medida que los científicos han investigado cómo evaluar de forma más precisa y segura el estado prenatal, se han ido desarrollando nuevos test. La *biopsia de*

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST FUNDADA EN 1826

corion es un procedimiento médico prenatal en el que se toma una pequeña muestra del tejido de la placenta (el órgano vascular que vincula al feto con el útero de la madre) entre la octava y la decimoprimera semana de embarazo (Zoppi y otros, 2001). El diagnóstico tarda aproximadamente 10 días. La biopsia de corion permite tomar una decisión sobre la interrupción del embarazo casi al final del primer trimestre, cuando el aborto es más seguro y menos traumático que después de la amniocentesis, entre la semana 12 y 16 del embarazo. La biopsia de corion tiene un riesgo de aborto un poco mayor que la amniocentesis y esta ligada al riesgo de deformidades de las extremidades (Papp y Papp, 2003). Ambas técnicas proporcionan una información valiosa sobre la presencia de defectos congénitos, pero también traen consigo la difícil cuestión para los padres sobre si se debe llevar a cabo un aborto si se confirma la presencia de dichas alteraciones.

El **análisis de sangre** de la madre identifica los embarazos que tienen un riesgo más alto de alteraciones en el nacimiento como la espina bífida (un defecto fatídico en la médula espinal) y el síndrome de Down (Erdem y otros, 2002). Cuando se empezaron a realizar estos test en los años ochenta, sólo se medía la alfa-feroproteína (AFP). Este test se denomina ahora *triple-screening* porque en la actualidad mide tres sustancias en la sangre de la madre: la alfa-feroproteina, el estriol y la gonadotropina criónica humana. Este test se realiza entre la 16 a 18 semanas de embarazo. Cuando el resultado del *triple-screening* es anormal el siguiente paso suele ser una ecografía, si ésta no proporciona una explicación de la anomalía de los resultados del test, se suele realizar una amniocentesis.

Infertilidad y tecnologías reproductivas

Aproximadamente de un 10 a un 15 por 100 de las parejas en Estados Unidos padecen *infertilidad*, que se define como la incapacidad de concebir después de 12 meses de relaciones sexuales sin usar anticonceptivos. La causa de la infertilidad puede estar en el hombre o en la mujer (Pasch, 2001). Puede que la mujer no ovule (liberar óvulos para que sean fertilizados), que produzca óvulos anormales, que sus trompas de Falopio estén bloqueadas o que tenga alguna enfermedad que impida la implantación del óvulo. Puede que el hombre produzca una insuficiente cantidad de espermatozoides, que el espermatozoide carezca de movilidad (la habilidad de moverse de forma adecuada), o puede tener un conducto bloqueado (Oehninger, 2001). En un estudio, el consumo prolongado de cocaína por hombres se relacionó con la baja formación de espermatozoides, la movilidad lenta y un alto número de espermatozoides con anomalías (Bracken y otros, 1990). La infertilidad relacionada con la cocaína parece reversible si el consumidor deja de tomar la droga por un año.

En algunos casos de infertilidad, la cirugía puede corregir el problema; en otros, los tratamientos hormonales pueden mejorar la probabilidad de concebir. De los dos millones de parejas que buscan ayuda para su infertilidad cada año en Estados Unidos, aproximadamente 40.000 se someten a técnicas avanzadas de reproducción asistida. Las tres técnicas más comunes son:

- *Fertilización in vitro.* Los óvulos y el espermatozoide se combinan en un laboratorio. Si algún óvulo es fertilizado con éxito, uno o más de los embriones resultantes se transfieren al útero o a la matriz de la madre.
- *Transferencia del gameto en las trompas de Falopio.* El médico introduce los óvulos y el espermatozoide directamente en las trompas de Falopio de la mujer.
- *Transferencia del zigoto en las trompas de Falopio.* Éste es un procedimiento que consta de dos fases. En primer lugar los óvulos son fertilizados en el laboratorio. Después cualquier zigoto resultante se transfiere a las trompas de Falopio.

El índice de éxito de estas tres técnicas de reproducción asistida, basado en un estudio nacional llevado a cabo en Estados Unidos en el año 2000 por el *Center for*

Disease Control and Prevention (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades) se muestra en la Figura 3.10. La fertilización *in vitro* es la técnica más común (98 por 100 de los casos en el estudio) y cuenta con el mayor índice de éxito, ligeramente superior al 30 por 100.

Una consecuencia de los tratamientos de fertilidad es el incremento de partos múltiples. Aproximadamente el 25 por 100 de los embarazos conseguidos a través de tratamientos de fertilidad tienen como resultado un parto múltiple. A pesar de que los padres pueden estar encantados con la posibilidad de tener hijos, también se enfrentan a importantes riesgos. Cualquier parto múltiple incrementa las posibilidades de que los bebés tengan problemas que pueden amenazar su vida, como un peso extremadamente bajo al nacer. Los partos múltiples también conllevan riesgos para la madre, como un mayor riesgo de hipertensión y anemia. Un estudio reciente ha revelado que las pautas llevadas a cabo por profesionales médicos han reducido el número de partos múltiples resultantes de la fertilización *in vitro* (Jain, Missmer y Hornstein, 2004). Por ejemplo, en 1997 el 11,4 por 100 de los embarazos por la fertilización *in vitro* fueron de tres o más bebés, sin embargo, en el año 2000 este número había descendido al 7,7 por 100, aunque el porcentaje de embarazos de mellizos no cambió. Una de las pautas más importantes llevada a cabo por los médicos ha sido limitar el número de embriones transferidos a no más de dos en las mujeres jóvenes con los óvulos más sanos.

La creación de familias a través de las nuevas técnicas de reproducción trae consigo importantes preguntas sobre las consecuencias psicológicas en los niños. Sin embargo, numerosos estudios apoyan la teoría de que los niños «probeta» se desarrollan bien y su comportamiento y características psicológicas no se diferencian de las de los niños concebidos de forma natural (Golombok, MacCallum y Goodman, 2001; Hahn y Dipietro, 2001) (véase la Figura 3.11).

En la Figura 3.12 se presenta un resumen de algunas de las causas y soluciones para la infertilidad.

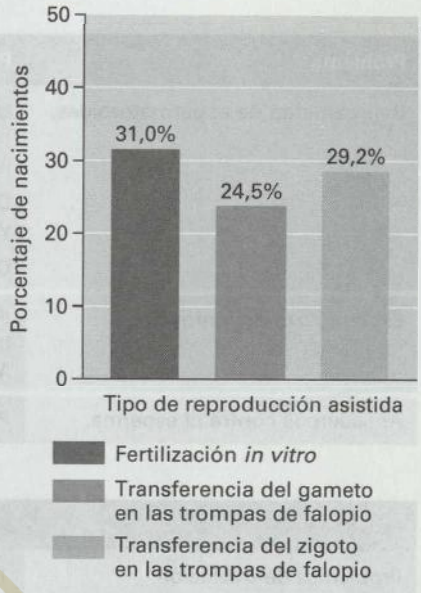


FIGURA 3.10 Índice de éxito de las tres técnicas diferentes de reproducción asistida

Nota: Se combinaron los resultados de parejas de diferentes edades porque la variación era muy pequeña basándonos en la edad.

Adopción

Aunque la cirugía y los medicamentos para aumentar la fertilidad pueden resolver los problemas de infertilidad en algunos casos, otra posibilidad existente es la adopción (Bass, Shields y Behrman, 2004; Moody, 2001; Smit, 2002). La adopción es el proceso legal y social a través del cual se establece una relación padres-hijos entre personas que no están relacionadas por el nacimiento. Se estima que aproximadamente del 2 al 4 por 100 de los niños en Estados Unidos son adoptados (Stolley, 1993).

Los investigadores han descubierto que niños y adolescentes adoptados a menudo muestran más problemas en la escuela que los niños no adoptados (Brodzinsky, Lang y Smith, 1995; Brodzinsky y Pinderhughes, 2002). Por ejemplo, los adolescentes adoptados se someten a tratamiento psicológico de dos a cinco veces con mayor frecuencia que sus iguales no adoptados (Grotevant y McRoy, 1990).

En un estudio a gran escala sobre 4.682 adolescentes adoptados y el mismo número de adolescentes no adoptados, los adoptados mostraron niveles de adaptación ligeramente inferiores (Sharma, McGue y Benson, 1996). En otro estudio, los adolescentes adoptados mostraron mayores problemas de adaptación a la escuela, eran más propensos a usar drogas ilegales y mostrar comportamientos delictivos (Sharma, McGue y Benson, 1998). Sin embargo, los hermanos adoptados eran menos retraídos y mostraron mayores niveles de comportamiento pro-social (como ser altruistas, humanitarios y protectores con otros) que los hermanos no adoptados. En un estudio llevado a cabo con 1.587 adolescen-

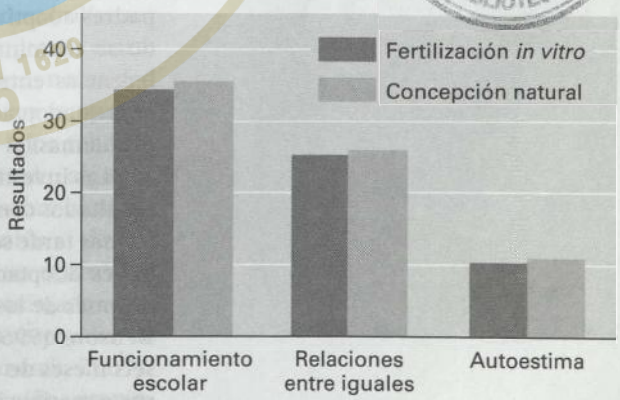


FIGURA 3.11 El funcionamiento socioemocional de los niños concebidos por fertilización *in vitro* o los concebidos de forma natural

Un estudio que comparó la adaptación socioemocional de jóvenes adolescentes que había sido concebidos por fertilización *in vitro* o de forma natural reveló que no existían diferencias entre los dos grupos (Golombok y otros, 2001). Aunque los resultados para el grupo concebido de forma natural fueron ligeramente superiores, esto es debido probablemente al azar. Los resultados para las diferentes medidas muestran un funcionamiento normal.

Hombres

Problema	Posibles causas	Tratamiento
Baja cantidad de espermatozoides.	Desequilibrio hormonal, varices en el escroto, posible contaminación ambiental por plomo o arsénico. Drogas (cocaína, marihuana, algunos esteroides y antibióticos). Delección de genes del cromosoma Y.	Terapia hormonal, cirugía, evitar el calor excesivo.
Espermatozoide inmóvil.	Forma anormal del espermatozoide. Infección. Mal funcionamiento de la próstata.	Ninguno. Antibiótico. Hormonas.
Anticuerpos contra el esperma.	Problema del sistema inmunitario.	Fármacos.

Mujeres

Problemas	Posibles causas	Tratamiento
Problemas de ovulación.	Tumor en el ovario o en la glándula pituitaria. Problemas en el tiroides.	Cirugía. Fármacos.
Secreciones anti-esperma.	Desconocida.	Duchas vaginales ácidas o alcalinas, terapia con estrógenos.
Trompas de Falopio bloqueadas.	Infección causada por DIU, aborto o una enfermedad de transmisión sexual.	Pasar los óvulos del ovario al útero a través de cirugía.
Endometriosis (acumulación de tejido en el útero).	Retrasar el embarazo hasta los 30.	Hormonas, retirada quirúrgica del tejido acumulado en el útero.

FIGURA 3.12 Problemas de fertilidad, posibles causas y tratamientos

tes adoptados y 87.165 adolescentes no adoptados, los adolescentes mostraros un mayor riesgo en todos los campos expuestos, incluyendo los logros y problemas escolares, el abuso de sustancias, el bienestar psicológico y la salud (Miller y otros, 2000). En este estudio, los efectos de la adopción fueron más negativos cuando los padres adoptivos tenían un menor nivel educativo. Además, en este estudio, cuando se examinaba un sujeto con el perfil de mayores problemas negativos, las diferencias entre adoptados y no adoptados, incluso aumentaban con los adolescentes adoptados que eran los que tenían un mayor riesgo de tener los mayores problemas.

Las investigaciones han documentado que la adopción temprana tiene mejores resultados con los niños que la que se produce más tarde. Según un estudio, cuanto más tarde se produce la adopción, mayores problemas tienen los adoptados. Los bebés adoptados tienen menos problemas de adaptación y los niños adoptados después de los 10 años son los que más problemas presentan (Sharma, McGue, y Benson, 1996). A los 6 años, los niños adoptados de un orfanato en los primeros seis meses de vida mostraron menos efectos negativos duraderos relacionados con sus experiencias tempranas. Sin embargo, los niños que son adoptados después de los seis meses tienen niveles de cortisol anormalmente altos, indicativo de que su regulación del estrés no se ha desarrollado adecuadamente (Chisholm, 1998).

A pesar de que la adopción se asocia con mayores dificultades académicas y psicológicas, los cambios producidos en las adopciones en las últimas décadas, que trataremos de forma breve, hacen más difícil generalizar sobre el niño adoptado y las familias adoptivas. Además, a pesar de las diferencias generales de grupo entre los niños adoptados y no adoptados, la gran mayoría de niños adoptados (incluyendo aquellos adoptados con mayor edad, las adopciones interraciales —adoptar un niño de diferente raza— y las adopciones internacionales) se adaptan de forma

efectiva y sus padres afirman estar satisfechos con su decisión de adoptar (Brodzinsky y Pinderhughes, 2002).

Además, los investigadores han descubierto que los niños cuyos padres biológicos no podían o no les iban a proporcionar cuidados adecuados se beneficiaban con la adopción. Por ejemplo, existen evidencias de que los niños adoptados se desarrollan mejor que los niños que residen durante un largo tiempo en un hogar de acogida o un ambiente institucional (Brodzinsky y Pinderhughes, 2002).

Muchas de las claves para criar de forma adecuada a los niños adoptados no difieren de aquellas para criar a los hijos biológicos. Apoyarlos, cuidarlos, implicarse y observar el comportamiento y las andanzas de los niños, tener una buena comunicación y ayudar a que el niño aprenda a desarrollar su auto-control. Sin embargo, existen algunas circunstancias particulares a las que se enfrentan los padres de niños adoptados. Entre otras, reconocer las diferencias implicadas en la vida de una familia adoptiva, proporcionar al niño una educación que apoye la comunicación abierta sobre estas diferencias, mostrar respeto hacia las familias biológicas y ayudar a que el niño encuentre su propio ser y su identidad.

David Brodzinsky y Ellen Pinderhughes (2002, pp. 288-292) han descrito recientemente algunos de los retos a los que se enfrentan los padres cuando sus hijos atraviesan diferentes momentos en el desarrollo y la mejor manera de tratarlos:

- ***Primera infancia*** Desarrollar un lazo de apego positivo entre el bebé y los padres es un aspecto importante en la primera infancia. Aunque los investigadores han encontrado pocas diferencias entre el apego de bebés adoptados y no adoptados, el apego puede peligrar «cuando los padres tienen dificultades para admitir al hijo como propio, ya sea por problemas de fertilidad no resueltos, falta de apoyo por parte de la familia y amigos, y/o cuando sus expectativas con respecto al niño no se han cumplido» (p. 288). Acudir a agencias de adopción u orientadores competentes puede beneficiar a los futuros padres adoptivos. Las agencias y los orientadores pueden proporcionar educación y apoyo que suelen ser útiles para proporcionar expectativas realistas a los futuros padres, especialmente en los casos en los que el niño tiene necesidades especiales.
- ***Niñez temprana*** Durante la primera infancia, el objetivo primordial de los padres adoptivos es a menudo integrar al niño en la familia y desarrollar un lazo de apego fuerte entre ellos y el niño. Durante la niñez temprana, existe un reconocimiento creciente por parte de los padres adoptivos de su necesidad de comenzar un proceso de diferenciación familiar. Es en la niñez temprana cuando la mayoría de los padres comienzan a hablar con sus hijos sobre la adopción. «Aunque hoy en día no es tan común como en el pasado, algunos padres deciden de forma consciente no decirle nada a sus hijos sobre la adopción» (p. 289). Esto puede aumentar el riego psicológico en el niño si descubre la verdad sobre su adopción en un momento posterior de su desarrollo. Muchos niños empiezan a hacer preguntas de dónde vienen aproximadamente a los 4 o 5 años. Éste es el momento natural para comenzar a responder de forma sencilla a los niños sobre su condición de adoptados (Warshak, 2003).
- ***Niñez intermedia y tardía*** Durante la educación primaria «los niños empiezan a expresar cada vez más su curiosidad sobre sus orígenes: *¿De dónde vengo?, ¿Cómo eran mi padre y mi madre biológicos?, ¿Por qué ellos no se quedaron conmigo?, ¿Dónde están ahora?, ¿Puedo conocerlos?* (p. 290). A medida que los niños crecen, las explicaciones ofrecidas por los padres adoptivos no son tan bien aceptadas como en momentos anteriores. Además, a medida que crecen, los niños pueden ser cada vez más ambivalentes sobre su condición de adoptados. Es importante que los padres adoptivos reconozcan que esta ambivalencia es normal. Una comunicación abierta por parte de los padres adoptivos ayuda a prevenir la creación de una barrera entre la familia biológica y adoptada. Los

psicólogos clínicos afirman que un problema que surge en ocasiones es el deseo de los padres adoptivos de hacer la vida demasiado perfecta para sus hijos adoptados y presentar una imagen perfecta de ellos mismos al niño. El resultado a menudo es que el niño adoptado siente que no puede expresar ningún sentimiento de enfado y no puede discutir abiertamente los problemas (Warshak, 2003).

- ***Adolescencia*** El desarrollo del pensamiento más abstracto y lógico durante la adolescencia proporciona la base para que los niños adoptados reflexionen sobre su condición de adoptados de forma más compleja. A medida que los cambios de la pubertad hacen que los adolescentes centren su atención en sus cuerpos, muchos adolescentes adoptados «se preocupan por la falta de parecido físico entre ellos y otros miembros de la familia» (p. 291). La búsqueda de identidad que caracteriza la adolescencia puede hacer que surja una mayor indagación sobre el hecho de ser adoptados y cómo esto puede encajar en su identidad. Los padres adoptivos «necesitan ser conscientes de estos hechos y proporcionar a los adolescentes el apoyo que necesitan para sobrellevar estos problemas relacionados con la adopción» (p. 292).



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

El incremento de la diversidad de los niños adoptados y padres adoptivos

En las últimas décadas del siglo xx se han producido diversos cambios en las adopciones. Estos cambios incluyen (Brodzinsky y Pinderhughes, 2002, pp. 280-282):

- Hasta los años sesenta, la mayoría de los niños adoptados en Estados Unidos eran bebés sanos americanos blancos, adoptados a los pocos días o semanas de nacer. Sin embargo, en décadas recientes, los cambios sociales «han hecho que un mayor número de madres solteras decidan quedarse con sus bebés. Estos cambios, junto con la legalización del aborto y la disponibilidad de métodos anticonceptivos, han hecho que descienda el número de bebés sanos blancos adecuados para la adopción» (p. 280).
- «Con un menor número de bebés sanos disponibles para ser adoptados en Estados Unidos, muchos padres adoptivos han explorado otras opciones» (p. 281). Estas opciones incluyen adopciones interraciales y adopciones internacionales (Hjern, Vinnerljung y Lindblad, 2004).
- «Otros futuros padres adoptivos han comenzado a considerar la opción de adoptar niños cuyo historial y características personales (mayor edad, minoría étnica, exposición a abandono y/o abusos, y/o problemas de salud físicos o mentales) habían sido anteriormente barreras para la adopción (p. 281).
- Los cambios han caracterizado también a los padres adoptivos. Hasta las últimas décadas del siglo xx, la mayoría de los padres adoptivos tenían un nivel socioeconómico medio-alto «parejas casadas, infértiles, americanos blancos, normalmente entre los 30 y los 40 años, y sin ningún tipo de discapacidad. Las agencias de adopción descartaban de forma rutinaria las parejas que no cumplían con estas características. Hoy en día, sin embargo, la política de las agencias de adopción es considerar tantos candidatos como sea posible. Por ejemplo, la agencias públicas (en Estados Unidos) no tienen requisitos de ingresos económicos para los padres adoptivos y ofrecen

ayudas financieras y médicas para los niños con necesidades especiales, lo que ha hecho que muchas parejas con ingresos bajos puedan adoptar niños, especialmente aquellos que de otra forma podrían no encontrar un hogar permanente» (p. 281). Muchas agencias ahora permiten que adultos solteros, mayores u homosexuales adopten niños (Rampage y otros, 2003).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Identificar algunos desafíos y retos importantes de la reproducción

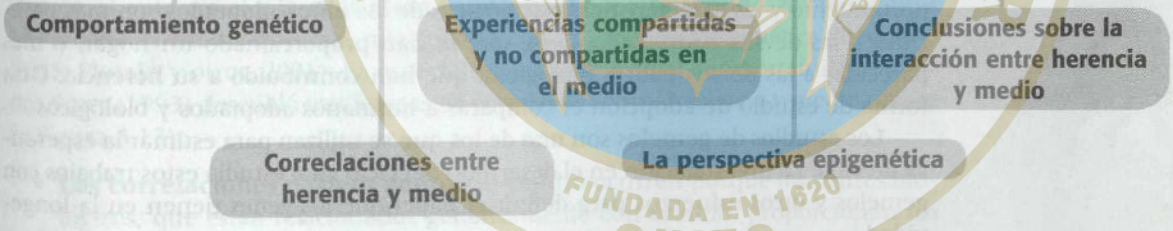
REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los test comunes de diagnóstico prenatal?
- ¿Cuáles son algunas causas de la infertilidad? ¿Qué tipo de técnicas reproductivas se utilizan para mejorar el índice de éxito para que las parejas infértiles tengan hijos?
- ¿Cómo afecta la adopción al desarrollo del niño?

REFLEXIONA

- Hemos analizado varios estudios que indican que la adopción está relacionada con resultados negativos para los niños. ¿Significa esto que todos los niños adoptados tienen resultados más negativos que todos los niños no adoptados? Explícalo.

4 HERENCIA, MEDIO Y DIFERENCIAS INDIVIDUALES



A medida que hemos descrito los genes y cómo funcionan, surge un tema: la herencia y el medio interaccionan para generar desarrollo (McGuire, 2001). Ya sea cuando estudiamos cómo los genes producen proteínas, su influencia en la talla de una persona o cómo la fenilcetonuria puede afectar a un individuo, acabamos hablando sobre las interacciones entre herencia y medio. Sin embargo, ¿es posible dilucidar la influencia de la herencia y del entorno y descubrir el papel de cada uno de ellos para producir las diferencias individuales en el desarrollo? Cuando la herencia y el medio interactúan, ¿cómo influye la herencia en el entorno y viceversa?

Comportamiento genético

El **comportamiento genético** es el campo que busca descubrir la influencia de la herencia y el medio en las diferencias individuales en las características y el desarrollo humano (DiLalla, 2004; Gottesman, 2004; Maxson, 2003). Si piensas en toda la gente que conoces, probablemente te des cuentas que la gente se diferencia en su nivel de introversión/extraversión. Lo que el comportamiento genético intenta averiguar es el responsable de estas diferencias, es decir, en qué medida

la gente se diferencia debido a los genes, el entorno o a una combinación de ambos.

Para estudiar la influencia de la herencia en la conducta, el comportamiento genético a menudo utiliza gemelos o niños adoptados (Goldsmith, Lemery y Essex, 2004). En los **estudios de gemelos** más comunes, las similitudes en el comportamiento de gemelos idénticos se comparan con las similitudes en el comportamiento de gemelos no idénticos. *Los gemelos idénticos* (llamados gemelos monozigóticos) se desarrollan a partir de un solo óvulo fertilizado que se divide en dos réplicas genéticamente idénticas, cada una de ellas se convierte en una persona. *Los gemelos no idénticos* (llamados gemelos dizigóticos) se desarrollan a partir de dos óvulos y dos espermatozoides. Aunque los gemelos no idénticos comparten el mismo útero, no son más idénticos genéticamente que los hermanos y hermanas no gemelos y pueden tener diferente sexo.

Comparando grupos de gemelos idénticos y gemelos no idénticos, el comportamiento genético se centra en el conocimiento básico de que los gemelos idénticos son genéticamente más similares que los gemelos no idénticos (Bertelsen, 2004; Jacob y otros, 2001). En un estudio con gemelos, se comparó la extroversión y la neurosis (inestabilidad psicológica) de 7.000 parejas de gemelos idénticos y no idénticos fineses (Rose y otros, 1988). En ambas características de la personalidad, los gemelos idénticos eran mucho más similares que los gemelos no idénticos, esto sugiere un papel importante de la herencia en ambas características. Sin embargo, varios factores complican las interpretaciones de los estudios con gemelos. Por ejemplo, quizás los entornos de los gemelos idénticos son más parecidos que los entornos de los gemelos no idénticos. Los adultos pueden enfatizar las similitudes de los gemelos idénticos más que aquellas de los gemelos no idénticos, y los gemelos idénticos pueden considerarse a ellos mismos como un «conjunto» y jugar más juntos que los gemelos no idénticos. Si es así, las similitudes observadas en los gemelos idénticos pueden estar más fuertemente influidas por el entorno que lo que sugieren los resultados.

En un **estudio de adopción**, los investigadores intentan descubrir si el comportamiento y las características psicológicas de los niños adoptados son más parecidas a las de sus padres adoptivos, que le han proporcionado un hogar, o más parecidas a las de sus padres biológicos, que han contribuido a su herencia. Otra forma de estudio de adopción es comparar a hermanos adoptados y biológicos.

Los estudios de gemelos son uno de los que se utilizan para estimar la esperanza de vida. La investigación en el desarrollo del ciclo vital estudia estos trabajos con gemelos y otros esfuerzos para definir el papel que los genes tienen en la longevidad.



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

Genes y longevidad

Los investigadores exploran ahora la posibilidad de que la genética juegue un papel más fuerte en las personas que son capaces de alcanzar una edad muy madura. Una de las formas es el estudio de centenarios —individuos que han alcanzado los 100 años o más—. Una importante investigación es el *New England Centenarian Study* (Estudio de Centenarios de New England) llevada a cabo por Thomas Perls y sus colegas (Perls, 2004; Perls y Terry, 2003; Perls y otros, 2000; Terry y otros, 2004). En un estudio, se analizaron 444 árboles genealógicos de centenarios que contaban con 2.092 hermanos (Perls y otros, 2002). El índice de mortalidad y supervivencia de los hermanos se compararon con los niveles na-

cionales de Estados Unidos. Una reducción del riesgo de mortalidad, incluso en edad muy avanzada, se reduce aproximadamente a la mitad en los hermanos de los centenarios. Una interpretación de estos descubrimientos es que los hermanos están genéticamente más relacionados que la gente en general, y esto es probablemente el resultado de la relación genética cercana dada entre hermanos. Sin embargo, algunos factores del entorno y del comportamiento que los hermanos tienen en común al comienzo pueden permanecer durante toda la vida, como el estilo de vida y el estatus socioeconómico.

Otra estrategia de investigación implica el estudio de hijos de centenarios, y en una investigación reciente resultaron ser inusualmente sanos (Terry y otros, 2003). El historial de salud de 177 hijos de padres centenarios no relacionados fue comparado con un grupo de control. El grupo de control constaba de hijos de padres que habían nacido el mismo año que los centenarios pero que al menos uno de los padres había fallecido con una esperanza de vida media. Los descendientes de centenarios habían reducido los índices generales a un 56 por 100 para las enfermedades cardiacas, un 66 por 100 para la hipertensión y un 59 por 100 para la diabetes. De este modo, los hijos de centenarios muestran una marcada reducción en enfermedades relacionadas con la edad. Una posibilidad es que los individuos que llegan a una edad muy avanzada carezcan de los llamados «genes malignos» que incrementan significativamente el riesgo de muerte prematura al predisponer a los individuos a varias enfermedades que son un riesgo para la vida (Perls y Terry, 2003).

Correlaciones entre herencia y medio

Las dificultades que encuentran los investigadores al interpretar los resultados de los estudios con gemelos y los estudios de adopción reflejan las complejidades de la interacción herencia-medio (DiLalla, 2004). Algunas de estas interacciones son correlaciones herencia-medio, que significan que los genes de los individuos influyen en el entorno al que ellos están expuestos. En cierto sentido, los individuos «heredan» el medio que está relacionado con la propensión genética (Brooker, 2005; Plomin y otros, 2001). La especialista en genética del comportamiento Sandra Scarr (1993) describió tres formas de correlación entre herencia y medio (véase la Figura 3.13):

- **Las correlaciones pasivas genotipo-medio** ocurren porque los padres biológicos, que están relacionados genéticamente con el niño, proporcionan un entorno educativo para el niño. Por ejemplo, los padres puede tener una predisposición genética para ser inteligentes y tener habilidades para la lectura.

Correlación herencia-medio	Descripción	Ejemplos
Pasiva	Los niños heredan tendencias genéticas de sus padres y estos además le proporcionan un entorno que coincide con sus propias tendencias genéticas.	Los padres con inclinación por la música pueden tener niños con inclinación por la música y les proporcionan un ambiente musical.
Evocativa	Las tendencias genéticas del niño obtienen estimulación del entorno que apoya unos rasgos particulares. Así, los genes evocan el apoyo del entorno.	Un niño extravertido y feliz provoca sonrisas y respuestas amigables de otros.
Activo (nicho ecológico)	Los niños buscan activamente su «nicho ecológico» en el entorno, el cual refleja sus intereses y talentos en concordancia con su genotipo.	Las bibliotecas, los campos deportivos y las tiendas con instrumentos musicales son ejemplos de lugares ambientales que los niños buscan si tienen un interés intelectual por los libros, los deportes o la música.

FIGURA 3.13 Explorando las correlaciones entre herencia y medio

Dado que ellos leen bien y disfrutan leyendo, proporcionan a sus hijos libros para que lean. El resultado probable es que sus hijos, debido a sus propias predisposiciones heredadas de sus padres y a un entorno lleno de libros, se conviertan en buenos lectores.

- **Las correlaciones evocativas genotipo-medio** se producen porque las características de un niño provoca cierto tipo de entornos. Por ejemplo, los niños cooperativos y atentos evocan respuestas más agradables e instructivas de los adultos que los rodean que los niños distraídos y poco dispuestos a colaborar.
- **Las correlaciones activas (selección del nicho ecológico) genotipo-medio** ocurren cuando los niños buscan entornos que ellos encuentran compatibles y estimulantes. La selección del nicho ecológico se refiere a encontrar un lugar que se adapte a las habilidades individuales. Los niños seleccionan del entorno que los rodea algunos aspectos a los que ellos responden, de los que aprenden o que ignoran. Sus selecciones activas de entornos están relacionadas con su genotipo particular. Por ejemplo, los niños extravertidos tienden a buscar contextos sociales en los que interactuar con gente, mientras que los niños tímidos no lo hacen. Los niños predispuestos para la música son más propensos a buscar entornos musicales en los que puedan desarrollar con éxito sus habilidades.

Scarr cree que la importancia de las tres correlaciones entre genotipo y entorno cambia a medida que los niños se desarrollan de la infancia a la adolescencia. Durante la infancia, la mayor parte del entorno que los niños experimentan es proporcionado por los adultos. De este modo, las correlaciones pasivas genotipo-medio son más comunes en la vida de los bebés y los niños pequeños que en la de los niños mayores y los adolescentes, que pueden ampliar sus experiencias más allá de la influencia familiar y crean su propio entorno.

Los críticos argumentan que el concepto de correlación herencia-medio proporciona a la herencia una mayor influencia en la determinación del desarrollo (Gottlieb, 2003, 2004). La correlación herencia-medio hace hincapié en que la herencia determina los tipos de entorno que experimentan los niños. A continuación, vamos a examinar una visión que enfatiza la importancia de entornos no compartidos por hermanos y su herencia como influencias importantes en su desarrollo.

Experiencias compartidas y no compartidas en el medio

Los especialistas en genética del comportamiento creen que otra forma de analizar el papel del entorno en la interacción herencia-medio es considerar las experiencias que los niños comparten con otros niños que viven en la misma casa, al igual que las experiencias que no comparten (Feinberg y Hetherington, 2001; Plomin, Ashbury y Dunn, 2001).

Experiencias compartidas en el medio son las experiencias comunes de los hermanos, como la personalidad y la orientación intelectual de los padres, el estatus socioeconómico familiar y el vecindario donde residen. Por el contrario, las **experiencias no compartidas en el medio** son las experiencias únicas del niño, dentro y fuera de la familia, que no se comparten con los hermanos. Incluso las experiencias que ocurren dentro de la familia pueden ser parte del «entorno no compartido». Por ejemplo, los padres a menudo interactúan de manera diferente con cada hermano y los hermanos interactúan de forma distinta con los padres (Hetherington, Reiss y Plomin, 1994; Reiss y otros, 2000). Los hermanos a menudo tienen distintos grupos de iguales, de amigos y diferentes profesores en la escuela.

El especialista en genética del comportamiento Robert Plomin (1993) ha descubierto que la educación común o el entorno compartido, tiene poca importancia

en las variaciones de la personalidad de los niños o en sus intereses. En otras palabras, incluso cuando dos niños viven bajo el mismo techo, con los mismos padres, sus personalidades son a menudo muy diferentes. Es más, los genetistas comportamentales argumentan que la herencia influye en los entornos no compartidos de los hermanos de la forma que describimos anteriormente en el concepto de correlaciones herencia-medio (Plomin y otros, 2001). Por ejemplo, un niño que ha heredado una tendencia genética para ser atlético es más propenso a pasar más tiempo en un entorno relacionado con el deporte, mientras que un niño que ha heredado una tendencia hacia la música es más propenso a pasar tiempo en entornos relacionados con la música.

La perspectiva epigenética

La visión de la correlación herencia-medio hace hincapié en cómo la herencia dirige el tipo de experiencias del entorno que tienen los individuos. Sin embargo, al comienzo del capítulo hemos estudiado cómo los genes son colaboradores, que no determinan las características de un individuo de forma independiente, sino de forma interactiva con el entorno (Moore, 2001). Al igual que el concepto de gen colaborador, Gilbert Gottlieb (1998, 2003, 2004) ha propuesto la **perspectiva epigenética**, que hace hincapié en que el desarrollo es el resultado de un intercambio continuo, bidireccional entre la herencia y el medio. La Figura 3.14 compara las perspectivas de la correlación herencia-medio y epigenética del desarrollo.

Vamos a estudiar un ejemplo que refleja la perspectiva epigenética. Un bebé hereda genes de sus dos progenitores en el momento de la concepción (llamado genotipo). Durante el desarrollo prenatal, las toxinas, la nutrición y el estrés pueden influir sobre que algunos genes dejen de funcionar mientras que otros se fortalecen o se debiliten. Durante la primera infancia, las experiencias del entorno como las toxinas, la nutrición, el estrés, el aprendizaje y los estados de ánimos continúan modificando la actividad genética.

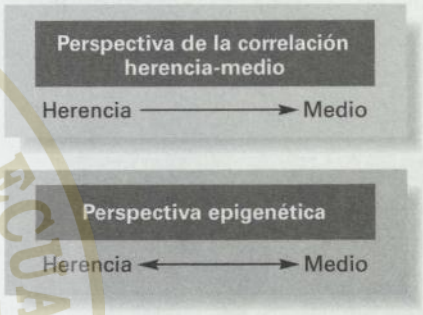


FIGURA 3.14 Comparación entre la correlación herencia-medio y la perspectiva epigenética

Conclusiones sobre la interacción entre herencia y medio

La herencia y el entorno operan juntos —o cooperan— para generar la inteligencia, el temperamento, la altura, el peso, la habilidad para atrapar una pelota de béisbol, la habilidad para leer y demás características de una persona (Gottlieb, 2004; Overton, 2004). Si una chica atractiva, popular e inteligente es elegida delegada de su clase en el último año de bachillerato, ¿a qué se debe su éxito, a la herencia o al entorno? Por supuesto, la respuesta es que a ambas.

Las contribuciones relativas a la herencia y al medio no son aditivas (McLearn, 2004). Es decir, no podemos decir que cierto porcentaje de naturaleza y cierto porcentaje de experiencia nos hacen ser quienes somos. No es correcto decir que la expresión genética completa ocurre una vez, durante la concepción o el nacimiento, y que después de esto llevamos nuestra herencia genética con nosotros al mundo para ver cómo nos va. Los genes producen proteínas a lo largo de la vida, en diferentes ambientes. O no producen proteínas, dependiendo de cómo sean estos ambientes de duros o enriquecedores.

La nueva visión es que muchos comportamientos complejos tienen probablemente alguna carga genética que da a la gente una propensión para una trayectoria evolutiva concreta (Plomin y otros, 2001). Pero el desarrollo en sí requiere más: un entorno. Y este entorno es complejo, como la mezcla de genes que heredamos (Sternberg y Grigorenko, 2001). Las influencias del entorno varían desde las cosas que nosotros consideramos como «medio» (como los padres, la dinámica familiar, las escuelas y la calidad del vecindario) a los factores biológicos (como los virus, las complicaciones en el nacimiento e incluso los eventos biológicos en las células) (Greenough, 1997, 1999; Greenough y otros, 2001).

La controversia más reciente entre naturaleza y medio emergió cuando Judith Harris (1998) publicó *Las suposiciones del entorno*. En este libro provocativo, ella argumenta que los padres no influyen en el comportamiento de los niños y adolescentes. Gritarles, abrazarles, leerles libros, ignorarlos. Harris dice que todo esto no influirá en su resultado. Ella refiere que los genes y los iguales son mucho más importantes que los padres en el desarrollo de los niños y adolescentes.

Harris tiene razón cuando dice que los genes y los iguales son importantes, aunque sus descripciones sobre las influencias de los iguales no tienen en cuenta la complejidad de las relaciones entre iguales y las trayectorias de desarrollo (Hartup, 1999). Además, Harris está equivocada también al decir que los padres no influyen. Para empezar, en los primeros años de la niñez los padres juegan un papel importante a la hora de elegir los iguales de sus hijos e influyen indirectamente en el desarrollo de los niños (Baumrind, 1999). Hay una gran cantidad de trabajos sobre la paternidad con muchos estudios que documentan la importancia de los padres en el desarrollo de los niños (Collins y otros, 2000, 2001; Mccoby, 2002). Hablaremos sobre la importancia del papel de los padres a lo largo de este libro.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Explicar alguna de las formas en las que la herencia y el medio interactúan para producir diferencias individuales en el desarrollo

REVISA

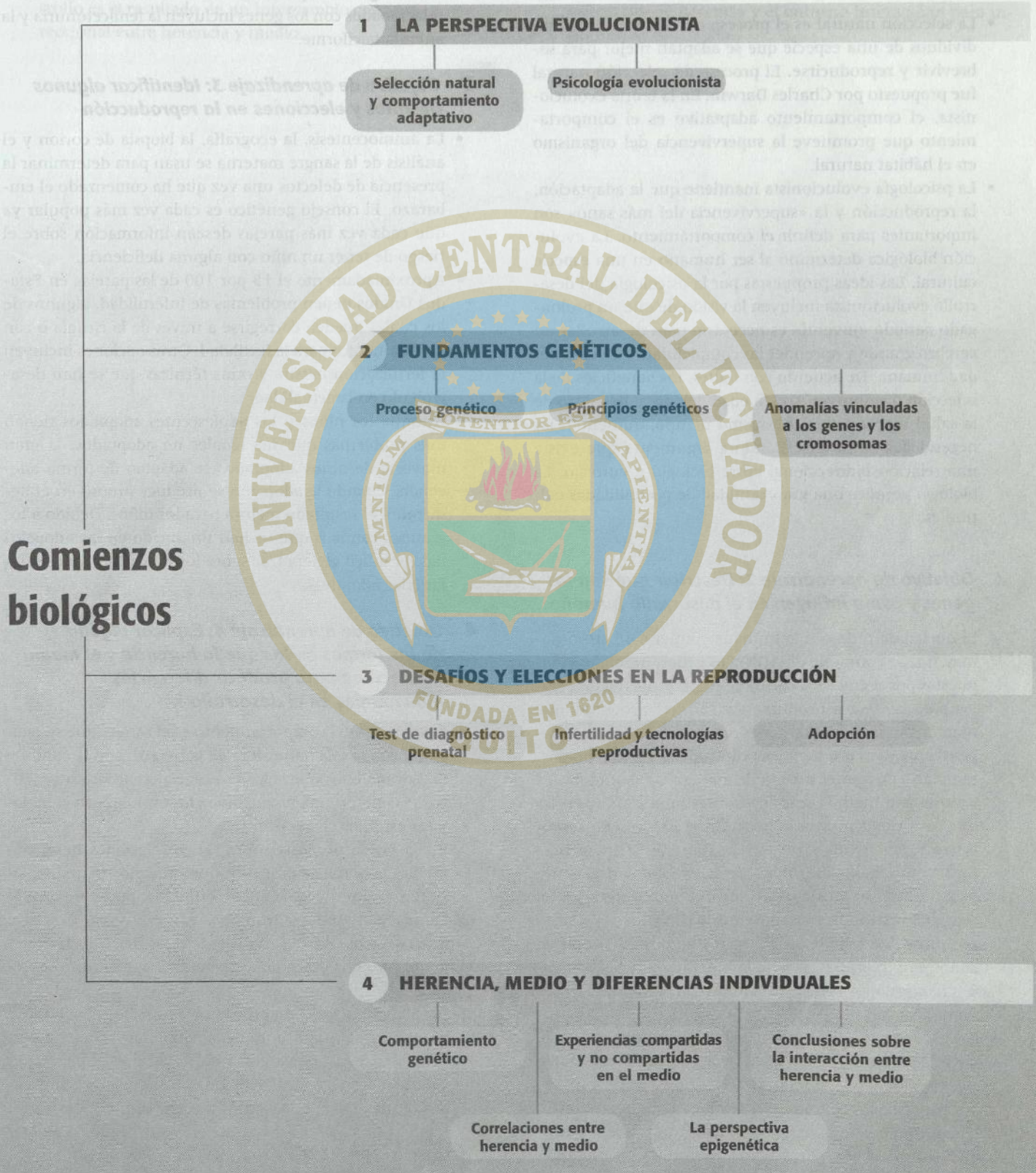
- ¿Qué es la genética del comportamiento?
- ¿Cuáles son los tres tipos de correlaciones herencia-medio y cuál es un ejemplo de cada uno?
- ¿Cuál es el significado de los conceptos de las experiencias compartidas y no compartidas en el medio?
- ¿Cuál es la perspectiva epigenética del desarrollo?
- ¿Qué conclusiones pueden extraerse de la interacción herencia-medio?

REFLEXIONA

- Alguien te dice que han analizado su origen genético y sus experiencias en el medio y han llegado a la conclusión de que el entorno ha influido muy poco en su inteligencia. ¿Qué le dirías a esta persona sobre su habilidad para hacer su propio diagnóstico?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 Objetivo de aprendizaje 1: Describir la perspectiva evolucionista en el desarrollo del ciclo vital

- La selección natural es el proceso que favorece a los individuos de una especie que se adaptan mejor para sobrevivir y reproducirse. El proceso de selección natural fue propuesto por Charles Darwin. En la teoría evolucionista, el comportamiento adaptativo es el comportamiento que promueve la supervivencia del organismo en el hábitat natural.
- La psicología evolucionista mantiene que la adaptación, la reproducción y la «supervivencia del más sano» son importantes para definir el comportamiento. La evolución biológica determinó al ser humano en una especie cultural. Las ideas propuestas por la psicología del desarrollo evolucionista incluyen la visión de que un prolongado período «juvenil» es necesario para desarrollar un cerebro grande y aprender las complejidades de la sociedad humana. De acuerdo con Baltes, los beneficios de la selección disminuyen con la edad debido al descenso de la salud reproductiva. Al mismo tiempo, aumentan las necesidades culturales. Bandura argumenta que existe una relación bidireccional entre biología y entorno. La biología permite una gran cantidad de posibilidades culturales.

2 Objetivo de aprendizaje 2: Describir qué son los genes y cómo influyen en el desarrollo humano

- El núcleo de cada célula humana contiene 46 cromosomas, que se compone de ADN. Los genes, unidades compuestas por segmentos cortos de ADN, dirigen a las células para que se reproduzcan y formen proteínas que mantengan la vida. Los genes no actúan de forma independiente para producir una característica o un comportamiento. Los genes actúan de manera colaboradora. La mitosis y la meiosis son dos formas importantes en las que se forman nuevas células. En el proceso de reproducción, un óvulo y un espermatozoide se unen para formar un zigoto. El origen de la variabilidad genética ocurre durante la meiosis e incluye una separación al azar de los cromosomas maternos y paternos.
- Los principios genéticos incluyen aquellos que implican genotipo y fenotipo, genes dominantes y recesivos, genes relacionados con el sexo, impronta genética y herencia poligénica.
- Las alteraciones de los cromosomas se producen cuando no se dividen de manera uniforme. El síndrome Down es el resultado de una alteración cromosómica causada por la presencia de una copia extra en el cromosoma 21. Las anormalidades causadas por los cromosomas relacionados con el sexo incluyen el síndrome Klinefelter (XXY), el síndrome de la X frágil, el síndrome Turner (XO) y el síndrome XYY. Las anormalidades relacionadas con los genes implican genes dañinos. Los desórdenes relacionados con los genes incluyen la fenilcetonuria y la anemia falciforme.

3 Objetivo de aprendizaje 3: Identificar algunos desafíos y elecciones en la reproducción

- La amniocentesis, la ecografía, la biopsia de corion y el análisis de la sangre materna se usan para determinar la presencia de defectos una vez que ha comenzado el embarazo. El consejo genético es cada vez más popular ya que cada vez más parejas desean información sobre el riesgo de tener un niño con alguna deficiencia.
- Aproximadamente el 15 por 100 de las parejas en Estados Unidos tienen problemas de infertilidad, algunos de los cuales pueden corregirse a través de la cirugía o con medicamentos para la fertilidad. Otras opciones incluyen la fertilización *in vitro* y otras técnicas que se han desarrollado en la actualidad.
- Aunque los niños y los adolescentes adoptados tienen más problemas que sus iguales no adoptados, la gran mayoría de niños adoptados se adaptan de forma adecuada. Cuando la adopción se produce pronto en el desarrollo, el resultado mejora para los niños. Debido a los grandes cambios que se han producido en las adopciones, es difícil generalizar sobre los niños adoptados y las familias adoptivas.

4 Objetivo de aprendizaje 4: Explicar alguna de las formas en las que la herencia y el medio interactúan para producir diferencias individuales en el desarrollo

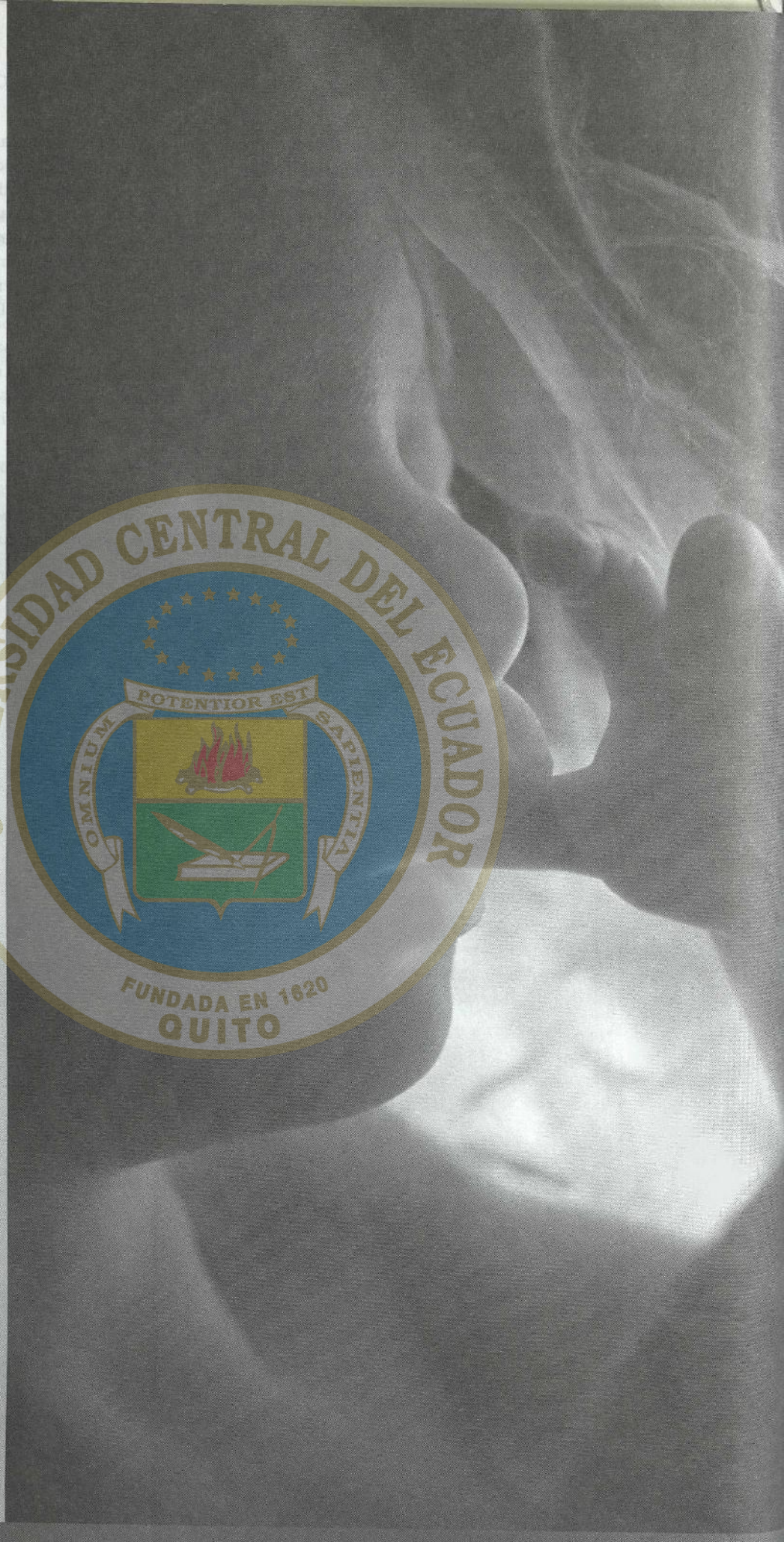
- La genética del comportamiento es el campo que se ocupa del grado y la naturaleza de la herencia en la conducta. Los métodos utilizados por los especialistas en genética del comportamiento incluyen los estudios con gemelos y los estudios de adopción.
- En la visión de Scarr sobre las correlaciones herencia-medio, la herencia dirige los tipos de entorno que experimentan los niños. Scarr describe tres tipos de correlaciones genotipo-entorno: pasiva, evocativa y activa. Scarr cree que la importancia de estas tres correlaciones genotipo-entorno cambian a medida que el niño se desarrolla.
- Las experiencias compartidas en el medio se refieren a las experiencias comunes de los hermanos, como la personalidad y la orientación intelectual de sus padres, el estatus socioeconómico de su familia y el vecindario donde residen. Las experiencias no compartidas en el medio implican experiencias únicas del niño, dentro y fuera de la familia, que no se comparten con un herma-

no. Muchos especialistas en comportamiento genético argumentan que las diferencias en el desarrollo de los hermanos se deben a las experiencias no compartidas en el entorno (y herencia) en lugar de las experiencias compartidas.

- La perspectiva epigenética hace hincapié en que el desarrollo es el resultado de un intercambio continuo y bidireccional entre herencia y medio.
- Muchos comportamientos complejos tienen una carga genética que proporciona a la gente una tendencia para un desarrollo particular. Sin embargo, el desarrollo real también requiere un entorno y ese entorno es complejo. La interacción entre herencia y medio es amplia. Todavía queda mucho por descubrir sobre las formas específicas en que la herencia y el entorno interactúan para influir en el desarrollo.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

CAPÍTULO 4



Bailó una estrella y bajo ella nací yo.

WILLIAM SHAKESPEARE
Escritor británico, siglo XVII

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo prenatal y nacimiento

Esquema del capítulo	*Objetivos de aprendizaje*
EL DESARROLLO PRENANTAL El curso del desarrollo prenatal Teratología y riesgos para el desarrollo prenatal Cuidado prenatal Creencias culturales sobre el embarazo Desarrollo prenatal normal	**1** **Describir el desarrollo prenatal**
NACIMIENTO El proceso del nacimiento Bebés de bajo peso Medidas de la salud y capacidades de respuesta neonatal	**2** **Analizar el proceso de nacimiento**
EL PERÍODO POSPARTO ¿Qué es el período posparto? Ajustes físicos Ajustes emocionales y psicológicos Contacto físico inicial	**3** **Explicar los cambios que se producen en el período posparto**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

El nacimiento de Tanner Roberts: un viaje fantástico

Tanner Roberts nació en una habitación del Centro Médico St. Joseph en Burbank, California (Warrick, 1992). Vamos a examinar qué pasó en las horas previas a su nacimiento.

Es el día 266 del embarazo de su madre, Cindy. Ella se encuentra en la sección de congelados de un supermercado y siente un dolor agudo, empezando en la parte baja hasta la mitad de la espalda, que la hace gritar. Durante semanas, las contracciones indoloras de Braxton Hicks (el nombre viene dado por el ginecólogo que las descubrió) han estado ejercitando sus músculos uterinos. Pero estas contracciones de prueba no habían sido tan intensas y dolorosas como la que acababa de experimentar. Tras seis horas de contracciones irregulares, su útero toma un ritmo más continuo.

A las tres de la mañana, Cindy y su marido, Tom, están completamente despiertos. Están cronometrando sus contracciones. Las contracciones son ahora cada seis minutos. Es el momento de ir al hospital. En el hospital, llevan a Cindy a una habitación para el parto. El monitor registra el ritmo cardiaco del feto. Con cada contracción de la pared uterina, el latido del corazón de Tanner pasa del estado de relajación de unos 140 latidos a unos 160/170 latidos por minuto. Cuando el cuello del útero se dilata a más de 4 centímetros o a casi la mitad, le dan a Cindy su primera medicación. A medida que el *Demerol* comienza a entrar en sus venas, ella se queda más relajada. El ritmo cardiaco de Tanner baja a 130 y después a 120.

Las contracciones son ahora cada 3 o 4 minutos y cada una dura unos 25 segundos. El *Demerol* no elimina el dolor de Cindy por completo. Ella abraza a su marido mientras la enfermera le dice «relaja esos músculos. Respira profundamente. Relájate. Casi estás lista».

Cada contracción corta por un momento el suministro de oxígeno de Tanner. Sin embargo, los minutos de descanso entre contracciones le proporcionan el oxígeno necesario y la respiración profunda de Cindy ayuda a que llegue sangre nueva al corazón y al cerebro del feto.

A las ocho de la mañana, llega el ginecólogo de Cindy y determina que el cuello de su útero está casi completamente dilatado. Utilizando un instrumento adecuado para tal efecto, lo introduce en el canal de nacimiento y desgarra la membrana del saco amniótico y aproximadamente medio litro de fluido transparente fluye hacia fuera. Las contracciones son ahora cada dos minutos y cada una dura un minuto.

A las nueve de la mañana, la habitación se ha transformado en una sala de parto. El cuerpo de Tanner está comprimido por las contracciones y los empujones de su madre. A medida que se aproxima hacia su entrada al mundo, las compresiones ayudan a presionar el fluido desde sus pulmones con el propósito de prepararlos para su primer resuello. Estrujado fuertemente en el canal del parto, la parte superior de la cabeza de Tanner emerge. Su cara está hinchada y magullada. Aunque están entrecerrados con firmeza debido a la luz, los ojos de Tanner están abiertos. Hay pequeñas burbujas de mucosidad transparente en sus labios. Antes de que aparezca otra parte de su cuerpo, el ginecólogo coge la cabeza de Tanner y le succiona la nariz y la boca. Tanner respira por primera vez, da un largo grito seguido de un gimoteo y después de un fuerte llanto. Su cuerpo está mojado y un poco sangriento cuando el doctor lo pone sobre el abdomen de su madre. El cordón umbilical, que todavía conecta a Tan-

ner con su madre, se reduce y se paran sus pulsaciones. El ginecólogo lo corta, rompiendo el lazo con el útero de su madre. Ahora la sangre de Tanner fluye no hacia la sangre de su madre para alimentarse, sino hacia sus propios pulmones, sus intestinos y otros órganos (Warrick, 1992, pp. E1, 12, 13).

VISTA PREVIA

Este capítulo describe el asombroso desarrollo que tiene lugar desde la concepción hasta el nacimiento. Imagina... una vez fuiste un organismo flotando en un mar de fluido dentro del útero de tu madre. Vamos a explorar cómo fue tu desarrollo desde que fuiste concebido hasta que naciste.

1 EL DESARROLLO PRENATAL

El curso del desarrollo prenatal | Cuidado prenatal | Desarrollo prenatal normal | Teratología y riesgos para el desarrollo prenatal | Creencias culturales sobre el embarazo

Imagina cómo ha llegado a formarse Tanner Roberts. De miles de óvulos y millones de espermatozoides, un único óvulo y un único espermatozoide se unieron para crearlo. Si la unión del espermatozoide y del óvulo se hubiera producido un día o incluso una hora después, un espermatozoide diferente hubiera fertilizado al óvulo y Tanner podría haber sido muy diferente —incluso su sexo podría haber sido diferente—. La concepción tiene lugar cuando una sola célula del esperma del hombre se une con un óvulo en las trompas de Falopio de la mujer en un proceso llamado fertilización. Recuerda del Capítulo 3 que el óvulo fertilizado se llama zigoto.

El curso del desarrollo prenatal

El curso del desarrollo prenatal dura aproximadamente 266 días, comenzando con la fertilización y terminando con el nacimiento. El desarrollo prenatal se divide en tres períodos: germinal, embrionario y fetal.

El período germinal El **período germinal** es el período de desarrollo prenatal que tiene lugar en las dos primeras semanas después de la concepción. Incluye la creación del zigoto, la división continuada de células y la adherencia del zigoto a la pared uterina. Aproximadamente una semana después de la concepción, la diferenciación de las células ya ha empezado. En esta etapa el grupo de células, ahora llamado **blastocito,** consiste en una capa interna de las células que se desarrolla en el embrión, y el **trofoblasto** es la capa exterior de las células que se convertirá en parte de la placenta. La *implantación* del blastocito a la pared uterina, tiene lugar unos 10 a 14 días después de la concepción. La Figura 4.1 ilustra alguna de las fases más significativas durante el período germinal.

El período embrionario El **período embrionario** es el período de desarrollo prenatal que ocurre desde la segunda a la octava semana después de la concepción. Durante el período embrionario, el ritmo de diferenciación de las células se intensifica, se forman sistemas de protección de las células y aparecen los órganos. Una vez que el blastocito se pega a la pared uterina, el grupo de células es llamado

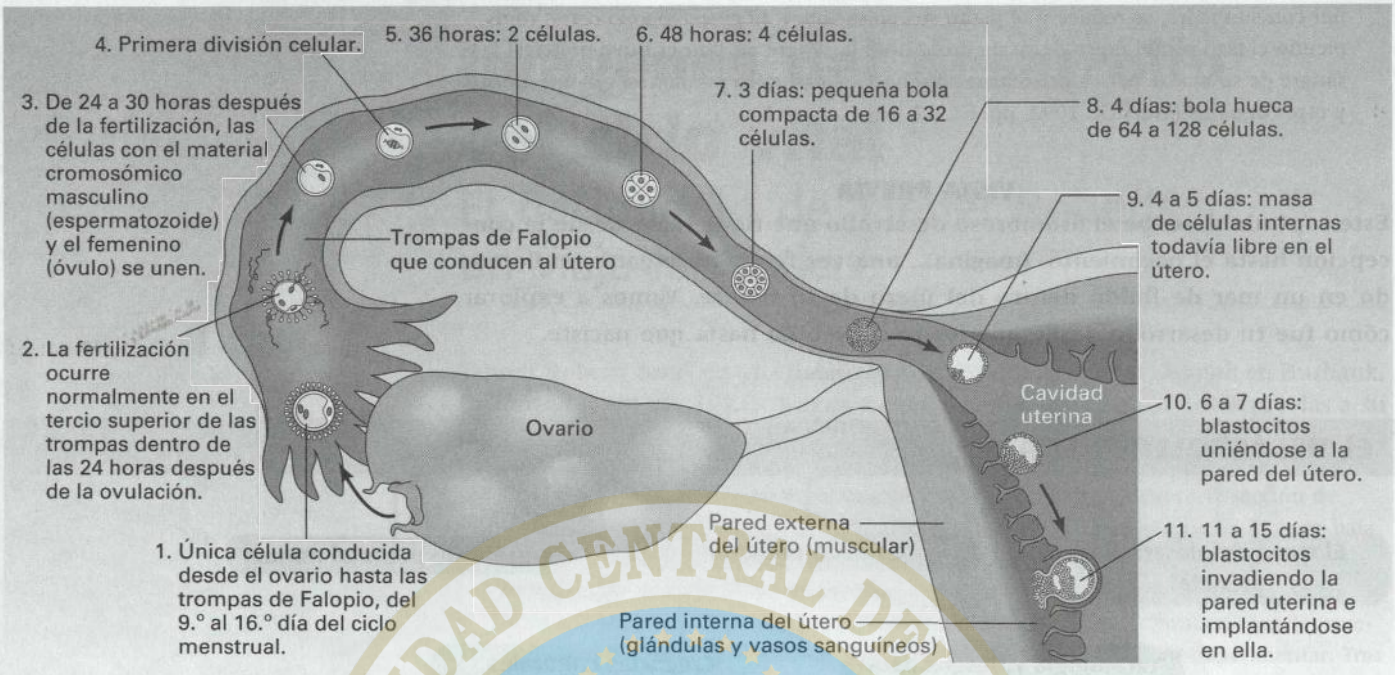


FIGURA 4.1 Desarrollo significativo durante el período germinal

embrión y se forman tres capas de células. El *endodermo* del embrión es la capa interna, a partir de la cual se desarrollan los sistemas digestivo y respiratorio. El *ectodermo* es la capa más externa, que se transforma en el sistema nervioso, los receptores sensoriales (oído, nariz y ojos, por ejemplo) y partes de la piel (pelo y uñas, por ejemplo). El *mesodermo* es la capa media, que se convierte en el sistema circulatorio, los huesos, los músculos, el sistema excretor y el sistema reproductivo. Cada parte del cuerpo se desarrolla desde estas tres capas.

A medida que se forman las tres capas del embrión, los sistemas de apoyo para la vida de éste maduran y se desarrollan rápidamente. Estos sistemas de apoyo incluyen la placenta, el cordón umbilical y el amnios. La **placenta** es un sistema de apoyo que consiste de un grupo de tejidos en forma de disco en la que los pequeños vasos sanguíneos de la madre y del feto se entrelazan pero no se unen. El **cordón umbilical** es un sistema de apoyo que contiene dos arterias y una vena, que conectan al feto con la placenta. Moléculas muy pequeñas, oxígeno, agua, componentes alimenticios de la sangre de la madre, al igual que dióxido de carbono y residuos digestivos de la sangre del embrión, pasan de un lado a otro entre la madre y el embrión. Las moléculas grandes no pueden pasar a través de la pared de la placenta, éstas incluyen los glóbulos rojos y las sustancias dañinas, como la mayoría de las bacterias, los desechos de la madre y las hormonas. Los mecanismos que dirigen la transferencia de sustancias a través de la barrera placentaria son complejos y todavía no se conocen completamente (Jimenez y otros, 2004; Wehrens y otros, 2004). La Figura 4.2 proporciona una ilustración de la placenta, el cordón umbilical y el flujo natural de la sangre en la futura madre y el desarrollo del niño en el útero. El **amnios** es una bolsa o envoltura que contiene un fluido claro en la que el embrión en desarrollo flota, es otro sistema importante de apoyo para la vida. Al igual que la placenta y el cordón umbilical el amnios se desarrolla a partir del óvulo fertilizado, no desde el propio cuerpo de la madre. El fluido amniótico proporciona un entorno donde la temperatura y la humedad son controladas y está formado a prueba de golpes.

Antes de que la mayoría de las mujeres sepan que están embarazadas, se producen algunos cambios embrionarios importantes. Durante la tercera semana, se

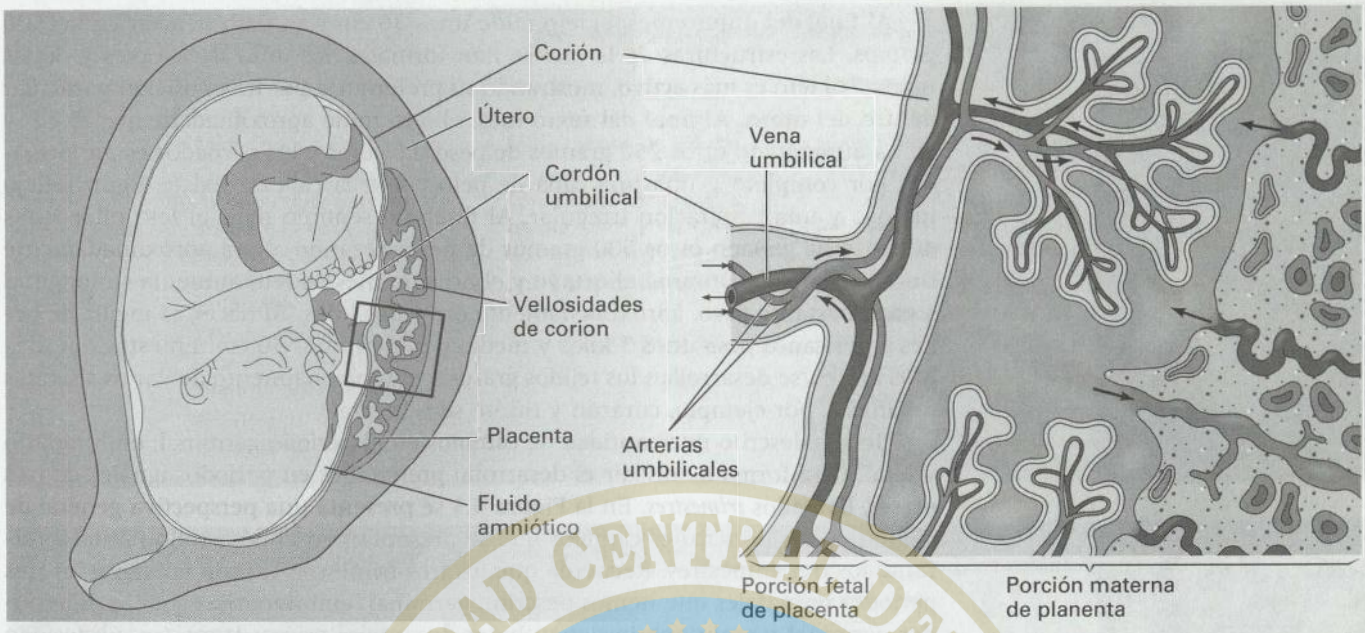


FIGURA 4.2 La placenta y el cordón umbilical

La sangre materna fluye a través de las arterias uterinas a los espacios que sustentan la placenta y vuelve a través de las venas uterinas a la circulación materna. La sangre del feto fluye a través de las arterias umbilicales a los capilares de la placenta y vuelve a través de las arterias umbilicales a la circulación del feto. El intercambio de materiales tiene lugar a través de la capa que separa los suministros de sangre de la madre y el feto, por tanto, la sangre nunca entra en contacto. *Nota*: el área rodeada por un recuadro está ampliada al lado derecho de la imagen. Las flechas indican la dirección en la que fluye la sangre.

forma el tubo neuronal que después se convertirá en la médula espinal y el cerebro. A los 21 días, empiezan a formarse los ojos y a los 24 días las células del corazón comienzan a diferenciarse. Durante la cuarta semana, la primera aparición del sistema urogenital es aparente y emergen los brazos y la base de las piernas. Toman forma las cuatro cavidades del corazón y aparecen los vasos sanguíneos. Desde la quinta a la octava semana, los brazos y las piernas se diferencian más; en este tiempo, la cara comienza a formarse, pero todavía no es muy reconocible. Se desarrolla el tracto digestivo y los rasgos faciales se fusionan. A la octava semana, el organismo en desarrollo pesa aproximadamente 10 gramos y mide sólo 25 mm.

La **organogénesis** es el proceso por el cual la formación de un órgano se produce durante los dos primeros meses del desarrollo prenatal. Cuando los órganos están siendo formados, son especialmente vulnerables a los cambios ambientales. Más tarde en este capítulo, describiremos los riesgos ambientales que son dañinos durante la organogénesis.

El período fetal El **período fetal** es el período prenatal del desarrollo que comienza dos meses después de la concepción y dura una media de siete meses. El crecimiento y el desarrollo continúan su curso intenso durante este tiempo. Tres meses después de la concepción, el feto mide 7,5 cm y pesa aproximadamente 30 gramos. Ahora es activo, mueve los brazos y las piernas, abre y cierra la boca y mueve la cabeza. Se pueden distinguir la cara, la frente, los párpados, la nariz y las mejillas, al igual que la parte superior e inferior de los brazos, las manos y los miembros inferiores. Se puede identificar el sexo del bebé. Al final del cuarto mes, el feto ha crecido hasta las 15 cm y pesa de 100 a 200 gramos. En este momento, se produce un fuerte crecimiento de la parte inferior del cuerpo. Los reflejos prenatales son más fuertes, la madre puede sentir los movimientos de los brazos y las piernas por primera vez.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Al final del quinto mes, el feto mide unos 30 cm y su peso se acerca a los 500 gramos. Las estructuras de la piel se han formado, las uñas de los pies y de las manos. El feto es más activo, mostrando su preferencia por una posición particular dentro del útero. Al final del sexto mes, el feto mide aproximadamente 35 cm y ya ha aumentado otros 250 gramos de peso. Los ojos y los párpados están formados por completo y una fina capa de pelo cubre la cabeza. Existe algún reflejo intenso y una respiración irregular. Al final del séptimo mes, el feto mide unos 40 cm y ha ganado otros 500 gramos de peso, pesando ahora aproximadamente un kilo y medio. Durante el octavo y el noveno mes, el feto aumenta su longitud y gana bastante peso, aproximadamente otros dos kilos. Al nacer, la media de bebés americanos pesa unos 3 kilos y medio y miden unos 50 cm. En estos dos últimos meses, se desarrollan los tejidos grasos y el funcionamiento de varios sistemas orgánicos, por ejemplo, corazón y riñón, se refuerza.

Hemos descrito una cantidad de cambios en el período germinal, embrionario y fetal. Otra forma de dividir el desarrollo prenatal es en períodos iguales de tres meses, llamados *trimestres*. En la Figura 4.3 se presenta una perspectiva general de alguno de los principales cambios que se presentan en el desarrollo prenatal durante los tres trimestres. Recuerda que los tres trimestres no son iguales a los tres períodos prenatales que hemos descrito, germinal, embrionario y fetal. Los períodos germinal y embrionario tienen lugar durante el primer trimestre. El período fetal comienza al final del primer trimestre y continúa durante el segundo y el tercer trimestre. Un punto importante a resaltar es que el momento en el que el feto tiene alguna posibilidad de sobrevivir fuera del útero es el comienzo del tercer trimestre (a los siete meses aproximadamente). Un bebé nacido en el séptimo mes necesita normalmente asistencia para respirar.

Teratología y los riesgos para el desarrollo prenatal

Algunas futuras madres creen que todo lo que hacen y sienten tienen un efecto directo sobre su bebé. Otras se comportan despreocupadamente, asumiendo que sus experiencias tendrán un efecto nimio. La verdad reside a medio camino entre estos dos extremos. Aun viviendo en un entorno protegido y cómodo, el feto no es totalmente inmune al inmenso mundo que rodea a la madre. El entorno puede afectar al niño en muchos aspectos diferentes. Miles de bebés nacidos con alguna deformidad o con retraso mental cada año son el resultado de eventos que ocurrieron en la vida de la madre, incluso dos meses antes de la concepción (Bailey, Forget y Koren, 2002).

Un **teratógeno** (palabra proveniente de la palabra griega *tera* que significa «monstruo») es cualquier agente que causa un defecto de nacimiento. El campo de estudio que investiga las causas de los defectos de nacimiento se llama *teratología*. Los teratógenos incluyen drogas, grupo sanguíneo incompatible, contaminantes ambientales, enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales, estrés maternal y edad avanzada de la madre o del padre. Existe tal cantidad de teratógenos que prácticamente todos los fetos están expuestos al menos a alguno de ellos. Por esta razón, es difícil determinar cuál es el que causa el defecto. Además, puede que los efectos de un teratógeno no se muestren de forma inmediata. Sólo aproximadamente la mitad de todos los defectos potenciales aparecen en el nacimiento.

La dosis, el tiempo de exposición a un agente específico y la susceptibilidad genética influyen en la severidad del daño y en el tipo de efectos que produce.

- ***Dosis.*** El efecto de la dosis es obvio, cuanto mayor es la cantidad de un agente, como puede ser una droga, mayor es el efecto.
- ***Tiempo de exposición.*** Los teratógenos causan un mayor daño en ciertos momentos del desarrollo que en otros (Brent y Fawcett, 2000). Los daños durante el período germinal puede incluso hacer que la implantación no ocurra. El período embrionario es más vulnerable que el período fetal. Como muestra la

Primer trimestre (primeros tres meses)

	Concepción a las 4 semanas	8 semanas	12 semanas
Crecimiento prenatal	• Mide menos de 0,25 cm. • Comienza el desarrollo de la médula espinal, el sistema nervioso, el sistema gastrointestinal, el corazón y los pulmones. • El saco amniótico envuelve los tejidos preliminares de todo el cuerpo. • Se le llama «zigoto».	• Mide menos de 2,5 cm. • Se está formando la cara con ojos rudimentarios, orejas, boca y las raíces de los dientes. • Los brazos y las piernas se mueven. • Se está formando el cerebro.	• Mide unos 7,5 cm y pesa unos 28 gramos. • Puede mover los brazos, las piernas, los dedos de las manos y de los pies. • Aparecen las huellas. • Puede sonreír, fruncir el ceño, chupar y tragar. • El sexo puede distinguirse. • Puede orinar. • Se le llama «feto».



Segundo trimestre (3 meses intermedios)

	16 semanas	20 semanas	24 semanas
Crecimiento prenatal	• Mide unos 15 cm y pesa de 112 a 196 gr. • El latido es fuerte. • La piel es fina y transparente. • Un pelo aterciopelado (lanugo) cubre el cuerpo. • Se forman las uñas de los pies y de las manos. • Tiene movimientos coordinados, es capaz de girar dentro del líquido amniótico.	• Mide unos 30 cm y pesa de 450 gr. • El latido del corazón es apreciable con un estetoscopio. • Se chupa el dedo. • Tiene hipo. • Comienza a salir el pelo, las pestañas y las cejas.	• Mide unos 35 cm y pesa de 500 a 680 gr. • La piel está arrugada y cubierta de una capa protectora (*vernix caseosa*). • Los ojos están abiertos. • El meconio se recoge en el intestino. • Se agarra fuertemente.



Tercer trimestre (últimos 3 meses)

	28 semanas	32 semanas	36 a 38 semanas
Crecimiento prenatal	• Mide unos 40 cm y pesa unos 1.500 gr. • Está añadiendo grasa corporal. • Es muy activo. • Movimientos de respiración rudimentaria.	• Mide unos 45 cm y pesa de 1.800 a 2.260 gr. • Tiene períodos de sueño y de vigilia. • Responde a los sonidos. • Puede asumir la postura del parto. • Los huesos de la cabeza son suaves y flexibles. • El hierro se está almacenando en el hígado.	• Mide 50 cm y pesa de 2.700 a 3.350 gr. • La piel está menos arrugada. • La *vernix caseosa* es gruesa. • El lanugo ha desaparecido casi por completo. • Está menos activo. • Está obteniendo inmunización de la madre.

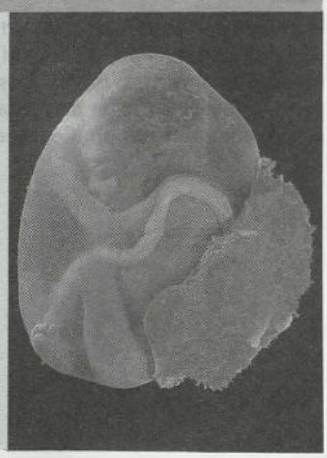


FIGURA 4.3 Los tres trimestres del desarrollo prenatal

Figura 4.4, la sensibilidad a los teratógenos comienza sobre las tres semanas después de la concepción. La probabilidad de defectos estructurales es mayor al comienzo del período embrionario porque es cuando los órganos están empezando a formarse. Después de que la organogénesis se completa, es menos probable que los teratógenos causen alteraciones anatómicas. Una expo-

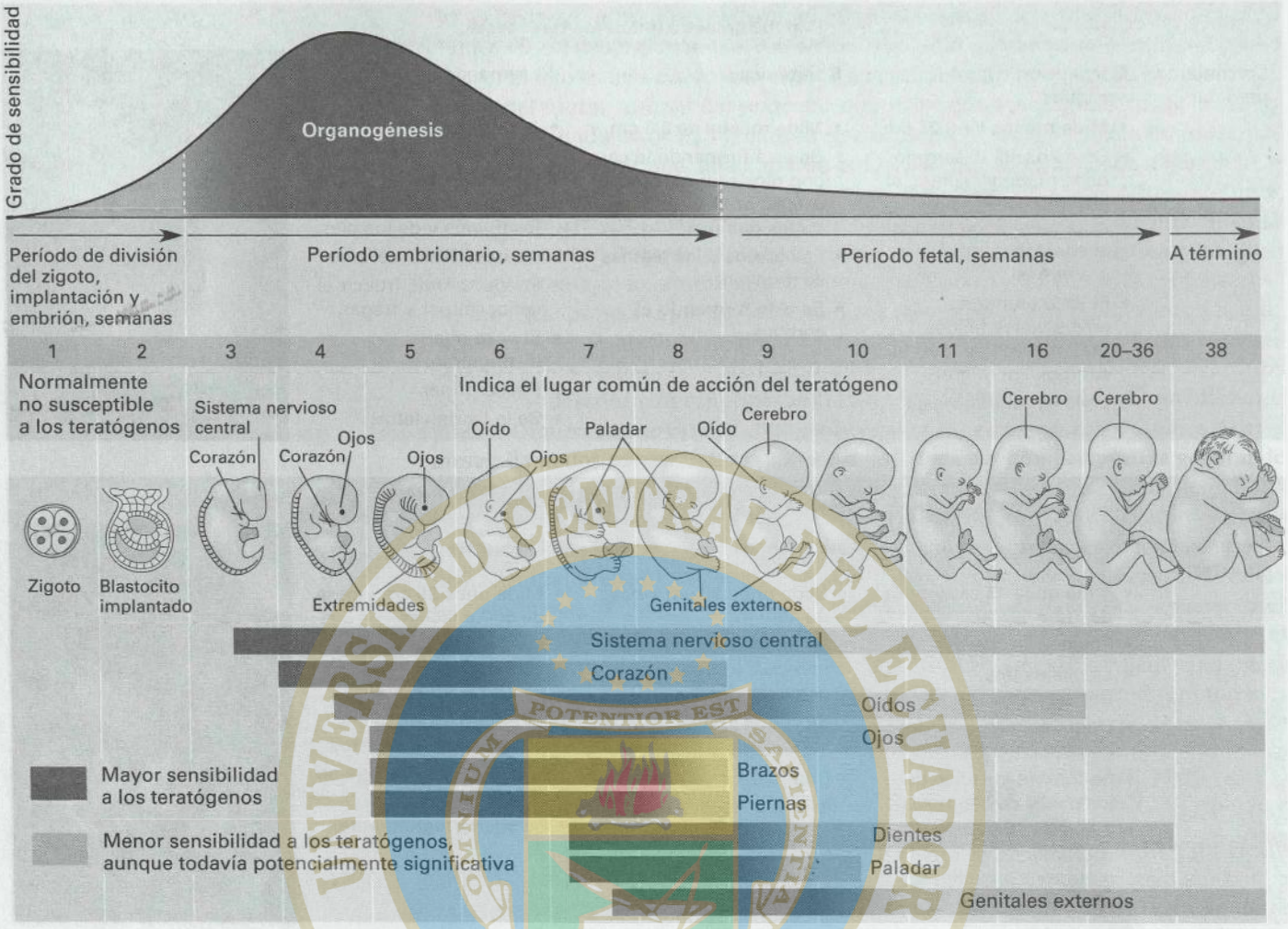


FIGURA 4.4 Los teratógenos y la temporalización de sus efectos en el desarrollo prenatal

El peligro de los defectos estructurales causados por los teratógenos es mayor en el inicio del desarrollo embrionario. Éste es el período de la organogénesis (tono oscuro) y dura aproximadamente seis semanas. Asaltos posteriores de los teratógenos (tono claro) son típicos durante el período fetal y en lugar de causar daños estructurales es más probable que puedan atrofiar el crecimiento o causar problemas en el funcionamiento de los órganos.

sición tardía, durante el período fetal, es más probable que pare el crecimiento o cree problemas en el funcionamiento de los órganos. La precisión de la organogénesis es evidente. Los teratólogos señalan que la vulnerabilidad del cerebro está en su momento más álgido de los 15 a los 25 días después de la concepción, los ojos de los 24 a 40 días, el corazón de los 20 a 40 días y las extremidades de los 24 a 36 días.

En el Capítulo 2, introdujimos el concepto de período crítico en nuestro análisis sobre la teoría etológica de Lorenz. Recuerda que un período crítico es un período fijo en el tiempo muy temprano en el desarrollo, durante el cual ciertas experiencias o eventos tienen un efecto duradero. Como se muestra en la Figura 4.4 cada estructura corporal tiene su propio período crítico de formación. Por tanto, el período crítico para las anomalías estructurales graves en el sistema nervioso central (semana 3) es anterior al de los brazos y las piernas (semanas 4 y 5).

- ***Susceptibilidad genética.*** El tipo o severidad de las anomalías causada por un teratógeno están relacionados con el genotipo de la mujer embarazada y el

genotipo del feto. Por ejemplo, la variación en el metabolismo maternal de un fármaco particular puede influir en el grado por el cual los efectos de los fármacos (o drogas) son transferidas al feto. Las diferencias en las membranas de la placenta y el transporte placentario también afectan la exposición fetal. La susceptibilidad genética del feto a un teratógeno particular también puede afectar la medida en la que el feto es vulnerable (Pellizzer y otros, 2004).

Fármacos con y sin receta médica Algunas mujeres embarazadas toman fármacos con y sin receta médica sin pensar sobre los posibles efectos en el feto (Addis, Magrini y Mastroiacovo, 2001). Ocasionalmente, nacen una serie de bebés con malformaciones, descubriendo de esa forma el daño que el medicamento puede tener en el feto en desarrollo. Esto ocurrió en 1961, cuando muchas mujeres embarazadas tomaron un popular tranquilizante, *Talidomida*, para aliviar el malestar matutino. En adultos, los efectos de la *Talidomida* eran leves, sin embargo, fueron devastadores para el embrión. No todos los bebés se vieron afectados del mismo modo. Si la madre tomó la *Talidomida* en el día 26 (probablemente antes de saber que estaba embarazada), puede que un brazo no creciera. Si la tomó dos días después, puede que el brazo no creciera a partir del codo. La tragedia de la *Talidomida* horrorizó a la comunidad médica y a los padres, que se dieron cuenta de que la mujer no tiene por qué ser una consumidora habitual de drogas para que el feto se vea dañado. Tomar el medicamento equivocado en el momento menos adecuado es suficiente para causar una anomalía física permanente en el feto (Rodier, 2004; Sorokin, 2002; Stanwood y Levitt, 2004).

Entre los fármacos con prescripción médica que pueden funcionar como teratógenos están los antibióticos, tales como la estreptomicina y la tetraciclina; algunos antidepresivos; ciertas hormonas, como la progesterona y los estrógenos sintéticos; y Accutane (que a menudo se prescribe para el acné) (Andrade y otros, 2004; Kallen, 2004; Webster y Freeman, 2003).

Entre los medicamentos sin prescripción médica que pueden ser dañinos están las píldoras para adelgazar, la aspirina y la cafeína (Cnattingius y otros, 2000). Vamos a explorar la investigación sobre la cafeína. En una revisión sobre los estudios centrados en el consumo de cafeína durante el embarazo, se concluyó que se produce un pequeño aumento del riesgo de aborto espontáneo y de bajo peso del feto al nacer en mujeres embarazadas que consumen más de 150 miligramos de cafeína (aproximadamente 2 tazas de café o 3 refrescos de cola) al día (Fernandes y otros, 1998). Por ejemplo, en un estudio reciente, se afirmó que las mujeres embarazadas que beben café tienen más posibilidades de tener partos prematuros y recién nacidos con bajo peso, comparadas con aquellas mujeres que no beben café con cafeína (Eskenazi y otros, 1999). En este estudio, no se encontraron efectos negativos en las mujeres embarazadas que bebían café descafeinado. Teniendo en cuenta estos resultados, se recomienda que las mujeres embarazadas no consuman cafeína o la consuman con moderación.

Drogas psicoactivas Los *drogas psicoactivas* son aquellas que actúan sobre el sistema nervioso para alterar el estado de conciencia, modificar la percepción y cambiar el estado de humor. Se han estudiado varias drogas psicoactivas, incluyendo el alcohol y la nicotina, al igual que las drogas ilegales como la cocaína, la marihuana y la heroína para determinar sus relaciones con el desarrollo prenatal y el desarrollo del niño (Caulfield, 2001; Fogel, 2001).

Alcohol Si una mujer embarazada bebe mucho puede ser devastador para el feto (Barr y Streissguth, 2001; O'Leary, 2004). El **síndrome del alcoholismo fetal** (SAF) es un grupo de anomalías que aparecen en los bebés cuyas madres bebieron grandes cantidades de alcohol durante el embarazo. Las anomalías incluyen malformaciones faciales y miembros defectuosos, cara y corazón. La mayoría de estos niños tienen un coeficiente intelectual inferior a la media y algunos son discapa-

citados psíquicos (Bookstein y otros, 2002; O´Leary, 2004). Aunque muchas madres de niños con síndrome de alcoholismo fetal son alcohólicas, muchas mujeres alcohólicas no tienen niños con síndrome de alcoholismo fetal o tienen un hijo con SAF y otros que no lo tienen. Aunque no existen serias malformaciones en los hijos de madres que son bebedoras moderadas, como en aquellos con síndrome de alcohol fetal, según un estudio, los bebés cuyas madres son bebedoras moderadas (una o dos copas al día) durante el embarazo eran menos atentos y estaban menos alerta, siendo los efectos todavía visibles a los 4 años de edad (Streissguth y otros, 1984). Según un estudio reciente la ingesta moderada de alcohol por parte de mujeres embarazadas (tres o menos copas al día) estaba relacionada con un incremento del riesgo de parto prematuro (Parazzini y otros, 2003). Además, en un estudio longitudinal, cuánto más alcohol bebían las madres durante el primer trimestre de embarazo, más probabilidades tenían los niños a los 14 años de edad de estar por detrás en factores como el peso, altura o perímetro cerebral (Day y otros, 2002).

¿Cuáles son algunas de las pautas a seguir para el consumo de alcohol durante el embarazo? Beber de forma moderada una o dos cervezas, vasos de vino o una bebida de alta graduación algunos días puede o no tener efectos negativos en el feto, aunque es conocido que este nivel de alcohol no causará síndrome de alcoholismo fetal (Willford y otros, 2004). Se recomienda que *no* se consuma nada de alcohol durante el embarazo.

Nicotina Fumar cigarrillos por parte de mujeres embarazadas puede influir también de forma adversa en el desarrollo prenatal, el nacimiento y el desarrollo del niño después del parto. El índice de muertes fetales y neonatales es mayor entre las madres fumadoras (Mathews, Menacker y MacDorman, 2003). Hay también una mayor incidencia de nacimientos prematuros y de nacimientos de bebés con bajo peso (Ashmead, 2003). Según un estudio, las muestras de orina de 22 de 31 recién nacidos de madres fumadoras tenían cantidades considerables de uno de los carcinógenos (NNK) del tabaco. Las muestras de orina de madres no fumadoras no contenía el carcinógeno (Lackmann y otros, 1999). Un reciente estudio ha descubierto que la exposición prenatal al humo de una madre fumadora provocaba síntomas de retención de nicotina en los recién nacidos (Godding y otros, 2004). Según otro estudio, la exposición prenatal al humo de los cigarrillos estaba relacionada con peores habilidades lingüísticas y cognitivas hasta los 4 años de edad (Fried y Watkinson, 1990). Los problemas respiratorios y la muerte súbita del recién nacido (SIDS, también conocido como muerte en la cuna) son más comunes entre los bebés de madres que habían fumado durante el embarazo (Sawnani y otros, 2004; Stocks y Dezateux, 2003). Un estudio reciente reveló que existe una relación entre las madres fumadoras durante el embarazo y un aumento en el índice del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en casi 3.000 niños de 5 a 16 años (Thapar y otros, 2003). Los programas de intervención diseñados para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar pueden reducir alguno de los hábitos negativos, especialmente incrementan el peso del bebé al nacer (Klesges y otros, 2001).

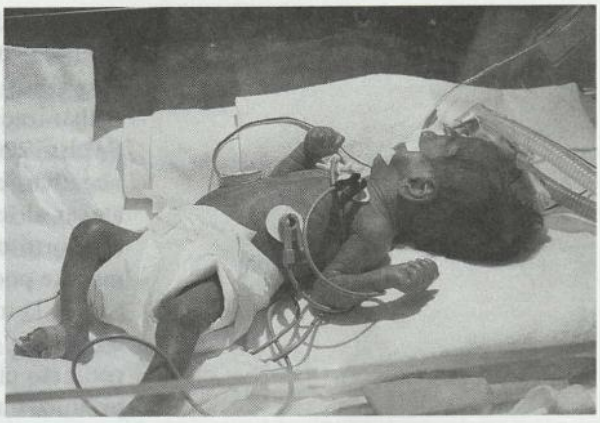
Drogas ilegales Entre las drogas ilegales que hemos estudiado para determinar sus efectos en el desarrollo prenatal y el desarrollo infantil se encuentran la cocaína, la marihuana y la heroína.

Cocaína ¿Daña el uso de cocaína durante el embarazo el desarrollo del embrión y del feto? El descubrimiento más consistente es que la exposición a la cocaína durante el desarrollo prenatal está asociada con el bajo peso al nacer, una menor longitud y la circunferencia de la cabeza más pequeña (Smith y otros, 2001). Además, en un estudio reciente, la exposición prenatal a la cocaína ha sido asociada con un peor desarrollo motor a los dos años de edad (Arendt y otros, 1999). En

un estudio reciente, bebés de un mes, expuestos a la cocaína durante el embarazo, estaban menos despiertos, tenían una regulación menos efectiva, una mayor excitabilidad, y menor calidad en los reflejos (Lester y otros, 2002). Otros estudios han relacionado el uso de cocaína con un menor procesamiento de la información y desarrollo del lenguaje (Bandstra y otros, 2004; Morrow y otros, 2003; Singer y otros, 1999). Por ejemplo, en un estudio, la exposición prenatal a la cocaína se relacionó de forma moderada con habilidades de atención inferiores hasta los cinco años (Bandstra y otros, 2000). En otro se ha relacionado con la debilitación del procesamiento de la información auditiva después del nacimiento (Potter y otros, 2000).

Se hace hincapié en la necesidad de ser cautos a la hora de interpretar estos descubrimientos (Chavkin, 2001; Frank y otros, 2001; Vidaeff y Mastrobattista, 2003). ¿Por qué? Porque otros factores (como la pobreza, la malnutrición y el abuso de otras sustancias) en la vida de la mujer embarazada que consume cocaína a menudo no pueden ser descartados como posibles causas de los efectos negativos en sus hijos (Kaugers, Russ y Singer, 2000). Por ejemplo, los consumidores de cocaína son más propensos que los no consumidores a fumar cigarrillos, consumir marihuana, beber alcohol y tomar anfetaminas.

Sin embargo, a pesar de estas cautelas en la interpretación, recientes estudios indican que los hijos de madres cocainómanas son más propensos a tener problemas neurológicos y cognitivos (Lewis y otros, 2004; Mayes, 2003). Debido al daño potencial que puede causar la cocaína en la mujer embarazada y en el feto, su utilización no se recomienda.



Este bebé nació con una adicción a la cocaína porque su madre era adicta a la cocaína. *¿Cuáles son algunos de los efectos de la cocaína en el desarrollo si se ha estado expuesto a la cocaína antes de nacer?*

Marihuana A pesar de que muchas mujeres en edad de procrear son consumidoras de marihuana, no existe una amplia investigación sobre sus efectos en el feto. En un estudio reciente, se concluyó que el consumo de marihuana durante el embarazo no está relacionado con la inteligencia general de los niños, pero que la capacidad de atención puede verse afectada (Fried, 2002). Además, en un estudio del *Nacional Institute of Drug Abuse* (2001) (Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de Estados Unidos) sobre los efectos de la marihuana se ha concluido que los bebés de madres que consumieron marihuana durante su embarazo eran más pequeños que los bebés de madres no consumidoras. En otro estudio longitudinal se relacionó la exposición prenatal a la marihuana con problemas de aprendizaje y memoria a los 11 años (Richardson y otros, 2002). No obstante, dada la poca cantidad de estudios sobre el tema, es difícil sacar conclusiones sobre los efectos del consumo de marihuana por parte de mujeres durante el embarazo en el desarrollo del niño. No obstante, no se recomienda el uso de marihuana por parte de mujeres embarazadas.

Heroína Se ha demostrado que los bebés cuyas madres son adictas a la heroína muestran severos trastornos de comportamiento (Hulse y otros, 2001). Los bebés de estas madres son adictos y muestran síntomas de abstinencia característicos, como temblores, irritabilidad, llantos anormales, trastornos del sueño y alteraciones motoras. Los problemas de comportamiento todavía están presentes un año después del nacimiento y el déficit de atención puede aparecer con posterioridad en el desarrollo del niño. El tratamiento más común para los adictos a la heroína, la metadona, está asociada con síntomas de abstinencia severos en los recién nacidos (Crandall, Crosby y Carlson, 2004).

Incompatibilidades entre los diferentes tipos de sangre La incompatibilidad del tipo de sangre de la madre y el feto es otro riesgo para el desarrollo prenatal. Variaciones en la estructura superficial de los glóbulos rojos diferencian los tipos de sangre. Un tipo de marcador que reside en la superficie de los glóbulos

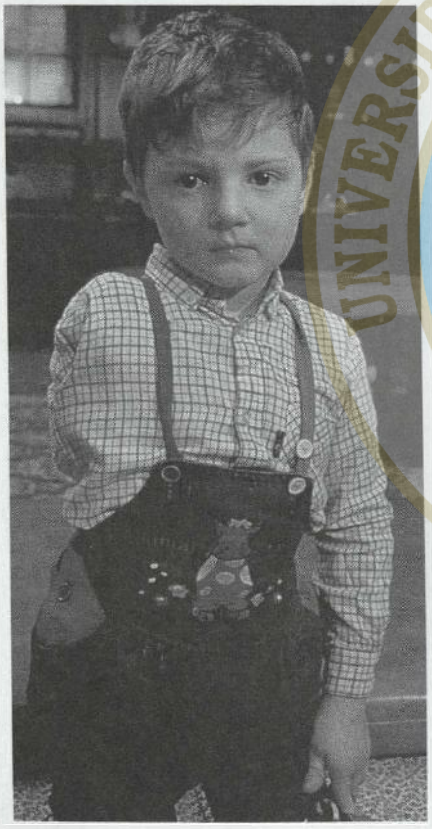
rojos identifica el grupo sanguíneo de una persona A, B, O o AB. El segundo tipo, llamado, factor Rh, se dice que es positivo si este marcador está presente o negativo si los glóbulos rojos del individuo no portan este marcador. Si una mujer embarazada es Rh negativo y el padre es Rh positivo, el feto podría ser Rh positivo (Weiss, 2001). Cuando la sangre del feto es Rh positiva y la de la madre es Rh negativa, el sistema inmunitario de la madre produce anticuerpos que pueden atacar al feto. Esto puede dar como resultado numerosos problemas, incluyendo el aborto o el mortinato, anemia, ictericia, trastornos cardiacos, daño cerebral o muerte poco después del nacimiento (Narang y Jain, 2001).

En la mayoría de los casos, el primer bebé Rh positivo de una madre Rh negativo no se ve afectado porque generalmente la sangre de la madre no entra en contacto directo con la del bebé, excepto en el parto, por tanto, su organismo no produce anticuerpos. Sin embargo, el riesgo aumenta con cada embarazo. Puede administrarse una vacuna (RhoGAM) a la madre tres días después del nacimiento del niño que puede prevenir que su cuerpo produzca anticuerpos que puedan afectar a futuros fetos Rh positivo. Además, se pueden hacer transfusiones a los bebés ya afectados con la incompatibilidad Rh, en algunos casos incluso antes del nacimiento o en el momento de nacer (Mannessier y otros, 2000).

Peligros ambientales Las radiaciones, las sustancias químicas y otros riesgos del mundo industrial moderno pueden poner en peligro al feto (Blaasaas, Tynes y Lie, 2004; Grigorenko, 2001; Rodier, 2004; Urbano y Tait, 2004). De hecho, la radiación puede causar una mutación genética (cambio abrupto y permanente en el material genético). Las anomalías en los cromosomas son mayores en los hijos cuyos padres han estado expuestos a niveles altos de radiación en sus trabajos (Schrag y Dixon, 1985). La radiación de los rayos-X también puede afectar al desarrollo del embrión y del feto, siendo el momento más peligroso las primeras semanas después de la concepción, cuando la mujer todavía no sabe que está embarazada (Barnett y Maulik, 2001). Los posibles efectos de la radiación incluyen microcefalia, retraso mental y leucemia. Es importante para la mujer y para su médico sopesar los riesgos de una radiografía cuando está embarazada o cree estarlo (Brent, 2004; Shaw, 2001). Sin embargo, una radiografía de rutina de un área del cuerpo que no sea el abdomen, con un delantal de plomo protegiendo el abdomen de la mujer se considera segura.

La polución ambiental y los residuos tóxicos también son fuente de peligros para el futuro niño (Guo y otros, 2004; Rodier, 2004). Los investigadores han descubierto que varios residuos peligrosos y pesticidas causan defectos en los animales expuestos a altas dosis. Entre los contaminantes peligrosos y los residuos se encuentran el monóxido de carbono, el mercurio y el plomo. Algunos niños están expuestos al plomo porque viven en casas donde la pintura con base de plomo se desconcha de las paredes o están muy cerca de una autovía muy transitada, donde hay muchas emisiones de gases provenientes de la gasolina con plomo. Los investigadores creen que la exposición temprana al plomo afecta el desarrollo mental del niño (Markowitz, 2000). Por ejemplo, en un estudio se encontró que niños de dos años que tuvieron altos niveles de plomo en la sangre del cordón umbilical, obtuvieron peores resultados en un test de desarrollo mental (Bellinger y otros, 1987).

Algunos pescados contienen altos niveles de mercurio, que llega a la atmósfera de forma natural y a través de la contaminación industrial (Fitzgerald y otros, 2004). Cuando el mercurio cae al agua se convierte en tóxico, se acumula en los pescados de gran tamaño como el tiburón, el pez espada y algunas especies de atún (Stephenson, 2004). El mercurio se trasfiere fácilmente a través de la placenta y el cerebro y el sistema nervioso del embrión son muy sensibles al metal (Grandjean y otros, 2003; Patterson, Ryan y Dickey, 2004; Vreugdenhil y otros, 2004). Se recomienda que las mujeres embarazadas, al igual que las madres que estén dando el pecho o mujeres que estén intentando quedarse embarazadas y los niños pequeños eviten comer este tipo de pescado.



Una explosión en la planta de energía nuclear de Chernobyl en Ucrania produjo una contaminación radioactiva que se extendió por las áreas cercanas. Miles de bebés nacieron con problemas de salud y malformaciones como resultado de la contaminación nuclear, incluyendo la de este niño, cuyo brazo no llegó a formarse. *Además de la contaminación radioactiva, ¿cuáles son otros de los daños ambientales para el desarrollo prenatal?*

Los investigadores también han descubierto que las sustancias químicas elaboradas conocidas como PCB son dañinas para el desarrollo prenatal (Jacobson y Jacobson, 2003). En un estudio, se examinaron las consecuencias en mujeres embarazadas que comieron pescado contaminado de PCB del lago Michigan, y después se estudió a sus recién nacidos (Jacobson y otros, 1984). Las mujeres que habían consumido más pescado contaminado eran más propensas a tener bebés prematuros y más pequeños, que eran más vulnerables a reaccionar lentamente a los estímulos. En otro estudio, se observó que la exposición prenatal al PCB estaba asociada con problemas de discriminación visual y memoria a corto plazo en niños de cuatro años (Jacobson y otros, 1992).

Otra preocupación reciente para las futuras madres es la exposición prolongada al calor de las saunas o de los baños calientes que aumenta la temperatura corporal de la madre, causando una fiebre que puede afectar al feto. Una fiebre con alta temperatura puede interferir en la división celular y puede causar defectos de nacimiento o incluso muerte fetal si la fiebre ocurre repetidamente y en períodos de tiempo prolongados. Si la futura madre siente demasiado calor en la sauna o durante el baño caliente debería salir, incluso si sólo ha estado un período corto de tiempo.

Otros factores maternales Hasta ahora hemos hablado sobre las drogas y los peligros ambientales que pueden tener efectos dañinos en el desarrollo prenatal y en el desarrollo del niño. Ahora vamos a explorar otros factores que pueden alterar el desarrollo prenatal y del niño: enfermedades infecciosas, nutrición, estados emocionales, estrés y edad.

Enfermedades infecciosas La enfermedades maternas y las infecciones pueden producir defectos si cruzan la barrera de la placenta o pueden causar daños durante el proceso del parto (Iannucci, 2000). La rubéola (sarampión alemán) es una enfermedad materna que puede causar defectos prenatales. Los mayores daños ocurren cuando las madres contraen la rubéola en la tercera o cuarta semana de embarazo, aunque la infección durante el segundo mes también es dañina. Una epidemia de rubéola en 1964-1965 tuvo como resultado 30.000 muertes prenatales y de recién nacidos, y más de 20.000 bebés afectados con malformaciones, incluyendo retraso mental, ceguera, sordera y problemas cardíacos. Los esfuerzos preventivos aseguran que la rubéola nunca vuelva a tener estos desastrosos efectos. La vacuna para prevenir la rubéola es ahora obligatoria en los niños y las mujeres que planean tener hijos deberían hacerse un análisis de sangre antes de quedarse embarazadas para determinar si son inmunes o no a la enfermedad (Bar-Oz y otros, 2004; Signore, 2001; Ward, Lambert y Lester, 2001).

La sífilis (enfermedad de transmisión sexual) es más dañina en el desarrollo prenatal tardío, a partir de los cuatro meses de la concepción. En lugar de afectar a la organogénesis, como la rubéola, la sífilis daña los órganos después de formados. Los daños incluyen lesiones oculares, que pueden causar ceguera y lesiones en la piel. Cuando la sífilis se presenta en el nacimiento, se pueden desarrollar otros problemas, implicando el sistema nervioso central y el tracto gastrointestinal (Hollier y otros, 2001). La mayoría de los estados en Estados Unidos exigen que las mujeres embarazadas se hagan un análisis de sangre para detectar la presencia de sífilis.

Otra infección que ha recibido una gran atención recientemente es el herpes genital. Los recién nacidos contraen este virus durante el nacimiento por el canal del parto de una madre con herpes genital (Qutub y otros, 2001). Aproximadamente un tercio de los bebés nacidos a través de un canal infectado mueren, otro cuarto sufre daño cerebral. Si se detecta un caso activo de herpes genital en una mujer embarazada próxima a dar a luz, se puede realizar una cesárea (en la que el niño sale a través de una incisión en el abdomen de la madre) para prevenir que el virus infecte al recién nacido.

El sida es una enfermedad de transmisión sexual que está causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que destruye el sistema inmunológico del cuerpo. A principios de los años noventa, antes de que hubiera tratamientos preventivos, de 1.000 a 2.000 bebés nacían con la infección del VIH en los Estados Unidos. Hoy en día se ha reducido drásticamente la transmisión del virus por parte de las madres al feto/recién nacido (Blair y otros, 2004; Gerrard y Chudasama, 2003). Sólo un tercio aproximadamente de los recién nacidos que nacían con la enfermedad a principios de los noventa, nacen hoy con la enfermedad. Esta disminución se ha producido por el aumento de asesoramiento y los test voluntarios de VIH a mujeres embarazadas y el uso de *zidovudine* (AZT) por mujeres infectadas durante el embarazo y el parto y por el bebé después del parto (Rovira y otros, 2001; Sullivan, 2003).

Una madre puede infectar a su hijo de tres formas: 1) durante la gestación a través de la placenta, 2) durante el parto por el contacto con la sangre o los fluidos de la madre y 3) después del parto amamantando al recién nacido. La transmisión del SIDA a través del pecho es especialmente problemática en muchos países en vías de desarrollo (Chama, Audu y Kyari, 2004; UNICEF, 2004).

Los bebés nacidos de madres infectadas con el VIH pueden ser: 1) infectados y sintomáticos (muestran síntomas de la enfermedad), 2) infectados pero asintomáticos (no muestran síntomas de la enfermedad) o 3) no infectados en absoluto. Un bebé que es infectado y asintomático puede desarrollar los síntomas del VIH hasta los 15 meses.



Puesto que el feto depende completamente de su madre para nutrirse, es importante para la mujer embarazada tener unos buenos hábitos nutricionales. En Kenia, esta clínica gubernamental proporciona información a las mujeres embarazadas sobre cómo pueden influir sus dietas en la salud de sus hijos. *¿Cómo puede ser la información sobre la dieta?*

Nutrición El desarrollo del feto depende completamente de su madre para la nutrición, que proviene de la sangre materna. El estatus nutricional está determinado por la ingesta total de calorías de la madre y también por los niveles apropiados de proteínas, vitaminas y minerales (Matthews, Youngman y Neil, 2004; Ramakrishnan, 2004). La nutrición de la madre influye incluso en su habilidad para la reproducción. En circunstancias extremas de malnutrición, las mujeres dejan de menstruar, por tanto impide la concepción. Los niños de madres mal nutridas son más propensos a sufrir malformaciones.

Los investigadores también han descubierto que el sobrepeso antes y durante el embarazo puede ser un factor de riesgo para el feto y para el niño. En dos estudios recientes se afirma que las mujeres obesas tienen un riesgo significativo de muerte fetal tarde en el embarazo aunque el riesgo de parto prematuro es menor entre estas mujeres (Cnattinguis y otros, 1998; Kumari, 2001).

Un aspecto de la nutrición maternal que es importante para el normal desarrollo prenatal es el ácido fólico, un complejo de vitamina B (Cleves y otros, 2004). La carencia de ácido fólico está relacionada con defectos en el tubo neuronal, como la espina bífida en el recién nacido (Evans y otros, 2004; Faber y otros, 2004). El Servicio Público Sanitario de Estados Unidos recomienda ahora que las mujeres embarazadas consuman un mínimo de 400 microgramos de ácido fólico al día (aproximadamente dos veces más de la media que una mujer consume al día). El zumo de naranja y las espinacas son alguno de los alimentos ricos en ácido fólico.

Estados emocionales y estrés Abundan las historias sobre cómo el estado emocional de la mujer embarazada afecta al feto. Durante años se ha pensado que las malas experiencias, como una gran tormenta o una muerte en la familia, dejaban marcas de nacimiento en el niño o le podía afectar de forma más seria. De hecho,

el estrés de la madre puede trasmitirse al feto, pero tenemos un mejor conocimiento sobre cómo tiene lugar (Federenko y Wadhwa, 2004; Loveland y otros, 2004; Relier, 2001). Cuando una mujer embarazada experimenta temores intensos, ansiedad y otras emociones, tienen lugar cambios fisiológicos que pueden afectar también al feto (Monk y otros, 2004; Niederhofer y Reieter, 2004). Por ejemplo, producir adrenalina en respuesta al miedo restringe el flujo de sangre al área uterina y puede privar al feto de una oxigenación adecuada.

Los investigadores han descubierto relaciones entre la salud fetal y varios estados en la madre, aunque los mecanismos que los relacionan todavía no son muy seguros. Las mujeres que sufren de estrés son 4 veces más propensas a tener a sus hijos de forma prematura (Dunkel-Schetter, 1998; Dunkel-Schetter y otros, 2001). ¿Por qué? El estrés maternal puede aumentar el nivel de liberación de la hormona corticotropina (CRH) a comienzos del embarazo (Hobel y otros, 1999). La CRH se ha relacionado con el parto prematuro. El estrés de la madre puede también influir de forma indirecta en el feto aumentando las posibilidades de que la madre tenga un comportamiento poco saludable, como el consumo de drogas y el poco cuidado prenatal.

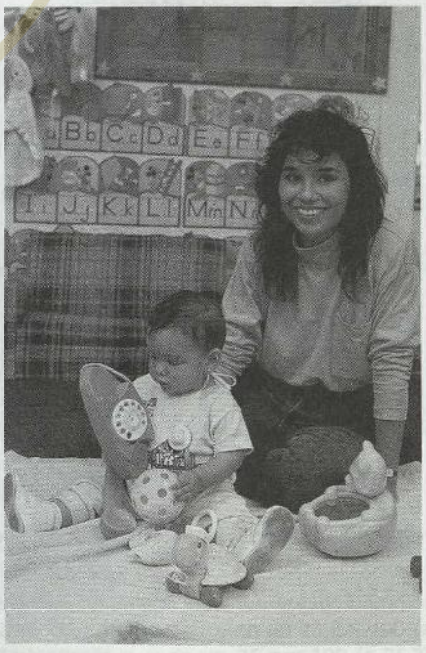
El estado emocional de la madre durante el embarazo también puede influir en el proceso del parto. Una madre angustiada puede tener contracciones irregulares y un parto más difícil, que puede causar irregularidades en el suministro del oxígeno del bebé o producir irregularidades después del parto. Los bebés nacidos después de un parto prolongado pueden adaptarse más lentamente al mundo y de forma más irritable.

El estado emocional positivo también parece marcar una diferencia para el feto. Las mujeres embarazadas que son optimistas tienen resultados menos adversos que aquellas que son pesimistas (Lobel y otros, 2002). Las optimistas creen que tienen un mayor control sobre el resultado de su embarazo.

Edad maternal Cuando consideramos la edad de la madre en términos de posibles efectos dañinos en el feto y en el bebé, dos edades centran el interés: la adolescencia y a partir de los 35 (Abel, Kruger y Burd, 2002). Aproximadamente uno de cada cinco nacimientos es de una adolescente; en algunas áreas urbanas, la cantidad es uno de cada dos. Los bebés nacidos de madres adolescentes a menudo son prematuros (Ekwo y Moawad, 2001). La tasa de mortalidad de bebés nacidos de madres adolescentes es el doble que el de madres de 20 años. Aunque esta tasa alta probablemente refleja la inmadurez del sistema reproductivo de las madres, una mala nutrición, una falta de cuidado prenatal y un estatus socioeconómico bajo (Lenders, McElrath y Scholl, 2000). El cuidado prenatal disminuye la probabilidad de que el bebé de una madre adolescente tenga problemas físicos. Sin embargo, los adolescentes son el grupo de edad que recibe menos asistencia de las clínicas, de los pediatras y de los servicios sanitarios.

Los problemas principales para el feto cuando la madre tiene más de 35 años incluyen un mayor riesgo de bajo peso al nacer y síndrome Down. Como hemos tratado con anterioridad en este capítulo, el riesgo de síndrome Down está relacionado con la edad de la madre (Holding, 2002). Un estudio reciente ha descubierto que los partos de bebés con bajo peso al nacer aumentaban en un 11 por 100 y el parto prematuro aumentaba un 14 por 100 en mujeres a partir de los 35 años (Tough y otros, 2002). La probabilidad de que las madres de 16 a 34 años tengan un hijo con síndrome Down es baja.

Todavía tenemos mucho que aprender sobre el papel de la edad de la madre durante el embarazo y el parto. Mientras las mujeres permanecen activas, hacen ejercicio de forma regular y tienen cuidado con la nutrición, sus sistemas reproductivos pueden permanecer más sanos a edades mayores que en el pasado.



¿Cuáles son algunos de los riesgos de los bebés de madres adolescentes?

Factores paternos Hasta ahora, hemos considerado los factores maternales durante el embarazo que pueden influir en el desarrollo prenatal y en el desarro-

llo del niño. ¿Pueden existir también factores de riesgo paternos? De hecho hay bastantes. La exposición de los hombres al plomo, a la radiación, a ciertos pesticidas y a sustancias petroquímicas puede causar anomalías en el esperma que pueden acabar en aborto o en enfermedades, como cáncer en la infancia (Trasler, 2000; Trasler y Doerkson, 2000). Cuando la dieta del padre es baja en vitamina C, sus hijos tendrán un mayor riesgo de sufrir alteraciones en el nacimiento y cáncer (Fraga y otros, 1991). Además, se ha especulado que cuando los padres consumen cocaína, ésta puede atacar al esperma y causar defectos de nacimiento, pero estas especulaciones no han sido todavía confirmadas.

Si el padre fuma durante el embarazo de la madre también puede causar problemas para el feto. En una investigación se afirma que, los recién nacidos de padres que fumaron durante el embarazo de sus mujeres eran 100 gramos más pequeños al nacer por cada paquete de cigarrillos diario, que los recién nacidos de padres no fumadores (Rubin y otros, 1986). Según otro estudio, realizado en China, cuanto más tiempo fumara el padre, mayor era el riesgo de que el niño desarrollase cáncer (Ji y otros, 1997). En estos estudios, es muy difícil separar los efectos prenatales y postnatales.

La edad del padre también marca una diferencia. Cuando los padres son mayores también pueden trasmitir a su descendencia el riego de ciertas alteraciones en el nacimiento, incluyendo el síndrome de Down (alrededor del 5 por 100 de estos niños tienen padres mayores), enanismo y el síndrome Marfan, que implica malformaciones en la cabeza y en las extremidades.

Existen riesgos también cuando los dos, la madre y el padre son mayores. En un estudio reciente, el riesgo de tener un embarazo con resultado adverso, como un aborto, era mucho mayor cuando la mujer tenía 35 años o más y el hombre tenía 40 años o más (de la Rochebrochard y Thonneau, 2002).

Cuidado prenatal

El cuidado prenatal varía mucho, pero normalmente implica unos servicios de cuidados médicos determinados y unas visitas establecidas (McCormick, 2001; Parmet, Lynn y Glass, 2004). Además del cuidado médico, los programas de cuidado prenatal a menudo incluyen servicios educativos, sociales y nutricionales (Willis y otros, 2004). El cuidado prenatal a menudo incluye una revisión sobre las condiciones generales y las posibles enfermedades que se pueden tratar que puedan afectar al bebé o a la madre. La educación que recibe una futura madre sobre el embarazo, el parto y el alumbramiento y el cuidado del recién nacido puede ser extremadamente valiosa, especialmente para las madres primerizas (Chang y otros, 2003; Cosey y Bechtel, 2001). El cuidado prenatal también es muy importante para las mujeres que viven en situación de pobreza porque las pone en contacto con otros servicios sociales. La duración del cuidado prenatal continúa después del nacimiento, porque las mujeres que reciben este tipo de cuidados son más propensas a buscar cuidados preventivos para sus recién nacidos (Bates y otros, 1994).

El cuidado prenatal inadecuado puede darse por una serie de razones, incluyendo el sistema sanitario, el personal sanitario, y las características sociales e individuales (Lewallen, 2004; Malulik, 2003; Thompson y otros, 2003). Un estudio reciente ha descubierto que las mujeres que no tenían cuidados prenatales eran más propensas a tener bebés con bajo peso al nacer, una mayor mortalidad y otra variedad de problemas físicos que las mujeres que sí los recibían (Herbst y otros, 2003).

También es importante motivar las actitudes positivas con respecto al embarazo. Las mujeres que tienen embarazos no deseados o no planificados o que tienen actitudes negativas con respecto a su embarazo son más propensas a retrasar los cuidados prenatales o a no asistir a las citas médicas (Joseph, 1989).

A continuación en el apartado de «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital», compararemos los cuidados prenatales en diferentes países.



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Cuidado prenatal en Estados Unidos y en el resto del mundo

Aunque Estados Unidos es una nación avanzada desde el punto de vista económico y tecnológico, todavía cuenta con una tasa de bebés con bajo peso al nacer superior al de otros países (Grant, 1997; Smulian y otros, 2002). Solo el 4 por 100 de los bebés nacidos en Suecia, Finlandia, Holanda y Noruega tienen bajo peso al nacer y solo el 5 por 100 de los nacidos en Nueva Zelanda, Australia, Francia y Japón tienen bajo peso al nacer. En Estados Unidos, casi el 8 por 100 de los recién nacidos tienen bajo peso al nacer. En algunos países en vías de desarrollo, como Bangladesh, dónde hay una gran pobreza y la salud y la nutrición de las madres es escasa, el porcentaje de bebés con bajo peso al nacer aumenta hasta el 50 por 100.

En Estados Unidos, existen diferencias entre el desarrollo prenatal y el nacimiento de los bebés afroamericanos y los bebés blancos de origen no latino (Dubay y otros, 2001). Los bebés afroamericanos son dos veces más propensos a nacer de forma prematura, tener bajo peso al nacer y tener madres que han recibido cuidado prenatal tardío o ningún cuidado. Son tres veces más propensos a que sus madres mueran durante el parto y cinco veces más propensos a tener madres solteras adolescentes (Edelman, 1995).

En muchos de los países donde el porcentaje de bebés con bajo peso al nacer es más bajo que en Estados Unidos, el cuidado prenatal y posnatal es gratuito o tiene un coste muy bajo para las madres. Este cuidado incluye una baja maternal remunerada para las madres que varía de 9 a 40 semanas. En Noruega y Holanda el cuidado prenatal es coordinado por un médico de medicina general, un ginecólogo y una matrona. Un estudio reciente ha descubierto que en Estados Unidos la ausencia de cuidados prenatales aumentaba el riesgo de nacimientos prematuros casi por tres para las mujeres afroamericanas y blancas no latinas (Vintzileos y otros, 2002). Otro estudio reciente ha descubierto que cuanto más tarde empieza el cuidado prenatal, mayor es el riesgo de malformaciones congénitas (Carmichael, Shaw y Nelson, 2002).

Durante muchos años, existió una diferencia sobre el cuidado prenatal que recibían las futuras madres afroamericanas y blancas no latinas. Por ejemplo, en los años ochenta más de una quinta parte de todas las madres blancas no latinas y un tercio de las madres afroamericanas no recibían cuidados prenatales durante el primer trimestre de su embarazo, y el 5 por 100 de las mujeres blancas y el 10 por 100 de las mujeres afroamericanas no recibían ningún tipo de cuidado prenatal durante todo el embarazo. Sin embargo, desde 1990 hasta el año 2001, el cuidado prenatal programado aumentó para mujeres de una gran variedad de origen étnico en Estados Unidos, aunque las mujeres blancas todavía recibían estos cuidados en mayor medida que las mujeres afroamericanas o latinas (MacDorman y otros, 2002) (véase la Figura 4.5). Otros investiga-

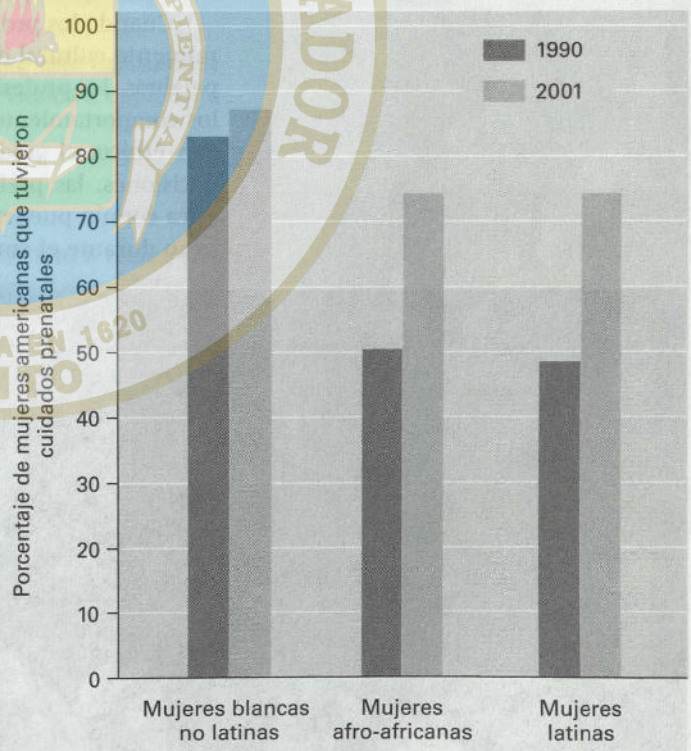


FIGURA 4.5 El porcentaje de mujeres americanas que tuvieron cuidados prenatales: 1990 a 2001

Desde 1990 a 2001, los cuidados prenatales han aumentado un 6 por 100 (a 88,5) para las mujeres blancas no latinas, en un 23 por 100 (a 74,5) para las mujeres afro-americanas, y en un 26 por 100 (a 75,7) para las mujeres latinas en Estados Unidos (MacDorman y otros, 2002).

dores han descubierto que las diferencias en el cuidado prenatal para las mujeres blancas y las mujeres afroamericanas está disminuyendo (Alexander, Kogan y Nabukera, 2002).

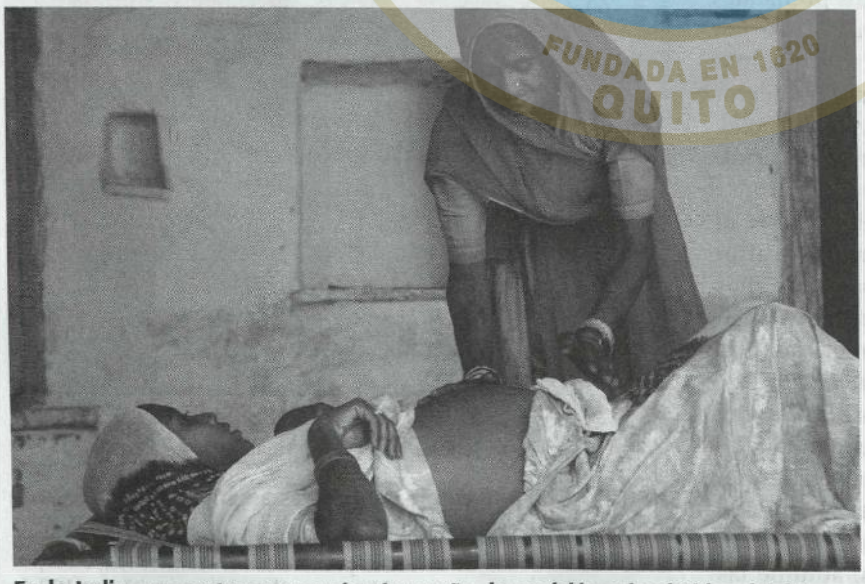
Muchos de los investigadores sobre desarrollo infantil creen que Estados Unidos necesita servicios educativos y médicos más adecuados para mejorar la calidad del cuidado prenatal y reducir el porcentaje de bebés con bajo peso al nacer (Maulik, 2003; Parmet, Lynn y Glass, 2004; Thompson y otros, 2003).

Creencias culturales sobre el embarazo

Todas las culturas tienen creencias y rituales sobre los eventos principales de la vida, incluyendo el embarazo. Algunas culturas tratan el embarazo como algo natural, otras lo ven como una condición médica. Obtener cuidados médicos durante el embarazo puede no parecer importante para las mujeres cuya cultura define el embarazo como una condición natural.

Cómo se comportan las futuras madres durante el embarazo puede depender en parte de la predominancia de los remedios caseros tradicionales y las creencias populares, la importancia de los curanderos indígenas y la influencia de los profesionales sanitarios. Por ejemplo, algunos filipinos no toman ningún medicamento durante el embarazo. Muchas mujeres americanas de origen mejicano buscan consejo sobre su embarazo en sus madres y otras mujeres mayores de su comunidad. Pueden también llamar a un experto en medicina indígena llamado *curandero*. En algunas culturas las mujeres recurren a expertos en hierbas, curanderos espirituales, expertos en raíces o espiritualistas para que las ayuden.

Cuando los profesionales de la salud trabajan con las futuras madres, el asesoramiento cultural debería ser un componente importante de su cuidado. En otras palabras, los profesionales de la salud deben identificar las creencias, los valores y los comportamientos relacionados con la crianza de los hijos. En particular, el origen étnico, el grado de afiliación con el grupo étnico, los patrones de toma de decisiones, las preferencias religiosas, el lenguaje, el estilo de comunicación, la ética común pueden afectar la actitud de una mujer con respecto al cuidado necesario durante el embarazo.



En la India, una matrona controla el tamaño, la posición y los latidos del feto. Las matronas son las encargadas de asistir al parto en muchas culturas alrededor del mundo. *¿Cuáles son algunas de las variaciones culturales en el cuidado prenatal?*

Los trabajadores sanitarios deben evaluar si las creencias o las costumbres de una mujer pueden poner en peligro al feto o a ella misma. Si es así, el profesional sanitario debe considerar una manera sensible culturalmente para sobrellevar el problema.

Desarrollo prenatal normal

Gran parte de lo que hemos tratado hasta ahora en este capítulo se ha centrado en qué puede ir mal durante el desarrollo prenatal. Es importante tener en cuenta que en la mayor parte de las ocasiones, el desarrollo prenatal es correcto y se produce dentro de las pautas positivas que hemos descrito al comienzo del capítulo (Lester, 2000). No obstante, las futuras madres y aquellas mujeres embarazadas deben seguir ciertos pasos para evitar las vulnerabilidades que hemos descrito para el desarrollo prenatal.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Describir el desarrollo prenatal

REVISA

- ¿Cuál es el curso del desarrollo prenatal?
- ¿Cuáles son algunos de los peligros principales para el desarrollo prenatal?
- ¿Cuáles son algunas buenas estrategias para el cuidado prenatal?
- ¿Cuáles son algunas de las creencias culturales sobre el embarazo?
- ¿Normalmente el desarrollo prenatal es peligroso?

REFLEXIONA

- ¿Qué se puede hacer para convencer a una mujer embarazada de que no debe beber alcohol ni fumar? Piensa sobre el papel de los profesionales sanitarios, las compañías de seguros y los programas específicos dirigidos a las mujeres embarazadas.

2 NACIMIENTO

El proceso del nacimiento | Bebés de bajo peso | Medidas de la salud y capacidades de respuesta neonatal

Como hemos visto en la historia sobre Tanner Roberts que abre este capítulo, se producen muchos cambios durante el nacimiento de un niño. Vamos a explorar a continuación el proceso del nacimiento.

El proceso del nacimiento

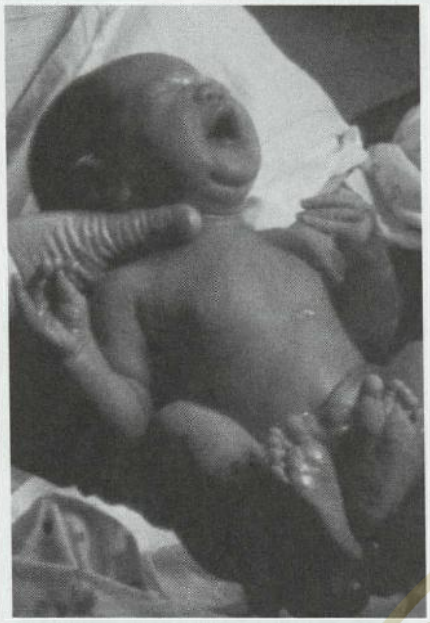
Vamos a examinar aquí las fases del nacimiento, la transición de feto a recién nacido, las estrategias del parto, los bebés con bajo peso al nacer y las medidas de salud y respuesta neonatal (del recién nacido).

Fases del nacimiento El parto o alumbramiento se produce en tres fases. Para una mujer primeriza la primera fase dura una media de 12 a 24 horas, es la más larga de las tres. En la primera fase, las contracciones uterinas ocurren cada 15 o 20 minutos al principio y duran casi un minuto. Estas contracciones hacen que el cuello del útero de la mujer, la apertura hacia el canal del parto se expanda y se abra. A medida que esta fase avanza, las contracciones son más seguidas apareciendo cada 2/5 minutos y su intensidad también aumenta. Al final de la primera fase, las contracciones dilatan el cuello del útero hasta abrirlo unos 2 cm, para que el bebé pueda moverse del útero al canal del parto.

La segunda fase del nacimiento comienza cuando la cabeza del bebé empieza a moverse por el cuello del útero y el canal del parto y termina cuando el bebé emerge completamente del cuerpo de la madre. En el primer parto esta fase dura aproximadamente una hora y media. Con cada contracción la madre empuja con fuerza para que el bebé salga. En el momento que la cabeza del bebé está fuera del cuerpo de la madre las contracciones son casi cada minuto y duran aproximadamente un minuto.

El *alumbramiento* es la tercera fase, el momento cuando la placenta, el cordón umbilical y otras membranas se separan y se expulsan. Esta fase final es la más corta de las tres, dura sólo unos minutos.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OPTIMUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620



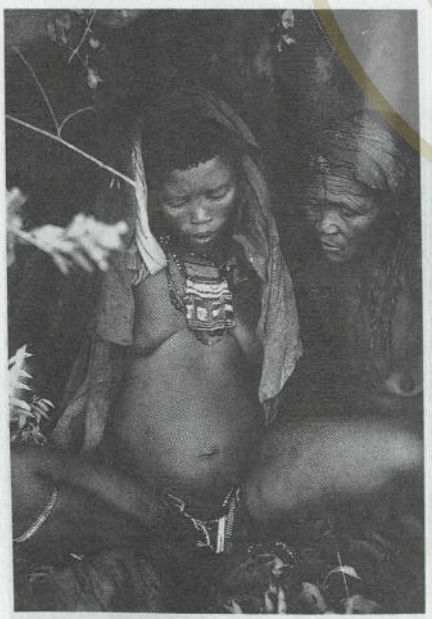
Después del largo proceso de desarrollo prenatal, tiene lugar el nacimiento. Durante el parto el bebé se encuentra en un umbral entre dos mundos. *¿Cómo es la transición de feto a recién nacido?*

La transición de feto a recién nacido Nacer implica un estrés considerable para el bebé. Durante cada contracción, cuando la placenta y el cordón umbilical están comprimidos a medida que los músculos uterinos se juntan, el suministro de oxígeno para el feto disminuye. Si el proceso del parto dura demasiado se puede producir anoxia. La *anoxia* es la condición según la cual el feto/recién nacido sufre una insuficiencia en el suministro de oxígeno que puede causarle daño cerebral.

El bebé tiene una capacidad considerable para aguantar el estrés del nacimiento. En circunstancias estresantes se segregan grandes cantidades de adrenalina y noradrenalina, hormonas que son importantes para proteger al feto de una eventual falta de oxígeno. Estas hormonas aumentan la actividad de bombeo del corazón, aumenta el ritmo cardíaco, la sangre fluye hacia el cerebro y aumenta el nivel de azúcar en sangre. Nunca más en toda la vida se volverán a segregar esta cantidad de hormonas. Esta circunstancia subraya lo estresante que es el momento del nacimiento pero también lo preparado y adaptado que está el feto para el nacimiento (*Committee on Fetus and Newborn*, Comité sobre el Feto y Recién nacido, 2000; Van Beveren, 2002).

Como vimos en el caso de Tanner Roberts al comienzo de este capítulo, el cordón umbilical se corta inmediatamente después del nacimiento y el bebé se queda solo. En ese momento 25 millones de pequeños alvéolos en los pulmones tienen que llenarse de aire. Los primeros resuellos son siempre los más duros. Hasta el momento, el oxígeno provenía de la madre a través del cordón umbilical, pero ahora el bebé tiene que ser autosuficiente y respirar por sí solo.

En el momento del nacimiento, el bebé está cubierto con lo que se llama *vernix caseosa*, una grasa que protege la piel. La *vernix* es una secreción de grasa y de células muertas, que sirve para proteger la piel del bebé contra la pérdida de calor antes y durante el parto. Después de que la madre y el bebé se encuentran y se familiarizan, se llevan al bebé para limpiarlo, examinarlo, pesarlo y evaluarlo. Más tarde en este capítulo veremos diversas medidas usuales para examinar la salud y las respuestas del recién nacido.



Una mujer de la cultura africana Kung dando a luz en la posición sentada. Observa que la ayuda y el apoyo se lo brinda otra mujer. *¿Cuáles son algunas de las variaciones culturales durante el parto?*

Estrategias del parto Entre las decisiones que tenemos que tomar con respecto al parto están el lugar, quién nos atenderá y qué técnicas se usarán. A continuación estudiaremos las opciones disponibles para los futuros padres.

Lugar del parto y personas que nos atenderán En Estados Unidos, el 99 por 100 de los partos tienen lugar en hospitales y más del 90 por 100 son atendidos por médicos (Ventura y otros, 1997). La mayoría de los hospitales han reemplazado las «salas de parto» estériles de principios del siglo XX por habitaciones que se asemejan a un hogar y se tiene como norma que el padre o un asistente pueda estar con la madre durante el proceso del parto y el alumbramiento. La normativa médica permite que la madre y su ginecólogo elijan entre una gran variedad de experiencias para el parto, desde un parto natural y sin ningún tipo de tratamiento médico hasta un parto más complejo que necesita un cuidado médico intensivo. Un centro para nacimientos ofrece un equilibrio entre un nacimiento tecnológico y poco personalizado de un hospital (que no puede ofrecer la experiencia emocional de un parto en casa) y un parto en casa (que no puede ofrecer la experiencia médica de un hospital). Algunas mujeres con un buen historial médico y un riesgo bajo de tener problemas durante el parto deciden tener un parto casero o en un centro alternativo para nacimientos, que normalmente está atendido por matronas (Wong, Perry y Hockenberry, 2001).

Las matronas son normalmente las que atienden los partos en la mayor parte del mundo, sin embargo, en Estados Unidos sólo aproximadamente el 6 por 100 de las mujeres que dan a luz un bebé son atendidas por matronas (Tritten, 2004; Ventura y otros, 1997). En Estados Unidos la mayor parte de las matronas son enfermeras que se han preparado de manera específica para asistir en los partos (Hyde y Roche-Reid, 2004; O'Dowd, 2004). En comparación con los médicos, las

matronas normalmente pasan más tiempo con los pacientes durante las visitas prenatales, hacen un mayor hincapié en el asesoramiento y la educación, proporcionan un mayor apoyo emocional y es más probable que estén con la paciente durante todo el proceso del parto.

En muchos países, es más corriente que los bebés vengan al mundo en la propia casa de lo que lo es en Estados Unidos. Por ejemplo, en Holanda el 35 por 100 de los bebés nacen en su casa y más del 40 por 100 de los partos son atendidos por matronas en lugar de médicos (Treffers y otros, 1990).

En muchos países, una *duola* (asistente al parto) atiende a la mujer embarazada. *Duola* es la palabra griega que significa «mujer que ayuda». Una **duola** es una cuidadora que proporciona apoyo físico, emocional y educativo continuo para la madre antes, durante y después del parto. Los investigadores han descubierto efectos positivos cuando una asistente al parto está presente durante el nacimiento de un niño (Stein, Kennell y Fulcher, 2003). Según un estudio, las madres que reciben apoyo de una asistente afirmaron padecer menos dolor que las madres que no reciben este apoyo (Klaus, Kennell y Klaus, 1993). Una de las funciones típicas de una asistente como parte del «equipo del parto» es servir como ayudante a las matronas y los ginecólogos del centro hospitalario (McGrath y otros, 1999; Pascali-Bonaro, 2002).

En Estados Unidos, la mayor parte de las asistentes al parto trabajan como profesionales independientes contratadas por la futura madre. Los centros sanitarios ofrecen cada vez más el apoyo de una asistente como una parte más de los cuidados obstétricos. En muchas culturas, el trabajo de una mujer sabia ayudando a una madre durante el parto no es reconocido oficialmente como «asistencia al parto» pero es simplemente una costumbre ancestral aceptada.

Existen otras costumbres en relación a quienes atienden a la madre durante el parto que son muy diferentes de las de la cultura occidental. En la cultura Nigoni del Este de África, los hombres están excluidos por completo del proceso del parto. En esta cultura, las mujeres ocultan el embarazo a sus maridos tanto tiempo como pueden. En la cultura Nigoni, cuando una mujer está a punto de dar a luz, las mujeres de su entorno se trasladan a su cabaña y el marido se va, llevándose sus pertenencias con él (ropa, herramientas, armas y demás) y no le es permitida la vuelta hasta que el bebé nace. En algunas culturas, el nacimiento es un acto comunitario mucho más abierto que en Estados Unidos. Por ejemplo, en la cultura Pukapukan en las Islas del Pacífico, las mujeres dan a luz en un refugio que está abierto a todos los habitantes del pueblo.

Métodos de parto Entre los métodos de parto están el medicinal, natural y preparado, y la cesárea. La Academia Americana de Pediatría recomienda que se tome la menor cantidad de medicinas posibles durante el parto, aunque es la madre o el personal médico que la atiende los que deben decidir qué tipo de fármacos son necesarios.

Hay tres tipos de fármacos básicos que se usan durante el parto: analgésicos, anestesia y oxitocinas. Los *analgésicos* se utilizan para paliar el dolor. Los analgésicos incluyen los tranquilizantes, los barbitúricos y los narcóticos (como el Demerol). La *anestesia* se utiliza al final de la primera fase del parto y durante la expulsión del bebé para reducir la sensibilidad en un área del cuerpo o para evitar la conciencia. Existe la tendencia a no utilizar anestesia general en un parto normal porque puede trasmitirse al feto a través de la placenta. Sin embargo, la anestesia epidural no atraviesa la placenta. La *anestesia epidural* es un anestésico local que adormece el cuerpo de la mujer de cintura para abajo. Aunque este procedimiento está considerado como relativamente seguro, ha sido criticado recientemente por estar asociado con fiebre, un parto más largo y un incremento en el riesgo de cesárea (Ransjo-Arvidson y otros, 2001). Las *oxitocinas* son hormonas sintéticas que se utilizan para estimular las contracciones del parto. El pitocín es la oxitocina más usada (Carbonne, Tsatsarius y Goffinet, 2001; Gard y otros, 2002).

Predecir de qué modo va a afectar un fármaco concreto a una mujer embarazada en particular y al feto es difícil. Aunque todos los seres humanos tenemos muchas cosas en común, también variamos en gran medida. De este modo, aunque un fármaco en concreto tenga un efecto mínimo en un feto, puede tener un efecto mucho más fuerte en otro. La dosis del fármaco es también un factor; una dosis de tranquilizantes y narcóticos mayor suministrada a la madre para mitigar el dolor tiene un efecto más negativo en el feto que una dosis más moderada. Es importante para la madre evaluar su nivel de dolor e implicarse en la toma de decisiones sobre si debe o no recibir medicación (Young, 2001).

Durante un cierto tiempo se tendió a los partos naturales sin ningún fármaco, hoy en día el énfasis está en tomar algún tipo de medicación pero manteniéndola al mínimo posible. También se intenta educar a la madre en términos generales para que se sienta más segura y confiada. Este énfasis en la educación se refleja en las técnicas de parto natural y preparado.

El **parto natural** se desarrolló en 1914 por un ginecólogo inglés llamado Grantley Dick-Read. Trata de reducir el dolor de la madre disminuyendo su miedo a través de la educación sobre el parto y enseñándole métodos de respiración y técnicas de relajación durante éste. Dick-Read creía también que la relación del médico con la madre es un factor importante para reducir su percepción de dolor. Opinaba que el médico debía estar presente durante las horas anteriores al parto y debía proporcionar seguridad.

El **parto preparado** se desarrolló por el ginecólogo francés Ferdinand Lamaze. Esta estrategia para el parto es similar al parto natural pero incluye una técnica respiratoria especial para controlar la presión de los últimos momentos del parto e incluye cursos sobre anatomía y fisiología más detallados. El método Lamaze se ha hecho muy popular en Estados Unidos. Normalmente el marido o un amigo o una amiga de la mujer embarazada hace de entrenador, asiste a las clases de preparación al parto con ella y la ayuda con la respiración y la relajación durante el parto.

Se han desarrollado muchas otras técnicas de parto preparado, que a menudo incluyen elementos del parto natural de Dick-Read o del método Lamaze, además de uno o más componentes nuevos. De hecho, el método Bradley presta una atención especial al papel del padre como entrenador en el parto. Prácticamente todos los métodos de parto preparado se centran de algún modo en la educación, la relajación, los ejercicios de respiración y el apoyo. En los últimos años se han desarrollado nuevas técnicas de relajación, incluyendo la visión de imágenes, el masaje y la meditación. En resumen, la creencia actual sobre el parto preparado es que cuando se proporciona la información y el apoyo adecuados la mujer sabe cómo dar a luz.

En un *parto por cesárea* el bebé es extraído del útero de su madre a través de una incisión realizada en su abdomen. Se realiza una cesárea si el bebé está en **posición de nalgas,** que hace que sean las nalgas del bebé lo que primero emerja de la vagina. Normalmente, la coronilla del bebé es lo que primero aparece, pero en uno de cada 25 bebés la cabeza del bebé permanece en el útero mientras que el resto de su cuerpo está fuera, esto puede producir problemas respiratorios.

Los partos por cesárea también se realizan si el bebé está en posición transversal en el útero, si la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de su madre, si el bebé desarrolla alguna complicación o si la madre tiene alguna hemorragia vaginal.

Los beneficios y los riesgos de una cesárea continúan siendo debatidos (Green y otros, 2001; Papp, 2003; Peskin y Reine, 2002). Los partos por cesárea son más seguros que los partos invertidos, pero implican mayor riesgo de infecciones, mayor estancia en el hospital y un mayor gasto y estrés que acompaña a cualquier intervención quirúrgica.

Algunos críticos creen que en Estados Unidos nacen demasiados bebés por cesárea. Se practican más cesáreas en Estados Unidos que en cualquier otro país

del mundo. En los años ochenta, los nacimientos por cesárea se incrementaron en Estados Unidos casi un 50 por 100, donde casi uno de cada cuatro bebés nacía por este método. En los años noventa, disminuyeron las cesáreas pero recientemente han vuelto a aumentar (*Nacional Center for Health Statistics*, Instituto Nacional de Estadísticas Sanitarias, 2002).

Bebés de bajo peso

Un **bebé con un peso bajo al nacer** es el que pesa menos de dos kilos y medio al nacer. Los bebés que tienen un peso muy bajo al nacer son los que pesan menos de un kilo y medio y aquellos que tienen un peso extremadamente bajo son los que pesan menos de un kilo (Tang y otros, 2004). Otra forma de clasificar a los recién nacidos implica si son prematuros o pequeños para su tiempo.

Los **bebés prematuros** son aquellos que nacen tres semanas o más antes de que el embarazo llegue a su final. Esto significa que el término «prematuro» se le da a un bebé que nace a las 35 semanas o menos después de la concepción. Un período de gestación corto no daña necesariamente al bebé. El desarrollo neurológico de un bebé continúa después del parto, aproximadamente al mismo ritmo como si el bebé prematuro continuara en el útero. Por ejemplo, consideremos un bebé prematuro nacido a las 30 semanas de la concepción. A las 38 semanas, aproximadamente dos meses después de nacer, este bebé muestra el mismo nivel de desarrollo cerebral que un feto de 38 semanas que todavía no ha nacido. Sin embargo, la mayoría de los bebés prematuros nacen con bajo peso. Según un estudio reciente, las inyecciones semanales de progesterona, producida de forma natural por los ovarios, disminuían el porcentaje de bebés prematuros en un tercio (Meis y Peaceman, 2003). Los investigadores recomiendan una investigación más profunda para determinar la manera más segura y efectiva de administrar el fármaco.

Los **bebés pequeños para su tiempo** (también llamados *bebés pequeños para su edad gestacional*) son aquellos cuyo peso al nacer es inferior al normal cuando se considera la duración del embarazo. Pesan menos que el 90 por 100 de los bebés de la misma edad gestacional. Estos bebés pueden ser prematuros o no. Un estudio reciente ha descubierto que los bebés pequeños para su tiempo tienen un riesgo de muerte cuatro veces mayor (Regev y otros, 2003).

La incidencia de bebés pequeños para su tiempo varía considerablemente de un país a otro. El porcentaje de estos bebés en Estados Unidos es del 7,8 por 100, una cifra considerablemente superior a la de muchos otros países desarrollados (*Nacional Center for Health Statistics*, Instituto Nacional de Estadísticas Sanitarias, 2004; UNICEF, 2004) (véase la Figura 4.6). En los países en vías de desarrollo, los bebés pequeños para su tiempo se deben fundamentalmente a la mala salud y nutrición de la madre. La diarrea y enfermedades como la malaria, que son comunes en estos países, pueden dañar el crecimiento fetal si la madre se enferma durante el embarazo. En los países desarrollados el hábito de fumar en una mujer embarazada es la causa principal de los nacimientos de estos bebés (UNICEF, 2004). En los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo las adolescentes que dan a luz antes de que sus cuerpos hayan madurado por completo corren el riesgo de tener bebés pequeños para su edad gestacional. Se considera que en Estados Unidos, el aumento de estos bebés se debe al incremento del número de adolescentes que tienen niños, el consumo de drogas y una nutrición inadecuada.

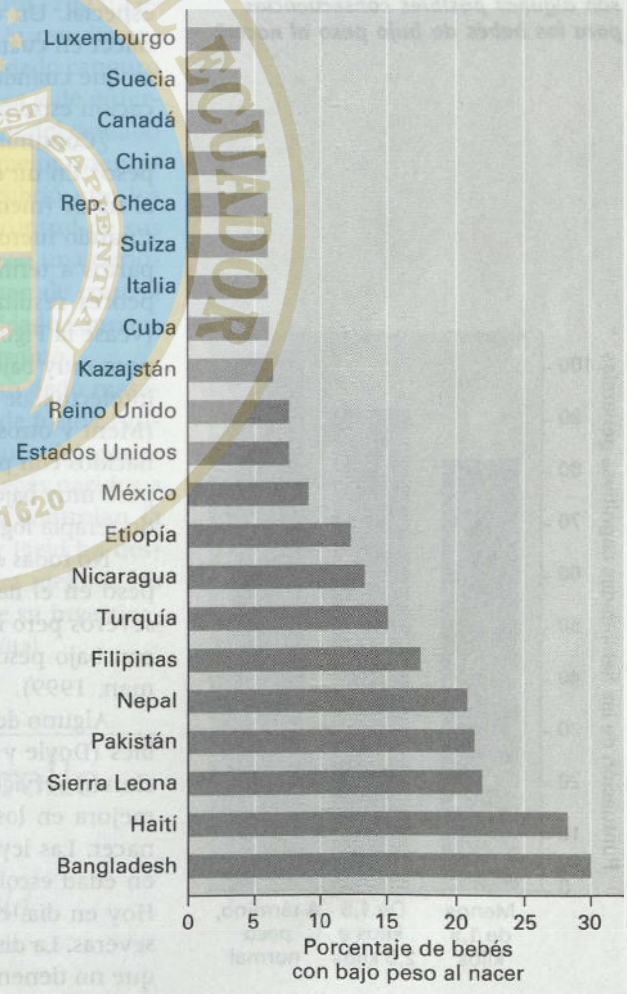


FIGURA 4.6 Índice de bebés con bajo peso al nacer según países
La gráfica muestra el porcentaje de niños nacidos con bajo peso en una serie de países alrededor del mundo (UNICEF, 2001).



Un «bebé de un kilo» al nacer. *¿Cuáles son algunas posibles consecuencias para los bebés de bajo peso al nacer?*

Consecuencias a largo plazo para los bebés de bajo peso al nacer Aunque la mayoría de los bebés de bajo peso al nacer son normales y sanos, en general tienen más problemas de salud y de desarrollo que los bebés con un peso normal al nacer (Chaudhari y otros, 2004; Gale y Martyn, 2004). La cantidad y severidad de estos problemas aumenta a medida que el peso al nacer desciende (Kilbride, Thorstad y Daily, 2000, 2004). Los índices de supervivencia de los bebés que nacen muy pronto o muy pequeños han aumentado, pero está mejora ha traído consigo un aumento en los índices de daño cerebral severo (Yu, 2000). Cuanto menor sea el peso del cerebro, mayor será la probabilidad de daño cerebral (Watenberg y otros, 2002). Aproximadamente el 7 por 100 de los bebés con bajo peso moderado (1 kilo y medio a 2 kilos y medio) sufren daños cerebrales. Estas cantidades aumentan en un 20 por 100 para los recién nacidos más pequeños (desde los 500 gramos hasta 1 kilo y medio). Los bebés con bajo peso al nacer son más propensos a tener problemas de pulmón o de riñón.

En la edad escolar, los niños que han nacido con bajo peso son más propensos a tener dificultades de aprendizaje, déficit de atención o problemas respiratorios como asma (Taylor, Klein y Hack, 1994). Los niños nacidos con peso muy bajo tienen más problemas de aprendizaje y menor nivel de dominio en lectura y matemáticas que los niños con bajo peso moderado al nacer. Aproximadamente el 50 por 100 de los niños con bajo peso al nacer participan en programas de educación especial. Un estudio reciente sobre los niños con peso extremadamente bajo al nacer en cuatro lugares (Nueva Yersey, Ontario, Bavaria y Holanda) ha descubierto que cuando estos niños tienen de 8 a 11 años, más de la mitad requerían educación especial o necesitaban repetir algún curso (Saigal y otros, 2003).

¿Continúan en la adolescencia estos resultados negativos derivados del bajo peso? En un estudio, se examinaron los resultados de niños de bajo peso extremo al nacer (menos de 1500 gramos) en la escuela secundaria (Taylor y otros, 2000). Cuando fueron comparados con grupos de control formados por niños nacidos de partos a término, los adolescentes que habían nacido con bajo peso obtuvieron peores resultados académicos y mostraron más problemas de comportamiento (véase la Figura 4.7). Sin embargo, según otro estudio la mayoría de los niños con peso muy bajo al nacer (con una media de 1 kilo) habían mejorado su coeficiente intelectual de los 3 años (coeficiente medio: 90) a los 8 años (coeficiente medio: 95) (Ment y otros, 2003). A pesar de la mejora, el coeficiente intelectual de los niños nacidos con peso muy bajo al nacer estaba por debajo de la media. Los niños con peso muy bajo al nacer que más habían mejorado eran aquellos que habían recibido terapia logopédica temprana y tenían madres con educación superior.

No todas estas consecuencias adversas pueden ser atribuidas solamente al bajo peso en el nacimiento. Algunos de los retrasos físicos y en el desarrollo menos severos pero más comunes ocurren debido a que muchos de los niños que nacen con bajo peso provienen de entornos desfavorecidos (Fang, Madhaven y Alderman, 1999).

Alguno de los efectos devastadores de nacer con bajo peso pueden ser reversibles (Doyle y otros, 2004). Programas de enriquecimiento intensivo que proporcionan servicios médicos y educativos para padres e hijos han demostrado una mejora en los resultados evolutivos a corto plazo de los niños con bajo peso al nacer. Las leyes estatales establecen que los servicios para los niños disminuidos en edad escolar deben ampliarse para incluir cuidados familiares para los bebés. Hoy en día, estos servicios están dirigidos a niños con discapacidades congénitas severas. La disponibilidad de servicios para niños con bajo peso moderado al nacer que no tienen problemas físicos severos varían dependiendo del lugar, pero generalmente estos servicios no están disponibles.

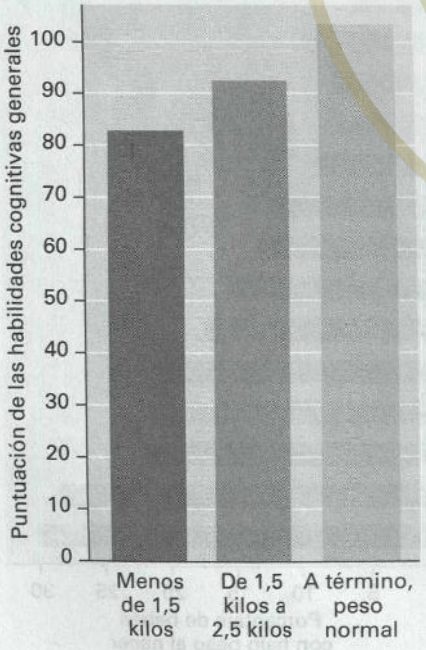


FIGURA 4.7 Comparación de las habilidades generales de procesamiento cognitivo para estudiantes de la escuela primaria que nacieron con bajo peso y con peso normal

Cuidados «canguro» y masaje terapéutico El **cuidado canguro** es una manera de sostener a un bebé prematuro para que tenga contacto directo con la piel. El bebé sólo lleva puesto un pañal y se sostiene contra el pecho desnudo de los pa-

dres. Este método se lleva a cabo normalmente durante dos o tres horas al día, contacto directo con la piel durante un largo período durante la primera infancia (Feldman y otros, 2003; White-Traut, 2004).

El nombre de *cuidado canguro* fue elegido para describir esta estrategia porque el método es similar a la forma en la que un canguro es transportado por su madre. Se cree que más de 200 unidades de cuidados intensivos neonatales practican el cuidado canguro en comparación con menos de 70 que lo hacían en los años noventa. Un reciente estudio afirma que hoy en día el 82 por 100 de las unidades de cuidados intensivos neonatales utilizan el cuidado canguro en Estados Unidos (Engler y otros, 2002).

¿Por qué usar el cuidado canguro con bebés prematuros? Los investigadores han descubierto que el contacto físico cercano con los padres puede ayudar a estabilizar el ritmo cardiaco, la temperatura y la respiración del bebé prematuro (Ferber y Makhoul, 2004; Ludington-Hoe y otros, 2004; Reid, 2004). Los bebés prematuros a menudo tienen dificultades para coordinar su ritmo cardiaco y su respiración. Los investigadores también han descubierto que las madres que utilizaban el cuidado canguro a menudo tenían más éxito a la hora de dar el pecho a sus bebés y mejoraban su suministro de leche. Es más, han descubierto que los bebés prematuros que experimentan el cuidado canguro tienen períodos de sueño más largos, ganan más peso, disminuye su llanto, tienen períodos de alerta más largos y salen antes del hospital (Chwo y otros, 2002; Feldman y otros, 2003; Lehtonen y Martin, 2004; Ludington-Hoe, Cong y Hashemi, 2002). Un estudio reciente ha comparado bebés con bajo peso al nacer que recibieron cuidado canguro con 27 bebés con bajo peso al nacer que recibieron cuidados médicos y de enfermería estándar (Ohgi y otros, 2002). A los 6 y a los 12 meses los bebés del cuidado canguro eran capaces de regular mejor sus organismos, tenían una mejor orientación y tenían un humor más positivo. Otro estudio reciente descubrió que los bebés prematuros que tuvieron cuidado canguro tenían un mejor control de sus respuestas, atendían de forma más efectiva a los estímulos y mostraron una curiosidad continua en las sesiones de juego que los prematuros del grupo de control que no habían recibido este cuidado (Feldman y otros, 2002). El cuidado canguro está siendo cada vez más recomendado también para los bebés a término.

A lo largo de la historia y en muchas culturas, los cuidadores han dado masajes a los bebés. En la India, África y Asia los bebés son masajeados de forma rutinaria por los padres y otros familiares durante varios meses después del parto. Muchos bebés prematuros experimentan menos contactos que los bebés nacidos a término debido a que se encuentran aislados en incubadoras que controlan la temperatura (Beachy, 2003). Sin embargo, la investigadora Tiffany Field ha despertado un gran interés en el papel que el masaje puede jugar para mejorar los resultados en el desarrollo de los bebés prematuros. Para leer sobre su investigación, véase el apartado de Investigación en el Desarrollo del Ciclo Vital.



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

La investigación de Tiffany Field sobre el masaje terapéutico

La investigación de Tiffany Field (1998, 2001, 2002, 2003; Field, Hernandez-Reif y Freedman, 2004; Field y otros, 2003) ha despertado el interés sobre el uso del contacto y el masaje para mejorar el crecimiento, la salud y el bienestar de los bebés. Tiffany Field es directora del Instituto de Investigación sobre el tacto



Aquí se muestra a Tiffany Field masajeando a un bebé recién nacido. ***¿A qué tipo de bebés les beneficia el masaje terapéutico?***

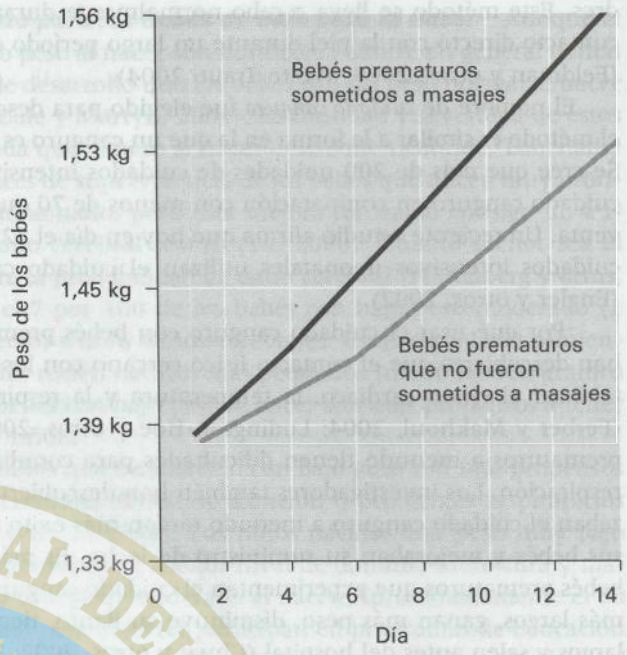


FIGURA 4.8 Comparación de ganancia de peso de bebés prematuros que fueron masajeados y aquellos no masajeados

La gráfica muestra que la media de peso diaria de los bebés prematuros que fueron masajeados fue mayor que la de los bebés prematuros que no fueron masajeados.

de la Facultad de Medicina de la Universidad de Miami. En su primer estudio en esta área, el masaje terapéutico consistía en palmaditas firmes con la palma de las manos que eran dadas a bebés prematuros tres veces al día en períodos de 15 minutos (Field y otros, 1986). El masaje terapéutico tenía como resultado un 47 por 100 de mayor aumento de peso que los tratamientos médicos estándar (véase la Figura 4.8). Los bebés masajeados eran también más activos y estaban más alerta que los prematuros que no eran masajeados y obtenían mejores resultados en los test de desarrollo.

En estudios posteriores, Field demostró los beneficios del masaje para los bebés que se enfrentaban con una variedad de problemas. Por ejemplo, en un estudio, Field (1992) aplicó masajes a bebés prematuros que habían sido expuestos a la cocaína dentro del útero. Estos bebés aumentaron de peso y mejoraron su puntuación en los test de desarrollo. En otra investigación, los recién nacidos de madres VIH positivas fueron asignados de forma aleatoria a un grupo de masajes terapéuticos y a un grupo de control que no recibía la terapia (Scafidi y Field, 1996). Los bebés en el grupo de masaje terapéutico recibieron masajes diariamente en sesiones de 15 minutos durante 10 días. Los bebés masajeados demostraron una actuación superior en una gran variedad de evaluaciones, incluyendo la ganancia de peso. Otro estudio investigó bebés de 1 a 3 meses nacidos de madres adolescentes deprimidas (Field y otros, 1996). Los bebés de madres deprimidas que recibieron masaje terapéutico tenían menos estrés —al igual que mejoraban emocionalmente, socialmente y de forma tranquila— comparados con aquellos bebés no masajeados de madres deprimidas.

En otros estudios llevados a cabo por Field y sus colegas, los bebés no eran los únicos que se podían beneficiar del masaje terapéutico. Han demostrado que los beneficios del masaje terapéutico con mujeres reducían los dolores durante el parto (Field, Hernandez-Reif, Taylor y otros, 1997), con niños con artritis (Field, Hernandez-Reif, Seligman y otros, 1997), niños autistas (Field, Lasko y

otros, 1997) y con adolescentes con déficit de atención con hiperactividad (Field, Quintino y otros, 1998). Field y sus colegas también estudiaron la cantidad de contacto que un niño normalmente recibe durante los programas de educación en su niñez temprana. Ellos esperan que las formas positivas de contacto vuelvan al sistema escolar, donde el tacto ha sido prohibido por el miedo a las demandas por abuso sexual.

Medidas de la salud y capacidades de respuesta neonatal

Casi inmediatamente después de nacer, se pesa, limpia y evalúa al recién nacido para buscar problemas de desarrollo que puedan requerir atención urgente. La **escala de Apgar** es un método usado ampliamente para evaluar la salud de los recién nacidos en el primer y quinto minuto después de nacer. La escala de Apgar evalúa el ritmo cardiaco del bebé, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, el color corporal y las respuestas reflejas. Un ginecólogo o una enfermera efectúa la evaluación y da al recién nacido una puntuación de 0, 1 o 2 en cada uno de estos cinco signos de salud (véase a Figura 4.9). Una puntuación total de 7 a 10 indica que la condición del recién nacido es buena. Una puntuación de 4 a 6 indica que pueden existir dificultades en el desarrollo. Una puntuación de 3 o menos revela una emergencia e indica que el bebé puede no sobrevivir. La escala Apgar está especialmente indicada para evaluar la habilidad del recién nacido para responder al estrés del parto, el nacimiento y el nuevo entorno (Casey, McIntire y Leveno, 2001). La escala Apgar también identifica a los bebés de alto riesgo que necesitan resucitación.

Para evaluar al recién nacido más a fondo la **escala neonatal de evaluación del comportamiento de Brazelton** se realiza entre las 24 y las 36 horas después del nacimiento. Esta escala evalúa el desarrollo neurológico del recién nacido, los reflejos y la reacción con las personas. Cuando se efectúa el test de Brazelton, el recién nacido es tratado como un participante activo y la puntuación obtenida se basa en la actuación del recién nacido. Se evalúan 16 reflejos, como el estornudo, el parpadeo y la prensión, junto con reacciones a las circunstancias, tal como la reacción del bebé a un ruido (hablaremos más sobre los reflejos en el Capítulo 5, cuando tratemos el desarrollo físico durante la primera infancia). Se examina al recién nacido en cada una de las 27 categorías. Como indicador del detalle de este examen consideremos el punto 15: «respuesta al abrazo». Nueve de las categorías están implicadas en la evaluación de este punto, se puntúa el comportamiento del bebé sobre una continuidad que oscila desde que el bebé se resiste a ser cogido hasta que el bebé es extremadamente mimoso y aferrado. La escala Brazelton no

Puntuación	0	1	2
Ritmo cardiaco	Ausente.	Lento (por debajo de 100 pulsaciones por minuto).	Rápido (de 100 a 140 pulsaciones por minuto).
Ritmo respiratorio	Ausente.	Irregular y lento.	Bueno, el bebé llora.
Tono muscular	Flojo, flácido.	Débil, inactivo, pero con algo de flexión en las extremidades.	Fuerte, movimientos activos.
Color corporal	Azul, pálido.	Cuerpo rosa pero extremidades azules.	Totalmente rosa.
Respuesta refleja	Sin respuesta.	Muecas.	Tos, llanto y estornudos.

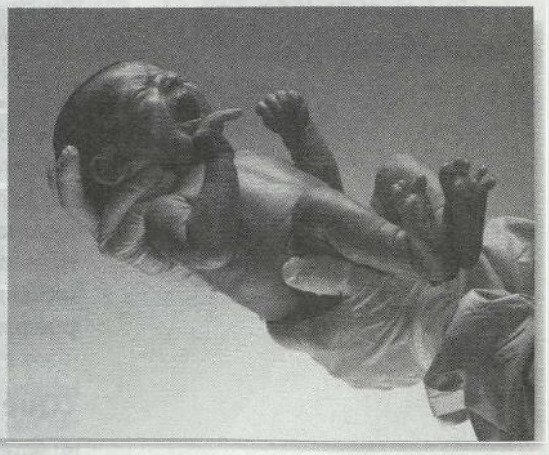


FIGURA 4.9 La escala Apgar

sólo se usa como un índice susceptible a la competencia neurológica durante la semana posterior al nacimiento, sino que también es ampliamente usado como indicador en muchos estudios de investigación sobre el desarrollo infantil (Ohgi y otros, 2003). Para puntuar la escala de Brazelton, T. Berry Brazelton y sus colegas (Brazelton, Nugent y Lester, 1987) clasifican los 27 puntos en cuatro categorías: fisiológica, motora, estado de conciencia e interacción. También clasifican al bebé en términos globales como «preocupante», «normal» o «superior» basándose en estas categorías (Nugent y Brazelton, 2000).

Una puntuación muy baja en el test de Brazelton puede indicar daño cerebral o puede reflejar un estrés cerebral que puede curarse con el tiempo. Sin embargo, si el bebé sólo parece lento respondiendo a las circunstancias sociales, se anima a los padres a prestar atención al bebé y ser más sensibles a las necesidades de éste. Se les muestra cómo puede responder el recién nacido a la gente y cómo estimular estas respuestas. Los investigadores han descubierto que las habilidades de interacción social de los bebés sanos y los de alto riesgo, pueden mejorar a través de la comunicación con los padres (Worobey y Belsky, 1982).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Analizar el proceso del parto

REVISA

- ¿Cuáles son las tres fases principales del parto? ¿Cómo es la transición de feto a recién nacido para el bebé? ¿Cuáles son las diferentes estrategias para el parto?
- ¿Cuáles son las consecuencias para los niños de haber nacido prematuros o con bajo peso?
- ¿Cuáles son las dos medidas de salud y respuesta neonatal?

REFLEXIONA

- Si eres mujer, ¿qué forma de dar a luz preferirías? ¿Por qué? Si eres hombre, ¿cómo te gustaría implicarte en ayudar a tu pareja durante el embarazo y el nacimiento de tu bebé?

3 EL PERÍODO POSPARTO

¿Qué es el período posparto?
Ajustes emocionales y psicológicos
Ajustes físicos
Contacto físico inicial

Las semanas que siguen al nacimiento del niño presentan una serie de retos para los nuevos padres y sus hijos. Muchos profesionales de la salud creen que la mejor manera de superar estos retos es con un acercamiento centrado en la familia que utilice los recursos familiares para una adaptación pronta y suave al recién nacido por parte de todos los miembros de la familia.

¿Qué es el período posparto?

El **período posparto** es el período después del nacimiento o el parto. Es el tiempo en que el cuerpo de la mujer se adapta, física y psicológicamente, al proceso de

la maternidad. Dura aproximadamente seis semanas o hasta que el cuerpo haya completado su adaptación y haya vuelto a la situación anterior al embarazo. Algunos profesionales médicos se refieren al período posparto como el «cuarto trimestre». Aunque el tiempo del período posparto no tiene necesariamente que cubrir los tres meses, la terminología «cuarto trimestre» demuestra la idea de continuidad y la importancia de los primeros meses después del parto para la madre.

El período posparto está influenciado por lo que le precedió. Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer se adapta gradualmente a los cambios físicos, sin embargo, ahora se ve forzado a responder rápidamente. El método del parto y las circunstancias que lo rodean afectan a la rapidez con que el cuerpo de la mujer se reajusta durante el período posparto. El período posparto implica una gran cantidad de ajustes y adaptaciones (Krystal, 2004; Plackslin, 2000). La madre tiene que recuperarse del parto, tiene que aprender a cuidar el bebé, necesita aprender a sentirse bien consigo misma y sobre ser madre; y aquellos que están cerca de la madre —como su marido, una pareja, los abuelos, hermanos o amigos— necesitan proporcionarle ayuda y apoyo.

Ajustes físicos

El cuerpo de la mujer pasa por numerosos ajustes físicos en los primeros días y semanas después del parto. Puede que ella tenga una gran cantidad de energía o que se sienta exhausta y se deprima. La mayoría de las madres primerizas se sienten cansadas y necesitan descansar. Aunque estos cambios son normales, la fatiga puede minar la sensación de bienestar y confianza de la madre sobre su habilidad para arreglárselas con el nuevo bebé y la nueva vida familiar.

La *involución* es el proceso según el cual el útero vuelve a su tamaño anterior al embarazo cinco o seis semanas después del parto. Inmediatamente después del parto, el útero pesa de un kilo a un kilo y medio. Después de cinco o seis semanas, el útero pesa de un 50 a 100 gramos. La lactancia ayuda a que el útero se contraiga de una forma más rápida.

Después del parto, el cuerpo de la mujer experimenta cambios repentinos y enormes en la producción de hormonas. Cuando se expulsa la placenta los niveles de estrógenos y progesterona disminuyen considerablemente y permanecen bajos hasta que los ovarios empiezan a producir hormonas de nuevo. La mujer vuelve a menstruar probablemente en cuatro u ocho semanas si no está dando el pecho. Si está dando el pecho al bebé, pude que no tenga menstruación en varios meses o incluso un año o más, aunque se puede producir ovulación. Los primeros períodos menstruales después del parto pueden ser más abundantes de lo habitual, pero pronto se vuelve a la normalidad.

Algunas mujeres y algunos hombres quieren reanudar la actividad sexual tan pronto como sea posible después del parto. Otros se sienten forzados o temerosos. El perineo dolorido (el área entre el ano y la vagina en la mujer), un bebé exigente, la falta de ayuda y la fatiga excepcional afectan a la habilidad de la mujer para relajarse y disfrutar del sexo. Los médicos recomiendan que las mujeres eviten el acto sexual aproximadamente seis semanas después del nacimiento del bebé.

Si la mujer ha realizado ejercicios de forma regular durante el embarazo, el ejercicio le ayudará a recuperar el contorno de su cuerpo y su fuerza durante el período posparto. Con la aprobación de un instructor, la mujer puede realizar algunos ejercicios incluso una hora después del parto. Además de recomendar el ejercicio en el período posparto para las mujeres, los profesionales sanitarios recomiendan cada vez más que las mujeres practiquen las técnicas de relajación usadas durante el embarazo y el parto. Cinco minutos de respiración lenta en un día estresante del período posparto puede relajar y renovar a la nueva madre y al bebé.

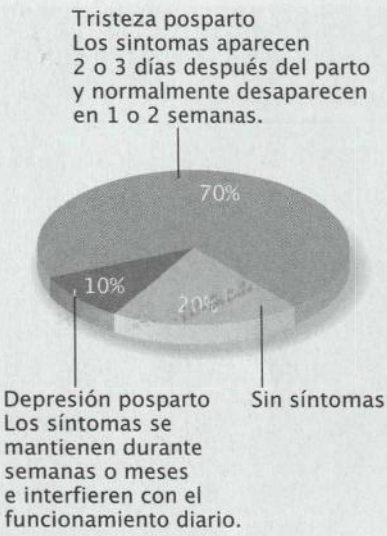


FIGURA 4.10 Porcentaje de mujeres americanas que experimentan tristeza posparto y depresión posparto

Ajustes emocionales y psicológicos

Las fluctuaciones emocionales son una parte común de la madre durante el período posparto. Estas fluctuaciones emocionales pueden deberse a diversos factores: cambios hormonales, fatiga, inexperiencia o falta de confianza con el recién nacido o la gran cantidad de tiempo y exigencias que implican cuidar de un recién nacido. Para algunas mujeres, las fluctuaciones emocionales disminuyen varias semanas después del parto y son un aspecto menor de su maternidad. Para otras, son más duraderos y producen sentimientos de ansiedad, depresión y dificultad para sobrellevar el estrés (Barnes, 2002; Dennis, 2004; Goodman, 2004). Las madres que tienen estos sentimientos, incluso cuando están descansando de forma adecuada, pueden necesitar ayuda profesional para sobrellevar sus problemas. A continuación enumeramos algunos de los signos que pueden indicar la necesidad de consejo profesional sobre la adaptación posparto:

- Preocupación excesiva.
- Depresión.
- Cambios extremos en el apetito.
- Llantos.
- Incapacidad para dormir.

Como se muestra en la Figura 4.10, aproximadamente el 70 por 100 de las madres primerizas sufren la llamada «tristeza posparto». Aproximadamente dos o tres días después del parto, comienzan a sentirse deprimidas, ansiosas y disgustadas. Estos sentimientos pueden ir y venir durante días después del parto, a menudo siendo el máximo del tercer al quinto día después del parto. Estos sentimientos, incluso sin tratamiento suelen desaparecer en una o dos semanas. Sin embargo, las mujeres que sufren **depresión posparto** tienen una serie de sentimientos de tristeza, ansiedad o desesperación que tienen problemas para enfrentarse a sus tareas diarias. La depresión posparto implica un episodio depresivo importante que se produce normalmente cuatro semanas después del parto. Sin tratamiento, la depresión posparto puede ir a peor y durar varios meses (Bonari y otros, 2004; Clay y Seehusen, 2004; Teissedre y Chabrol, 2004). Como se muestra el la Figura 4.10, la depresión posparto se produce aproximadamente en el 10 por 100 de las madres primerizas. Entre el 25 al 50 por 100 de estas madres deprimidas tienen episodios que duran seis meses o incluso más (Beck, 2002). Si no se trata, aproximadamente el 25 por 100 de estas mujeres todavía siguen deprimidas un año después.

Aunque se considera que los cambios hormonales que se producen después del parto juegan un papel en la depresión posparto, la naturaleza concreta de este papel hormonal no ha sido identificada (Dennis y Stewart, 2004; Flores y Hendrick, 2002; McCoy, Beal y Watson, 2003). Se ha demostrado que los estrógenos tienen un efecto positivo en el tratamiento de la depresión posparto en algunas mujeres, pero alguno de los efectos secundarios de los estrógenos son problemáticos (Grigoriadis y Kennedy, 2002; Tsigos y Chrousos, 2002). Numerosos fármacos antidepresivos han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la depresión posparto y son aparentemente seguros para las mujeres que están dando el pecho (Sharma, 2002). La psicoterapia, especialmente la terapia cognitiva, también es un tratamiento efectivo para la depresión posparto (Beck, 2002; Kennedy, Beck y Driscoll, 2002).

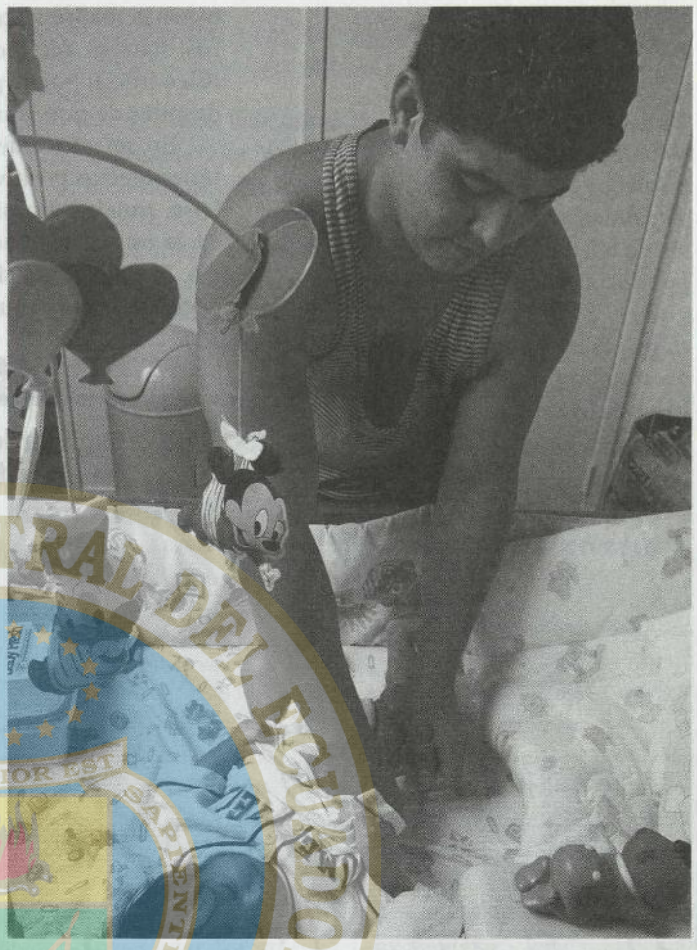
Un estudio reciente ha descubierto que la depresión posparto no afecta sólo a las madres primerizas, sino también a sus hijos (Righetti-Veltema y otros, 2002). Se evaluó una muestra de 570 mujeres y sus bebés tres meses después del parto. El 10 por 100 de las mujeres fueron diagnosticadas como que padecían depresión posparto, basándose en sus respuestas a la escala de depresión posparto de Edimburgo. Los efectos negativos en el bebé implican problemas con la alimentación y con el sueño. Las madres deprimidas tienen menos comunicación oral y visual con

su bebé, los acarician menos y sonríen menos a sus bebés que las madres que no están deprimidas.

El padre también sufre ajustes considerables durante el período posparto, aunque en muchos casos él estará en el trabajo todo el día, mientras que la madre se queda en casa, al menos las primeras semanas. Una de las reacciones más comunes de los maridos es sentir que el bebé es lo primero y se lleva toda la atención. En algunos matrimonios, el hombre puede haber tenido esta relación con su mujer y ahora sentirse desplazado por el bebé.

Una estrategia para ayudar a la reacción del hombre en el período posparto es que los padres pasen algún tiempo especial el uno con el otro. La reacción del hombre en el período posparto también se puede mejorar si ha recibido las clases de preparación al parto con su mujer y participa activamente en el cuidado del bebé (Schachman, Lee y Lederma, 2004).

Algunos factores importantes para la madre y para el padre son el tiempo y el pensamiento sobre llegar a ser padres capacitados de un pequeño (Cowan y Cowan, 2000; McVeigh, Baafi y Williamson, 2002). Es importante para ambos ser conscientes de las necesidades del bebé, físicas, psicológicas y emocionales. Ambos necesitan desarrollar una relación sensible y cómoda con el bebé.



El período posparto es un tiempo de ajuste y adaptación considerable para la madre y el padre. Los padres pueden proporcionar un apoyo considerable a las madres, especialmente en el cuidado de los bebés. *Como parte del apoyo a las madres, ¿qué clase de tareas puede hacer el padre de un recién nacido?*

Contacto físico inicial

Un componente especial en la relación entre los padres y el bebé es el **contacto físico inicial**, la existencia de un contacto estrecho, especialmente físico, entre los padres y el recién nacido poco después del nacimiento. Algunos médicos creen que este período posterior al nacimiento es crítico en el desarrollo. Durante este tiempo, los padres y el niño necesitan formar un vínculo emocional importante que proporciona la base para el desarrollo óptimo en los años posteriores (Kennell y McGrath, 1999). Se produjo un interés especial en el contacto físico inicial cuando algunos pediatras afirmaron que las circunstancias que rodeaban el parto a menudo separaban a la madre de sus bebés, impidiendo o dificultando el desarrollo de vínculos. Los pediatras también argumentaron que dar a la madre fármacos para hacer su parto menos doloroso también puede contribuir a la falta de vínculo. Los fármacos pueden hacer que la madre esté adormecida, y así interferir en su habilidad para responder y estimular al recién nacido. Los partidarios del contacto físico inicial también afirman que los bebés prematuros son aislados de sus madres en mayor grado que los bebés a término, de ahí la mayor dificultad para el contacto inicial.

¿Existen evidencias de que este contacto entre las madres y los recién nacidos sea crítico para un desarrollo óptimo posteriormente en la vida? Aunque algunas investigaciones apoyan la hipótesis del contacto físico inicial (Klaus y Kennell, 1976), hay una tendencia que cuestiona la importancia de los primeros días de vida como un período crítico (Bakeman y Brown, 1980; Rode y otros, 1981). De hecho, la forma extrema de la hipótesis del contacto físico inicial, sobre que el recién nacido debe estar cerca de la madre en los primeros días para tener un desarrollo óptimo, simplemente no es cierta.

No obstante, la debilidad de la investigación sobre el vínculo entre madre y bebé no debe tomarse como excusa para evitar que las madres motivadas interactúen con sus bebés en el período posparto. Este contacto proporciona placer a

FACULTAD DE CULTURA FISICA
BIBLIOTECA

muchas madres. En algunos casos de madres y bebés, incluyendo bebés prematuros, madres adolescentes o madres en circunstancias desfavorecidas, el contacto físico inicial puede poner en funcionamiento un clima para mejorar la interacción después de que la madre y el bebé abandonan el hospital.

En reconocimiento de la creencia sobre que el contacto físico inicial puede tener efectos positivos en la relación entre padres e hijos partiendo de una buena base, muchos hospitales ahora ofrecen la posibilidad de que el bebé permanezca en la misma habitación de la madre durante el mayor tiempo posible de la estancia. Sin embargo, si los padres no escogen esta posibilidad, el peso de las investigaciones sugiere que esto no dañará al bebé emocionalmente (Lamb, 1994).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Explicar los cambios que tienen lugar en el período posparto

REVISA

- ¿Qué implica el período posparto?
- ¿Qué ajustes físicos tienen lugar en el cuerpo de la mujer en este período?
- ¿Qué ajustes emocionales y psicológicos caracterizan el período posparto?
- ¿Es el contacto físico inicial fundamental para un desarrollo óptimo?

REFLEXIONA

- Si eres una mujer, ¿qué puedes hacer para adaptarte de forma efectiva durante el período posparto? Si eres un hombre, ¿qué puedes hacer para ayudar durante el período posparto?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje

Desarrollo prenatal y nacimiento

1 DESARROLLO PRENATAL

- El curso del desarrollo prenatal
- Teratología y riesgos para el desarrollo prenatal
- Cuidado prenatal
- Creencias culturales sobre el embarazo
- Desarrollo prenatal normal

2 NACIMIENTO

- El proceso del nacimiento
- Bebés de bajo peso
- Medidas de la salud y capacidades de respuesta neotatal

3 EL PERÍODO POSPARTO

- ¿Qué es el período posparto?
- Ajustes físicos
- Ajustes emocionales y psicológicos
- Contacto físico inicial

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Describir el desarrollo prenatal*

- El desarrollo prenatal está dividido en tres períodos: germinal (desde la concepción hasta dos semanas después) que termina cuando el blastocito se adhiere a la pared del útero; embrionario (desde la segunda a la octava semana después de la gestación), durante el cual el blastocito se divide en tres capas, se desarrollan los sistemas de protección y se forman los órganos (organogénesis); y fetal (dos meses después de la concepción hasta aproximadamente los nueve meses, o cuando el bebé nace), un período cuando los sistemas maduran hasta el punto que la vida se puede sostener fuera del útero.
- La teratología es el campo que investiga las causas de los defectos congénitos (de nacimiento). Cualquier agente que causa un defecto de nacimiento es llamado teratógeno. La dosis, el tiempo de exposición y la susceptibilidad genética influyen en la severidad del daño al feto y el tipo de defecto que se produce. Los fármacos con receta médica que pueden ser dañinos son los antibióticos, algunos antidepresivos y ciertas hormonas. Los fármacos sin receta médica que pueden ser dañinos incluyen las píldoras para adelgazar, la aspirina y el café. El síndrome de alcoholismo fetal es un grupo de anomalías que aparece en los hijos de algunas madres que son grandes bebedoras durante el embarazo. Cuando una mujer embarazada bebe de forma moderada, se han encontrado efectos negativos en sus hijos. Fumar estando embarazada puede tener efectos adversos en el desarrollo prenatal (como bajo peso al nacer). Las drogas ilegales pueden ser potencialmente dañinas para el feto incluyendo la marihuana, la cocaína y la heroína. La incompatibilidad del grupo sanguíneo de la madre y el feto puede ser también dañino para el feto. Los daños ambientales potenciales incluyen la radiación, la contaminación ambiental, los residuos tóxicos y la exposición prolongada al calor en saunas y baños calientes. La rubéola puede ser peligrosa. La sífilis, el herpes genital y el SIDA son otros teratógenos. Un feto en desarrollo depende enteramente de la nutrición de su madre. Un nutriente que es especialmente importante en el desarrollo temprano es el ácido fólico. La ansiedad y el estrés en las madres están relacionados con un resultado menos favorable en el desarrollo prenatal y el parto. La edad maternal puede afectar de forma negativa al desarrollo del niño si la madre es una adolescente o tiene más de 30 años. Los factores paternos que pueden afectar de forma adversa al desarrollo prenatal incluyen la exposición al plomo, a la radiación, a ciertos pesticidas y petroquímicos.
- Los cuidados prenatales varían mucho pero normalmente incluyen cuidados médicos con una serie de visitas programadas.
- Las acciones específicas durante el embarazo están determinadas por las creencias culturales. Dependiendo de si en una cultura se ve el embarazo como una condición médica o como un hecho natural los comportamientos serán diferentes. Por ejemplo, el cuidado prenatal puede no ser una preferencia para las futuras madres que ven el embarazo como hecho natural.
- Es importante recordar que, a pesar de que las cosas pueden ir mal durante el embarazo, la mayor parte de las veces los embarazos y el desarrollo prenatal suceden con normalidad. Evitar los teratógenos ayuda a asegurar el resultado positivo.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Describir el proceso del parto*

- El parto se produce en tres etapas. La primera etapa, que dura aproximadamente de 12 a 24 horas para una mujer primeriza, es la etapa más larga. El cuello del útero se dilata aproximadamente 10 centímetros al final de esta primera etapa. La segunda etapa comienza cuando la cabeza del bebé se mueve a través del cuello del útero y acaba cuando el bebé emerge completamente. La tercera etapa es el alumbramiento, que implica la expulsión de la placenta. Nacer supone un estrés considerable para el bebé, pero el bebé está bien preparado y adaptado para sobrellevar el estrés. La anoxia —insuficiencia en el suministro de oxígeno para el feto o el recién nacido— es un serio peligro. Las estrategias del parto incluyen el lugar y los asistentes al parto. En Estados Unidos, los nacimientos son atendidos primordialmente por médicos y en algunos casos por matronas. En muchos países una *duola* atiende a la mujer de parto. Los métodos de parto incluyen el médico, natural y preparado y la cesárea.
- Los bebés con bajo peso al nacer son aquellos que pesan menos de dos kilos y medio al nacer y pueden ser prematuros (aquellos que nacen tres semanas o más antes de que el embarazo llegue a su fin) o pequeños para su tiempo (también llamados pequeños para su edad gestacional, que son aquellos bebés cuyo peso es inferior a la media cuando se considera el tiempo de embarazo). Los bebés pequeños para su tiempo pueden ser prematuros o no. Aunque la mayoría de los bebés con bajo peso son normales y sanos, como grupo presentan mayores problemas de salud y desarrollo que los bebés con un peso normal. El cuidado canguro y el masaje terapéutico han demostrado ser beneficiosos para los bebés prematuros.
- Durante muchos años, la escala Apgar se ha utilizado para evaluar la salud del recién nacido. La escala Brazelton de comportamiento neonatal examina el desarrollo neurológico, los reflejos y las reacciones hacia la gente del recién nacido.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Explicar los cambios que tienen lugar durante el período posparto*

- El período posparto es el tiempo después del nacimiento o el parto. Durante este período, el cuerpo de la mujer se adapta física o psicológicamente al proceso de educar a un niño. El período dura aproximadamente seis semanas o hasta que el cuerpo haya completado su adaptación.
- Los ajustes físicos en el período posparto incluyen la fatiga, la involución (el proceso mediante el cual el útero vuelve a su tamaño anterior al embarazo aproximadamente cinco o seis semanas después del parto), cambios hormonales, decidir cuándo retomar las relaciones sexuales y el ejercicio para recobrar el contorno y la fuerza del cuerpo.
- Las fluctuaciones emocionales son una parte común de las madres durante este período, y pueden variar bastante de una mujer a otra. La depresión posparto se caracteriza por unos sentimientos de tristeza, ansiedad o desesperación tan fuertes que hacen que la mujer tenga problemas para llevar a cabo sus tareas diarias durante el período posparto. La depresión posparto ocurre en el 10 por 100 de las madres primerizas. El padre y otras personas cercanas a la madre experimentan también los ajustes del posparto.
- El contacto físico inicial es la existencia de un contacto estrecho, especialmente un contacto físico entre los padres y el recién nacido poco después del parto. No se considera que el contacto físico inicial sea crítico para el desarrollo adecuado del bebé.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo físico en la primera infancia



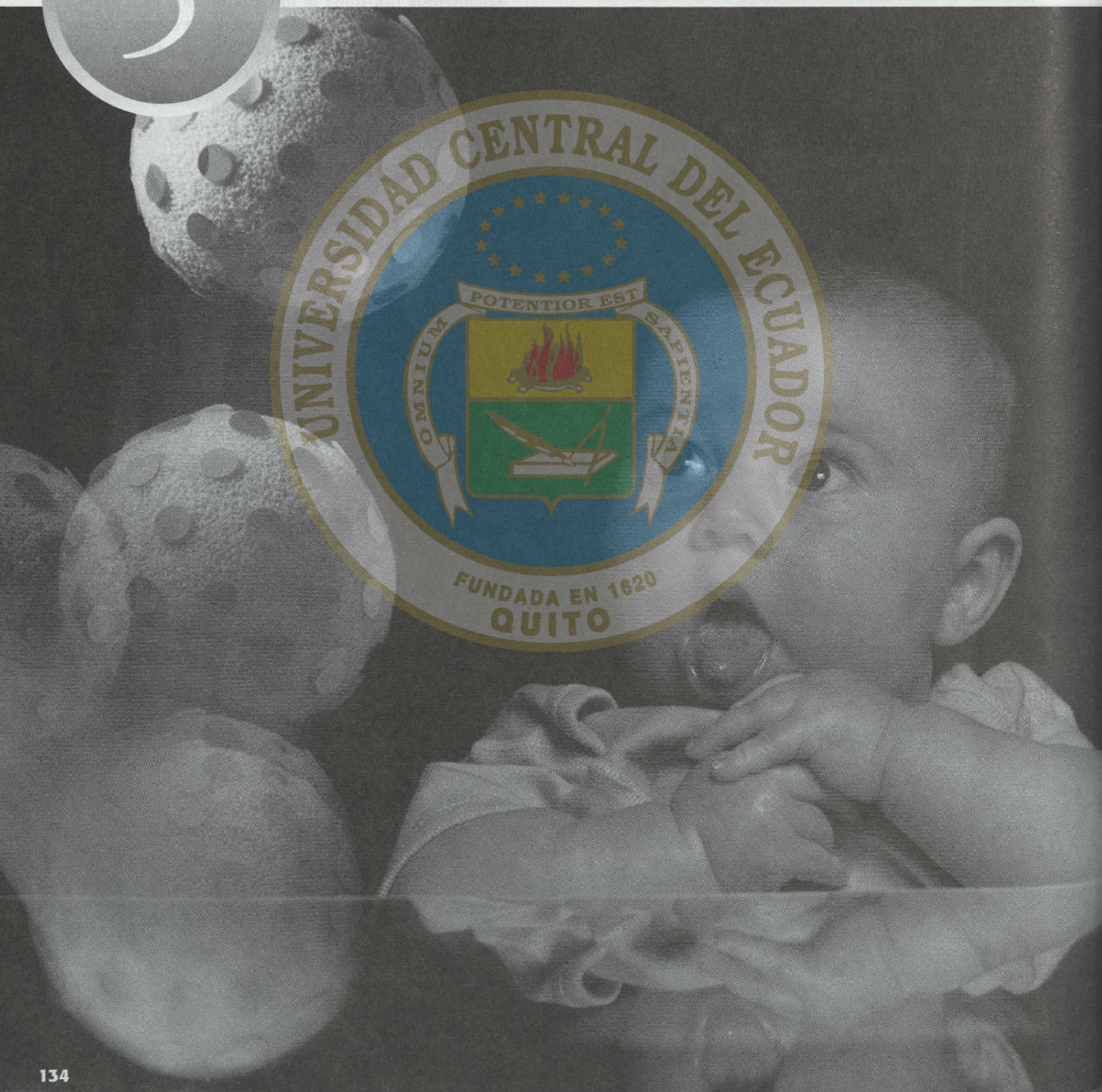
SECCIÓN TERCERA

Primera infancia

CAPÍTULO 5

Un bebé es el objeto más complicado realizado a partir de un trabajo no cualificado.

ANÓNIMO



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo físico en la primera infancia

Esquema del capítulo

CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA 1

Patrones de desarrollo céfalo-caudal y próximo-distal
Peso y estatura
El cerebro
Sueño
Nutrición
Aprender a ir al baño

DESARROLLO MOTOR 2

Teoría de los sistemas dinámicos
Reflejos
Habilidades motoras gruesas
Habilidades motoras finas

DESARROLLO SENSORIAL Y PERCEPTIVO 3

¿Qué son la sensación y la percepción?
El punto de vista ecológico
Percepción visual
Otros sentidos
Percepción intermodal
Coordinación perceptivo-motriz

Objetivos de aprendizaje

1 **Analizar el crecimiento físico y el desarrollo en la primera infancia**

2 **Describir el desarrollo motor del niño**

3 **Explicar el desarrollo sensorial y de percepción en la primera infancia**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Alimentación con leche materna o con biberón en el Tercer Mundo

Latonya es una recién nacida del país africano de Ghana. La cultura del área en la que ha nacido no fomenta dar el pecho a los bebés. Ella fue apartada de la madre y alimentada con biberón en sus primeros días de vida. Los fabricantes proporcionaban al hospital donde ella había nacido la leche en polvo gratuita o subvencionada. Su madre había sido alentada a darle el biberón en lugar del pecho. Cuando la madre daba el biberón a Latonya diluía la leche en polvo en agua sucia. El biberón de Latonya tampoco había sido esterilizado. Latonya empieza a ponerse cada vez más enferma y muere antes de su primer cumpleaños.

Por el contrario, Ramona vive en el país africano de Nigeria. Su madre le da el pecho. Ramona nació en un hospital nigeriano donde se ha iniciado el programa «hospitales amigos de los niños». En este programa, los bebés no son separados de las madres al nacer y se anima a las madres a que les den el pecho. Se informa a las madres de los peligros que supone dar el biberón a sus hijos, debido al agua contaminada y los biberones sin esterilizar. También se les informa sobre las ventajas de la leche materna, que incluye cualidades nutricionales e higiénicas y su habilidad para inmunizar a los bebés contra las enfermedades comunes y su papel en reducir el riesgo para la madre de cáncer de mama o de ovarios. Al año de edad Ramona está muy sana.

En los últimos años, La Organización Mundial de la Salud y UNICEF han intentado invertir la tendencia de alimentar con biberón a los bebés, que emergió en muchos países pobres. Ambas instituciones han establecido el programa «hospitales amigos de los niños» en muchos países. También han persuadido a la asociación internacional de fabricantes de alimentos infantiles para que no promocionen sus productos en los países cuyos gobiernos han apoyado la iniciativa del proyecto «hospitales amigos de los niños». De hecho, los hospitales reducirán costes en alimentación infantil, biberones y cuartos separados para los bebés ya que no son necesarios. Por ejemplo, un hospital «amigo de los niños» de Filipinas, el Hospital Jose Fabella Memorial, ha informado que ha reducido su presupuesto anual en un 8 por 100.

Los hospitales juegan un papel importante en convencer a las madres para que den el pecho a sus hijos. Durante muchos años, las maternidades eran partidarias de alimentar a los bebés con biberón, pero no daban información adecuada a las madres sobre las ventajas de la leche materna. Con las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, se está empezando a cambiar, pero todavía hay muchos lugares empobrecidos donde la iniciativa de «hospitales amigos de los niños» no ha sido implantada (UNICEF, 2004).

Las ventajas de la leche materna —especialmente en los países pobres— son considerables. Sin embargo, estas ventajas se ven ahora contrarrestadas por el riesgo de transmitir el VIH al bebé a través de la leche materna, ya que la mayoría de las madres no saben si están o no infectadas (Dabis y otros, 2004; Henderson, Martines y de Zoysa, 2004). En algunas partes de África, más del 30 por 100 de las mujeres son portadoras del VIH.

VISTA PREVIA

Es muy importante para los niños tener un comienzo saludable. En este capítulo exploraremos los siguientes aspectos del desarrollo infantil: el crecimiento físico, el desarrollo motor y el desarrollo sensorial y perceptivo.

1 CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Patrones de desarrollo céfalo-caudal y próximo-distal

El cerebro

Nutrición

Peso y estatura

Sueño

Aprender a ir al baño

El desarrollo físico en los primeros dos años de vida es intensivo. Al nacer, los neonatos tienen una cabeza enorme (comparada con el resto del cuerpo), que se mueve de forma incontrolable y algunos reflejos básicos. En un período de 12 meses, los bebés son capaces de sentarse, mantenerse de pie, agacharse, escalar y, normalmente, andar. Durante el segundo año, el crecimiento se desacelera, pero aumentan actividades como correr y escalar. Vamos a examinar con mayor detalle la secuencia del desarrollo físico en la primera infancia.

Patrones de desarrollo céfalo-caudal y próximo-distal

La cabeza ocupa una extraordinaria proporción del cuerpo durante el desarrollo prenatal y la primera infancia (véase la Figura 5.1). El **patrón céfalo-caudal** es la secuencia en la que el mayor crecimiento ocurre desde la parte superior —la cabeza— con aumento del tamaño, peso y la diferenciación de las características físicas, descendiendo gradualmente a la parte baja (cuello, hombros, tronco y demás). Este mismo patrón ocurre en el área de la cabeza, los ojos y el cerebro,

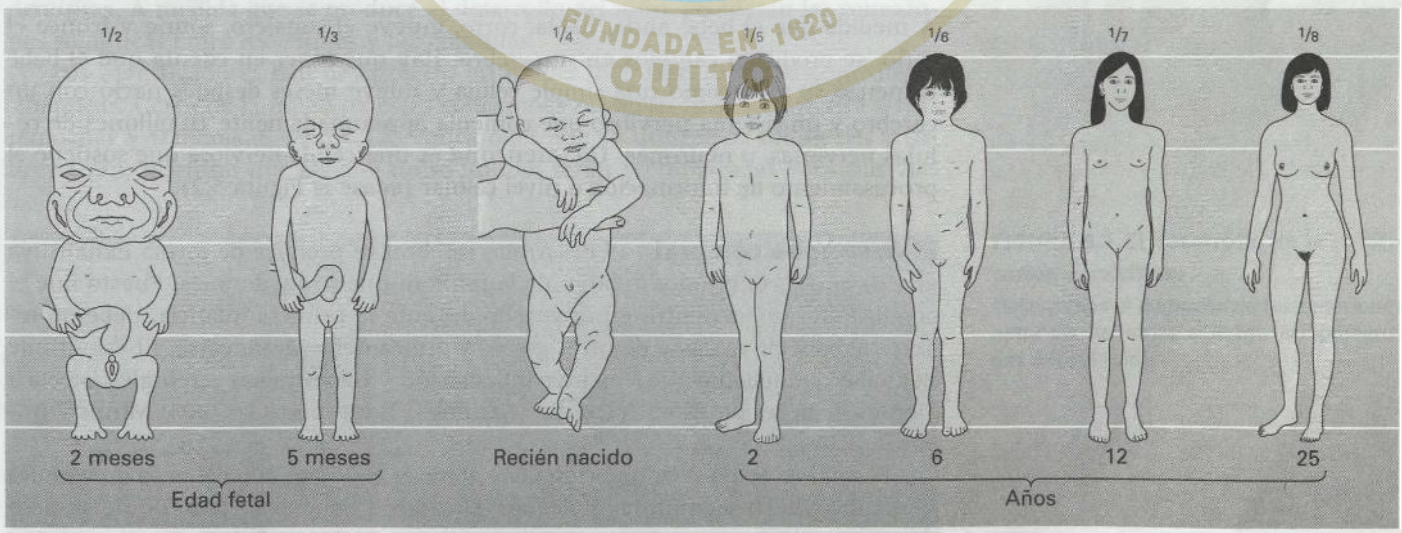


FIGURA 5.1 Cambios en las proporciones del cuerpo humano durante el crecimiento
A medida que el individuo se desarrolla desde la infancia hasta la edad adulta, uno de los cambios físicos más notables es que la cabeza llega a ser más pequeña en relación con el resto del cuerpo. Las fracciones reflejadas se refieren al tamaño de la cabeza en proporción a la longitud total del cuerpo en las diferentes edades.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

crece más rápido que la parte baja, como la mandíbula. Más tarde, en este capítulo veremos que el desarrollo sensorial y motor sigue este principio céfalo-caudal. Por ejemplo, los bebés ven objetos antes de poder controlar su tronco y pueden usar sus manos mucho antes de lo que pueden gatear o andar. Sin embargo, un reciente estudio ha descubierto que los bebés alcanzan juguetes con los pies antes que con sus manos (Galloway y Thelen, 2004). De media, los niños tocan por primera vez un juguete con sus pies a las 12 semanas y con sus manos a las 16 semanas.

El **patrón próximo-distal** es la secuencia en la que el crecimiento comienza en el centro del cuerpo y se mueve hacia las extremidades. Un ejemplo de esto es la maduración temprana del control muscular del tronco y los brazos, en comparación con la de las manos y los dedos. Más tarde, los bebés utilizan toda su mano como unidad antes de que puedan controlar algunos dedos.

Peso y estatura

La media del recién nacido americano mide 50 cm y pesa 3 kilos. El 95 por 100 de los recién nacidos a término miden entre 45 a 55 cm y pesan entre 2,5 kilos y 4,5 kilos.

En los primeros días de vida, la mayoría de los recién nacidos pierden del 5 al 7 por 100 de su peso corporal antes de que se ajusten a la alimentación neonatal. Una vez que los bebés se adaptan a chupar, tragar y digerir, crecen de forma rápida, aumentando una media de 150 a 180 gramos a la semana durante el primer mes. A los 4 meses han doblado su peso al nacer y casi lo han triplicado en su primer cumpleaños. Los bebés crecen aproximadamente 0,5 cm al mes durante el primer año, aumentando aproximadamente 1,5 veces su estatura de nacimiento en su primer cumpleaños.

El índice de crecimiento del bebé es considerablemente más lento en el segundo año de vida. A los dos años, los bebés pesan aproximadamente de 12 a 14 kilos, aumentando de 120 a 220 gramos cada mes durante el segundo año, ahora han alcanzado 1/5 de su peso de adulto. A los dos años de edad, el niño medio mide de 80 a 90 cm, que es cerca de la mitad de su estatura de adulto.

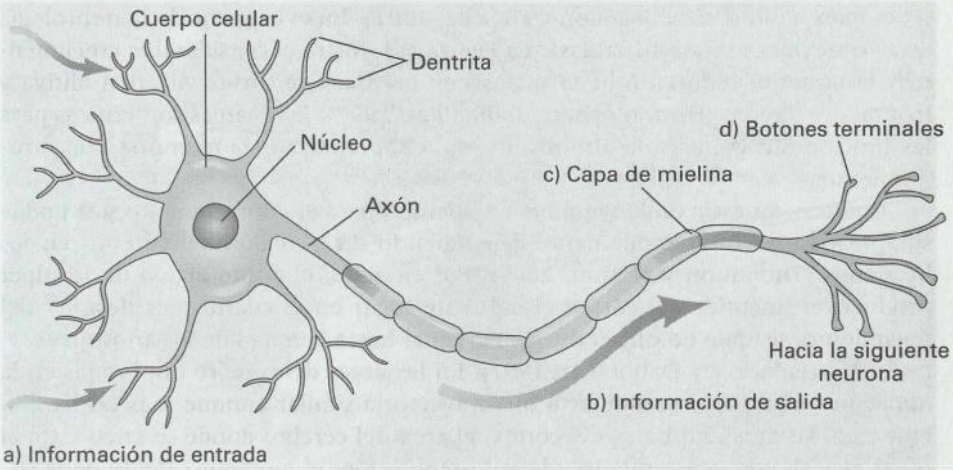
El cerebro

A medida que el bebé anda, habla, corre, mueve el sonajero, sonríe y frunce el ceño, se producen cambios en su cerebro. Hay que tener en cuenta que el bebé comenzó su vida como una simple célula y nueve meses después nació con un cerebro y un sistema nervioso que contenía aproximadamente 10 billones de células nerviosas, o neuronas. Una **neurona** es una célula nerviosa que sostiene el procesamiento de información a nivel celular (véase la Figura 5.2).

El desarrollo cerebral El desarrollo cerebral se produce de forma exhaustiva en el útero y continúa a lo largo de la primera infancia y después. Puesto que el cerebro aún se encuentra en desarrollo durante la primera infancia, debe protegerse al bebé de caídas y de otros golpes y nunca debe zarandearse. El «síndrome del bebé zarandeado», que incluye inflamación y hemorragias cerebrales, afecta a cientos de bebés en Estados Unidos (Harding, Risdon y Krous, 2004; Minns y Busuttil, 2004).

El cerebro de un recién nacido tiene al nacer el 25 por 100 del peso que tendrá de adulto. En su segundo cumpleaños, el cerebro tiene el 75 por 100 de su peso de adulto. Sin embargo, las áreas del cerebro no maduran de forma uniforme. Las áreas motoras primarias se desarrollan antes que las áreas sensoriales primarias.

Una *capa de mielina*, compuesta de células grasas, recubre la mayoría de los axones (revisar la Figura 5.2). La cubierta de mielina no sólo recubre las células nerviosas, sino también ayuda a acelerar la transmisión de los impulsos nerviosos.



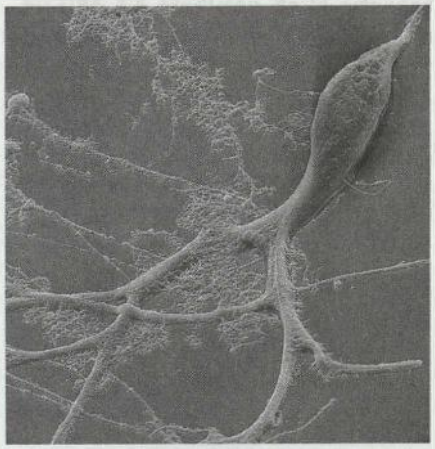


FIGURA 5.2 La neurona

a) Las dendritas del cuerpo celular reciben información desde otras neuronas, músculos o glándulas a través del axón. b) Los axones transmiten información desde el cuerpo celular. c) Un revestimiento de mielina cubre la mayoría de los axones y acelera la transmisión de información. d) Cuando el axón termina, se divide en botones terminales. A la derecha se encuentra la fotografía real de una neurona.

La *mielinización*, el proceso de recubrimiento de los axones con células grasas comienza en el embarazo y continúa después del parto. La mielinización para las vías visuales ocurre con mayor rapidez después del parto, completándose durante los primeros seis meses. La mielinización auditiva no se completa hasta los 4 o 5 años. Algunos aspectos de la mielinización continúan incluso en la adolescencia.

Uno de los cambios cerebrales más importantes que se produce en los primeros dos años de vida es el aumento de las conexiones de dendritas. La Figura 5.3 ilustra estos cambios. Mientras que la mielinización acelera las conexiones neuronales, la expansión de las conexiones de dendritas facilita la extensión de las vías neuronales en el desarrollo infantil.

Otro aspecto importante en el desarrollo cerebral a nivel celular es el enorme aumento en las conexiones entre neuronas. Las *sinapsis* son espacios pequeños entre las neuronas y donde tienen lugar las conexiones entre los axones y las dendritas. A medida que se produce el desarrollo del niño, proliferan las conexiones sinápticas entre los axones y las dendritas.

Los investigadores han descubierto un interesante aspecto de las conexiones sinápticas. Cerca de la mitad de estas conexiones no serán utilizadas nunca (Huttenlocher y Dabholkar, 1997). Las conexiones que se utilizan se fortalecen y sobrevivirán, mientras que las que no se utilizan serán reemplazadas por otras vías

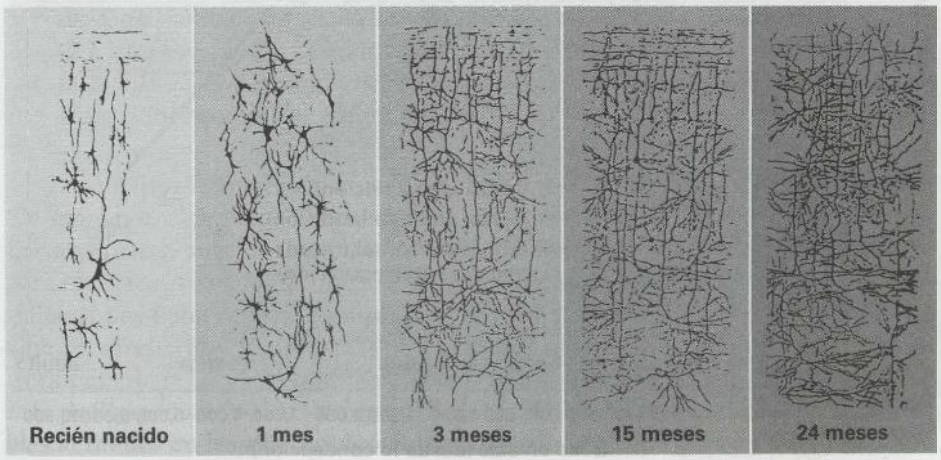


FIGURA 5.3 El desarrollo de la ramificación dendrítica

Observamos el aumento de las conexiones entre las neuronas durante los primeros dos años de vida.

o desaparecerán (Casey, Durston y Fossella, 2001). En el lenguaje de la neurología estas conexiones serán «barridas». La Figura 5.4 ilustra el considerable crecimiento y la posterior reducción de la sinapsis en las áreas de córtex visual, auditiva y frontal del cerebro (Huttenlocher y Dabholkar, 1997). Estas áreas son críticas para las funciones cognitivas de alto nivel como el aprendizaje, la memoria y el razonamiento.

Como se muestra en la Figura 5.4, el tiempo para el «florecimiento y la poda» sináptica varía considerablemente dependiendo de la región del cerebro en los humanos (Thompson y Nelson, 2001). Por ejemplo, el punto álgido de la súper producción sináptica del córtex visual tiene lugar en el cuarto mes después del nacimiento, seguido de una retracción gradual hasta la mitad de los años preescolares (Huttenlocher y Dabholkar, 1997). En las áreas del cerebro implicadas en la audición y el lenguaje, se detecta una trayectoria similar aunque más tardía. Sin embargo, las áreas frontales del córtex, el área del cerebro donde se encuentra el nivel más alto de pensamiento y la auto-regulación, el momento álgido de la superproducción tiene lugar al año de edad y no es hasta la mitad o el final de la adolescencia cuando se alcanza la densidad de la sinapsis que tiene el adulto. Se cree que la herencia y el medio influyen en la duración y el curso de la superproducción sináptica y su subsiguiente retracción.

Utilizando el electroencefalograma, que mide la actividad eléctrica del cerebro, los investigadores han descubierto que se produce una sustancial subida en la actividad electroencefalográfica entre el año y medio y los dos años (Fischer y Bidell, 1998; Fischer y Rose, 1995). Otra subida parece tener lugar a los 9, 12, 15 y de los 18 a los 20 años. Los investigadores creen que este aumento de actividad cerebral coincide con cambios importantes en el desarrollo cognitivo. Por ejemplo, el aumento de la actividad cerebral al año y medio o dos años de edad puede estar asociado con un aumento en el desarrollo conceptual y del lenguaje.

Estudiar el desarrollo cerebral en la infancia no es tan fácil como pudiera parecer, porque incluso las últimas tecnologías de escáner cerebral no pueden reflejar los pequeños detalles y no pueden ser utilizadas con bebés. Algunos escáneres poseen riesgos de radiación y los bebés se mueven demasiado para utilizar la resonancia magnética (Marcus, Mulrine y Wong, 1999). Sin embargo, un investigador que está haciendo progresos en los descubrimientos sobre el desarrollo cerebral infantil es Charles Nelson (1999; 2003). Él adhirió 128 electrodos al cuero cabe-

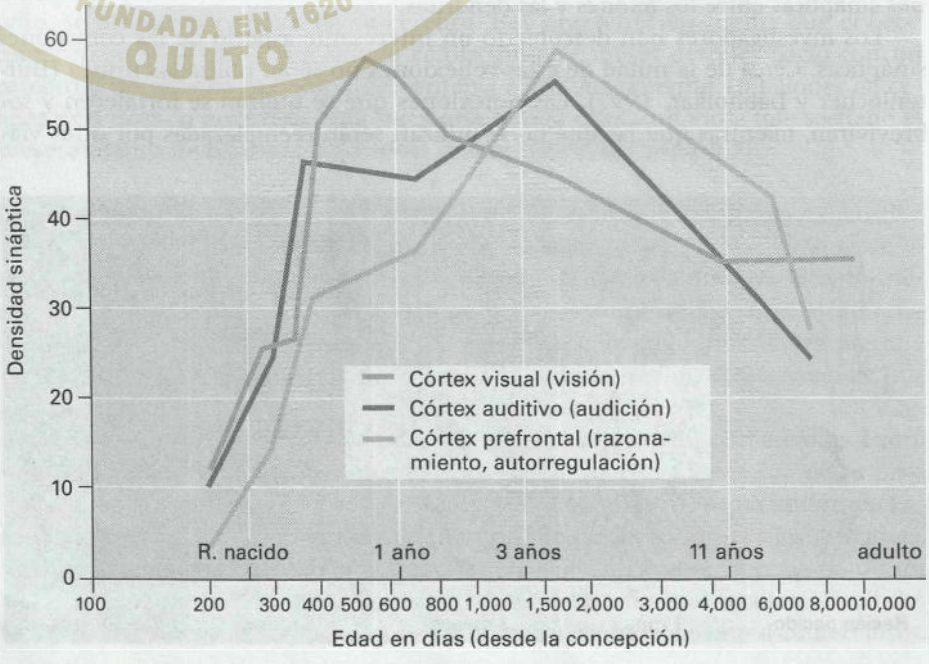


FIGURA 5.4 Densidad sináptica en el cerebro humano desde la infancia hasta la edad adulta

El gráfico muestra el aumento considerable y después el descenso en la densidad sináptica en tres regiones del cerebro: córtex visual, córtex auditivo y córtex prefrontal. Se cree que la densidad sináptica puede ser un indicador importante de la cantidad de conexiones entre las neuronas.



FIGURA 5.5 Medición de la actividad cerebral en la investigación sobre la memoria infantil

En la investigación de Charles Nelson se colocan electrodos en el cuero cabelludo del bebé para medir la actividad cerebral y determinar su papel en el desarrollo en la memoria del bebé. *¿Por qué es tan difícil medir la actividad cerebral de un bebé?*

lludo del bebé y descubrió que incluso los recién nacidos producen ondas cerebrales distintivas que revelan que pueden distinguir la voz de su madre de otra voz femenina, incluso cuando duermen (véase la Figura 5.5). En otra investigación Nelson permitía a los niños tocar un juguete de madera y descubrió que los bebés de 8 meses podían distinguir la foto de ese juguete de madera de las fotos de otros juguetes. Este logro coincide con el desarrollo de las neuronas en el hipocampo del cerebro, una estructura importante para la memoria, permitiendo al bebé recordar objetos y eventos específicos.

Los lóbulos y hemisferios cerebrales El prosencéfalo es la capa más externa del cerebro. Consiste en un número de estructuras, incluyendo el *córtex cerebral*, que supone aproximadamente el 80 por 100 del volumen del cerebro y recubre sus componentes inferiores, como una gorra. El córtex cerebral juega un papel crítico en muchas de las funciones humanas, como la percepción, el lenguaje y el pensamiento.

El córtex cerebral está dividido en dos mitades o hemisferios (véase la Figura 5.6). Cada hemisferio está dividido en cuatro áreas llamadas lóbulos:

- El *lóbulo frontal* está implicado en el movimiento voluntario y el pensamiento.
- El *lóbulo occipital* está implicado en la visión.
- El *lóbulo temporal* está implicado en la audición.
- El *lóbulo parietal* está implicado en el procesamiento de información de las sensaciones corporales, como el tacto.

Los lóbulos frontales del córtex cerebral son inmaduros en un recién nacido. Sin embargo, al igual que las neuronas en el lóbulo frontal se mielinizan y se conectan entre sí durante el primer año de vida, los bebés desarrollan una habilidad para regular sus estados fisiológicos (como el sueño) y ganan más control sobre sus reflejos. Las habilidades cognitivas que requieren un pensamiento deliberado no emergen hasta más tarde (Bell y Fox, 1992). De hecho, como hemos visto anteriormente, la región prefrontal del lóbulo frontal es la que cuenta con el desarrollo más prolongado de todas las regiones del cerebro humano, con cambios detectables al menos en los años adolescentes (Johnson, 2001).



FIGURA 5.6 Los hemisferios del cerebro humano

En esta fotografía se distinguen claramente las dos mitades (hemisferios) del cerebro humano.

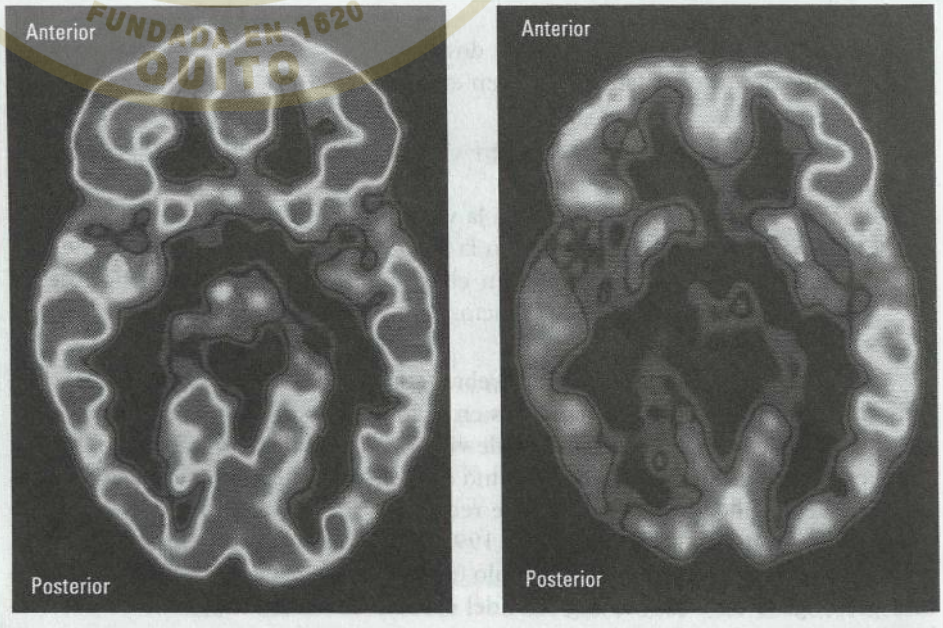
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620

La **lateralización** es la especialización de funciones en uno u otro hemisferio del córtex cerebral. Los investigadores siguen interesados en el grado en que cada uno está implicado en varios aspectos del pensamiento, los sentimientos y el comportamiento (Gandour y otros, 2003; Zald, 2003).

La investigación más extensa realizada sobre los hemisferios cerebrales se ha centrado en el lenguaje (Wood y otros, 2004). Al nacer, los hemisferios ya han empezado a especializarse, los recién nacidos muestran una mayor actividad cerebral eléctrica en el hemisferio izquierdo que en el derecho cuando escuchan sonidos (Hahn, 1987). El lenguaje y la gramática se localizan en el hemisferio izquierdo del cerebro en la mayoría de las personas. Pero es sólo un mito que el hemisferio izquierdo sea la localización exclusiva del lenguaje y el pensamiento lógico o que el hemisferio derecho sea la localización exclusiva para las emociones y el pensamiento creativo. Algunos aspectos del lenguaje, como el uso apropiado del lenguaje en diferentes contextos y el uso de la metáfora y el humor implican al hemisferio derecho. Por tanto, el lenguaje no sólo se produce en el hemisferio izquierdo del cerebro (Johnson, 2000, 2001; Knect y otros, 2003; Tremblay, Monetta y Joanette, 2004).

La mayoría de los neurólogos señalan que las funciones complejas, como la lectura, la música y el arte creativo son el resultado de la comunicación entre los dos hemisferios. Ellos creen que clasificar a las personas como «dominante cerebral izquierdo» porque son pensadores lógicos y «dominante cerebral derecho» porque son pensadores creativos no corresponde a la forma en que los hemisferios cerebrales trabajan.

Las experiencias tempranas y el cerebro Hasta la mitad del siglo XX, los científicos creían que el desarrollo del cerebro estaba determinado casi exclusivamente por los factores genéticos. El investigador Mark Rosenzweig (1969) tenía curiosidad sobre si las experiencias tempranas variaban el desarrollo cerebral. Dirigió varios experimentos con ratas y otros animales para investigar esta posibilidad. Los animales eran asignados de forma aleatoria para crecer en diferentes entornos. Los animales en un entorno enriquecedor vivían en cajas con componentes estimulantes, como ruedas giratorias, escalones para subir, palancas para apretar y juguetes para manipular. Por el contrario, otros animales crecían en cajas estándar o en condiciones de privación y aislamiento. Los resultados fueron sor-



a) b)

FIGURA 5.7 Deprivación temprana y la actividad cerebral

Estas dos fotografías son escáner PET (tomografías por emisión de positrones), que utilizan trazadores radioactivos para reflejar y analizar el flujo de sangre y la actividad metabólica en los órganos del cerebro de: *a*) un niño normal, y *b*) un niño de un orfanato rumano que experimentó una deprivación grave desde el nacimiento. En los escáneres PET, de la mayor a la menor actividad cerebral se reflejan en los colores: rojo, amarillo, verde, azul y negro, respectivamente. Como se puede ver, el color rojo y amarillo se muestra en mucho mayor grado en el PET del niño normal, que en el del niño rumano.

prendentes. Los cerebros de los animales que crecieron en un entorno enriquecedor se desarrollaron mejor que los cerebros de los animales que crecieron en condiciones estándar y aisladas. Los cerebros de los animales «enriquecidos» pesaban más, tenían capas más gruesas, más conexiones neuronales y un mayor nivel de actividad neuroquímica. Descubrimientos similares se produjeron cuando animales más viejos fueron criados en entornos tremendamente diferentes, aunque los resultados no fueron tan consistentes como en los animales más jóvenes. Estos resultados dieron la esperanza de que enriquecer las vidas de los bebés y los niños pequeños que viven en ambientes empobrecidos puede producir cambios positivos en su desarrollo.

Una actividad cerebral depresora ha sido descubierta recientemente en niños que crecieron en ambientes de privación (Cicchetti, 2001). Como se muestra en la Figura 5.7, un niño que creció en un ambiente insensible y sin estimulación de un orfanato rumano mostraba una actividad cerebral considerablemente menor en comparación con un niño normal.

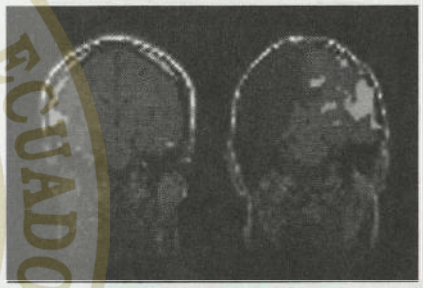
La abundancia de conexiones proporciona al crecimiento del cerebro flexibilidad y fuerza. Consideraremos a Michael Rehbein, de 16 años, que a los cuatro años y medio empezó a desarrollar ataques epilépticos incontrolables (hasta 400 al día). Los médicos dijeron que la única solución era extraer el hemisferio izquierdo de su cerebro donde los ataques tenían lugar. La primera operación importante tuvo lugar a los siete años y la siguiente a los 10 años. La recuperación fue lenta pero su hemisferio derecho empezó a reorganizarse y asumir funciones que normalmente tienen lugar en el hemisferio izquierdo. Una de esas funciones era el habla (véase la Figura 5.8).

Los neurólogos creen que lo que conecta el cerebro o lo transforma, en el caso de Michael Rehbein, es la experiencia repetida (Nash, 1997). Cada vez que un bebé intenta tocar un objeto atractivo o mira atentamente un rostro, pequeñas descargas eléctricas se disparan en el cerebro, uniendo los circuitos neuronales. Los resultados son algunos hitos conductuales que hemos discutido en este y otros capítulos. Por ejemplo, aproximadamente a los dos meses, los centros de control motriz del cerebro se desarrollan hasta el punto en que los bebés pueden repentinamente alcanzar un objeto cercano y agarrarlo. Aproximadamente a los 4 meses, las conexiones neuronales necesarias para la percepción de la profundidad comienzan a formarse. Y a los 12 meses aproximadamente los centros cerebrales del lenguaje se equilibran para producir uno de los momentos mágicos de la infancia: cuando el bebé pronuncia su primera palabra.

En resumen, las conexiones neuronales se forman pronto durante la vida. El cerebro del bebé está literalmente esperando las experiencias del entorno para determinar cómo se realizan las conexiones (Greenough, 2001; Johnson, 2000, 2001, 2005). Antes del nacimiento, parece que fundamentalmente los genes dirigen cómo el cerebro establece sus patrones básicos escritos. Las neuronas crecen y se desplazan a lugares lejanos esperando futuras instrucciones. Después del nacimiento, las experiencias del entorno son importantes para el desarrollo del cerebro. La cantidad de información de sonidos, vista, olores, tacto, lenguaje y contacto visual ayuda a que las conexiones cerebrales tomen forma (Black, 2001; Neville y Bavelier, 2002).



a)



b)

FIGURA 5.8 Plasticidad en los hemisferios cerebrales

a) Michael Rehbein a los 14 años. *b)* El hemisferio derecho de Michael (derecha) se ha reorganizado para asumir las funciones del lenguaje que normalmente tienen lugar en las áreas correspondientes del hemisferio izquierdo de un cerebro intacto (izquierda). Sin embargo, el hemisferio derecho no es tan eficaz como el izquierdo y se necesitan más áreas para procesar el lenguaje.

Sueño

Cuando éramos niños, el sueño consumía más parte de nuestro tiempo de lo que lo hace ahora. Los recién nacidos duermen de 16 a 17 horas al día, aunque algunos bebés duermen más que otros. La media va desde un mínimo de 10 horas a un máximo de 21 horas, aunque el período más largo de sueño no es siempre entre las 11 p.m. y las 7 a.m. A pesar de que el sueño total se mantiene consistente en los bebés, su sueño durante el día no siempre sigue un patrón rítmico. Un bebé puede pasar de dormir varios períodos largos de 7 a 8 horas, a tres o cuatro sesio-

nes de sólo unas cuantas horas de duración. Aproximadamente a la edad de 1 mes, muchos bebés americanos han comenzado a dormir más tiempo por la noche, y a los 4 meses más o menos, normalmente han adoptado patrones de sueños más parecidos a los adultos, pasando su período más largo de sueño durante la noche y por más tiempo despiertos durante el día (Daws, 2000).

Existen variaciones culturales en los patrones de sueño infantil. Por ejemplo, en la cultura Kipsigis en el país africano de Kenia, los bebés duermen con sus madres por la noche y se les permite amamantar cuando lo piden (Super y Harkness, 1997). Durante el día se les ata a la espalda de la madre, acompañándolas en sus quehaceres diarios y sus actividades sociales. Como resultado, los bebés Kipsigis no duermen durante la noche hasta mucho más tarde que los bebés americanos. Durante los primeros ocho meses de vida, los bebés Kipsigis rara vez duermen más de tres horas seguidas, incluso por la noche. Esto contrasta con muchos bebés americanos que empiezan a dormir hasta ocho horas por la noche a los 8 meses.

Sueño REM Los investigadores están intrigados por la variedad de formas en el sueño infantil. Están especialmente interesados en el sueño REM (movimientos oculares rápidos). La mayoría de los adultos pasan 1/5 de la noche en sueño REM, y el sueño REM normalmente aparece una hora después del sueño no REM. Sin embargo, aproximadamente la mitad del sueño infantil es REM y los bebés a menudo comienzan su ciclo con el sueño REM en lugar de con el sueño no REM. A los tres meses el porcentaje de sueño REM de los bebés disminuye en un 40 por 100 y ya no es el sueño REM el que comienza su ciclo de sueño. La gran cantidad de sueño REM puede proporcionar a los bebés auto-estimulación añadida, aunque ellos pasan menos tiempo despiertos que los niños mayores (Zuk y Zuk, 2002). El sueño REM también promueve el desarrollo cerebral en la infancia (McNamara y Sullivan, 2000). La Figura 5.9 ilustra la media de horas que pasamos durmiendo y el tiempo que pasamos en sueño REM durante nuestra vida. Como podemos ver, los bebés duermen mucho más que los niños y los adultos y pasan mucho más tiempo en sueño REM durante la primera infancia que en cualquier otro momento del ciclo vital.

Dormir acompañado Hay una variación considerable entre las diferentes culturas en las disposiciones del sueño de los bebés (Berkowitz, 2004; Cortesi y otros, 2004; Owens, 2004). Compartir la cama con la madre es una práctica común en

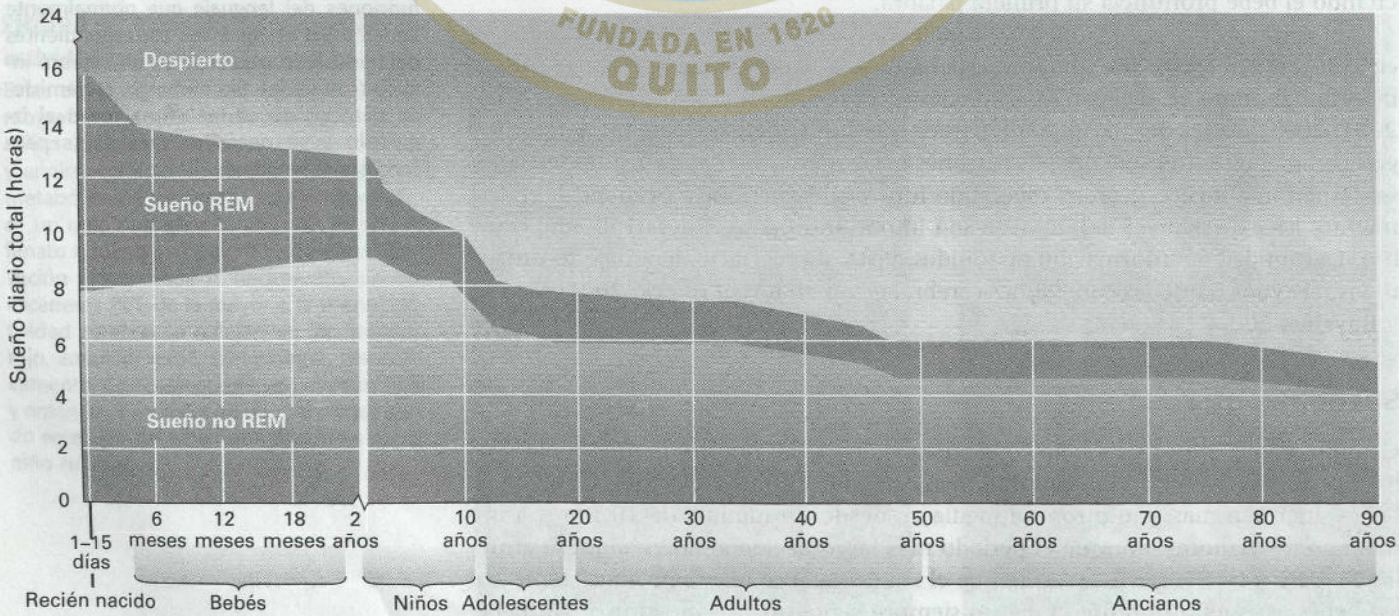


FIGURA 5.9 El sueño en el ciclo vital

muchas culturas mientras que otros recién nacidos duermen en una cuna, en la misma habitación con sus padres o en una habitación separada. En Estados Unidos, dormir en una cuna en una habitación separada de la de los padres es la práctica más común. En un estudio intercultural, las madres americanas dijeron que ellas preferían que sus bebés durmieran en una habitación separada para promover su auto-confianza y su independencia (Morelli y otros, 1992). Por el contrario, muchas madres de zonas rurales de Guatemala dormían en la misma cama con el bebé hasta el nacimiento de un nuevo hermano. Entonces el bebé dormiría con otro miembro de la familia o en una cama separada en la habitación de la madre. Las madres mayas creían que dormir junto a los bebés realza la proximidad de las relaciones con ellos y se extrañaron mucho al saber que las madres americanas dejaban a sus bebés dormir solos.

Algunos expertos infantiles creen que dormir acompañado es beneficioso, al promover la alimentación con leche materna, responder más rápidamente al llanto del bebé y detectar las pausas de respiración en el bebé que pueden ser peligrosas (McCoy y otros, 2004; McKenna, Mosko y Richard, 1997). Sin embargo, el comité especial de la Academia Americana de Pediatría para el estudio de la postura de los bebés y el síndrome de la muerte súbita (2000) no recomienda dormir acompañado. Argumentan que en algunas circunstancias compartir la cama puede conducir al síndrome de la muerte súbita del bebé y existe el riesgo de que la madre dormida se eche encima.

En un estudio reciente se descubrieron respuestas psicológicas indicativas de un mayor estrés en los bebés que dormían acompañados que en aquellos que no dormían acompañados (Hunsley y Thoman, 2002). Por tanto, el dormir acompañado sigue siendo un tema controvertido, ya que algunos expertos lo recomiendan y otros están en contra. Cualquiera que sea el modo elegido, se recomienda que se proporcione una cama firme al bebé y las cunas deben tener barras laterales.

Síndrome de muerte súbita del bebé El **síndrome de muerte súbita del bebé** es una condición que se produce cuando un bebé deja de respirar, normalmente por la noche y muere repentinamente sin causa aparente. El síndrome de muerte súbita del bebé sigue siendo la mayor causa de muerte infantil en Estados Unidos con casi 3.000 muertes anuales. El riesgo de muerte súbita es mayor entre la cuarta y la sexta semana de vida (Matthews, Menacker y MacDorman, 2003).

Desde 1992, la Academia Americana de Pediatría recomienda que los bebés duerman boca arriba para reducir el riesgo de muerte súbita. Desde este momento, la frecuencia de la postura al dormir boca abajo de los niños americanos descendió de un 70 por 100 a un 20 por 100 (AAPTFIPS, 2000). Los investigadores han descubierto que el síndrome de muerte súbita disminuye cuando los bebés duermen boca arriba en lugar de boca abajo o de lado (Ige y Shelton, 2004; Lipsitt, 2003; Moon, Oden y Grady, 2004). Entre las razones que se dan para que el dormir boca abajo sea uno de los factores de riesgo de muerte súbita es que impide al niño despertar de su sueño y limita la habilidad del niño para tragar de forma adecuada (Horne, Parslow y Harding, 2004; Horne y otros, 2002; Tuladhar y otros, 2003).

Además de dormir boca abajo, los investigadores han descubierto los siguientes factores de riesgo para la muerte súbita (AAPTFIPS, 2000; Kahn y otros, 2002):

- Los bebés con bajo peso al nacer son de 5 a 10 veces más propensos a morir por síndrome de muerte súbita que los bebés de peso normal (Horne y otros, 2002).
- Los bebés de hermanos que murieron por este síndrome de muerte súbita son más propensos a padecerlo (Lenoir, Mallet y Calenda, 2000).
- El 6 por 100 de los bebés con apnea del sueño, un cese temporal de la respiración en las que las vías respiratorias se bloquean por completo (normalmente 10 segundos o más) mueren por síndrome de muerte súbita (McNamara y Sullivan, 2000).

- Los bebés afro-americanos y los bebés esquimales son de cuatro a seis veces más propensos a morir por síndrome de muerte súbita que cualquier otro bebé (Daley, 2004; Unger y otros, 2003).
- El síndrome de muerte súbita es más común en los grupos socioeconómicos bajos (Mitchell y otros, 2000).
- El síndrome de muerte súbita es más común en los bebés que han sido expuestos al humo del tabaco (Chong, Yip y Karlberg, 2004; Horne y otros, 2004).
- El síndrome de muerte súbita es más común en los bebés que duermen en camas blandas (Flick y otros, 2001).

Nutrición

Nuestra cobertura sobre la nutrición infantil comienza con información sobre las necesidades nutricionales y el comportamiento alimentario, después vuelve al tema de la alimentación con leche materna o con biberón y concluye con una perspectiva general sobre la malnutrición.

Necesidades nutricionales y comportamientos alimentarios La importancia de un consumo de nutrientes adecuados en un ambiente de amor y apoyo durante la infancia no puede ser pasada por alto (Samour, Helm y Lang, 2000). Desde el nacimiento hasta el año de edad, los bebés triplican su peso y aumentan su estatura en un 50 por 100. Las diferencias individuales entre los bebés en término de sus reservas nutricionales, composición corporal, índice de crecimiento y patrones de actividad hacen difícil definir las necesidades nutricionales. Sin embargo, debido a que los padres necesitan algunas guías, los expertos en nutrición recomiendan que los bebés consuman aproximadamente 50 calorías al día por cada ½ kilo de peso, más del doble de las necesidades adultas.

Hace algunos años, el tema de si el bebé debe alimentarse a demanda o según un horario establecido estaba rodeado de controversia. El evolucionista John Watson (1928) afirmaba que la alimentación según un horario establecido es mejor porque aumenta la regulación ordenada del bebé. Un ejemplo de un horario establecido recomendado para recién nacidos es 115 gramos de leche en polvo cada seis horas. Recientemente, la comida según demanda, en la que los tiempos y la cantidad los determina el bebé, se ha popularizado.

Actualmente, los americanos se han concienciado extremadamente con la nutrición. ¿Es el mismo tipo de nutrición que hace de nosotros unos adultos sanos la que hace también unos bebés sanos? Algunos padres cultos y con buena educación casi matan a sus hijos de hambre al alimentarlos con los productos bajos en grasas y bajos en calorías que ellos mismos consumen. Las dietas para adultos diseñadas para la pérdida de peso y la prevención de enfermedades cardíacas pueden, sin embargo, retardar el crecimiento y el desarrollo de los bebés. La comida natural, la leche materna, no es baja en grasa ni en calorías. Ningún niño de menos de dos años debe consumir leche desnatada. En una investigación, se documentaron muchos casos en los que bebés de 7 a 22 meses eran desnutridos involuntariamente por parte de sus padres concienciados en el tema de la salud (Lifshitz y otros, 1987). En algunos casos, los padres eran obesos y querían por todos los medios que sus hijos no lo fueran. Los bien intencionados padres sustituían la llamada «comida basura» por verduras, leche desnatada y otras comidas bajas en grasas. Para un bebé que está creciendo, las comidas altas en calorías y energía son parte de una dieta equilibrada.

Un estudio reciente a nivel nacional sobre más de 3.000 niños de 4 a 24 meses seleccionados al azar ha documentado que muchos padres americanos no están alimentando a sus hijos con suficientes frutas y verduras, y sin embargo les dan demasiada comida basura (Fox y otros, 2004). Más de un tercio de los niños no comían verduras ni fruta, comían a menudo patatas fritas y casi la mitad de los

bebés de 7 a 8 meses eran alimentados con postres, dulces y bebidas endulzadas. A los 15 meses las patatas fritas eran la *verdura* más común que comían los bebés.

Dar el pecho frente al biberón La leche humana o la leche preparada son la fuente de nutrientes y energía para los bebés durante los primeros cuatro a seis meses. Durante años, el debate se ha centrado en si la leche materna es mejor para el bebé que el biberón. El mayor consenso es que la leche materna es mejor para la salud del bebé (Blum, 2000; Kramer, 2003; More, 2003). Como se muestra en la Figura 5.10, el predominio de comenzar con la alimentación con leche materna en el hospital y la alimentación con leche materna seis meses después del parto en Estados Unidos alcanzó su porcentaje máximo con un 69 por 100 y un 32,5 por 100 respectivamente, en el año 2001, el último año del que se tienen cifras (Ryan, Wenjun, y Acosta, 2002).

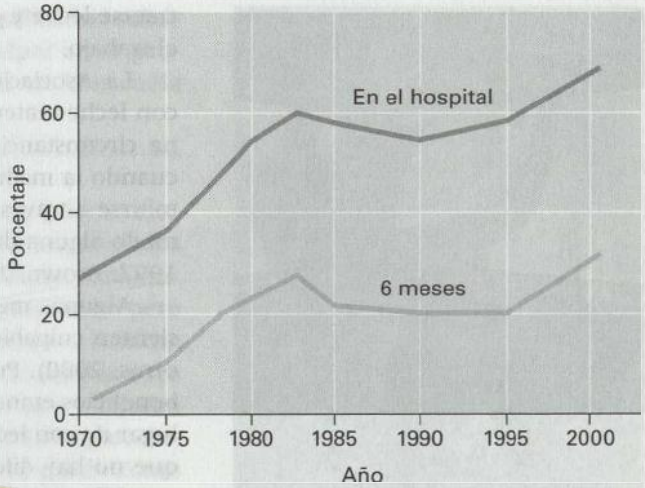
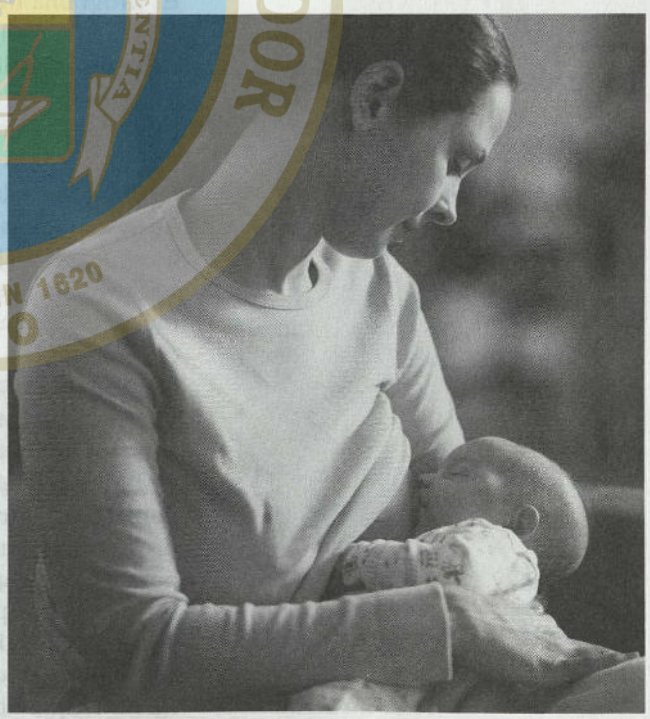


FIGURA 5.10 Tendencias sobre la alimentación con leche materna en Estados Unidos: 1970-2001

¿Cuáles son algunas de las ventajas de la leche materna? Incluye estos beneficios durante los primeros dos años de vida e incluso después (*AAP Work Group on Breastfeeding*, Comité sobre alimentación con leche materna de la AAP, 1997; London y otros, 2000):

- Aumento de peso apropiado y menor riesgo de obesidad infantil (Bergmann y otros, 2003; Meier y otros, 2004). Una reciente revisión de 11 estudios ha encontrado que la alimentación con leche materna reduce el riesgo de obesidad infantil de forma moderada (Dewey, 2003).
- Menos alergias (Oddy y otros, 2004; Prescott, 2003).
- Prevención o reducción de diarreas, infecciones respiratorias (como la neumonía y la bronquitis), infecciones bacterianas y en el tracto urinario y otitis media (infección del oído medio) (Marild y otros, 2004; Nash, 2003; Pardo-Crespo y otros, 2004).
- Densidad de los huesos en la infancia y la edad adulta (Gibson y otros, 2000).
- Reduce el cáncer infantil y reduce la incidencia de cáncer de mama en las madres y en las hijas de éstas (Bernier y otros, 2000; Eisinger y Burke, 2003; Lee y otros, 2003).
- Menor incidencia del síndrome de muerte súbita. Según un estudio, cada mes de alimentación exclusiva con leche materna el índice de síndrome de muerte súbita se reduce a la mitad (Fredrickson, 1993).
- Mejor desarrollo neurológico y cognitivo (Brody, 1994).
- Mejora la agudeza visual (Makrides y otros, 1995).

¿Cuáles son las mujeres menos propensas a dar el pecho? Entre otras, aquellas madres que trabajan a jornada completa fuera de casa, madres menores de 25 años, madres sin educación superior, madres afro-americanas y madres con bajos recursos económicos (Ryan, 1997). En un estudio sobre las madres con bajos recursos económicos en Georgia, la intervención (como la orientación centrada en los beneficios de la leche materna y el préstamo gratuito de un aparato para extraer leche materna) aumentó la cantidad de madres que daban el pecho a sus bebés (Ahluwalia y otros, 2000). Cada vez más, las madres que vuelven al trabajo durante el primer año de vida del niño utilizan un «extractor de leche», con el cual ellas pueden ex-



La leche materna o la leche artificial es la fuente de nutrientes del bebé durante los primeros cuatro a seis meses. La opinión cada vez más consensuada es que la leche materna es mejor para la salud del bebé, aunque existe todavía una controversia sobre el tema de la leche materna frente a la alimentación artificial. *¿Por qué recomiendan los pediatras la leche materna?*

traerse leche y guardarla para más tarde alimentar al bebé mientras ellas están en el trabajo.

La Asociación Americana de Pediatría respalda fuertemente la alimentación con leche materna durante el primer año de vida (AAPWGB, 1997). ¿Existe alguna circunstancia por la que la madre no debe dar el pecho? Sí, entre otras: 1) cuando la madre tiene SIDA o tiene otra enfermedad infecciosa, que puede trasmitirse a través de su leche; 2) si ella ha tenido tuberculosis activa, y 3) si ha tomado alguna droga o fármaco que puede no ser seguro para el bebé (AAPWGB, 1997; Brown, 2003; Mathew, 2004; Sedgh y otros, 2004).

Algunas mujeres no pueden dar el pecho al bebé por dificultades físicas o se sienten culpables si dejan de dar el pecho al bebé demasiado pronto (Mozingo y otros, 2000). Pueden preocuparse porque piensan que están privando al bebé de beneficios emocionales y psicológicos importantes si los alimentan con biberón en lugar de con leche materna. Sin embargo, algunos investigadores han descubierto que no hay diferencias psicológicas entre alimentar al bebé con leche materna o con biberón (Ferguson, Harwood y Shannon, 1987; Young, 1990). Para seguir leyendo sobre un programa que da a los niños un comienzo saludable véase el apartado de Diversidad en el desarrollo del ciclo vital.



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Un comienzo saludable

El programa de apoyo familiar para un comienzo saludable de Hawai se puso en marcha en 1985 (Allen, Brown y Finlay, 1992). Fue diseñado por el Centro de ayuda familiar de Hawai en Honolulu, que ya utilizaba los servicios de visita domiciliaria para mejorar el funcionamiento familiar y reducir el abuso a los niños durante más de una década. La participación es voluntaria. Se evalúa a las familias de los recién nacidos por si existieran factores de riesgo, incluyendo hogares inestables, depresión, abuso por parte de los padres, cuidado prenatal inexistente o tardío, menos de 12 años de educación, pobreza y carencia de empleo. Los trabajadores estaban encargados de identificar y entrevistar a las nuevas madres en el hospital. También evalúan a las familias por referencias de los médicos, las enfermeras y otras personas. Debido a que las demandas de servicio sobrepasan los recursos disponibles, sólo las familias con riesgos sustanciales podrán participar.

Cada nueva familia participante recibe una visita semanal de un trabajador social. Cada uno de los ocho trabajadores sociales del programa dedicados a la visita en los hogares trabaja con 25 familias a la vez. El trabajador ayuda a la familia a sobrellevar las crisis inmediatas, como el desempleo o el abuso de drogas. La familia también está relacionada de forma directa con un pediatra para asegurar que el niño recibe cuidados sanitarios regularmente. Se evalúa a los bebés por posibles retrasos en el desarrollo y para seguir el calendario de vacunaciones. Los pediatras son informados sobre el programa. Se les notifica cuándo un niño se inscribe en el programa y cuándo una familia de riesgo deja de participar en él.

El programa de apoyo familiar para un comienzo saludable cuenta con numerosos trabajadores especializados. Para poder ayudar a otras familias, el trabajador social encargado del programa acude a hablar con el padre para tratar específicamente de su papel dentro de la familia. El trabajador social alienta a los padres a participar en actividades de grupo llevadas a cabo por el centro situado en un área comercial del vecindario.

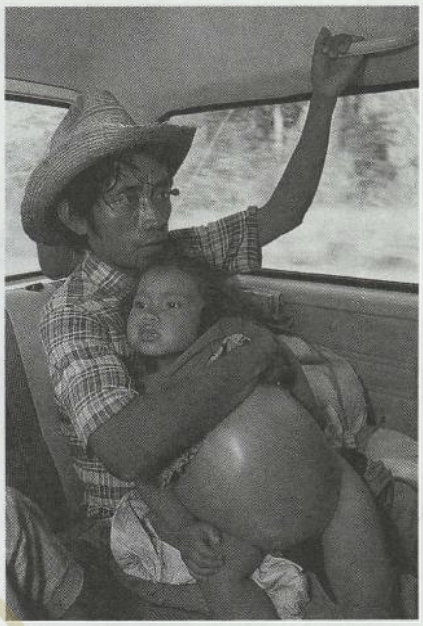
Pasado el tiempo, se anima a los padres a asumir más responsabilidad sobre la salud y el bienestar de su familia. Las familias pueden participar en el programa desde que el niño cumple los 5 años hasta que empieza en la escuela pública.

Malnutrición en la infancia El pasar de un destete temprano de la leche materna a una fuente de nutrientes inadecuados, como los preparados inapropiados y poco sanos de leche de vaca, pueden causar deficiencias de proteínas y malnutrición en los bebés (Kramer, 2003). Algunos preparados que parecen leche pero no lo son, como la tapioca o el arroz, también sustituyen a menudo a la leche materna. En muchos países en vías de desarrollo, las madres solían alimentar a sus hijos con leche materna durante al menos dos años. Para modernizarse, dejaron de amamantar a los niños antes y la reemplazaron por el biberón. Las comparaciones de los niños alimentados con leche materna y con biberón en países como Afganistán, Haití, Ghana y Chile han documentado que el índice de mortalidad de los bebés alimentados con biberón era cinco veces mayor que la de los bebés alimentados con leche materna (Grant, 1997).

Dos condiciones peligrosas para la vida y que pueden aparecer como resultado de una malnutrición durante la infancia son el marasmo y el kwashiorkor. El **marasmo** es una pérdida de tejidos corporales durante el primer año del bebé, causada por una deficiencia severa de proteínas y calorías. El bebé sufre un grado extremo de enflaquecimiento y sus músculos se atrofian. El **kwashiorkor** es una condición causada por una deficiencia de proteínas, normalmente aparece entre el 1.er y el 3.er año de edad. Los niños con kwashiorkor en ocasiones parecen estar bien alimentados, aunque no lo sea así, porque la enfermedad puede causar que el abdomen y los pies del niño se hinchen con agua. El kwashiorkor hace que los órganos vitales de los niños recojan los nutrientes y priven al resto de las partes del cuerpo de ellos. El pelo del niño también se vuelve más fino, frágil y sin color. Y el comportamiento del niño a menudo se vuelve apático.

Incluso sin ser fatal, una malnutrición severa y duradera es perjudicial para el desarrollo físico, cognitivo y social (Grantham-McGregor, Ani y Fernald, 2001; Nolen y otros, 2002). En una investigación, se estudiaron dos grupos de niños sudafricanos de 1 año extremadamente desnutridos (Bayley, 1970). A los niños del primer grupo se les dio una alimentación adecuada durante los siguientes seis años, sin embargo, no se realizó ninguna intervención en la vida del segundo grupo. Después de siete años, el grupo de niños peor alimentados obtuvo peores resultados en los test de inteligencia que los niños del grupo mejor alimentado. En otra investigación, se asociaron las dietas de los bebés de las zonas rurales de Guatemala con su desarrollo social cuando ingresaban en la escuela primaria (Barrett, Radke-Yarrow y Klein, 1982). Los niños de madres que habían tomado suplementos nutricionales durante el embarazo y que habían recibido comidas nutritivas y altas en calorías durante los primeros dos años de vida eran más activos, más implicados y más colaboradores con sus iguales, menos ansiosos y más felices que aquellos niños que no habían recibido suplementos nutricionales. Los resultados sugieren la importancia que tiene el que los padres se preocupen por las necesidades nutricionales de los niños.

En otra investigación posterior sobre los suplementos alimenticios en la infancia y el desarrollo cognitivo de los niños, Ernesto Pollitt y sus colegas (1993) llevaron a cabo una investigación longitudinal durante dos décadas en las zonas rurales de Guatemala. Ellos descubrieron que los suplementos alimenticios tempranos en forma de proteínas e incremento de calorías pueden tener un efecto positivo a largo plazo en el desarrollo cognitivo. Los investigadores también revelaron que la relación entre la nutrición y el resultado cognitivo está regulada por el período de tiempo que el suplemento es administrado y por el contexto sociodemográfico. Por ejemplo, los niños de los grupos socioeconómicos más bajos se beneficiaron más



Esta niña hondureña sufre de kwashiorkor. Observa las señales del kwashiorkor, el abdomen hinchado. *¿Cuáles son otras de las características del kwashiorkor?*

que los niños de grupos socioeconómicos más elevados. Aunque también existía una influencia nutricional positiva cuando el suplemento comenzaba después de los 2 años de edad, el efecto en el desarrollo cognitivo era menos fuerte.

Para un desarrollo físico, cognitivo y socioemocional adecuado, los niños necesitan un entorno protector y estimulante (Chopra, 2003).

Aprender a ir al baño

La habilidad para controlar la eliminación depende de la maduración muscular y la motivación (Schum y otros, 2001; Sun y Rugolotto, 2004). Los niños deben ser capaces de controlar sus músculos y evacuar en el momento adecuado, y deben estar dispuestos a evacuar en el váter o en el orinal, en lugar de en sus pañales o en su ropa interior. Muchos niños son físicamente incapaces de controlar la eliminación a los dos años. Cuando se inicia el aprendizaje para ir al baño, debe llevarse a cabo de forma cálida, relajada y protectora (Michel, 2000; Weaver y Dobson, 2004).

Muchos padres actualmente están siendo alentados a utilizar el enfoque de «preparación» para el entrenamiento para ir al baño, es decir, esperan hasta que los niños muestran signos de que están preparados para empezar el entrenamiento. Los pediatras argumentan que este acercamiento retrasa el entrenamiento hoy en día hasta una edad superior a la de generaciones anteriores (AAP, 2001; Blum, Taubman y Nemeth, 2004). Un estudio reciente con casi 500 niños americanos ha descubierto que el 50 por 100 de las niñas estaban entrenadas a los 35 meses y el 50 por 100 de los niños a los 39 meses (Schum y otros, 2001). En otro estudio reciente, el aprendizaje temprano para ir al baño no estaba asociado con el estreñimiento, retención de deposiciones o rechazo a eliminar en el váter (Blum, Taubman y Nemeth, 2003). Sin embargo, la iniciación del entrenamiento intensivo antes de los 27 meses no estaba relacionada con una consecución temprana del entrenamiento, lo que sugiere que existe un beneficio muy pequeño en comenzar un entrenamiento intensivo antes de esta edad. Además, una reciente encuesta a pediatras descubrió que menos del 30 por 100 recomendaban un esfuerzo intensivo y temprano del entrenamiento para ir al baño (Polaha, Warzak y Dittmer-Memahon, 2002).

Sin embargo, algunos psicólogos evolutivos argumentan que retrasar el entrenamiento para ir al baño hasta los dos o tres años puede convertirlo en una batalla ya que los niños a estas edades buscan fuertemente su autonomía. Otro argumento en contra del entrenamiento tardío para ir al baño es que muchos niños van a la guardería y los niños mayores que todavía usan pañales pueden ser ridiculizados por los compañeros.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Analizar el crecimiento físico y el desarrollo en la primera infancia

REVISA

- ¿Cuáles son los patrones de desarrollo céfalo-caudal y próximo-distal?
- ¿Qué cambios se producen en peso y altura durante la primera infancia?
- ¿Cuáles son algunos de los rasgos claves del cerebro y su desarrollo durante la primera infancia?
- ¿Qué cambios se producen en el sueño durante la primera infancia?
- ¿Cuáles son las necesidades nutricionales de los niños?
- ¿Cuándo debería realizarse el entrenamiento para ir al baño?

REFLEXIONA

- ¿Qué tres consejos le darías a un amigo que acaba de tener un bebé sobre el desarrollo físico?

2 DESARROLLO MOTOR

Teoría de los sistemas dinámicos | Habilidades motoras gruesas | Reflejos | Habilidades motoras finas

El estudio del desarrollo motor ha renacido en los últimos 15 años con las nuevas observaciones sobre forma en la que los bebés y los niños adquieren las habilidades motoras. Muchas de estas observaciones han sido alentadas por la teoría de los sistemas dinámicos.

Teoría de los sistemas dinámicos

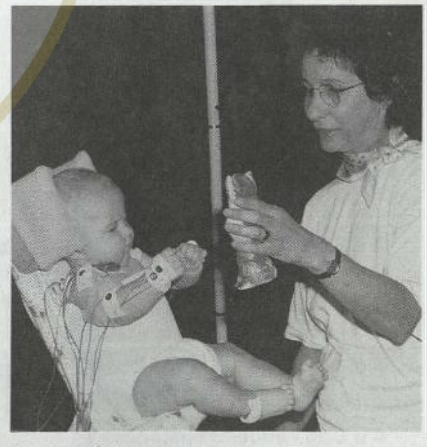
El psicólogo evolutivo Arnold Gesell (1934) concluyó que sus meticulosas observaciones habían revelado cómo la gente desarrollaba sus habilidades motoras. Él descubrió que los bebés y los niños desarrollaban habilidades motoras de forma ordenada y en momentos específicos. La mayoría de los bebés pasaban por una serie de hitos en el desarrollo como aprender a gatear y aprender a andar en una secuencia fija. Estas observaciones, según Gesell muestran que el desarrollo motor se revela como consecuencia de un plan genético o *maduración*.

Recientes estudios, sin embargo, han demostrado que el desarrollo motor no es una consecuencia de la naturaleza o el medio por sí solos. En los años noventa, el estudio sobre el desarrollo motor experimentó un nuevo despertar a medida que los psicólogos evolutivos desarrollaron nuevas visiones sobre el desarrollo de las habilidades motoras (Smith y Samuelson, 2003; Thelen y Smith, 1998). Una de las teorías que más ha influido es la teoría de los sistemas dinámicos propuesta por Esther Thelen.

Según la **teoría de los sistemas dinámicos**, los bebés recopilan las habilidades motoras para percibir y actuar. Observa cómo la percepción y la actuación están asociadas de acuerdo con esta teoría (Thelen, 1995, 2000, 2001; Thelen y Smith, 1998; Thelen y Whitmeyer, 2005). Para desarrollar las habilidades motoras, los bebés deben percibir algo en el entorno que les motive a actuar y utilizar sus percepciones para ajustar sus movimientos. Las habilidades motoras representan soluciones para los objetivos de los bebés.

¿Cómo se desarrolla una habilidad motora de acuerdo con esta teoría? Cuando los bebés están motivados para hacer algo, ellos crean un nuevo comportamiento motor para completar los nuevos actos deseables. El nuevo comportamiento es el resultado de muchos factores convergentes: (1) el desarrollo del sistema nervioso y las propiedades físicas del cuerpo, incluyendo sus posibilidades para el movimiento; (2) el objetivo que el niño quiere alcanzar; y (3) el apoyo del entorno para la habilidad. Por ejemplo, los bebés aprenden a andar sólo cuando la maduración de su sistema nervioso les permite controlar ciertos músculos de las piernas, cuando sus piernas han crecido lo suficiente para aguantar su peso y cuando ellos quieren moverse.

Dominar una habilidad motora requiere esfuerzos activos del bebé para coordinar diversos componentes de la habilidad (Spencer y otros, 2000). Los bebés exploran y seleccionan posibles soluciones para las exigencias de una nueva tarea, ellos unen los patrones adaptativos mediante la modificación de sus patrones de movimiento existentes. El primer paso se produce cuando el niño está motivado para un nuevo reto, como el deseo de cruzar una habitación, y entra en el «parque de operaciones» de la tarea exigida dando varios pasos tambaleantes. Después los niños tienen que «ajustar» estos movimientos para hacerlos más suaves y más



En esta foto se muestra a Esther Thelen llevando a cabo un experimento para descubrir cómo los bebés aprenden a controlar sus brazos para alcanzar y agarrar objetos. Un aparato electrónico se utiliza para observar los movimientos de los brazos del bebé y para grabar los patrones musculares. La investigación de Thelen se lleva a cabo a partir de la llamada «perspectiva de los sistemas dinámicos». *¿Cuáles son las características de esta perspectiva?*

efectivos. Este ajuste se logra con ciclos repetidos de acción y percepción de las consecuencias de esta acción. De acuerdo con el punto de vista de los sistemas dinámicos incluso los hitos universales, como gatear, alcanzar cosas y caminar se aprenden por procesos de adaptación. Los niños modulan sus patrones de movimiento para adecuarse a una nueva tarea, explorando y seleccionando varias configuraciones posibles.

Por tanto, de acuerdo con la teoría de los sistemas dinámicos, el desarrollo motor no es un proceso pasivo en la que los genes dictan el desarrollo de una secuencia de habilidades a lo largo del tiempo. En su lugar, el niño desarrolla una habilidad de forma activa para lograr un objetivo dentro de las limitaciones del cuerpo del niño y el entorno. La naturaleza y el medio, el bebé y el entorno trabajan juntos como parte de un sistema en constante cambio.

Vamos a observar a dos bebés —Gabriel y Hannah— par ver cómo la teoría de los sistemas dinámicos describe y explica su comportamiento y desarrollo (Thelen y otros, 1993). Cada niño improvisa la forma de alcanzar con uno de sus brazos estando sentados y coger con sus manos un nuevo juguete. Gabriel y Hannah hacen todo tipo de ajustes de reacción instantánea para mantener cada movimiento. La rápida extensión de su brazo requiere que sus cuerpos permanezcan rectos para que su brazo y su torso no caigan sobre el juguete. Los músculos de su brazo y su hombro se contraen y estiran en una variedad de combinaciones y ejercen diversas fuerzas. Los movimientos de sus brazos no son exactos, son movimientos mecánicos que pueden ser planeados de antemano de forma precisa, pero que no se adaptan al objetivo y al contexto, cómo coger el nuevo juguete.

Vamos a examinar el curso del desarrollo motor, describiremos cómo la teoría de los sistemas dinámicos es aplicable a algunas habilidades específicas. Para empezar describiremos cómo la historia del desarrollo motor comienza con los reflejos.

Reflejos

El recién nacido no es un ser completamente inútil. Entre otras cosas, tiene algunos reflejos básicos, que son mecanismos de supervivencia genéticamente determinados. Por ejemplo, el recién nacido no tiene miedo al agua, contiene la respiración de forma natural y contrae su garganta para que no le entre agua. Los reflejos están construidos como reacciones a un estímulo, controlan los movimientos del recién nacido, movimientos que son automáticos y están fuera del control del recién nacido. Con estos reflejos, los bebés pueden responder adaptándose al entorno antes de tener la posibilidad de aprender. Por ejemplo, los reflejos de succión y de giro de la cabeza tienen un valor de supervivencia para los mamíferos recién nacidos, que deben encontrar el pecho de la madre y obtener alimento. El **reflejo de succión** se produce cuando los recién nacidos automáticamente chupan un objeto situado en su boca. El reflejo de succión capacita a los recién nacidos para obtener alimento antes de que asocien el pecho materno con la comida. El **reflejo de giro de la cabeza** se produce cuando se acaricia la mejilla del bebé o se toca el lado de la boca. En respuesta, el bebé gira la cabeza hacia el lado que le han tocado en un aparente esfuerzo para encontrar algo que chupar. Los reflejos de succión y giro de la cabeza desaparecen a los 3 o 4 meses. Se reemplazan por la voluntad del bebé para comer.

El **reflejo de Moro** es una respuesta neonatal que se produce como respuesta a un ruido o movimiento repentino e intenso. Cuando se sobresalta el bebé arquea la espalda, echa para atrás la cabeza y estira los brazos y las piernas. Después el recién nacido cierra rápidamente los brazos y las piernas hacia el centro del cuerpo. Se cree que el reflejo de Moro es un vestigio de nuestros ancestros primates con un valor de supervivencia. Este reflejo, usual en todos los recién nacidos, también tiende a desaparecer a los 3 o 4 meses.

Algunos reflejos presentes en el recién nacido, toser, parpadear y bostezar, por ejemplo, persisten a lo largo de la vida. Son tan importantes para el adulto como

lo son para el bebé. En cambio, otros reflejos desaparecen algunos meses después de nacer, a medida que las funciones cerebrales del bebé maduran y voluntariamente se desarrolla el control sobre muchos comportamientos. Los movimientos de algunos reflejos se incorporan eventualmente a acciones voluntarias más complejas. Un ejemplo importante es el **reflejo de prensión,** que se produce cuando algo toca la palma de la mano del bebé. Éste responde agarrando fuertemente. Al final del tercer mes el reflejo de presión disminuye, y el bebé muestra un agarre más voluntario, que a menudo se produce por estímulos visuales. Por ejemplo, cuando el bebé ve un móvil girando sobre su cabeza, puede extender la mano queriendo alcanzarlo. A medida que el desarrollo motor se suaviza, el bebé agarrará objetos, los manipula con cuidado y explora sus cualidades. Se ofrece una visión general de estos reflejos, junto con otros en la Figura 5.11.

La **succión** es un reflejo que sirve al bebé para alimentarse. Las capacidades de succión de los recién nacidos varían considerablemente. Algunos recién nacidos son eficientes, succionando de forma enérgica y obteniendo leche, otros no son hábiles y se cansan antes de saciarse. La mayoría de los recién nacidos tardan semanas en establecer un estilo de succión que esté coordinado con la manera que la madre sujeta al bebé, la manera en que la leche sale del pecho o el biberón y el temperamento del bebé.

El pediatra T. Berry Brazelton (1956) observó a bebés durante más de un año para determinar la incidencia de su succión cuando eran alimentados y cómo su comportamiento de succión variaba a medida que crecían. Más del 85 por 100 de los bebés realizaban comportamientos de succión considerables no relacionados con la comida. Se chupaban los dedos, el puño y el chupete. Al año de edad, la mayoría de los niños abandona el comportamiento de succión. Sin embargo, el 40 por 100 de los niños continuaban chupándose el pulgar al comenzar el colegio (Kessen, Haith y Salapatek, 1970). La mayoría de los psicólogos evolutivos no le dan un gran significado a este comportamiento y no son conscientes de que las estrategias de los padres pueden contribuir a ello. Las diferencias individuales en

FACULTAD DE CULTURA FISICA
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

Reflejo	Estimulación	Respuesta del bebé	Patrón de desarrollo
Parpadeo	Un destello de luz, un soplo de aire	Cerrar los dos ojos	Permanente
Babinski	Acariciar la planta del pie	Desplegar el pie, torcer el pie	Desaparece entre los 9 meses y 1 año
Agarre	Tocar la palma de la mano	Agarrar fuertemente	Se debilita a partir del tercer mes, desaparece después de 1 año
De Moro (sobresalto)	Estimulación repentina, como oír un sonido fuerte o hacer que se caiga levemente	Sobresaltarse, arquear la espalda, echar la cabeza hacia atrás, estirar los brazos y las piernas y cerrarlos rápidamente hacia el centro del cuerpo	Desaparece después de 3 o 4 meses
Giro de cabeza	Acariciar la mejilla o un lado de la boca	Girar la cabeza, abrir la boca y comenzar a chupar	Desaparece después de 3 o 4 meses
Marcha	Se sujeta al bebé sobre el suelo y se bajan los pies hasta que lo toca	Mover los pies como para caminar	Desaparece después de 3 o 4 meses
Succión	Un objeto tocando su boca	Chupar de forma automática	Desaparece después de 3 o 4 meses
De nado	Se pone al bebé boca abajo en el agua	Realizar movimientos coordinados de natación coordinados	Desaparece después de 6 o 7 meses
Tónico del cuello	Se pone al bebé boca arriba	Cerrar las manos y normalmente girar la cabeza hacia la derecha (a veces llamada «posición de esgrima» porque parece que el bebé adopta la posición de un esgrimista	Desaparece después de los 3 meses

FIGURA 5.11 Reflejos de los bebés

la composición biológica de los niños pueden influir de alguna forma en la continuación de este comportamiento de succión.

Habilidades motoras gruesas

Pregunta a cualquier padre sobre su bebé y antes o después se referirá a uno o varios de los hitos motores, como «Cassandra ya ha aprendido a gatear», «Jesse finalmente se mantiene de pie sola» o «Ángela dio su primer paso la semana pasada». No es raro que los padres anuncien con orgullo estos logros. Las nuevas habilidades motoras son más intensas y observables durante el primer año de vida. Esta progresión motora transforma a los bebés de seres incapaces de levantar la cabeza a ser capaces de coger cosas del estante de una tienda, perseguir a un gato y participar activamente en la vida social de la familia (Thelen, 1995, 2000). Estos logros se alcanzan a través del desarrollo de las habilidades motoras gruesas.

Las **habilidades motoras gruesas** implican una gran cantidad de actividades musculares, como mover el brazo y caminar. ¿Cómo se desarrollan las habilidades motoras gruesas en el ciclo vital?

El desarrollo de la postura Las habilidades motoras gruesas, al igual que otras muchas actividades, requieren un control postural (Adolph, 2002, 2005; Thelen, 1995, 2000). Los bebés necesitan controlar su cabeza para estabilizar su mirada y seguir a los objetos en movimiento.

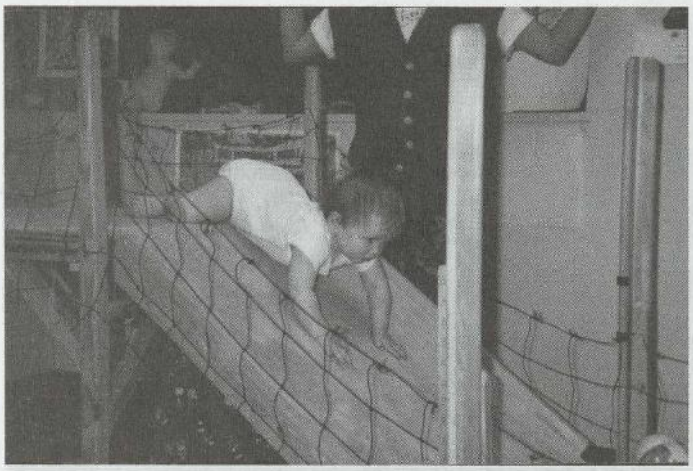
Los recién nacidos no pueden controlar voluntariamente su postura. Sin embargo, en unas cuantas semanas, pueden mantener su cabeza erecta y pronto podrán levantar la cabeza mientras están boca abajo. A los dos meses, los bebés pueden sentarse mientras están en las rodillas o en una sillita de bebé, pero no logra sentarse de forma independiente hasta los 6 o 7 meses. Mantenerse de pie también se desarrolla gradualmente durante el primer año. Aproximadamente a los 8 meses, los bebés pueden aprender a tirar de sí mismos y agarrarse a una silla, y a menudo se mantienen de pie a los 10 o 12 meses.

Según la visión de Thelen (1995, 2000), la postura es algo más que mantener el cuerpo recto y estable. La postura, al igual que otros movimientos, es un proceso dinámico que está relacionado con diversas modalidades sensoriales: la información desde la piel, articulaciones y músculos, los órganos vestibulares en el oído interno que regulan la armonía y el equilibrio y las claves de la visión y la audición (Spencer y otros, 2000).

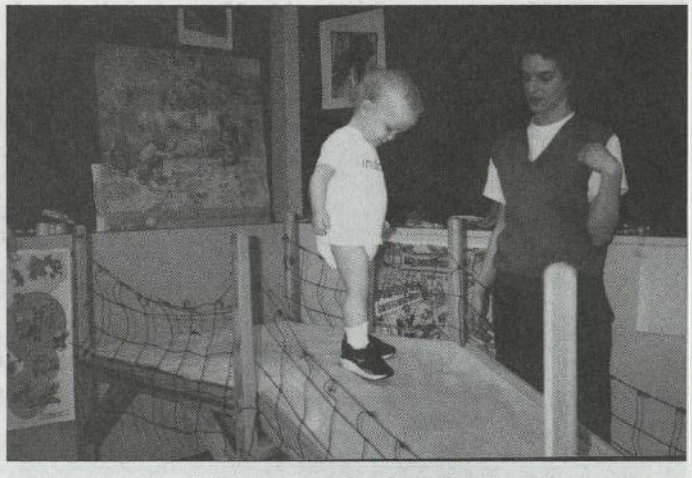
Aprender a andar La locomoción y el control postural están muy relacionados, especialmente para andar erguidos (Adolph, 2005; Adolph, Vereijken y Shrout, 2003; Berger y Adolph, 2003). Andar erguidos requiere la habilidad del equilibrio en una pierna mientras la otra se mueve hacia delante y el cambio del peso de una pierna a la otra (Thelen, 2000).

Aunque los bebés normalmente aprenden a caminar antes del primer cumpleaños, el camino neuronal que controla el componente de alternación de las piernas está presente desde una edad mucho más temprana, posiblemente incluso en el nacimiento o antes. La clave de esta creencia es que los bebés realizan movimientos de pataleos alternando ambas piernas frecuentemente a lo largo de los seis primeros meses de vida mientras están boca arriba. Además, cuando al mes o los dos meses de edad se les ayuda poniendo sus pies en contacto con una rueda mecánica, muestran pasos alternativos y bien coordinados.

Si los bebés pueden producir movimientos de marcha de forma precoz en el primer año, ¿por qué tardan entonces tanto tiempo en aprender a andar? Las habilidades claves para aprender a andar requieren diversos movimientos simultáneos, los bebés necesitan aproximadamente un año para resolver este difícil problema biomecánico.



Bebé que empieza a gatear



Bebé con experiencia andando

FIGURA 5.12 El papel de la experiencia en el juicio de los bebés que gatean y andan sobre si bajar una pendiente

Karen Adolph (1997) descubrió que la experiencia locomotriz en lugar de la edad era el primer pronosticador de la respuesta adaptativa en pendientes de diferente inclinación. Los bebés que acababan de aprender a gatear o andar no podían juzgar la seguridad de las diferentes pendientes. Con la experiencia, ellos aprendían a evitar las pendientes donde se podían caer. Cuando los niños que sabían gatear empezaban a andar, cometían errores y se caían, incluso cuando habían juzgado correctamente la misma pendiente cuando gateaban. Adolph se refirió a esto como la *especificidad del aprendizaje* porque no se pasaba automáticamente del gateo al caminar.

Para aprender a moverse, los bebés aprenden qué tipo de lugares y superficies son seguras para hacerlo sin riesgo (Adolph, 2005; Adolph, Weise y Marin, 2003). Karen Adolph (1997) investigó sobre cómo los bebés con experiencia y sin experiencia gateando y los bebés que ya andaban descendían una pendiente empinada (véase la Figura 5.12). Los bebés que acababan de aprender a gatear, con una media de ocho meses y medio de edad, casi sin criterio descendían la pendiente, a menudo cayéndose en el proceso (con sus madres cerca de la pendiente para cogerlos). Sin embargo, con unas cuantas semanas más de práctica, los bebés eran más hábiles para juzgar qué pendientes eran demasiado empinadas para bajarlas gateando y cuáles podían ser seguras. De igual forma, los bebés que acababan de aprender a andar eran incapaces de juzgar la seguridad de diferentes pendientes, sin embargo, los andadores experimentados combinaban de forma precisa las habilidades locomotoras con lo empinado de la pendiente. Rara vez se caían, preferían no bajar la pendiente o ir de espalda de forma cuidadosa. Los niños que tenían experiencia andando evaluaban la situación —mirando, balanceándose, tocando y pensando antes de bajar la pendiente—. Con la experiencia, los bebés que gatean y los que andan aprendieron a evitar las pendientes peligrosas donde podían caerse, integrando información perceptiva con el desarrollo de un nuevo comportamiento motor. En esta investigación, volvemos a observar la importancia de la combinación perceptivo-motriz en el desarrollo de las habilidades motoras.

La experiencia es particularmente importante a la hora de aprender a andar (Adolph, 2005). «Los miles de pasos diarios, cada uno de ellos diferente al anterior debido a las variaciones del terreno o las constantes limitaciones biomecánicas del cuerpo, pueden ayudar a los niños a identificar las combinaciones relevantes de fuerza y equilibrio» requeridas a la hora de mejorar sus habilidades para andar (Adolph, Vereijken y Shrout, 2003, p. 495).

La Figura 5.13 resume los logros importantes en las habilidades motoras gruesas durante el primer año, culminando en la habilidad para caminar sin dificultad. Estos logros motores traen consigo cada vez una mayor independencia. Los niños mayores pueden explorar cada vez más su entorno e iniciar una interacción con sus cuidadores y sus iguales mejor que cuando eran más pequeños.

El momento de estos hitos varían de dos a cuatro meses, especialmente entre los niños más mayores y las experiencias pueden modificar el comienzo de estos

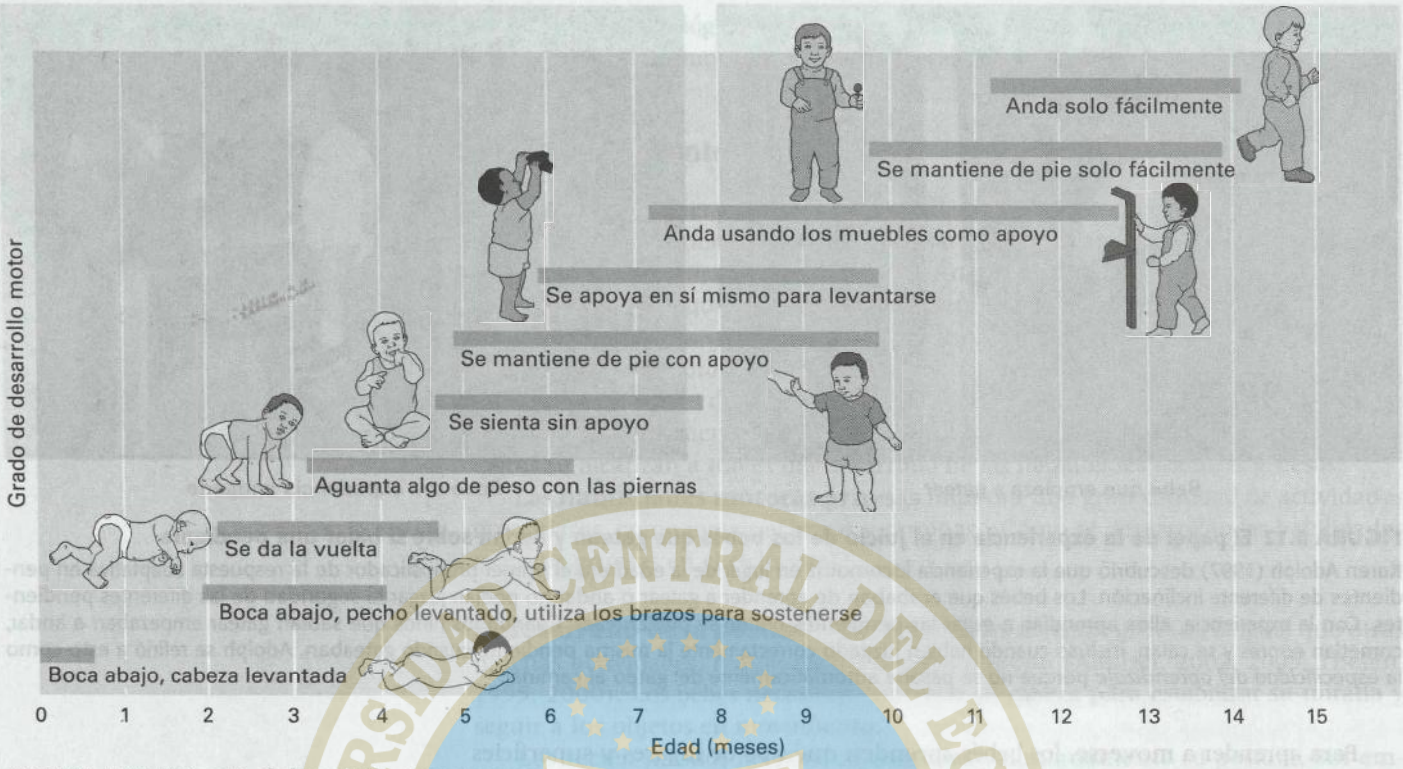


FIGURA 5.13 Hitos en el desarrollo motor grueso

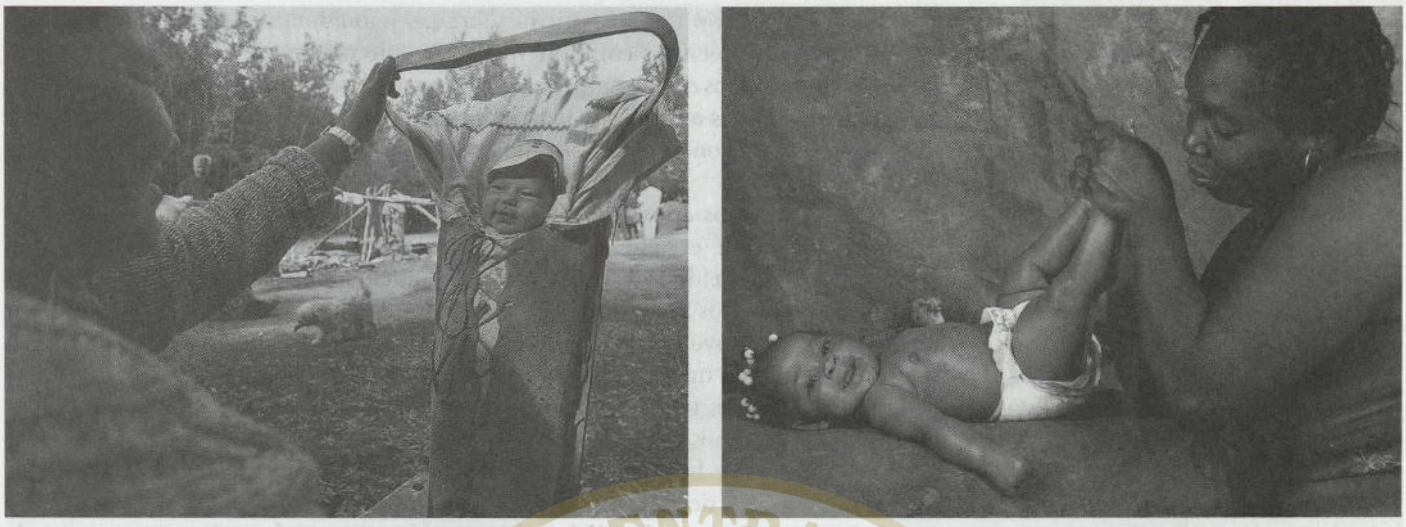
logros motores. Además, en algunos casos, la secuencia no siempre se mantiene. Por ejemplo, muchos niños americanos no gatean sobre su barriga o con las manos y las piernas. Pueden descubrir una forma de desplazamiento idiosincrásica antes de caminar, como dar vueltas sobre sí mismos o pueden no llegar a desplazarse nunca hasta que se ponen de pie (Adolph, 2002). En la tribu africana Mali el gateo no es ni siquiera algo común (Bril, 1999).

El desarrollo en el segundo año Durante el segundo año de vida, los niños empiezan a tener mayores habilidades motoras y mayor movilidad. Ya no les gusta estar en el parque y quieren moverse de un sitio a otro. Los expertos en desarrollo infantil creen que la actividad motora durante el segundo año es vital para un desarrollo adecuado del niño y que se deben poner pocas restricciones en sus aventuras motoras, excepto las propias de la seguridad (Fraiberg, 1959).

De los 13 a los 18 meses, los niños pueden tirar de un juguete atado a una cuerda, usar las manos y piernas para subir los escalones. De los 18 a 24 meses los niños pueden andar rápido o correr firmemente una distancia corta, mantenerse en cuclillas mientras juegan con objetos en el suelo, caminar hacia atrás sin perder el equilibrio, mantenerse de pie, dar una patada a una pelota sin caerse y saltar.

¿Pueden los padres darle a sus bebés alguna ayuda para estar físicamente más en forma y más dotados a través de clases de ejercicios estructurados? Las clases de *fitness* para bebés van desde las clases pasivas, donde los adultos les marcan los pasos, a los programas llamados de «aeróbic» porque les piden que gateen, den vueltas y jueguen con pelotas. Los pediatras argumentan que cuando un adulto estira y mueve las articulaciones de los bebés, es fácil que sobrepasen los límites sin saberlo. Los pediatras también recomiendan que el ejercicio para los bebés no sea en la variedad de «aeróbic» por ser demasiado intensivo. Los bebés no pueden estirar adecuadamente su cuerpo como para obtener los beneficios del aeróbic.

Variaciones culturales a la hora de guiar a los bebés en el desarrollo motor La mayoría de los expertos están en contra de las clases de ejercicios es-



(Izquierda) En la cultura Algonquin en Québec, Canadá, los bebés son atados a una tabla que hace de cuna durante parte de su infancia. (Derecha) En Jamaica, las madres dan masajes y estiran los brazos y las piernas de sus hijos. ***¿Hasta qué punto las variaciones culturales influyen en el tiempo en el que los bebés alcanzan los logros motores?***

tructurados para los bebés, sin embargo, existen otras formas de orientar el desarrollo motor de los niños. Los cuidadores en algunas culturas masajean a sus hijos enérgicamente lo que puede adelantar su desarrollo motor.

Las madres de culturas en vías de desarrollo, a menudo intentan estimular las habilidades motoras de sus bebés más de lo que lo hacen las madres de las culturas más avanzadas (Hopkins, 1991). Por ejemplo, las madres jamaicanas masajean a sus bebés de forma regular y les realizan estiramientos en brazos y piernas, esto se relaciona con el avance en el desarrollo motor (Hopkins, 1991). Las madres en la cultura Gusii de Kenia animan a sus bebés a realizar movimientos vigorosos en sus bebés (Hopkins y Westra, 1988). Sólo podemos especular sobre las razones para estas diferencias culturales. Quizás esta estimulación de las habilidades de los bebés en los países en vías de desarrollo es necesaria para aumentar las posibilidades de supervivencia de los bebés o puede que los cuidadores reconozcan que las habilidades motoras son requeridas para los trabajos importantes en la cultura.

¿Influyen las variaciones culturales en el desarrollo motor del niño? Cuando los cuidadores proporcionan orientaciones físicas masajeando a los niños de forma especial, como dándole palmadas, masajes o haciendo estiramientos o dándole la oportunidad de hacer ejercicio, los niños alcanzan los logros motores antes que aquellos niños cuyos cuidadores no les proporcionaban estas actividades físicas. Por ejemplo, las madres jamaicanas esperan que sus hijos se sienten o caminen solos dos o tres meses antes que las madres inglesas (Hopkins y Westra, 1990).

Sin embargo, aun cuando la actividad de los bebés se limita, ellos desarrollan habilidades motoras normales. Por ejemplo, los bebés de la cultura Algonquin en Québec, Canadá, pasan la mayor parte de su primer año de vida atados a una tabla que hace de cuna. A pesar de esta inactividad, estos bebés se sientan, gatean y andan en un rango de edad similar al de los bebés de otras culturas que han tenido más oportunidades para moverse.

Habilidades motoras finas

Mientras que las habilidades motoras gruesas implican actividades de los músculos grandes, las **habilidades motoras finas** implican la realización de los movimientos delicados. Agarrar un juguete o algo que requiera destreza con los dedos demuestra habilidades motoras finas.

Los bebés casi no tienen control sobre las habilidades motoras finas cuando nacen, aunque poseen los componentes de lo que más tarde llegarán a ser movimientos coordinados de forma delicada del brazo, la mano y los dedos (Rosenblith, 1992). Los primeros alcances y agarres marcan una realización significativa en las interacciones funcionales de los niños con su entrono (Keen, 2005; McCarty y Ashmead, 1999).

Durante muchos años se creyó que alcanzar objetos estaba guiado de forma visual, es decir, que el bebé debe tener visión continua de la mano y el objetivo (White, Castle y Held, 1964). Sin embargo, Rachel Clifton y sus colegas (1993) demostraron que los bebés no tienen por qué ver sus manos para alcanzar un objeto. Ellos concluyeron que, debido a que los bebés no podían ver sus manos o sus brazos en la oscuridad durante el experimento, los puntos clave que recibían estímulos (músculo, tendón, articulaciones), sin visión de los miembros, guiaban los agarres tempranos de los bebés de 4 meses.

El desarrollo de la conducta de alcanzar y agarrar se refina más durante los dos primeros años de vida (Keen, 2005). Inicialmente, los bebés muestran sólo movimientos rudimentarios de hombros y codos, pero más tarde muestran movimientos de muñeca, rotación de las manos y coordinación del pulgar y el dedo índice.

Estos movimientos coordinados se dominan eventualmente porque el sistema de agarre de los niños es muy flexible. Los bebés varían la forma de agarrar un objeto dependiendo de su tamaño y su forma, al igual que del tamaño de sus propias manos en relación con el tamaño del objeto. Los bebés agarran los objetos pequeños con el pulgar y el índice (y algunas veces también con el dedo corazón) mientras que los objetos grandes los cogen con todos los dedos de una mano o con las dos manos.

La coordinación perceptivo motriz es necesaria para que el bebé coordine el agarre (Keen, 2005). En los estudios sobre el agarre, se han descubierto diferencias de edad en relación con que sea más probable que los sistemas perceptivos se utilicen en coordinación con el agarre. Los bebés de cuatro meses dependen más del tacto para determinar cómo deben agarrar un objeto; a los 8 meses es más probable que utilicen la visión como guía (Newell y otros, 1989). Este cambio evolutivo es eficiente porque la visión permite que los bebés utilicen sus manos para alcanzar un objeto.

La experiencia juega un papel en el alcance y el agarre. En un estudio reciente, bebés de tres meses participaron en una serie de sesiones de juegos llevando «manoplas pegajosas» (guantes con la palma de la mano que se pegan al borde de un juguete y permite que los niños agarren el juguete) (Needham, Barrett y Peterman, 2002, p. 279) (véase la Figura 5.14). Con estas sesiones, los niños agarraban y manipulaban objetos antes en su desarrollo que los niños de un grupo de control que no habían tenido la experiencia con las «manoplas». Los niños experimentados miraban a los objetos durante más tiempo, los golpeaban más durante el contacto visual y eran más propensos a llevarse el objeto a la boca.



FIGURA 5.14 El uso de «manoplas pegajosas» por los niños para explorar objetos

Amy Needham (2002) y sus colegas descubrieron que los «guantes pegajosos» aumentaban las habilidades de exploración de los objetos por parte de los bebés.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Describir el desarrollo motor del niño

REVISA

- ¿Cuál es la teoría de los sistemas dinámicos?
- ¿Cuáles son los reflejos que tienen los bebés?
- ¿Cómo se desarrollan las habilidades motoras gruesas durante la primera infancia?
- ¿Cómo se desarrollan las habilidades motoras finas durante la primera infancia?

REFLEXIONA

- ¿Qué perspectiva prefieres sobre el desarrollo motor del niño: la visión tradicional de la maduración o la visión sobre los sistemas dinámicos? ¿Por qué?

3 DESARROLLO SENSORIAL Y PERCEPTIVO

¿Qué son la sensación y la percepción? | Percepción visual | Percepción intermodal

El punto de vista ecológico | Otros sentidos | Coordinación perceptivo-motriz

Ahora mismo estoy mirando la pantalla de mi ordenador para asegurarme de que las palabras están escribiéndose de forma adecuada a medida que las mecanografío. Mis habilidades sensoriales y perceptivas están trabajando juntas. Recuerda que incluso el control postural utiliza información de estos sentidos. Y cuando la gente agarra un objeto, utiliza información perceptiva sobre el objeto para adaptar sus movimientos.

¿Cómo se desarrollan la percepción y la sensación? ¿Puede el recién nacido ver? Si es así, ¿pueden los recién nacidos sentir dolor? Si es así, ¿qué pueden percibir? ¿Y los otros sentidos, el oído, el olfato, el gusto y el tacto? ¿Cómo son estos sentidos en el recién nacido y cómo se desarrollan en la infancia? ¿Pueden los bebés unir la información de dos modalidades sensoriales diferentes, como la vista y el sonido? Éstas son algunas de las cuestiones interesantes que vamos a explorar en esta sección.

¿Qué son la sensación y la percepción?

¿Cómo sabe el recién nacido que la piel de su madre es suave y no áspera? ¿Cómo sabe un niño de 5 años cuál es el color de su pelo? ¿Cómo sabe un niño de 10 años que un petardo hace un ruido más fuerte que el maullido de un gato? Los bebés y los niños «saben» estas cosas por la información que proviene de sus sentidos. Sin visión, audición, tacto, gusto, olfato y los otros sentidos, el cerebro del bebé estaría aislado del mundo, el bebé viviría en un silencio oscuro, un vacío sin gusto, color o sentimientos.

La **sensación** se produce cuando la información interactúa con los *receptores* sensoriales —los ojos, los oídos, la lengua, las fosas nasales y la piel. La sensación de audición se produce cuando las ondas que producen las vibraciones en el aire

se recogen en el oído externo y se trasmiten a través de los huesos del oído interno al nervio auditivo. La sensación de visión se produce cuando los rayos de luz entran en contacto con los ojos, se centran en la retina y son transmitidas por el nervio óptico al centro visual del cerebro.

La **percepción** es la interpretación de lo que se siente. Las vibraciones que entran en contacto con los oídos pueden interpretarse como ruido o como sonidos musicales, por ejemplo. La energía física trasmitida a la retina del ojo puede interpretarse como un color, patrón o forma particular.

El punto de vista ecológico

Durante las últimas décadas, la mayor parte de la investigación sobre el desarrollo perceptivo en la infancia ha sido guiada por el punto de vista ecológico de Eleonor y James J. Gibson (E. Gibson, 1969, 1989, 2001; J. Gibson, 1966; 1979). Ellos creían que no tenemos que reunir trozos y piezas de información de las sensaciones y construir representaciones del mundo en nuestra mente. El entorno en sí mismo está lleno de información, nuestro sistema perceptivo hace una selección de ese entorno enriquecedor.

Según el **punto de vista ecológico** de los Gibsons, percibimos directamente la información que existe en el mundo alrededor nuestro. La percepción nos pone en contacto con el entorno para interactuar con él y adaptarnos a él. La percepción está diseñada para la acción. La percepción proporciona a la gente información como cuándo agacharse, cuándo girar el cuerpo en un pasadizo estrecho y cuándo levantar la mano para coger algo.

De acuerdo con los Gibson, todos los objetos tienen una **accesibilidad,** que proporciona oportunidades para la interacción con los objetos para llevar a cabo actividades funcionales. Para un chef una olla puede ser algo para cocinar y para un niño puede ser algo para hacer ruido. Los adultos saben inmediatamente cuándo una silla es apropiada para sentarse, una superficie para andar o un objeto está al alcance. Percibimos estas disposiciones de forma directa y precisa a través de la información proveniente del entorno —la luz o sonido reflejados en la superficie de las cosas— de nuestro propio cuerpo, por ejemplo, a través de los receptores de los músculos, las articulaciones y la piel, entre otros.

A través del desarrollo perceptivo los niños se vuelven más eficientes para descubrir y utilizar sus capacidades. Una cuestión importante sobre el desarrollo es qué dispositivos pueden usar o detectar los niños. Según un estudio, cuando los niños que podían caminar se encontraban con una cama de agua blanda, se paraban y la exploraban y después preferían gatear en lugar de caminar para cruzarla (Gibson y otros, 1987). Ellos combinaban la percepción y la acción para adaptarse a las demandas de la tarea.

De igual forma, como hemos descrito en la sección de desarrollo motor, los niños que acaban de aprender a gatear o caminar eran menos cuidadosos cuando se enfrentaban a una pendiente empinada que los niños que tenían experiencia gateando o andando (Adolph, 1997; Adolph y Avolio, 2000). Los niños que tienen una mayor experiencia gateando o andando perciben que una pendiente les enfrenta no sólo ante la posibilidad de un movimiento más rápido, sino también a caerse. De nuevo, los niños asociaban percepción y acción para tomar una decisión sobre qué hacer en su entorno.

Estudiar la percepción infantil no ha sido tarea fácil. El apartado sobre «Investigación en el desarrollo del ciclo vital» describe algunas de las formas ingeniosas que han utilizado los investigadores para estudiar la percepción de los recién nacidos.



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

Estudiando la percepción del recién nacido

La criatura tiene poca coordinación motora y se puede mover sólo con gran dificultad. Aunque llora cuando está incómodo, no utiliza muchas más vocalizaciones. De hecho, duerme la mayor parte del tiempo, aproximadamente 16 o 17 horas al día. Tienes curiosidad por esta criatura y quieres saber más sobre lo que puede hacer. Te dices a ti mismo: «Me pregunto si podrá ver. ¿Cómo puedo descubrirlo?».

Obviamente tienes un problema de comunicación con la criatura. Debes encontrar una forma que permita a la criatura «decirte» que puede ver. Un día, mientras la examinas, haces un descubrimiento interesante. Cuando mueves un objeto grande en frente de él, mueve su cabeza hacia atrás, como para evitar una colisión con el objeto. El movimiento de cabeza sugiere que tiene al menos algo de visión.

Por si acaso todavía no lo has adivinado, la criatura sobre la que has estado leyendo es el bebé humano, y el papel que tú juegas es el de un investigador interesado en encontrar técnicas que le ayuden a aprender sobre la percepción visual del niño. Tras años de trabajo, los científicos han desarrollado métodos de investigación y herramientas lo suficientemente sofisticadas como para examinar las sutiles habilidades de los bebés y para interpretar sus complejas acciones (Bendersky y Sullivan, 2002; Kellman y Banks, 1998).

Método de preferencia visual

Robert Fantz (1963) es un importante pionero en el estudio de la percepción visual en los bebés. Fantz hizo importantes descubrimientos que ayudaron a los investigadores a estudiar la percepción visual de los niños: los bebés miran a cosas diferentes por períodos de tiempo diferentes. Fantz situaba a los bebés en una «cámara de visión» que tenía dos dispositivos visuales en el techo sobre la cabeza del bebé. Un investigador observaba los ojos del bebé mirando a través de una mirilla. Si el bebé fijaba la mirada en uno de los dispositivos, el investigador podía ver el reflejo del dispositivo en los ojos del niño. Esto le permitía determinar cuánto tiempo miraba el bebé cada dispositivo. Fantz (1963) descubrió que los bebés de dos días miraban durante más tiempo a un estímulo con un patrón visual, como caras y círculos concéntricos, que a los círculos de colores rojo, blanco y amarillo. Los niños de 2 a 3 años preferían mirar dibujos, una cara, un trozo de papel pintado o un ojo de buey, durante más tiempo que a círculos de colores rojo, amarillo o blanco (véase la Figura 5.15). El método de investigación de Fantz, que estudia si los bebés pueden distinguir un estímulo de otro midiendo el tiempo de atención a los diferentes estímulos, se llama **método de preferencia visual.**

Habituación y deshabituación

Otra forma que han utilizado los investigadores para estudiar la percepción de los niños es la presentación de estímulos (como una figura o un sonido) una serie de veces. Si el niño reduce su atención al estímulo después de una serie de presentaciones, indica que el niño ya no está interesado en el estímulo. Este método de investigación se denomina **habituación:** respuesta disminuida hacia un estímulo después de repetidas presentaciones. **Deshabituación** es la recuperación de una respuesta habituada tras un cambio en la estimulación. Entre



FIGURA 5.15 El experimento de Fantz sobre la percepción visual de un bebé

a) Los bebés de 2 a 3 meses prefieren mirar a algunos estímulos visuales más que a otros. En el experimento de Fantz, los bebés preferían mirar un dibujo con un patrón en lugar de otro de color o brillante. Por ejemplo, miraban durante más tiempo a un rostro, algo pintado o un ojo de buey que a un círculo rojo, amarillo o blanco. *b*) Fantz utilizó una «cámara de visión» para estudiar la percepción visual de los bebés a los estímulos.

las medidas que los investigadores utilizan para estudiar si la habituación se está produciendo están el comportamiento de succión (la succión cuando el niño presta atención a un objeto nuevo), índices cardiaco y respiratorio, y el tiempo que un bebé mira un objeto. El recién nacido se puede habituar a una figura, sonido, olor o tacto repetido (Rovee-Collier, 2002). La Figura 5.16 muestra los resultados de un estudio de habituación y deshabituación con recién nacidos (Slater, Morison y Somers, 1988).

Seguimiento

Una valiosa técnica para determinar si un bebé puede ver u oír es la llamada *seguimiento*. Normalmente los recién nacidos «vuelven los ojos y la cabeza hacia

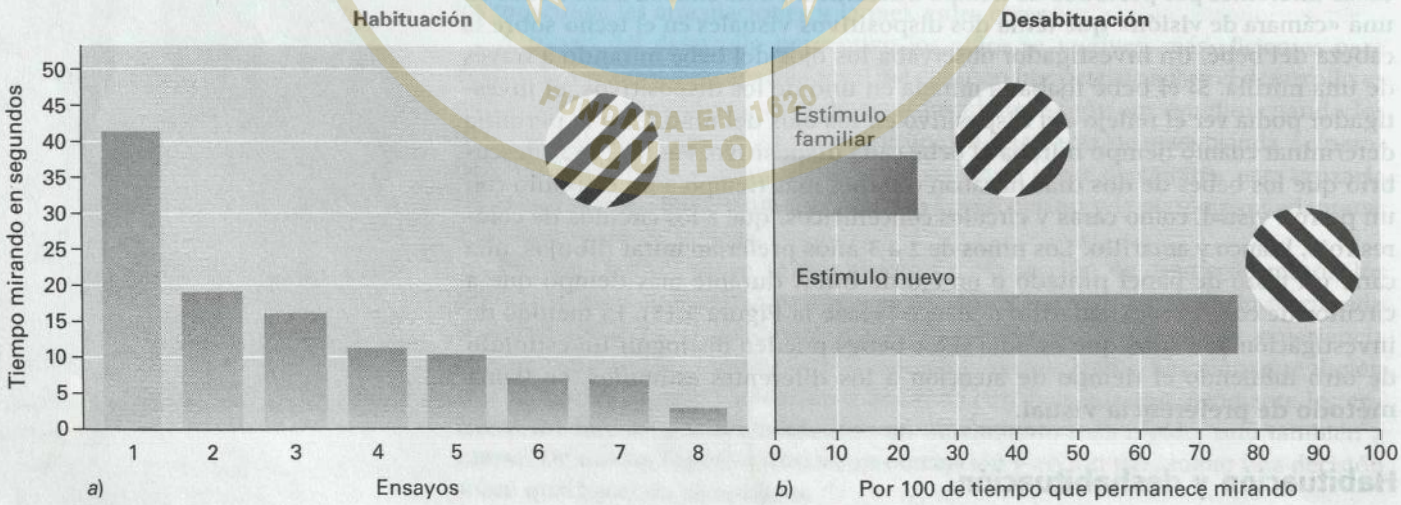


FIGURA 5.16 Habituación y deshabituación

En la primera parte de un estudio, se presentó el estímulo (*a*) a recién nacidos 7 horas después de nacer. Como se indica, los recién nacidos la miraron una media de 41 segundos cuando se le presentaba por primera vez (Slater, Morison y Somers, 1988). Después de siete presentaciones del estímulo, miraban cada vez menos tiempo. En la segunda parte del estudio, se presentó a los bebés el estímulo familiar a los que se habían habituado (*a*) y un nuevo estímulo (mostrado en *b*, que había sido rotado 90 grados). Los recién nacidos miraron al nuevo estímulo tres veces más tiempo que al estímulo familiar.

la dirección de un sonido o una visión interesante, especialmente una cara o una voz humana. Muchas evaluaciones de recién nacidos y niños observan la trayectoria de seguimiento para determinar la integridad visual temprana del recién nacido. De igual manera los recién nacidos, como los niños más mayores, muestran reacciones a sonidos que se realizan por objetos fuera de su área de visión. Un sobresalto es una reacción normal a un sonido fuerte. Una disminución del movimiento y el giro de la cabeza indican la habilidad para oír sonidos más suaves» (Bendersky y Sullivan, 2002, pp. 18-19).

Equipamiento

Un equipo de vídeo permite a los investigadores estudiar los comportamientos escurridizos. Los ordenadores permiten realizar análisis de datos complejos en pocos minutos. Otros equipos registran la respiración, la tasa cardiaca, el movimiento corporal, la fijación visual y el comportamiento de succión, que proporcionan claves para saber lo que el niño está percibiendo. Por ejemplo, algunos investigadores utilizan equipos para detectar si un cambio en la respiración del niño está producido por una variación en el volumen de un sonido. De este modo, los investigadores han sido cada vez más ingeniosos a la hora de evaluar el desarrollo de los niños, descubriendo formas de «entrevistarles» incluso cuando ellos todavía no pueden hablar.

Percepción visual

Algunos cambios importantes en la percepción visual con la edad pueden ser indicados por la diferencia en cómo trabaja el ojo a lo largo del tiempo. Estos cambios en el funcionamiento del ojo influyen, por ejemplo, en la nitidez con la que el niño puede ver un objeto y diferenciar los colores.

Agudeza visual y color El psicólogo William James (1890-1950) llamó al mundo perceptual del recién nacido una «confusión floreciente y excitante». Un siglo después podemos decir con seguridad que estaba equivocado. Incluso los recién nacidos perciben el mundo con cierto orden. Ese mundo, sin embargo, es muy diferente al percibido por un niño o por un adulto.

¿Cómo ve un bebé? Los recién nacidos no pueden ver cosas pequeñas que están lejos. Se estima que la visión del recién nacido es un 20/600 en la conocida tabla de Snellen, con la que te evalúan cuando te haces una revisión ocular (Banks y Salapatek, 1983). En otras palabras, un objeto a 6 metros de distancia es tan claro para un bebé como sería a 180 metros para un adulto con una visión normal (20/20). A los seis meses, la visión es 20/100 o mejor y en el primer año la visión del bebé se aproxima a la de un adulto (Banks y Salapatek, 1983). La Figura 5.17 muestra una estimación por ordenador de cómo sería la imagen de un rostro para un niño en diferentes momentos del desarrollo a una distancia de 15 centímetros aproximadamente. Observa cómo la claridad de las imágenes mejora a medida que el niño crece.

La visión del color también mejora. Al nacer los bebés pueden distinguir entre verde y rojo (Adams, 1989). Y el funcionamiento adulto de todos los receptores sensibles (conos) al color está presente a los dos meses de edad.

Patrones perceptivos ¿Cómo ven el mundo los bebés? ¿Reconocen los niños los patrones? Como vimos en el apartado de Investigación en el Desarrollo del Ciclo Vital, Robert Fantz (1963) utilizó su «cámara de visión» para revelar que los niños miraban diferentes cosas por diferentes períodos de tiempo. Incluso los bebés de dos o tres meses prefieren mirar muestras con dibujos que muestras sin dibujos. Por ejemplo, preferían mirar a una cara humana normal que a una con facciones

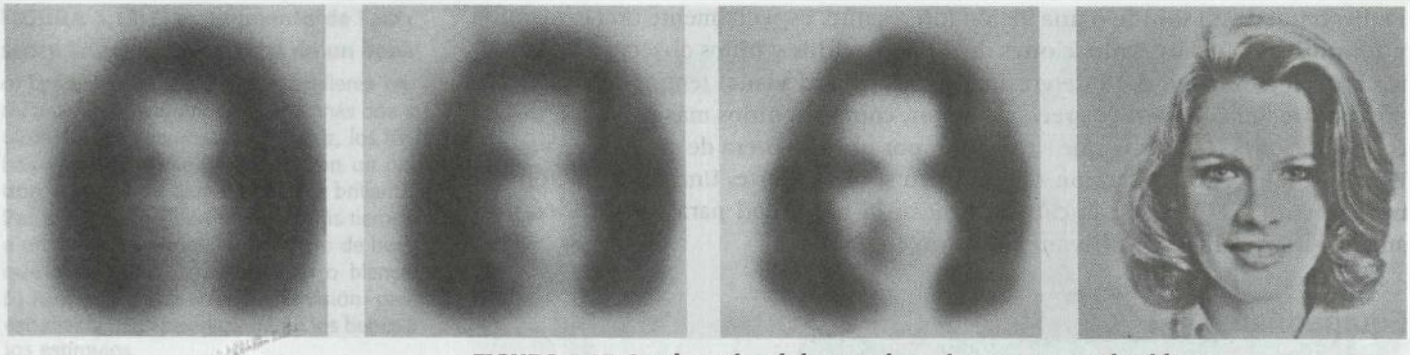


FIGURA 5.17 Agudeza visual durante los primeros meses de vida
Las cuatro fotografías representan una estimación por ordenador de cómo sería la imagen de un rostro para un niño de 1 mes, 2 meses, 3 meses y un año (que se aproxima a la agudeza visual de un adulto).

raras, y prefieren mirar un dibujo de ojo de buey o con rayas blancas y negras que a un círculo en blanco.

Incluso los niños pequeños cambian pronto la forma de recopilar información del mundo visual. Utilizando un espejo especial, los investigadores proyectaron una imagen de caras humanas enfrente de los ojos de los niños para poder fotografiar los movimientos de sus ojos (Maurer y Salapatek, 1976). La Figura 5.18 muestra el trazado de las fijaciones de los ojos de niños de uno y dos meses. Observa cómo los niños de dos meses escanean un área más amplia de la cara que los niños de un mes. Los niños mayores pasaban también más tiempo examinando los detalles internos de la cara, mientras que los niños más pequeños se concentraban en los contornos externos de la cara.

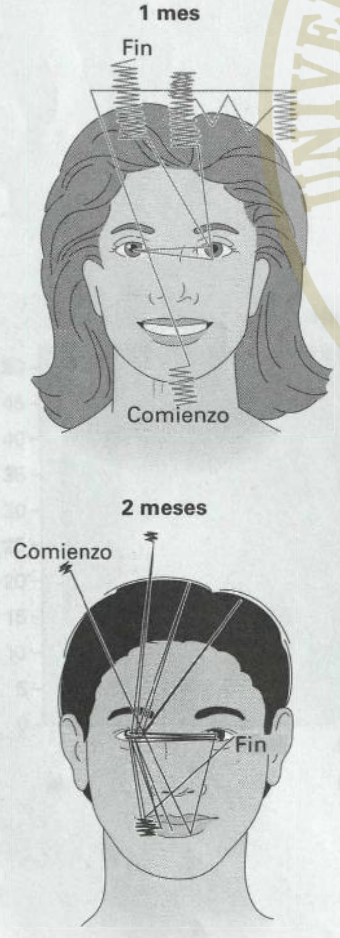


FIGURA 5.18 Cómo escanean un rostro humano los bebés de 1 y 2 meses

Constancia perceptiva Algunos logros preceptuales son especialmente intrigantes porque indican que la percepción del bebé es mejor de lo que debería basándonos en la información sensorial (Bower, 2002; Slater, Field y Hernandez-Reif, 2002). Esto es lo que ocurre en la *constancia perceptiva* en la que la estimulación sensorial cambia pero la percepción del mundo permanece constante. Dos tipos de constancia perceptiva son la constancia de tamaño y la constancia de la forma.

Constancia de tamaño es el reconocimiento de que un objeto permanece igual incluso aunque cambie la imagen del objeto en tu retina. El tamaño de la imagen de un objeto en la retina no es suficiente para determinar su tamaño real. Cuanto más lejos está un objeto de nosotros, más pequeña es su imagen en nuestros ojos. Por ejemplo, una bicicleta situada justo en frente de un niño parece más pequeña que el coche que está aparcado al otro lado de la calle, aunque la bicicleta proyecta en el ojo del niño una imagen más grande que la del coche.

¿Y los bebés tienen constancia de tamaño? Los investigadores han descubierto que los bebés de incluso tres meses de edad muestran constancia de tamaño (Bower, 1966; Day y McKenzie, 1973). Sin embargo, a los tres meses, esta habilidad no está completamente madura. El progreso a la hora de percibir la constancia de tamaño continúa hasta los diez u once años (Kellman y Banks, 1998).

Constancia de forma es el reconocimiento de que la forma de un objeto permanece igual incluso cuando su orientación con respecto a nosotros cambia. Mira alrededor de la habitación donde estás ahora mismo. Probablemente verás objetos de diferentes formas, como mesas y sillas. Si te levantas y caminas por la habitación, verás los objetos desde diferentes lados y ángulos. Incluso cuando las imágenes de los objetos proyectadas en tu retina cambien a medida que andas y miras, seguirás percibiendo los objetos con la misma forma.

¿Tienen los bebés constancia de forma? Al igual que con la constancia de tamaño, los investigadores han descubierto que los bebés de incluso tres meses tienen constancia de forma (Bower, 1966; Day y McKenzie, 1973). Los bebés de tres

meses, sin embargo, no tienen constancia de forma para objetos de forma irregular, como los planos inclinados (Cook y Birch, 1984).

¿Por qué es importante que los bebés desarrollen la constancia perceptiva pronto en sus vidas? Si los bebés no desarrollaran su constancia perceptiva, cada vez que vieran un objeto desde una distancia u orientación diferente, lo percibirían como un objeto diferente. Por tanto, el desarrollo de la constancia perceptiva permite que el bebé perciba el mundo como estable.

Percepción de la profundidad ¿Cuándo empiezan a percibir los bebés la profundidad? Para investigar esta cuestión, los investigadores de la percepción infantil Eleanor Gibson y Richard Walk (1960) llevaron a cabo un experimento clásico. Construyeron un pequeño precipicio con un paso cubierto de cristal. La idea para hacer esta investigación surgió cuando Gibson estaba haciendo un picnic en la orilla del Gran Cañón. Ella se preguntó si un bebé mirando hacia abajo en el borde del cañón percibiría el peligro de caerse y se echaría hacia atrás. También estaba preocupada de que sus dos hijos jugaran demasiado cerca del borde del cañón y se cayeran. En su laboratorio, Gibson y Walk pusieron a los bebés en el borde de un abismo visual e hicieron que sus madres les insistieran para gatear sobre el cristal (véase la Figura 5.19). La mayoría de los bebés no gatearon sobre el cristal, quedándose en el lado seguro, indicando esto que podían percibir la profundidad. Sin embargo, debido a que los niños de 6 a 14 meses tienen una extensa experiencia visual, esta investigación no respondía a la pregunta de si la percepción de la profundidad es innata.

¿Cuándo exactamente se desarrolla la percepción de profundidad? Debido a que los bebés más pequeños todavía no gatean esta pregunta es difícil de responder. La investigación con bebés de 2 a 4 meses muestra diferencias en su ritmo cardiaco cuando eran situados directamente en la parte profunda de un abismo visual en lugar de la parte llana (Campos, Langer y Krowitz, 1970). Sin embargo, una interpretación alternativa es que los bebés más pequeños responden a las diferencias de algunas características visuales de la parte insegura y la parte segura, sin tener conocimiento en sí de la profundidad.

Un colaborador importante para la percepción de la profundidad es la *visión binocular*, que implica el hecho de que tenemos separados los ojos por unos centímetros que hacen que tengamos diferentes perspectivas del mundo. El cerebro combina estas dos imágenes para que tengamos una visión en lugar de dos del mundo. Los recién nacidos no tienen visión binocular, se desarrolla aproximadamente a los 3 o 4 meses y proporciona una clave importante para la profundidad (Slater, Field y Hernandez-Reif, 2002).

Expectativas visuales Los bebés no sólo ven formas y figuras a una edad temprana, sino también desarrollan expectativas sobre los futuros eventos de su mundo a los 3 meses (Adler y Haith, 2003). Marshall Haith y sus colegas (Canfield y Haith, 1991; Haith, Hazen y Goodman, 1988) estudiaron si los bebés se formarían expectativas sobre dónde aparecería un dibujo interesante. Los dibujos se presentaban a los bebés en una secuencia alternativa regular (como izquierda, derecha, izquierda, derecha) o en una secuencia impredecible (como derecha, derecha, izquierda, derecha). Cuando la secuencia era predecible, los bebés de 3 meses empezaban a anticiparse a la localización del dibujo, mirando al lado por el que ellos esperaban que apareciera. Los bebés se formaban

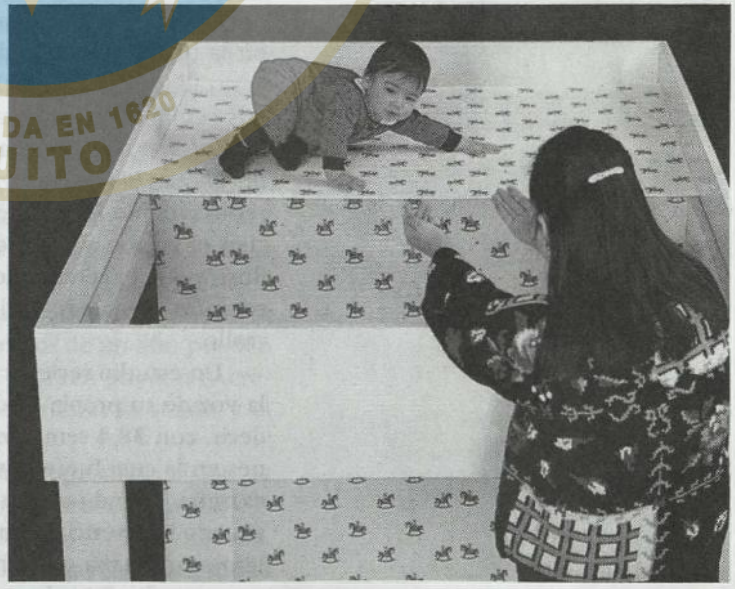


FIGURA 5.19 Examinando la percepción de la profundidad de los bebés en un abismo visual

Eleanor Gibson y Richard Walk (1960) descubrieron que la mayoría de los bebés no gateaban sobre el cristal, lo que indicaba que tenían percepción de profundidad.

expectativas visuales en menos de un minuto. Sin embargo, los bebés más pequeños no desarrollaban expectativas sobre dónde se presentaría el dibujo.

Elizabeth Spelke (1991, 2000; Spelke y Hespos, 2001) también ha demostrado que los bebés desarrollan expectativas visuales. Ella situó a los bebés delante de un escenario de marionetas y les mostró una serie de acciones inesperadas: por ejemplo, una pelota que parecía rodar por una barrera sólida, otra parecía saltar entre dos plataformas y la tercera aparecía sostenida en el aire (Spelke, 1979). Spelke midió los tiempos de visión de los bebés y registró intervalos más largos en las acciones inesperadas que en las acciones esperadas. Concluyó que, a los 4 meses, incluso cuando los bebés no tienen la habilidad de hablar sobre los objetos, moverse alrededor de los objetos, manipular los objetos o incluso ver objetos con una alta resolución, ellos pueden incluso reconocer la solidez de los objetos y su continuidad. Sin embargo, descubrió que a los 4 meses, los bebés no esperaban que un objeto siguiera las limitaciones gravitacionales (Spelke y otros, 1992).

De los 6 a los 8 meses, los bebés habían aprendido a percibir la gravedad y el apoyo, que un objeto colgado al final de la mesa se podía caer, que una pelota podía rodar más por una rampa larga que corta y que el asa no se caería si estaba sujeta a una taza (Slater, Field y Hernandez-Reif, 2002). A medida que los bebés se desarrollan, sus experiencias y acciones sobre los objetos les ayudan a comprender las leyes físicas.

Otros sentidos

Durante la primera infancia, tienen lugar cambios considerables también en otros sistemas sensoriales. Exploraremos los cambios en el oído, el tacto y el dolor, el olfato y el gusto.

El oído ¿Puede oír el feto? ¿Qué tipo de cambios se producen en la audición durante la primera infancia?

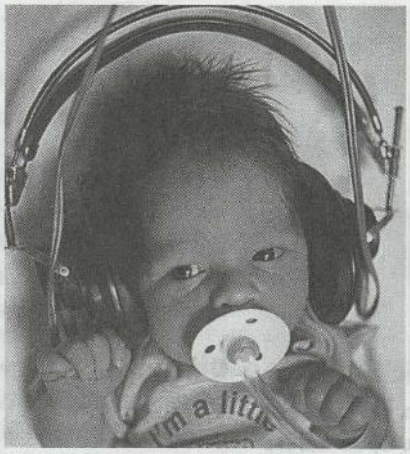
Durante los últimos dos meses de embarazo, el feto puede oír sonidos mientras está acurrucado en el útero de su madre: la voz de la madre, música y demás (Kisilevsky, 1995; Smith, Muir y Kisilevsky, 2001). Dos psicólogos querían descubrir si al escuchar la clásica historia del doctor Seuss *The Cat in the Hat (El gato en el sombrero)*, mientras estaba en el útero de la madre produciría una preferencia de oír la historia después de nacer (DeCasper y Spence, 1986). Dieciséis mujeres embarazadas leyeron *The Cat in the Hat* a sus bebés dos veces al día durante las últimas seis semanas de embarazo. Cuando los bebés nacían sus madres les leían *The Cat in the Hat* o una historia con un ritmo y una rima diferentes *The King, the Mice, and the Cheese (El rey, el ratón y el queso)*. Los bebés chupaban el *chupete* de manera diferente cuando las madres leían las dos historias, sugiriendo que los bebés reconocían el patrón y el tono de *The Cat in the Hat* (véase la Figura 5.20). Este estudio ilustra que el cerebro de un bebé tiene una habilidad notable para aprender incluso antes de nacer y refleja la ingenuidad de los investigadores al evaluar el desarrollo.

Un estudio reciente examinó la habilidad de los fetos humanos para reconocer la voz de su propia madre (Kisilevsky y otros, 2003). Sesenta bebés a término (es decir, con 38,4 semanas de edad gestacional) se asignaron a una de dos condiciones en la cual fueron expuestos a unas grabaciones de sus madres o de una mujer extraña leyendo un pasaje. Los estímulos de voz se emitían a través de un altavoz situado justo encima del abdomen de la madre. El ritmo cardiaco monitorizado del feto aumentaba en respuesta a la voz de la madre y disminuía en respuesta a la voz extraña. Este descubrimiento indica que la experiencia influye en el procesamiento de la voz del feto.

Los cambios en la audición durante la primera infancia implican la percepción del volumen, gravedad y localización del sonido. Inmediatamente después de nacer, los bebés no pueden oír sonidos suaves tan bien como los adultos, un estímulo



a)



b)

FIGURA 5.20 Escuchando en el vientre materno

a) Madres embarazadas leen *The Cat in the Hat* (*El gato en el sombrero*) a sus bebés durante los últimos meses de embarazo. *b*) cuando nacen, los bebés prefieren escuchar la grabación de sus madres leyendo *The Cat in the Hat*, teniendo como evidencia la succión del chupete que producía esta grabación en lugar de otra historia como *The King, the Mice y the Cheese* (*El rey, el ratón y el queso*).

debe ser más alto para ser apreciado por un recién nacido que por un adulto (Trehub y otros, 1991). Por ejemplo, un adulto puede oír un susurro desde 12 o 15 centímetros, pero un recién nacido requiere que el sonido se acerque más al nivel de una conversación normal para poder oírlo a esa distancia. Los bebés también son menos sensibles a la gravedad de un sonido que los adultos. La gravedad es la percepción de la frecuencia de un sonido. Una voz soprano es muy grave y un contrabajo es poco grave. Los bebés son menos sensibles a los sonidos bajos y son más sensibles a los sonidos graves (Aslin, Jusczyk y Pisoni, 1998). A los dos años, los niños han mejorado considerablemente su habilidad para distinguir sonidos con diferente gravedad. Es importante ser capaces de localizar los sonidos, detectar su origen. Los recién nacidos pueden determinar la localización general de donde proviene un sonido, pero a los seis meses son ya más expertos en localizarlos. Esta habilidad continúa mejorando durante el segundo año (Litovsky y Ashmead, 1997; Morrongiello, Fenwick y Chance, 1990).

Los recién nacidos son especialmente sensibles a los sonidos de la voz humana. Succionarán más rápido dependiendo de si oyen un sonido u otro. Su succión indica que ellos prefieren una grabación de la voz de su madre que la voz de una mujer desconocida, la lengua materna de su madre que una lengua extranjera y la música clásica de Beethoven a la música rock de Aerosmith (Flohr y otros, 2001; Spence y DeCasper, 1987).

Tacto y dolor ¿Responden los recién nacidos al tacto? ¿Pueden sentir dolor?

Los recién nacidos responden al contacto. Una caricia en la mejilla produce que el niño gire la cabeza, mientras que una caricia en los labios produce un movimiento de succión.

Una habilidad importante que se desarrolla durante la infancia es conectar la información de la visión con la información del tacto. Los niños de un año pueden hacer esto claramente, y parece que los bebés de 6 meses también pueden (Acredolo y Hake, 1982). Si los bebés más pequeños pueden coordinar la visión y el tacto está todavía por determinar.

Si tienes un hijo y necesitas considerar si debes realizarle una circuncisión, la cuestión de la percepción del dolor del bebé probablemente te preocupará. La circuncisión normalmente se practica a los niños 3 días después del nacimiento. ¿Experimentará nuestro hijo el dolor si es circuncidado con 3 días de edad? En la investigación de Megan Gunnar y sus colegas (1987), se descubrió que los niños recién nacidos lloraban intensamente durante la circuncisión. Los niños circuncidados mostraban una fuerza y una habilidad asombrosa para sobreponerse. Varios minutos después de la intervención, el bebé puede comer e interactuar de una forma normal con su madre. Y, si se le permite, el niño recién circuncindado cae

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO



FIGURA 5.21 La preferencia de los recién nacidos por las gasas impregnadas con el olor del pecho de su madre

En el experimento de MacFarlane (1975), los bebés de 6 días preferían las gasas con el olor del pecho de su madre en lugar de una gasa limpia que nunca se había usado. Sin embargo, un bebé de 2 días no mostraba ninguna preferencia. Esto indica que esta preferencia por el olor requiere varios días de experiencia para desarrollarse.

en un profundo sueño, que parece servir como mecanismo de recuperación.

Durante muchos años, los médicos han llevado a cabo las operaciones a los recién nacidos sin anestesia. Esta práctica médica se aceptaba por los peligros de la anestesia y la suposición de que los recién nacidos no sufrían dolor. Recientemente, a medida que los investigadores se han ido convenciendo de que los recién nacidos sienten dolor, la práctica de las operaciones sin anestesia con recién nacidos ha sido cuestionada. Hoy en día se utiliza anestesia en algunas circuncisiones.

Olfato Al igual que los otros sentidos, la mayoría de las investigaciones sobre los cambios evolutivos en el olfato se centran en la primera infancia y en ancianos. Los recién nacidos pueden diferenciar olores. Por ejemplo, por la expresión de su cara, parecen indicar que a ellos les gusta el olor de la vainilla y las fresas y que no les gusta el olor de los huevos podridos y el pescado (Steiner, 1979). En una investigación, bebés de seis días que tomaban el pecho mostraban una clara preferencia por el olor de las gasas impregnadas del olor del pecho de sus madres (MacFarlane, 1975) (véase la Figura 5.21). Sin embargo, con sólo dos días no mostraban esta preferencia (comparando con una gasa limpia), esto indica que se requieren varios días de experiencia para reconocer este olor.

Gusto La sensibilidad al gusto puede presentarse antes del nacimiento. Cuando se añadía sacarina en el fluido amniótico de un feto cercano al nacimiento, el feto tragaba más (Windle, 1940). En un estudio, incluso con sólo dos horas de vida, los bebés pueden cambiar las expresiones de la cara cuando prueban soluciones dulces, saladas y amargas (Rosenstein y Oster, 1988) (véase la Figura 5.22). Aproximadamente a los 4 meses, los bebés comienzan a preferir los sabores salados, a los que se ha descubierto que los recién nacidos son reacios (Harris, Thomas y Booth, 1990).

Percepción intermodal

Imagínate a ti mismo jugando al tenis o al baloncesto. Experimentas muchos *inputs* visuales: la pelota yendo y viniendo, otros jugadores moviéndose y demás. Sin embargo, también experimentas muchos *inputs* auditivos: el sonido de la pelota



FIGURA 5.22 Expresiones faciales de los recién nacidos en respuesta a los sabores básicos

La expresión facial obtenida de *a*) una solución dulce, *b*) una solución salada y *c*) una solución amarga.

botando o siendo golpeada, los quejidos y los gemidos. Existe una buena correspondencia entre la mayor parte de la información auditiva y visual: cuando ves la pelota botando, oyes el sonido del bote; cuando un jugador golpea la pelota, oyes un quejido.

Vivimos en un mundo donde los objetos y los eventos pueden ser vistos, oídos y sentidos. Cuando observadores maduros miran y escuchan un evento de forma simultánea, experimentan un episodio unitario. Todo esto es tan común que parece obvio mencionarlo, pero considera la tarea de un bebé con poca práctica en percepción. ¿Pueden unir la visión y los sonidos de forma tan precisa como un adulto?

La **percepción intermodal** es la habilidad de relacionar e integrar información de dos o más modalidades sensoriales, como la visión y la audición. Para evaluar la percepción sensorial, Elizabeth Spelke (1979) mostró a bebés de 4 meses dos películas simultáneamente. En cada película, un cachorro saltaba arriba y abajo, pero en una de las películas la banda sonora se combinaba con los movimientos del cachorro; en la otra película, no. Midiendo la mirada del bebé, Spelke descubrió que los bebés miraban durante más tiempo al cachorro cuyas acciones estaban sincronizadas con la banda sonora, sugiriendo que los niños reconocen la correspondencia visual —sonora—. Los bebés más pequeños también pueden coordinar la información visual —sonora, que tiene que ver con las personas—. En un estudio, bebés de tan sólo 3 meses y medio miraban a sus madres durante más tiempo cuando a la vez oían su voz y del mismo modo a sus padres durante más tiempo cuando también oían su voz a la vez (Spelke y Owsley, 1979).

¿Pueden estar coordinadas las relaciones auditivas-visuales incluso en los recién nacidos? Estos giran sus ojos y la cabeza hacia el sonido de una voz o un ruido, cuando el sonido se mantiene durante varios segundos (Clifton y otros, 1981), pero el recién nacido puede localizar un sonido y mirar a un objeto sólo de una forma rudimentaria (Bechtold, Bushnell y Salapatek, 1979). La mejora en la agudeza visual-auditiva probablemente requiere una formación a través de la experiencia con estímulos visuales y auditivos. No obstante, aunque a un nivel bastante rudimentario, la percepción auditiva y visual intersensorial parece estar presente en el nacimiento, probablemente con un valor evolutivo.

En resumen, las formas exploratorias rudimentarias de la percepción intersensorial existe en los recién nacidos. Estas formas exploratorias de percepción intersensorial se forman mediante la experiencia durante el primer año de vida (Lewkowicz, 2003). Durante los primeros seis meses los bebés tienen dificultades para formar representaciones mentales que conecten los *inputs* sensoriales de los diferentes medios, pero en la segunda mitad del primer año muestran una habilidad creciente para hacer estas conexiones mentales. Por tanto, los bebés vienen al mundo con algunas habilidades innatas para percibir las relaciones entre las modalidades sensoriales, pero sus habilidades intersensoriales mejoran considerablemente a través de la experiencia (Banks, 2005). Como en todos los aspectos del desarrollo, en el desarrollo perceptivo, la naturaleza y el medio interactúan y cooperan (Condry, Smith y Spelke, 2001; Lickliter y Bahrick, 2000).

Coordinación perceptivo-motriz

Al llegar al final de este capítulo, volvemos a un tema importante: la coordinación perceptivo-motriz. La distinción entre percibir y hacer ha sido una tradición aceptada con el tiempo en psicología. Sin embargo, varios expertos sobre el desarrollo perceptivo y motor cuestionan esta suposición (Bertenthal, 2005; Gibson, 2001; Keen, 2005; Thelen y Whitmeyer, 2005). El avance fundamental de la investigación en el modelo de los sistemas dinámicos de Esther Thelen es explorar cómo las personas asocian los comportamientos motores con la percepción y la actuación. El tema fundamental del acercamiento ecológico de Eleanor y James J. Gibson es descubrir cómo la percepción guía la acción. La percepción puede guiar la acción

y la acción puede guiar la percepción. Sólo por los movimientos de los ojos, la cabeza, las manos y los brazos y por moverse de un lugar a otro puede un individuo experimentar completamente su entorno y aprender cómo adaptarse a él de forma efectiva. La percepción y la acción están coordinadas.

Los bebés están continuamente coordinando sus movimientos con la información perceptiva actual para aprender cómo mantener el equilibrio, alcanzar objetos en el espacio y moverse por varias superficies y terrenos (Thelen, 2000; Thelen y Whitmeyer, 2005). Los bebés están motivados a moverse por lo que perciben. Considera la visión de un objeto atractivo al otro lado de la habitación. En esta situación, los bebés pueden percibir el estado actual de su cuerpo y aprender cómo utilizar sus miembros para alcanzar el objeto. Aunque sus movimientos al principio son raros y no están coordinados, los bebés aprenden pronto a seleccionar patrones que son apropiados para alcanzar sus objetivos.

De igual forma es importante la otra parte de la coordinación de percepción y acción. Es decir, la acción educa a la percepción. Por ejemplo, mirar un objeto mientras los explora manualmente ayuda a los bebés a discriminar visualmente sus propiedades de textura, tamaño y dureza. La locomoción en el entorno enseña a los bebés sobre la apariencia de los objetos y de la gente desde diferentes perspectivas, o si una superficie soportará su peso. Los individuos perciben para moverse y se mueven para percibir. El desarrollo perceptivo y motor no ocurre de forma aislada uno del otro, sino que están asociados (Bornstein, Arterberry y Mash, 2005; Thelen y Whitmeyer, 2005).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Explicar el desarrollo sensorial y perceptivo durante la primera infancia

REVISA

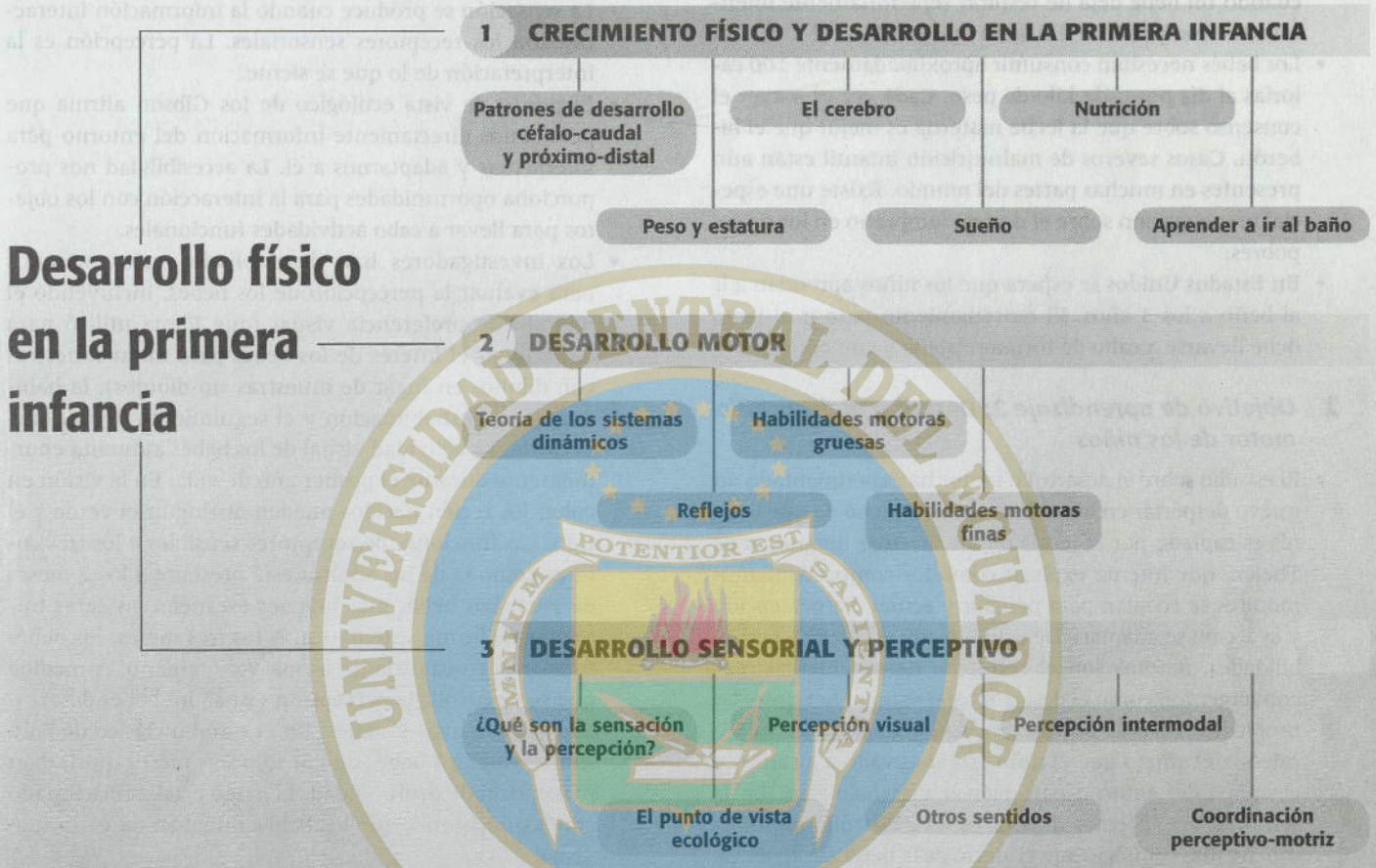
- ¿Qué es percepción y sensación?
- ¿Qué es el punto de vista ecológico?
- ¿Cómo se desarrolla la percepción visual en la primera infancia?
- ¿Cómo se desarrolla el oído, el tacto y el dolor, el olfato y el gusto en la primera infancia?
- ¿Qué es la percepción intermodal?
- ¿Cómo están asociados el desarrollo perceptivo y motor?

REFLEXIONA

- ¿Cuánta estimulación sensorial deberían proporcionar los cuidadores a los niños: poca o mucha? ¿Se podría dar a un bebé demasiada estimulación sensorial? Explícalo.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Analizar el crecimiento y el desarrollo físico en la primera infancia*

- El patrón céfalo-caudal es la secuencia según la cual se produce el crecimiento de arriba abajo. El patrón próximo-distal es la secuencia según la cual el crecimiento comienza desde el centro del cuerpo y se mueve hacia las extremidades.
- El recién nacido de media en Estados Unidos mide 50 centímetros y pesa 3 kilos. Los bebés crecen aproximadamente 2,5 cm al mes durante el primer año y casi triplican su peso para su primer cumpleaños. El índice de crecimiento se ralentiza durante el segundo año.
- Uno de los cambios cerebrales más importantes que se produce en los primeros dos años de vida es el aumento de las conexiones de dendritas. La mielinización, que aumenta la velocidad de conducción de los impulsos nerviosos, continúa durante la primera infancia e incluso hasta la adolescencia. El córtex cerebral tiene dos hemisferios (izquierdo y derecho). La lateralización se refiere a la especialización de funciones en un hemisferio o el otro. La investigación con animales sugiere que el entorno juega un papel fundamental en el desarrollo temprano del cerebro. Las conexiones neuronales se forman pronto en la vida de un bebé. Antes de nacer, los genes fundamentalmente dirigen a las neuronas a diferentes localizaciones. Después del nacimiento, la cantidad de imágenes, sonidos, olores, caricias, palabras y contacto visual ayuda a que las conexiones neuronales del cerebro tomen forma.
- Los recién nacidos duermen de 16 a 17 horas al día. A los 4 meses, muchos bebés americanos se aproximan a los patrones de sueño adultos. El sueño REM (durante el cual se producen los sueños) ocurre mucho más en la

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA MENTIUM
FUNDADA EN 1620
QUITO

infancia temprana que en el desarrollo posterior. Los preparativos del sueño a menudo varían entre las diferentes culturas. En América, es más común dormir solo que en cualquier otra cultura. Algunos expertos creen que dormir acompañado puede producir el síndrome de la muerte súbita del bebé, una condición que se produce cuando un bebé deja de respirar repentinamente mientras duerme y muere sin causa aparente.

- Los bebés necesitan consumir aproximadamente 100 calorías al día por cada kilo de peso. Cada vez es mayor el consenso sobre que la leche materna es mejor que el biberón. Casos severos de malnutrición infantil están aún presentes en muchas partes del mundo. Existe una especial preocupación sobre el destete temprano en los países pobres.
- En Estados Unidos se espera que los niños aprendan a ir al baño a los 3 años. El entrenamiento para ir al baño debe llevarse a cabo de forma relajada y con apoyo.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Describir el desarrollo motor de los niños*

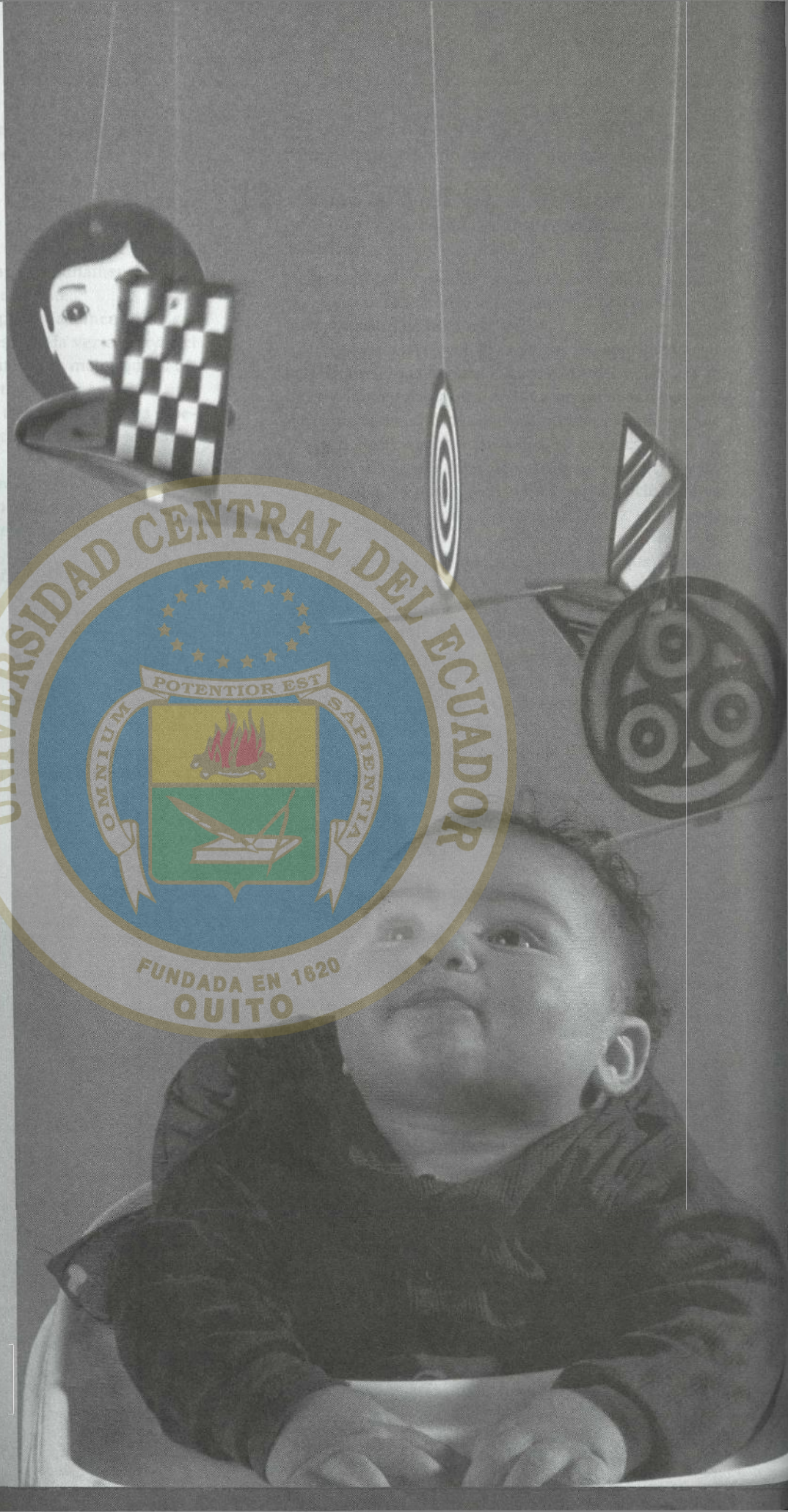
- El estudio sobre el desarrollo motor ha experimentado un nuevo despertar en los últimos años. Mucho de este interés es captado por la teoría de los sistemas dinámicos de Thelen, que intenta explicar cómo los comportamientos motores se acoplan para percibir y actuar. La percepción y la acción se adaptan. De acuerdo con esta teoría las habilidades motoras son el resultado de muchos factores convergentes, como el desarrollo del sistema nervioso, las propiedades físicas del cuerpo y su capacidad de movimiento, el objeto que el niño está motivado a alcanzar y el apoyo del entorno para ejercer esta habilidad. En la visión de los sistemas dinámicos, el desarrollo motor es mucho más complejo que el efecto de la herencia genética.
- Los reflejos, movimientos automáticos, dirigen el comportamiento del recién nacido. Esto incluye la succión, el giro de cabeza y el reflejo de Moro, que suele desaparecer después de tres o cuatro meses. Para los bebés, la succión es especialmente importante porque les proporciona la forma de obtener su alimento.
- Las habilidades motoras gruesas implican una gran cantidad de actividades. Las habilidades claves desarrolladas durante la infancia incluyen el control de la postura y aprender a andar. Varios hitos motores gruesos son alcanzados en la infancia, aunque el mes en que se producen estos hitos puede variar de dos a cuatro meses, especialmente en los bebés mayores. Aunque los bebés normalmente aprenden a andar antes de su primer cumpleaños, los procesos neuronales que permiten que inicie la marcha comienzan antes.
- Las habilidades motoras finas implican la realización de los movimientos delicados. Los primeros alcances y agarres representan logros significativos y esto se perfecciona más durante los primeros dos años de vida.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Explicar el desarrollo sensorial y perceptivo durante la primera infancia*

- La sensación se produce cuando la información interactúa con los receptores sensoriales. La percepción es la interpretación de lo que se siente.
- El punto de vista ecológico de los Gibson afirma que percibimos directamente información del entorno para interactuar y adaptarnos a él. La accesibilidad nos proporciona oportunidades para la interacción con los objetos para llevar a cabo actividades funcionales.
- Los investigadores han desarrollado varios métodos para evaluar la percepción de los bebés, incluyendo el método de preferencia visual (que Fantz utilizó para determinar el interés de los bebés para mirar muestras con dibujos en lugar de muestras sin dibujos), la habituación y deshabituación y el seguimiento de una trayectoria. La actividad visual de los bebés aumenta enormemente durante el primer año de vida. En la visión en color, los recién nacidos pueden distinguir el verde y el rojo. Las funciones de receptores sensibles a los tres colores como la de los adultos está presente a los 2 meses de vida. Los bebés más jóvenes escanean las caras humanas de forma sistemática. A los tres meses, los bebés muestran constancia de forma y de tamaño. A medida que se desarrolla la percepción visual, los bebés desarrollan expectativas visuales. En el estudio clásico de Gibson y Walk, los bebés de tan solo seis meses mostraban percepción de profundidad. El gateo estaba relacionado con las decisiones que los bebés tomaban en el abismo visual.
- El feto puede oír varias semanas antes del nacimiento. Inmediatamente después de nacer, los recién nacidos pueden oír, pero su umbral de audición es mayor que el de los adultos. Los cambios evolutivos en la percepción del volumen, el grado y la localización del sonido se producen durante la infancia. Los recién nacidos pueden responder al tacto y pueden sentir dolor. Los recién nacidos pueden diferenciar los olores y la sensibilidad a los sabores puede estar presente antes del nacimiento.
- Los bebés de tan solo dos meses tienen percepción intermodal, la habilidad de relacionar e integrar información de dos o más modalidades sensoriales. Formas rudimentarias y preliminares de percepción intermodal están presentes en los recién nacidos y se perfilan durante el primer año de vida.
- La percepción y la acción a menudo no están aisladas sino que se asocian. Los individuos perciben para poder moverse y se mueven para percibir.


UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1820
QUITO

CAPÍTULO 6



Desearía poder viajar a través de la mente del bebé donde la razón hace cometas con sus leyes y las vuela…

RABINDRANATH TAGORE
Poeta y ensayista bengalí, siglo XX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo cognitivo en la primera infancia

Esquema del capítulo

LA TEORÍA DE PIAGET SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL 1

Procesos cognitivos

El estadio del desarrollo sensorio-motor

APRENDIZAJE Y MEMORIA 2

Condicionamiento

Atención

Imitación

Memoria

DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN INTELIGENCIA 3

DESARROLLO DEL LENGUAJE 4

¿Qué es el lenguaje?

Las reglas del lenguaje

Cómo se desarrolla el lenguaje

Influencias biológicas y ambientales

Objetivos de aprendizaje

1 **Resumir el procesamiento cognitivo en la teoría de Piaget y el estadio del desarrollo sensorio-motor**

2 **Describir cómo aprenden y recuerdan los niños**

3 **Analizar la evaluación de la inteligencia durante la primera infancia**

4 **Explicar el desarrollo del lenguaje durante la primera infancia**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Laurent, Lucienne y Jacqueline

Jean Piaget, el famoso psicólogo suizo, era un observador meticuloso de sus tres hijos: Laurent, Lucienne y Jacqueline. Sus libros sobre el desarrollo cognitivo están repletos de estas observaciones. A continuación proporcionamos una visión general de las observaciones de Piaget sobre el desarrollo cognitivo de sus hijos durante la infancia (Piaget, 1952).

- A los 21 días, «Laurent descubrió su pulgar después de tres intentos; una vez que lo descubrió, comenzó a chuparlo por largo tiempo. Sin embargo, cuando se le colocaba boca arriba no sabía coordinar el movimiento de sus brazos con el de su boca; sus manos retrocedían, incluso sus labios las buscaban» (p. 27).
- Durante el tercer mes, chuparse el pulgar es menos interesante para Laurent debido a los nuevos intereses visuales y auditivos. Sin embargo, cuando llora, su pulgar va al rescate.
- Al final del cuarto mes de Lucienne, mientras estaba en su cuna, Piaget coloca una muñeca sobre sus pies. Lucienne sacude sus pies hasta la muñeca y la hace moverse. «Después, mira a sus pies parados durante un segundo y golpea a la muñeca de nuevo. Ella no tiene control visual de sus pies porque sus movimientos son los mismos si mira sólo a la muñeca o si la muñeca se sitúa sobre su cabeza. El control táctil de sus pies es aparente: después de los primeros golpes, Lucienne ralentiza el movimiento de sus pies para agarrar y explorar» (p. 159).
- A los 11 meses, mientras está sentada, «Jacqueline agita una campanilla. Después para repentinamente para poder poner con delicadeza la campana delante de su pie derecho; entonces golpea fuertemente la campana. Incapaz de recuperar la campana, coge una pelota y la sitúa donde estaba la campana. Y le da a la pelota una patada firme» (p. 225).
- Al año y dos meses, «Jacqueline sujeta un objeto entre sus manos que es nuevo para ella, una caja redonda y plana que ella giraba y agitaba, y luego frotaba contra la cuna. La soltaba y luego intentaba cogerla otra vez, pero sólo conseguía tocarla con su dedo índice, sin poder agarrarla. Ella sigue intentando cogerla y estruja la esquina. La caja se levanta un poco y se cae de nuevo» (p. 273). Jacqueline muestra un interés en este resultado y estudia la caja que se le ha caído.
- Al año y ocho meses, «Jacqueline llega a una puerta cerrada con un poco de hierba en cada mano. Estira la mano derecha hacia el pomo de la puerta pero se da cuenta que no puede girarlo sin que se le caiga la hierba de la mano, así que las deja en el suelo, abre la puerta, las vuelve a coger y después entra. Pero cuando quiere salir de la habitación las cosas se complican. Pone la hierba en el suelo y coge el pomo. Después se da cuenta que tirando de la puerta esparce la hierba que había puesto entre la puerta y la pared. Entonces coge la hierba y la pone fuera del alcance del movimiento de la puerta» (p. 339).

Para Piaget estas observaciones reflejan cambios importantes en el desarrollo cognitivo del niño. Más adelante en este capítulo estudiaremos que Piaget creía que los niños atravesaban seis subestadios en el desarrollo y que los comportamientos que acabamos de leer caracterizan estas subfases.

VISTA PREVIA

La excitación y el entusiasmo sobre la cognición del niño han sido avivados por un interés en lo que el niño sabe al nacer y poco después, por una continúa fascinación sobre los factores innatos y aprendidos en el desarrollo cognitivo del niño y por controversias sobre si los bebés construyen su conocimiento (visión de Piaget) o si ellos conocen su mundo más directamente. En este capítulo estudiaremos la teoría de Piaget sobre el desarrollo del niño, el aprendizaje y la memoria, las diferencias individuales en la inteligencia y el desarrollo del lenguaje.

1 LA TEORÍA DE PIAGET SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL

Procesos cognitivos

El estadio del desarrollo sensorio-motor

Piaget propuso que, al igual que nuestros cuerpos físicos tienen estructuras que nos permiten adaptarnos al mundo, nosotros construimos nuestras estructuras mentales para adaptarnos al mundo. La *adaptación* implica ajustes a las nuevas necesidades del entorno. Piaget también afirmó que la información no se deposita simplemente en la mente de los niños desde el entorno, sino que los niños construyen de forma activa su propio conocimiento. Piaget buscó una explicación sobre cómo los niños piensan de forma diferente sobre sus mundos en diferentes momentos de su desarrollo y cómo se producen estos cambios sistemáticos.

Procesos cognitivos

La poeta Nora Perry preguntó una vez, «¿quién conoce los pensamientos de un niño?». Piaget sabía tanto como cualquier otro. A través de observaciones cuidadosas de sus tres hijos —Laurent, Lucienne y Jacqueline— e incisivas entrevistas Piaget cambió nuestra forma de pensar sobre la concepción que tienen los niños del mundo.

¿Qué procesos utilizan los niños cuando construyen su conocimiento sobre el mundo? Piaget creía que los siguientes procesos son especialmente importantes a este respecto: esquemas, asimilación y acomodación, organización, equilibrio y equilibración.

Esquemas Piaget (1952) pensaba que a medida que un niño intenta comprender el mundo, su cerebro en desarrollo crea **esquemas** que son acciones o representaciones mentales para organizar el conocimiento. En la teoría de Piaget, los esquemas de comportamiento (actividades físicas) caracterizan la primera infancia y los esquemas mentales (actividades cognitivas) se desarrollan en la niñez (Lamb, Bornstein y Teti, 2002). Los esquemas de los bebés están estructurados por acciones simples, como succionar, mirar y agarrar que pueden realizarse sobre objetos. Los niños mayores tienen esquemas que incluyen estrategias y planes para resolver problemas. Por ejemplo, los niños de cinco años pueden tener un esquema que implique la estrategia de clasificación de objetos por tamaño, forma o color. Al llegar a la edad adulta hemos construido una gran cantidad de esquemas diversos, desde cómo conducir un coche a cómo equilibrar un presupuesto o al concepto de justicia.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1826
QUITO

Asimilación y acomodación Para explicar cómo utilizan y adaptan los niños sus esquemas, Piaget propuso dos conceptos: asimilación y acomodación, que describimos inicialmente en el Capítulo 2, «La ciencia del desarrollo del ciclo vital». Recuerda que la *asimilación* se produce cuando los niños incorporan nueva información a su conocimiento existente (esquemas), mientras que la *acomodación* se produce cuando los niños adaptan sus esquemas para que se ajusten a la nueva información y nuevas experiencias. Piensa sobre un niño que ha aprendido la palabra *coche* para identificar el coche familiar. El niño puede llamar a todos los vehículos en movimiento «coches», incluyendo las motos y los camiones, el niño ha asimilado estos objetos a su esquema existente. Pero el niño aprende pronto que las motos y los camiones no son coches y afina la categoría para excluir las motos y los camiones, acomodando el esquema.

La asimilación y la acomodación funcionan incluso en los bebés. Los recién nacidos succionan de forma refleja todo lo que toca sus labios; ellos asimilan todos los objetos en su esquema de succión. Al succionar diferentes objetos, aprenden sobre su sabor, textura, forma, etc. Sin embargo, después de varios meses de experiencia, pueden comprender el mundo de forma diferente. Algunos objetos, como los dedos y el pecho de su madre, pueden succionarse, y otros, como las sábanas no deberían succionarse. En otras palabras, ellos acomodan su esquema de succión.

Organización Para darle sentido a su mundo, Piaget decía que los niños organizaban de forma cognitiva sus experiencias. La **organización** es el concepto de Piaget de agrupar comportamientos aislados en un sistema de orden superior. Los objetos son agrupados en categorías. Cada nivel de pensamiento está organizado. La mejora continua de esta organización es una parte inherente del desarrollo. Un niño que tiene sólo una vaga idea sobre cómo utilizar un martillo puede también tener una vaga idea sobre cómo utilizar otras herramientas. Después de aprender cómo utilizar cada una, él debe asociar sus usos u organizar su conocimiento, si él quiere alcanzar la habilidad de usar herramientas. De la misma forma, los niños integran y coordinan las otras ramas del conocimiento que a menudo se desarrollan de forma independiente.

Equilibrio y equilibración La **equilibración** es un mecanismo que propuso Piaget para explicar cómo los niños pasan de un estadio del pensamiento al siguiente. El cambio se produce cuando el niño experimenta un conflicto cognitivo o un desequilibrio intentando comprender el mundo. Finalmente, resuelven el conflicto y alcanzan un balance o equilibrio de pensamiento. Piaget veía un trasvase considerable entre los estados del equilibrio y desequilibrio cognitivos, al igual que la asimilación y la acomodación trabajan conjuntamente para producir un cambio cognitivo. Por ejemplo, si un niño cree que la cantidad de líquido cambia simplemente porque el líquido es vertido en un recipiente con una forma diferente, de un recipiente que es bajo y ancho a un recipiente que es alto y estrecho, puede preguntarse de dónde vino el líquido extra y si hay más líquido para beber. El niño finalmente resolverá estas preguntas a medida que su pensamiento sea más avanzado. En la vida diaria, el niño se enfrenta con estos contraejemplos y contradicciones.

Recuerda del Capítulo 2 que Piaget también afirmaba que la gente atraviesa por cuatro estadios para la comprensión del mundo. Cada uno de estos estadios está relacionado con la edad y consisten en diferentes formas de pensamiento. Recuerda que son las diferentes formas de comprender el mundo lo que hace un estadio más avanzado que otro. Según la visión de Piaget, tener más información no hace que el pensamiento del niño sea más avanzado. Esto es lo que Piaget quería decir cuando afirmaba que la cognición de un niño es *cualitativamente diferente en un estadio comparado con otro.*

La teoría de Piaget es una historia general y unificada sobre cómo la biología y la experiencia construyen el desarrollo cognitivo del niño: la asimilación y la acomodación siempre llevan al niño a un nivel superior. Para Piaget, la motivación para el cambio es una búsqueda interna del equilibrio. Como resultado de este cambio para ser cognitivamente más competentes, Piaget pensaba que los individuos pasan por cuatro estadios de desarrollo: sensorio-motor, preoperacional, operacional concreto y operacional formal. La forma diferente de comprender el mundo hace a un estadio más avanzado que otro. Aquí nos centraremos en el estadio de Piaget sobre el desarrollo cognitivo del bebé. En capítulos posteriores (8, 10 y 12) estudiaremos los otros tres estadios de Piaget.

El estadio del desarrollo sensorio-motor

El estadio sensorio-motor dura desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años. En este estadio, los niños construyen una comprensión del mundo a partir de la coordinación de las experiencias sensoriales (como ver y oír) con acciones físicas y motoras, de ahí el término «sensorio-motor». Al comienzo de este estadio, los recién nacidos tienen poco más que patrones reflejos con los que trabajar. Al final del estadio, a los dos años, tienen patrones sensorio-motores complejos y están comenzando a trabajar con símbolos rudimentarios. Para empezar resumiremos las descripciones de Piaget sobre el desarrollo del niño. Después consideraremos las críticas a esta visión del desarrollo.

Subestadios Piaget dividió el estadio sensorio-motor en seis subfases: 1) reflejos simples; 2) primeros hábitos y reacciones circulares primarias; 3) reacciones circulares secundarias; 4) coordinación de las reacciones circulares secundarias; 5) reacciones circulares terciarias, novedad y curiosidad, y 6) interiorización de los esquemas (véase la Figura 6.1).

El subestadio de los **reflejos simples** es la primera subfase de Piaget, que corresponde al primer mes después del nacimiento. En esta subfase, la forma básica de coordinar la sensación y la acción es a través de los comportamientos reflejos. Estos incluyen el reflejo de giro de cabeza y succión, que el bebé tiene al nacer. En la primera subfase, el bebé ejercita estos reflejos. Por ejemplo, cuando el bebé acaba de nacer, el biberón o el pecho le producirá el patrón de succión sólo si se sitúa directamente en su boca o si le roza los labios. Pero pronto el bebé puede succionar cuando el biberón o el pecho están cerca. Las acciones reflejas en ausencia de un estímulo desencadenante son la evidencia de que el bebé está iniciando una acción y son experiencias estructurales activas durante el primer mes de vida.

El subestadio de los **primeros hábitos y reacciones circulares primarias** sería la segunda subfase del estadio sensorio-motor de Piaget, que se desarrolla entre el primer y el cuarto mes. En esta subfase, el bebé aprende a coordinar la sensación y dos tipos de esquemas: hábitos y reacciones circulares primarias. Un *hábito* es un esquema basado en un reflejo simple que se ha separado por completo del estímulo que lo provoca. Por ejemplo, un bebé en la subfase primera puede succionar cuando el biberón toca sus labios o cuando ve el biberón. Los bebés en la segunda subfase pueden succionar incluso cuando el biberón no está presente. Una *reacción circular* es una acción repetida o estereotipada.

Una *reacción circular primaria* es un esquema basado en el intento de reproducir un evento que inicialmente ha ocurrido por casualidad. Por ejemplo, imagina que un niño chupa accidentalmente sus dedos cuando están situados cerca de su boca. Después, él busca sus dedos para chuparlos de nuevo, pero los dedos no cooperan en la búsqueda porque el bebé no puede coordinar las acciones visuales y manuales. Los hábitos y las reacciones circulares están estereotipados, de forma que el bebé los repite de la misma manera cada vez. Durante esta subfase, para el bebé su cuerpo es el centro de atención. No hay ninguna influencia de eventos del entorno exterior.

Subestadio	Edad	Descripción	Ejemplo
1. Reflejos simples	Desde el nacimiento hasta el primer mes	Coordinación de sensación y acción a través de los comportamientos reflejos	Giro de cabeza, succión y agarre; los recién nacidos succionan de forma refleja cuando se tocan sus labios
2. Primeros hábitos y primeras reacciones circulares	1 a 4 meses	Coordinación de sensación y dos tipos de esquemas: hábitos (reflejo) y reacciones circulares (reproducción de un evento que inicialmente ocurrió por casualidad). El centro de atención es todavía el cuerpo del niño	Repetición de una sensación corporal experimentada por primera vez por casualidad (chuparse el dedo, por ejemplo), después los niños pueden acomodar las acciones para chupar su dedo de forma diferente a la que chupan el chupete
3. Reacciones circulares secundarias	4 a 8 meses	Los bebés se fijan más en los objetos, descentrándose de sí mismos, repite acciones que le despiertan interés o resultados placenteros	Un bebé gorgojea para hacer que una persona permanezca cerca, cuando la persona comienza a marcharse el bebé vuelve a gorgojear
4. Coordinación de las reacciones circulares secundarias	8 a 12 meses	Coordinación de la visión y el tacto-coordinación mano-ojo, coordinación de esquemas e intencionalidad	El bebé usa un palo para acercar un juguete atractivo
5. Reacciones circulares terciarias, novedad y curiosidad	12 a 18 meses	Los bebés sienten curiosidad por las propiedades de los objetos y por todas las cosas que pueden hacer que ocurran a los objetos, experimentan con nuevos comportamientos	Puede hacer caer un cubo, girar y puede chocarse con otro objeto y desplazarlo
6. Interiorización de esquemas	18 a 24 meses	El bebé desarrolla la habilidad de utilizar símbolos rudimentarios y forman representaciones mentales duraderas	Un bebé que nunca ha tenido un berrinche antes de ver a otro bebé tener un berrinche, retiene un recuerdo del evento, y tiene un berrinche al día siguiente

FIGURA 6.1 Los seis subestadios del desarrollo sensorio-motor de Piaget

El subestadio de las **reacciones circulares secundarias** es la tercera subfase sensorio-motora de Piaget, que se desarrolla entre el cuarto y el octavo mes. En este subestadio, el bebé está más orientado hacia los objetos, superando la preocupación por sí mismo. Por casualidad, el bebé puede hacer sonar un sonajero. El bebé repetirá esta acción sólo por el hecho de experimentar. El bebé también imita algunas acciones simples, como el balbuceo o las palabras de los adultos y algunos gestos físicos. Sin embargo, estas imitaciones están limitadas por las acciones que el bebé ya es capaz de producir. Aunque dirigidos hacia los objetos del mundo, el esquema de los bebés carece de calidad intencional y dirigida a una meta.

El subestadio de la **coordinación de las reacciones circulares secundarias** es la cuarta subfase sensorio-motora de Piaget, que se desarrolla entre los 8 y los 12 meses. El requisito imprescindible para que el bebé progrese en esta subfase es la coordinación de la visión y el sentido del tacto o la coordinación viso-manual. Las acciones aparentemente son más intencionadas que antes. Cambios significativos que implican la coordinación de los esquemas y la intencionalidad. Los bebés combinan fácilmente los esquemas aprendidos previamente de una forma coordinada. Pueden mirar un objeto y cogerlo simultáneamente o pueden inspeccionar visualmente un juguete, como un sonajero y tocarlo a la vez con los dedos, haciendo obviamente una exploración táctil. Las acciones están incluso más dirigidas que antes. En relación con esta coordinación está el segundo logro: la presencia de la intencionalidad. Por ejemplo, los bebés pueden manipular un palo para acercar un juguete deseado a su alcance. Pueden golpear un cubo para alcanzar y jugar con otro.

El subestadio de las **reacciones circulares terciarias, novedad y curiosidad** compone la quinta subfase sensorio-motora de Piaget, que se desarrolla desde

los 12 a los 18 meses. En este subestadio, los bebés se fascinan por la variedad de propiedades que posee un objeto y por la cantidad de cosas que pueden hacer con ellos. Pueden hacer que un bloque caiga, gire, choque con otro objeto y se deslice por el suelo. Las *reacciones circulares terciarias* son esquemas en los que los bebés exploran a propósito nuevas posibilidades con los objetos, haciendo continuamente cosas diferentes con ellos y explorando los resultados. Piaget decía que esta subfase marca el comienzo de la curiosidad y el interés humano por las cosas nuevas.

El subestadio de la **interiorización de los esquemas** es la sexta y última subfase sensorio-motora, que se desarrolla entre los 18 a 24 meses. En esta subfase, el niño desarrolla la habilidad para utilizar símbolos rudimentarios y representaciones mentales duraderas. Para Piaget un *símbolo* es una imagen sensorial interiorizada o una palabra que representa un evento. Los símbolos primitivos permiten al niño pensar sobre eventos concretos sin actuar directamente sobre ellos o percibirlos. Además los símbolos permiten al niño manipular y transformar los eventos representados de manera simple. En un ejemplo típico de Piaget, su hija pequeña vio abrirse y cerrarse una caja de cerillas. Poco después ella imitaba este hecho abriendo y cerrando la boca. Ésta era una expresión obvia de su imagen de este evento.

Permanencia del objeto Imagina cómo sería nuestra vida si no pudiéramos distinguir entre nosotros mismos y nuestro mundo. Nuestro pensamiento sería caótico, desorganizado e impredecible. De acuerdo con Piaget, así es la vida mental de un recién nacido. No existe una diferenciación entre uno mismo y el mundo; los objetos no tienen una existencia permanente e independiente.

Al final del período sensorio-motor, sin embargo, ambos están presentes. La **permanencia del objeto** es la comprensión de que los objetos y los eventos siguen existiendo, incluso cuando ellos no pueden verlos, oírlos o tocarlos. Adquirir el sentido de la permanencia del objeto es uno de los logros más importantes durante la primera infancia.

¿Cómo pueden Piaget u otros psicólogos evolutivos saber si un bebé tiene sentido de la permanencia del objeto o no? La forma principal en la que se estudia la permanencia del objeto es observando la reacción del bebé cuando un objeto interesante desaparece (véase la Figura 6.2). Si los niños buscan el objeto, se asume que ellos creen que el objeto continúa existiendo.

La permanencia del objeto es sólo uno de los conceptos básicos sobre el mundo físico desarrollado por los bebés (Bremner, 2004). Para Piaget, los niños, inclu-

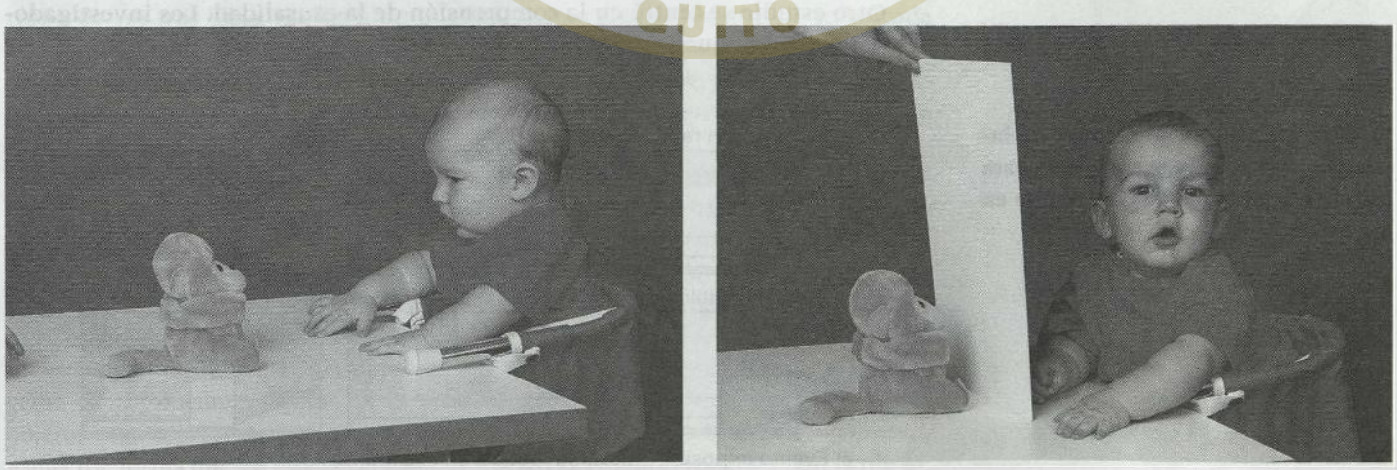


FIGURA 6.2 Permanencia del objeto

Piaget pensaba que la permanencia del objeto era uno de los hitos de las habilidades cognitivas del niño. Para este bebé de cinco meses, algo «fuera de la vista» es literalmente inexistente. El bebé mira al mono de peluche (izquierda) pero cuando esta visión del juguete se bloquea (derecha) no lo busca. Varios meses después, él buscará el juguete escondido, reflejando el dominio de la permanencia del objeto.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

so los bebés, se parecen mucho a un pequeño científico, examinando el mundo para ver cómo funciona.

El apartado de «Investigación sobre el desarrollo del ciclo vital» describe alguna de las formas en las que los científicos adultos intentan averiguar lo que estos «bebés científicos» descubren sobre le mundo.



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

Permanencia del objeto y causalidad

Dos de los logros de los bebés que examinó Piaget fueron el desarrollo de la permanencia del objeto y la comprensión de la causalidad por parte del niño. Vamos a examinar dos estudios de investigación que tratan estos temas.

En ambos estudios, Renèe Baillargeon y sus colegas utilizaron un método de investigación que implicaba el *incumplimiento de las expectativas*. En este método, los bebés ven un evento que ocurre de manera normal. Después, el evento cambia de forma de manera que incumple lo que el bebé espera ver. Cuando los bebés miran durante más tiempo al evento que incumple sus expectativas indica que están sorprendidos.

En un estudio centrado en la permanencia del objeto, los investigadores mostraron a los bebés un coche de juguete que bajaba por una pendiente inclinada, desaparecía detrás de una pantalla y después volvía a aparecer por el otro lado, todavía en el camino (Baillargeon y DeVos, 1991) (véase la Figura 6.3) *a*). Después de que esta secuencia fuera repetida varias veces, los bebés veían que algo diferente ocurría. En un «evento posible» un ratón de juguete se situaba detrás del camino pero se escondía detrás de una pantalla mientras el coche rodaba por *b*). Después, en un «evento imposible», el ratón de juguete se situaba en el camino pero se retiraba secretamente después de que la pantalla se bajaba para que pareciera que el coche pasaba a través del ratón (c). En este estudio, los bebés de sólo tres meses y medio miraban durante más tiempo al evento imposible que al evento posible, indicando que estaban sorprendidos. Su sorpresa sugería que ellos recordaban no sólo que el ratón de juguete existía (permanencia del objeto) sino su localización.

Otro estudio se centró en la comprensión de la causalidad. Los investigadores descubrieron que incluso los bebés jóvenes comprendían que el tamaño de

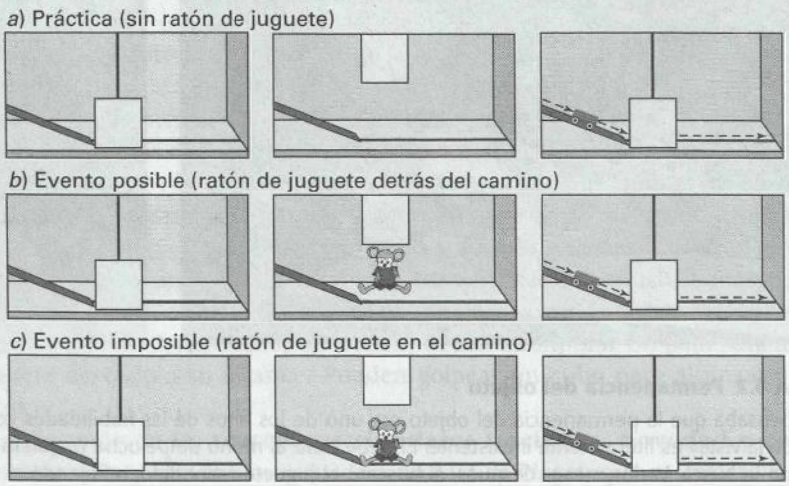


FIGURA 6.3 Utilizar el método de incumplimiento de las expectativas para estudiar la permanencia del objeto en los bebés

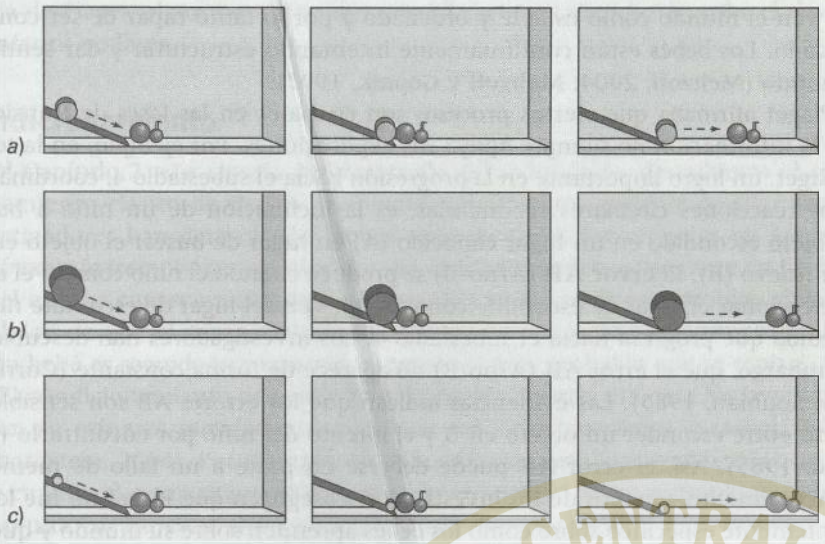


FIGURA 6.4 La comprensión del niño de la causalidad

Después de que niños pequeños vieran la distancia que recorría un juguete empujado por un cilindro de mediano tamaño *a*), se les mostró un evento más sorprendente *c*) donde un cilindro muy pequeño empujaba el juguete tan lejos como el cilindro más grande *b*). Esta sorpresa, reflejada porque los niños miraban *c*) durante más tiempo que *b*), indicaba que comprendieron que el tamaño del cilindro era un factor causal que determinaba la distancia que recorrería el juguete cuando fuera empujado por el cilindro.

un objeto en movimiento determinaba la distancia que recorrería un objeto estático con el que chocaba (Kotovsky y Baillargeon, 1994) (véase la Figura 6.4). En esta investigación, un cilindro baja por una rampa y choca con un bichito de juguete situado al final de la rampa. A los cinco meses y medio y seis meses y medio, los bebés comprenden que el bichito no rueda más si es golpeado por un cilindro grande que si es golpeado por uno pequeño tras haber observado cuánto rodaba después de haber sido golpeado por un cilindro mediano. Por tanto, a mitad del primer año de vida estos bebés comprendían que el tamaño del cilindro era un factor causal para determinar cuánto se desplazaba el bichito si era golpeado por el cilindro.

Evaluación del estadio sensorio-motor de Piaget Piaget abrió un nuevo camino sobre la forma de observar a los niños con su visión de que su principal tarea es coordinar sus impresiones sensoriales con su actividad motora. Sin embargo, el mundo cognitivo de los niños no está tan hábilmente organizado como Piaget imaginó y algunas de las explicaciones de Piaget sobre las causas del cambio han sido objeto de debate.

Piaget basó su visión de la infancia principalmente en la observación del desarrollo de sus tres hijos. En los últimos años, se han creado técnicas de sofisticada experimentación para el estudio de los niños y se han realizado un gran número de estudios de investigación sobre el desarrollo infantil. Gran parte de las nuevas investigaciones sugieren que la visión del desarrollo sensorio-motor de Piaget debe modificarse (Gounin-Decarie, 1996, Mandler, 2003).

Una serie de teóricos como Eleanor Gibson (1989) y Elizabeth Spelke (1991; Spelke y Newport, 1998), creen que las habilidades perceptivas de los niños en gran medida se desarrollan muy pronto en la infancia. Por ejemplo, en el Capítulo 5 vimos cómo la investigación de Spelke demostraba la presencia de la percepción intermodal, la habilidad para coordinar información de dos modalidades sensoriales más, como la visión y la audición. Como dijimos anteriormente en este capítulo, la investigación de Renèe Baillargeon (1995, 2004) y sus colegas (Aguiar y Baillargeon, 2002) documenta que los bebés de tan sólo 3 o 4 meses esperan que los objetos sean *sólidos* (de forma que otros objetos no puedan atravesarlos) y *permanentes* (de forma que los objetos continúen existiendo incluso cuando están ocultos).

En resumen, los investigadores creen que los niños ven los objetos como limitados, unitarios, sólidos y separados de su fondo, posiblemente al nacer o poco después, pero de forma definitiva a los 3 o 4 meses, mucho antes de lo que Piaget creía. Los bebés jóvenes todavía tienen mucho que aprender sobre los objetos,

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

pero ven el mundo como estable y ordenado y por lo tanto capaz de ser conceptualizado. Los bebés están continuamente intentando estructurar y dar sentido a su mundo (Meltzoff, 2004; Meltzoff y Gopnik, 1997).

Piaget afirmaba que ciertos procesos son cruciales en las fases de transición, pero la información no siempre apoya sus explicaciones. Por ejemplo, en la teoría de Piaget, un logro importante en la progresión hacia el subestadio 4, coordinación de las reacciones circulares secundarias, es la inclinación de un niño a buscar un objeto escondido en un lugar conocido (A) en lugar de buscar el objeto en un lugar nuevo (B). El **error AB** (A/no-B) se produce cuando el niño comete el error de seleccionar el lugar de escondite conocido en vez del lugar de escondite nuevo a medida que progresa hacia el subestadio 4. Los investigadores han descubierto, sin embargo, que el error AB (A/no-B) no aparece de forma constante (Corrigan, 1981; Sophian, 1985). Las evidencias indican que los errores AB son sensibles al retraso entre esconder un objeto en B y el intento del niño por encontrarlo (Diamond, 1985). Así, el error AB puede deberse en parte a un fallo de memoria.

Actualmente, muchos de los investigadores aseguran que Piaget no fue lo suficientemente específico sobre cómo los bebés aprenden sobre su mundo y que los niños son más competentes de lo que Piaget pensaba (Mandler, 2000, 2003, 2004; Meltzoff, 2004). A medida que ellos han examinado las formas específicas de aprendizaje de los niños, el campo de la cognición infantil se ha especializado mucho. Hay bastantes investigadores trabajando en diferentes cuestiones, sin una teoría general que pueda conectar todos los diferentes descubrimientos (Nelson, 1999). Sus teorías son teorías locales, centradas en preguntas de investigación específicas, en lugar de grandes teorías como la de Piaget (Kuhn, 1998). Si hay una temática unificada es que los investigadores del desarrollo infantil tratan de saber cómo tienen lugar los cambios en el desarrollo cognitivo y el gran tema de la naturaleza y el medio.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Resumir los procesos cognitivos en la teoría de Piaget y los estadios del desarrollo sensorio-motor

REVISA

- ¿Qué procesos cognitivos son importantes en la teoría de Piaget?
- ¿Cuáles son algunas características del estadio del desarrollo sensorio-motor de Piaget? ¿Cuáles son algunas contribuciones y críticas del estadio sensorio-motor de Piaget?

REFLEXIONA

- ¿Cuáles son algunas implicaciones de la teoría del desarrollo infantil de Piaget para la crianza de los hijos?

2 APRENDIZAJE Y MEMORIA

Condicionamiento | Imitación | Atención | Memoria

En esta sección exploraremos estos aspectos sobre cómo los niños aprenden y recuerdan: condicionamiento, atención, imitación y memoria. En contraste con la

teoría de Piaget, el acercamiento que consideraremos aquí no describe el desarrollo infantil en fases.

Condicionamiento

En el Capítulo 2, «La ciencia del desarrollo del ciclo vital», describimos el condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento operante de Skinner. Los investigadores han demostrado ambos tipos de condicionamientos en los bebés. Aquí examinaremos algunos aspectos del condicionamiento operante en los bebés (en el que las consecuencias de un comportamiento producen cambios en la probabilidad de que el comportamiento ocurra). Por ejemplo, si el comportamiento de un bebé es seguido por una recompensa, es más probable que se repita.

El condicionamiento operante ha sido especialmente útil para los investigadores en su esfuerzo por determinar lo que los niños percibían (Kraebel, Fable y Gerhardstein, 2004). Por ejemplo, los niños chuparán con mayor rapidez un chupete cuando el comportamiento de succión es seguido de un estímulo visual, música o una voz humana (Rovee-Collier, 1987; Rovee-Collier y Barr, 2004).

Carolyn Rovee-Collier (1987) ha demostrado cómo los niños pueden retener información a partir de la experiencia de ser condicionados. En un experimento característico, ella sitúa a un bebé de dos meses y medio en una cuna debajo de un móvil (véase la Figura 6.5). Ata un extremo de un lazo al tobillo del bebé y el otro extremo al móvil. Posteriormente, observa que el bebé da patadas y hace que el móvil se mueva. El movimiento del móvil es el reforzador en este experimento (que aumenta el comportamiento del bebé de dar patadas). Semanas después, se vuelve a situar al bebé en la cuna, pero no se le ata el pie al móvil. El bebé da patadas, sugiriendo que ha retenido la información que si daba patadas el móvil se movería.

Atención

La atención es la focalización de los recursos mentales para seleccionar información, mejora los procesamientos cognitivos en muchas tareas. Incluso los recién nacidos pueden detectar un contorno y fijarse en él. Los bebés mayores escanean patrones más cuidadosamente. A los cuatro meses, los bebés pueden prestar atención a un objeto de forma selectiva.

Fuertemente relacionado con la atención están los procesos de habituación y deshabituación que discutimos en el Capítulo 5, «Desarrollo físico en la primera infancia». Recuerda que si un estímulo, un dibujo o un sonido, se presenta al niño varias veces seguidas, normalmente le prestan menos atención cada vez, sugiriendo que se aburren con él. Éste es el proceso de *habituación*, disminución de la respuesta a un estímulo después de presentaciones repetidas del estímulo. La *deshabituación* es el aumento en la respuesta después de un cambio en la estimulación. Los investigadores estudian la habituación para determinar cuánto pueden ver, oír, oler, saborear y tocar los niños (Slater, 2004). Los estudios sobre habituación pueden indicar si los bebés reconocen algo que previamente han experimentado. Entre las medidas que los investigadores utilizan para estudiar si la habituación se produce son el comportamiento de succión (la succión se detiene cuando el bebé presta atención a un objeto nuevo), el ritmo cardiaco y el tiempo que el bebé mira al objeto. Los recién nacidos pueden habituarse a una estimulación repetida en casi cualquier modalidad sensorial, visión, audición, etc.

La atención de los bebés está tan determinada por la novedad y la habituación que cuando un objeto se vuelve familiar, la aten-

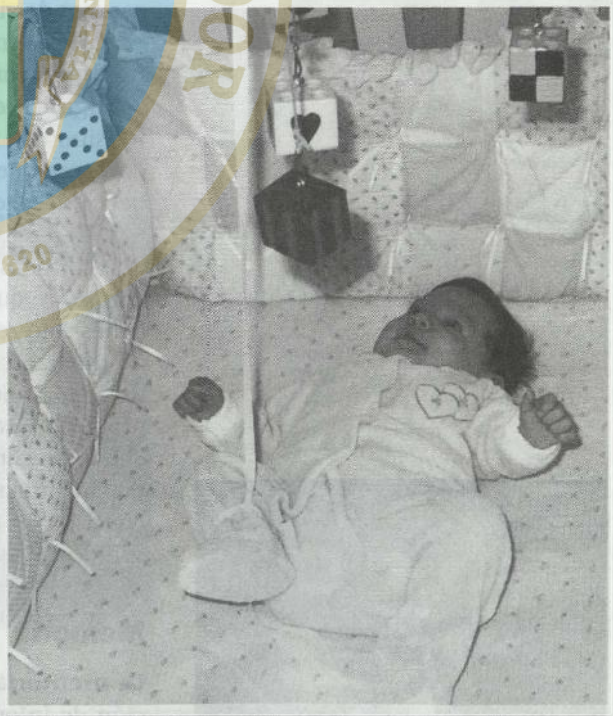


FIGURA 6.5 Técnica utilizada por Rovee-Collier en su investigación sobre la memoria infantil

En el experimento de Rovee-Collier, el condicionamiento operante se utilizó para demostrar que los bebés de tan sólo dos meses y medio pueden retener información de la experiencia de ser condicionados.

ción disminuye, haciendo a los bebés más vulnerables a la distracción (Oakes, Kannass y Shaddy, 2002). Un estudio reciente descubrió que los bebés de 10 meses eran más propensos a la distracción que los de 26 meses (Ruff y Capozzoli, 2003). Otro estudio reciente reveló que los bebés que fueron catalogados como «observadores breves» por el corto espacio de tiempo que centraban la atención, tenían mejor memoria al año de edad que los «observadores prolongados» que tenían una atención más continua (Courage, Howe y Squires, 2004).

Un conocimiento sobre habituación y deshabituación puede beneficiar la interacción padre-hijo. Los bebés responden a los cambios en la estimulación. Si la estimulación se repite a menudo, la respuesta del bebé disminuirá hasta el punto que el bebé ya no responda a los padres. En la interacción padre-hijo, es importante para los padres hacer cosas nuevas y repetirlas a menudo hasta que el bebé deje de responder. Los padres atentos saben cuando el bebé muestra un interés y se dan cuenta que muchas repeticiones de los estímulos pueden ser necesarias para que el bebé procese la información. El padre para o cambia los comportamientos cuando el bebé desvía su atención (Rosenblith, 1992).

Imitación

¿Pueden imitar los bebés las expresiones emocionales de otra persona? Si un adulto sonríe, ¿le seguirá la sonrisa del bebé? Si un adulto hace sobresalir su labio inferior, arruga su frente y frunce el ceño, ¿mostrará el bebé un aspecto triste? Si un adulto abre la boca, abre los ojos y levanta las cejas, ¿imitará el bebé este gesto? ¿Pueden los bebés con tan sólo unos días hacer estas cosas?

El investigador del desarrollo infantil Andrew Meltzoff (2002, 2004; Meltzoff y Moore, 1999) ha llevado a cabo numerosos estudios sobre las habilidades imitativas de los bebés. Él cree que las habilidades imitativas de los bebés son de origen biológico, porque los bebés pueden imitar una expresión facial durante los primeros días de vida. Esto ocurre antes de que hayan tenido la oportunidad de observar en su entorno el sacar la lengua o realizar otro tipo de comportamientos. Hace hincapié también sobre que las habilidades imitativas de los niños no son lo que etólogos coceptualizaron como un mecanismo de respuesta básico, reflejo e innato, sino que implican flexibilidad, adaptabilidad y percepción intermodal. En las observaciones que hace Meltzoff con bebés en sus primeras 72 horas de vida, los bebés despliegan de forma gradual una respuesta imitativa total de la expresión facial de un adulto, como sacar la lengua o abrir la boca (véase la Figura 6.6).

No todos los expertos en desarrollo infantil aceptan las conclusiones de Meltzoff sobre que los recién nacidos sean capaces de imitar. Algunos dicen que estos bebés sólo realizaban pequeñas respuestas automáticas a un estímulo.

Meltzoff también ha estudiado la **imitación diferida,** que ocurre después de un tiempo de retraso de horas o días. Piaget creía que la imitación diferida no se producía hasta los 18 meses. La investigación de Meltzoff sugirió que ocurría mucho antes. En un estudio, Meltzoff (1988) demostró que los bebés de nueve meses podían imitar acciones que habían visto realizarse 24 horas antes. Cada acción consistía en un gesto inusual, como pulsar un botón en una caja (que emitía un sonido).



FIGURA 6.6 Imitación del niño
El investigador del desarrollo infantil Andrew Meltzoff saca la lengua para intentar que el bebé imite este comportamiento.

Memoria

La **memoria** es un factor central en el desarrollo cognitivo que implica la retención de información en el tiempo. Algunas veces la información es retenida sólo durante unos segundos y otras veces se retiene para siempre.

¿Pueden recordar los bebés? Algunos investigadores del comportamiento infantil como Carolyn Rovee-Collier afirman que los bebés de tan sólo dos a seis meses de edad pueden recordar algunas experiencias hasta el año y medio o los dos años (Rovee-Collier y Barr, 2004). Sin embargo, críticos como Jean Mandler

(2000), un destacado experto en cognición infantil, argumentan que los bebés de los experimentos Rovee-Collier muestran solamente memoria implícita. La **memoria implícita** se refiere a la memoria sin recuerdos conscientes: las memorias de habilidades y procedimientos rutinarios que se llevan a cabo automáticamente. Por el contrario, la **memoria explícita** se refiere a la memoria consciente de hechos y experiencias.

Cuando la gente habla sobre la memoria normalmente se refieren a la memoria explícita. La mayoría de los investigadores creen que los bebés no muestran memoria explícita hasta la segunda mitad del primer año (Bauer y otros, 2003; Mandler y McDonough, 1995). Entonces, la memoria explícita mejora de forma sustancial durante el segundo año de vida (Bauer, 2004; Carver y Bauer, 2001). En un estudio longitudinal, se evaluaron bebés varias veces durante su segundo año (Bauer y otros, 2000). Los bebés mayores mostraron una memoria más precisa y requerían menos ayudas para demostrar su memoria que los bebés más jóvenes. En resumen, la mayoría de los recuerdos conscientes de los bebés son frágiles y efímeros, excepto los recuerdos sobre acciones perceptivo-motoras que pueden ser importantes (Mandler, 2000; 2003).

Vamos a examinar otro aspecto de la memoria. ¿Recuerdas la fiesta de tu tercer cumpleaños? La mayoría de los adultos pueden recordar muy poco o casi nada de sus primeros tres años de vida (Neisser, 2004). Cuando los adultos parecen ser capaces de recordar algo de su infancia, es probable que sea algo que sus familiares le han contado o algo que han visto en una fotografía o un vídeo familiar. Este fenómeno recibe el nombre de *amnesia infantil*. Incluso los niños de educación primaria tampoco tienen muchos recuerdos sobre sus primeros años. En un estudio, aproximadamente tres años después de salir de preescolar, los niños recordaban mucho peor a sus compañeros de clase que lo que lo hacía su profesor (Lie y Newcombe, 1999). En otro estudio, se mostraron a niños de 10 años fotos de sus compañeros de clase en preescolar y reconocieron a un 20 por 100 de ellos (Newcombe y Fox, 1994).

¿Qué causa la amnesia infantil? Una razón para explicar la dificultad que tienen los niños y los adultos para recordar eventos de sus primeros años de vida es la inmadurez en ese tiempo del lóbulo frontal del cerebro, que se cree que juegan un papel importante para recordar eventos (Boyer y Diamond, 1992).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2. Describir cómo aprenden y recuerdan los niños

REVISA

- ¿Cómo aprenden los niños a través del condicionamiento?
- ¿Qué es la atención? ¿Qué caracteriza la atención en los niños?
- ¿Qué implicaciones tiene la imitación en el aprendizaje infantil?
- ¿Hasta qué punto pueden recordar los niños?

REFLEXIONA

- Si una amiga te contara que ella recuerda que sus padres abusaron de ella a los dos años, ¿la creerías? Explica tu respuesta.

3. DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN INTELIGENCIA

Hasta ahora hemos hablado sobre los progresos del desarrollo cognitivo de los niños. Hemos subrayado lo que es común en la mayoría o la media de los bebés, pero los resultados obtenidos por la mayoría de los bebés no pueden aplicarse a todos.

Sería ventajoso saber si un bebé está avanzando a un ritmo lento, normal o rápido en el desarrollo. Si el niño avanza a un ritmo especialmente lento, puede que sea necesario algún enriquecimiento. Si el niño avanza a un ritmo especialmente rápido, los padres deben proporcionar juguetes que estimulen el crecimiento cognitivo en niños un poco más mayores. Las diferencias individuales en el desarrollo cognitivo de los niños han sido estudiadas principalmente a través del uso de escalas evolutivas o test de inteligencia infantil. Por ejemplo, la Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal de Brazelton, que estudiamos en el Capítulo 4, ha sido usada ampliamente para evaluar a los recién nacidos.

La evaluación de la actividad de los bebés debe ser diferente del tradicional test de inteligencia utilizado con niños mayores. Sin embargo, las medidas para evaluar a los bebés deben ser menos verbales que las de los test de inteligencia. Las escalas de desarrollo de los bebés contienen más factores perceptivo-motores. También incluyen medidas de interacción social.

El primer psicólogo importante en la historia del desarrollo de la evaluación de los niños fue Arnold Gesell (1934). Él desarrolló una medida que fue usada como herramienta clínica para ayudar a separar a los bebés potencialmente normales de los que no lo eran. Esto fue especialmente útil para las agencias de adopción, que tenían una gran cantidad de bebés esperando encontrar una familia. El examen de Gesell se utilizó durante muchos años y todavía es utilizado hoy día por algunos pediatras para evaluar a los bebés. La versión actual del test de Gesell tiene cuatro categorías de comportamiento: motora, lenguaje, adaptación y personal-social. El **coeficiente de desarrollo** es la puntuación general del desarrollo que combina sub-puntuaciones en los campos de evaluación motora, lenguaje, adaptación y personal-social en las evaluaciones de bebés de Gesell.

La **escala de desarrollo infantil de Bayley,** desarrollada por Nancy Bayley, ha sido usada ampliamente para evaluar el desarrollo infantil. La versión actual tiene tres componentes: una escala mental, una escala motora y un perfil del comportamiento infantil. Al contrario que Gesell, cuyas escalas estaban orientadas a la clínica, Bayley (1969) quería desarrollar una escala que pudieran evaluar el comportamiento infantil y predecir su desarrollo posterior. La primera versión de la escala de Bayley cubría sólo el primer año de desarrollo. En los años cincuenta, la escala se amplió para cubrir la evaluación de niños mayores. En 1993, se publicó Bayley II, con normas actualizadas sobre el diagnóstico de evaluación en una edad más joven.

Debido a que la discusión en este capítulo se centra en el desarrollo cognitivo del niño, nuestro interés fundamental se centra en la escala mental de Bayley, que incluye la evaluación de los siguientes puntos:

- Atención visual y auditiva a los estímulos.
- Manipulación, como la combinación de objetos o el movimiento de un sonajero.
- Interacción con el examinador, como el balbuceo y la imitación.
- Relación con los juguetes, como dar golpes con dos cucharas.
- La memoria implicada en la permanencia del objeto, como cuando el bebé encuentra un juguete escondido.

¿Qué resultado debe obtener un niño de 6 meses en la escala mental de Bayley? Un niño de 6 meses debe ser capaz de expresar agrado y desagrado, buscar persistentemente un objeto que está cercano pero fuera de su alcance y acercarse a un espejo situado frente al niño al lado del examinador. ¿Qué resultado debe obtener un niño de 12 meses? A los 12 meses, el niño debe ser capaz de inhibir su comportamiento cuando se le pide imitar palabras que dice el examinador (como «mama») y responder a peticiones simples (como «bebe un poco»).

Otra herramienta evaluadora, el test de inteligencia infantil de Fagan, está siendo cada vez más usado (Fagan, 1992). Este test se centra en la habilidad del

niño para procesar información, incluyendo la codificación de los atributos de los objetos, la formación de representaciones mentales y la recuperación de estas representaciones. El test de Fagan evalúa la inteligencia de los bebés comparando la cantidad de tiempo que el bebé mira un objeto nuevo comparándolo con la cantidad de tiempo que pasan mirando un objeto conocido. Este test obtiene resultados similares para los bebés de diferentes culturas y está relacionado con las medidas de inteligencia para niños mayores.

Los test de inteligencia han sido valiosos para evaluar los efectos de la malnutrición, las drogas, la privación materna y la estimulación ambiental en el desarrollo de los niños. Sin embargo, no se correlacionan en gran medida con la puntuación en los test de inteligencia obtenida posteriormente durante la infancia. Este problema no es sorprendente ya que las puntuaciones de estos test son considerablemente menos verbales que las puntuaciones en los test de inteligencia aplicados a niños mayores. Sin embargo, aspectos específicos de la inteligencia infantil están relacionados con la inteligencia durante la niñez. Por ejemplo, en un estudio, las habilidades del lenguaje infantil como se evalúan en el test de Bayley predecían el lenguaje, la lectura y las habilidades ortográficas a los seis u ocho años (Siegel, 1989). Las capacidades perceptivo-motoras predecían las habilidades motoras finas, aritméticas y visoespaciales a los seis u ocho años. Estos resultados indican que el análisis de un punto en una escala infantil como la de Bayley puede proporcionar información sobre el desarrollo de funciones intelectuales específicas.

El aumento del interés sobre el desarrollo infantil ha producido muchas nuevas medidas, especialmente utilizando tareas que evalúan la forma en la que los niños procesan la información. Existen evidencias sobre que las medidas de habituación y deshabituación predicen la inteligencia en la infancia (McCall y Carriger, 1993). La menor atención acumulativa del bebé a las situaciones de habituación y la mayor cantidad de atención en las situaciones de deshabituación reflejan una mayor eficacia en el procesamiento de la información. Un reciente estudio ha concluido que cuando se evalúa la habituación y deshabituación entre los 3 y los 12 meses, ambas están relacionadas con una mayor puntuación en los test de inteligencia varias veces entre la infancia y la adolescencia (correlación media: 0,37) (Kavsek, 2004).

Sin embargo, es importante no ir demasiado lejos y pensar que las conexiones entre el desarrollo cognitivo en la primera infancia y el desarrollo cognitivo en la niñez tardía son tan fuertes que no se produce ninguna discontinuidad. Algunos cambios importantes en el desarrollo cognitivo tienen lugar después de la infancia, estos cambios pueden recalcar la discontinuidad del desarrollo cognitivo. Describiremos estos cambios en el desarrollo cognitivo en los siguientes capítulos, que se centrarán en períodos posteriores del desarrollo.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Describir la evaluación de la inteligencia en la primera infancia

REVISA

- ¿Cómo se mide la inteligencia de los niños?

REFLEXIONA

- Unos padres hacen que se evalúe a su hijo de un año con una escala evolutiva y el bebé obtiene muy buenos resultados. ¿Deberían confiar en que el bebé va a ser un genio cuando crezca?

4 DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿Qué es el lenguaje?

Cómo se desarrolla el lenguaje

Las reglas del lenguaje

Influencias biológicas y ambientales

En 1799, se observó a un niño corriendo desnudo por un bosque en Francia. El niño fue capturado y cuidado por un científico que le dio el nombre de Víctor. También conocido como el Niño Salvaje de Aveyron, que se creía que tenía aproximadamente 11 años y según parece había vivido solo en el bosque desde la niñez temprana. Incluso después de varios años, nunca aprendió a comunicarse de forma efectiva. Por desgracia, en 1970 también se encontró otro «niño salvaje» moderno en Los Ángeles. Había sido encerrada en un armario desde la primera infancia. Se le dio el nombre de Genie, y la ayudó y la estudió la psicóloga Susan Curtiss. A pesar del tratamiento intensivo, Genie nunca adquirió nada más que formas primitivas de lenguaje. En ambos casos —el niño salvaje de Aviñón y Genie— se plantearon cuestiones sobre los determinantes del entorno y las bases biológicas del lenguaje, que examinaremos en profundidad a lo largo de este capítulo. En primer lugar definiremos lo que es el lenguaje.

¿Qué es el lenguaje?

El **lenguaje** es una forma de comunicación, ya sea hablado, escrito o por señales que está basado en un sistema de símbolos. El lenguaje está formado por las palabras usadas por una comunidad y las reglas para combinarlas y cambiarlas.

Piensa lo importante que es el lenguaje en nuestros días. Necesitamos el lenguaje para hablar con otros, escuchar a otros, leer y escribir. Nuestro lenguaje nos permite describir eventos pasados en detalle y hacer planes para el futuro. El lenguaje nos permite pasar información de una generación a la siguiente y crear una herencia cultural enriquecedora.

Todas las lenguas humanas tienen algunas características comunes, incluyendo reglas organizativas y generativas. La **creatividad sin límites** es la habilidad de producir un número inacabable de frases con significado utilizando un número determinado de palabras y normas. Vamos a estudiar en profundidad lo que implican estas reglas.

Las reglas del lenguaje

El lenguaje está muy ordenado y organizado. La organización implica cinco sistemas normativos: fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática. Cuando decimos «normas» nos referimos a que el lenguaje está ordenado y las normas describen la manera en la que funciona el lenguaje.

Fonología Todas las lenguas están formadas por sonidos básicos. La **fonología** es el sistema de sonidos del lenguaje, incluyendo los sonidos que se utilizan y cómo se pueden combinar. Por ejemplo, el inglés tiene el grupo consonántico inicial *spr* como en *spring*, pero no existen palabras con el grupo consonántico inicial *rsp*. La fonología proporciona la base para la construcción de una gran cantidad de palabras a partir de dos o tres docenas de fonemas.

La unidad básica de sonido en una lengua es un *fonema*; es la unidad sonora más pequeña que afecta al significado (Stoel-Gammon y Menn, 2005). Un ejemplo de un fonema es el sonido representado por la letra *p*, como en la palabra *pot* o

spot. El sonido /p/ suena un poco diferente en las dos palabras, pero esta diferenciación no se aprecia en inglés, y el sonido /p/ es, por tanto, un solo fonema. En algunos idiomas, como el Hindi, esta variación se representa por fonemas separados.

Morfología La **morfología** se refiere a las unidades de significado implicadas en la formación de palabras. Un *morfema* es una unidad mínima de significado, es una palabra o parte de una palabra que no puede romperse en partes más pequeñas de significado. Cada palabra de la lengua inglesa está construida a partir de uno o más morfemas. Algunas palabras consisten en un solo morfema (por ejemplo, *help* {*ayuda*}), mientras que otras están formadas por más de un morfema (por ejemplo, *helper*, que tiene dos morfemas, *help* + *er*, con el morfema *-er* que significa «el que», en este caso «el que ayuda». Sin embargo, no todos los morfemas son palabras por sí solos (por ejemplo, *-pre*, *-tion* o *-ing*).

Al igual que las normas que rigen la fonología describen la secuencia del sonido que puede producirse en un idioma, las normas de la morfología describen la forma en que se pueden combinar las unidades de significado (morfemas) para formar palabras (Ravid, Levie y Ben-Zvi, 2004; Tager-Flusberg, 2005). Los morfemas tienen muchas funciones en la gramática, como marcar el tiempo verbal (por ejemplo, *she walks {ella anda}* frente a *she walked {ella andaba}*) y el número (*she walks {ella anda}* frente a *they walk {ellos andan}*).

Sintaxis La sintaxis implica la forma en la que se combinan las palabras para formar frases u oraciones aceptables (O'Grady, 2005). Si alguien te dice «Bob besó a Tom» o «Bob fue besado por Tom» tú sabes quién dio el beso a quién en cada caso porque tienes una comprensión sintáctica de las estructuras de las oraciones. Tú también comprendes la frase «Tú no te quedaste, ¿a que no?» es una oración gramatical, pero que «Tú no te quedaste, ¿a que sí?» es inaceptablemente ambiguo.

Si aprendes otro idioma, la sintaxis de tu lengua materna no te ayudará mucho. Por ejemplo, en español un adjetivo normalmente sigue al nombre (*cielo azul*) mientras que en inglés el adjetivo normalmente precede al nombre (como en *blue sky*). Sin embargo, a pesar de las diferencias en sus estructuras sintácticas, los diferentes idiomas tienen mucho en común. Por ejemplo, considera las siguientes oraciones cortas:

El gato mató al ratón
El ratón se comió el queso
El granjero persiguió al gato

En muchos idiomas es posible combinar estas frases en una oración más compleja. Por ejemplo:

El granjero persiguió al gato que mató al ratón.
El ratón que mató el gato se comió el queso.

Sin embargo, ningún idioma que conocemos permite frases como la siguiente:

El ratón el gato el granjero persiguió mató se comió el queso.

¿Puedes sacar algún sentido a esta frase? Si puedes, probablemente es después de lidiar con ella por algunos minutos. Probablemente no podrías haberla comprendido si alguien te la hubiera dicho en el transcurso de una conversación. Parece que los usuarios de un idioma no pueden procesar sujetos y objetos que estén dispuestos de forma demasiado compleja en una oración. Esto es algo positivo para aquellos que están aprendiendo un idioma porque significa que todos los sistemas sintácticos cumplen algunas reglas comunes. Estos descubrimientos han sido considerados importantes por los investigadores que están interesados en las propiedades universales de la sintaxis (De Jong, 2004).

FUNDADA EN 1620 QUITO

Semántica La **semántica** se refiere al significado de las palabras y las frases. Cada palabra tiene un grupo de características semánticas o atributos requeridos relacionados con el significado (Pan, 2005). *Niña* y *mujer,* por ejemplo, comparten muchas características semánticas pero difieren semánticamente con respecto a la edad.

Los usuarios de una lengua saben los significados de miles de palabras y las almacenan en redes semánticas. Por ejemplo, sabemos que un limón es un tipo de cítrico, que un cítrico es una variedad de fruta y que la fruta está dentro de la categoría de comida. También sabemos que existen otras categorías de comida como cereales, pescado o carne.

Pragmática El último conjunto de reglas del lenguaje implica la pragmática, el uso apropiado del lenguaje en diferentes contextos (Bryant, 2005). El campo del lenguaje es amplio. Cuando participas en una discusión, o cuando utilizas una pregunta para expresar una orden («¿Por qué hay tanto escándalo aquí? ¿Qué es esto, el metro en hora punta?») estás demostrando tu conocimiento de la pragmática. También haces uso de la pragmática cuando utilizas un lenguaje formal en situaciones apropiadas (por ejemplo, cuando hablas con tu profesor) o cuentas historias que son interesantes, chistes que son graciosos o mentiras que son convincentes.

Las reglas de la pragmática pueden ser complejas y diferir de una cultura a otra. Si estás estudiando japonés debes enfrentarte con numerosas reglas pragmáticas sobre conversar con individuos de diferentes clases sociales y que tengan diferentes relaciones contigo. Algunas de estas reglas se refieren a las diferentes formas de decir «gracias». De hecho, la pragmática al dar las gracias es compleja incluso en nuestra cultura. El uso de la frase «te lo agradezco» por los niños de preescolar varía según el sexo, el estatus socioeconómico y la edad del individuo al que ellos se dirigen.

Hasta ahora hemos tratado cinco sistemas normativos importantes implicados en el lenguaje. La Figura 6.7 presenta un resumen de estos sistemas normativos.

Sistema normativo	Descripción	Ejemplos
Fonología	El sistema de sonidos de un lenguaje. Un fonema es la unidad más pequeña de sonido en un lenguaje.	La palabra *chat* {*charla*} tiene tres fonemas o sonidos: /ch/ /a/ /t/. Un ejemplo de una regla fonológica en inglés es mientras el fonema /r/ puede seguir a los fonemas /t/ o /d/ en una combinación de consonantes (como en *track* {*camino*} o *drab* {*monótono*}), el fonema /l/ no puede seguir estas letras
Morfología	El sistema de unidades de significado implicado en la formación de palabras.	Las unidades más pequeñas de sonido que tienen un significado se llaman morfemas o unidades de significado. La palabra *girl {niña}* es un morfema o unidad de significado, no puede partirse y seguir teniendo significado. Cuando se añade el sufijo *-s,* la palabra se convierte en *girls* {*niñas*} y tiene dos morfemas porque la *s* cambia el significado de la palabra, indicando que hay más de una niña (*girl*).
Sintaxis	El sistema que implica la forma en la que las palabras se combinan para aceptar frases y oraciones.	El orden de las palabras es muy importante a la hora de determinar el significado. Por ejemplo, en la oración «Sebastián empujó la bicicleta» tiene un significado diferente que «La bicicleta empujó a Sebastián».
Semántica	El sistema que implica el significado de palabras y oraciones.	Sabiendo el significado de una palabra individual, es decir, vocabulario. Por ejemplo, la semántica incluye el conocimiento de palabras como *naranja, transporte* e *inteligente.*
Pragmática	El sistema de usar una conversación apropiada y el conocimiento de cómo usar de forma efectiva el lenguaje dentro de un contexto.	Un ejemplo es el uso del lenguaje formal en situaciones adecuadas, como ser educado al hablar con un profesor. Guardar el turno en una conversación está relacionada con la pragmática.

FIGURA 6.7 El sistema de reglas normativas del lenguaje

Cómo se desarrolla el lenguaje

De acuerdo con un antiguo historiador del siglo XIII, el emperador alemán Frederick II tuvo una idea cruel. Quería saber qué idioma hablarían los niños si nadie les hablara. Eligió a varios recién nacidos y amenazó de muerte a sus cuidadores si alguna vez hablaban a los niños. Frederick nunca descubrió qué idioma hablarían los niños porque todos murieron. A medida que avanzamos en el siglo XXI, todavía sentimos curiosidad sobre el desarrollo del lenguaje en los niños, aunque nuestros experimentos y observaciones son, al menos, mucho más humanos que los del malvado Frederick.

Cualquiera que sea el idioma que aprenden, los niños de todo el mundo siguen una pauta similar en el desarrollo del lenguaje. ¿Cuáles son algunos hitos claves en este desarrollo?

Balbuceos y otras vocalizaciones tempranas Los bebés producen activamente sonidos desde el nacimiento (Lock, 2004; Volterra y otros, 2005). El propósito de esta comunicación temprana del bebé es atraer la atención de sus cuidadores y otras personas del entorno. Durante el primer año, la producción de sonidos y gestos sigue la siguiente secuencia:

- *Llanto*. Está presente desde el nacimiento y puede ser señal de angustia. Sin embargo, como leerás en el Capítulo 7, existen diferentes tipos de llanto que pueden indicar cosas distintas.
- *Gorgojeo*. Se produce por primera vez en el primer o segundo mes. Estos gorjeos se realizan al final de la garganta y suelen expresar placer durante la interacción con el cuidador.
- *Balbuceo*. Ocurre por primera vez durante la mitad del primer año e incluye una sucesión de combinaciones de vocales y consonantes, como «*ba, ba, ba, ba*».
- *Gestos*. Los bebés empiezan a utilizar gestos, para mostrar o señalar algo, aproximadamente entre los 8 y los 12 meses. Algunos ejemplos son gestos como mover la mano para decir «adiós», asentir con la cabeza para decir que sí, mostrar una taza vacía para decir que quiere leche y señalar un perro que llama su atención.

Los bebés sordos, nacidos de padres sordos que utilizan el lenguaje de los signos, balbucean con sus manos y dedos aproximadamente a la misma edad que los niños que oyen (Bloom, 1998). Estas similitudes en la estructura y el tiempo entre el balbuceo manual y vocal indican la presencia de una capacidad de lenguaje unificado que subyace al lenguaje hablado y el lenguaje de signos (Petitto y Marentette, 1991).

Reconocimiento de los sonidos del lenguaje Mucho antes de aprender palabras, los bebés pueden hacer distinciones precisas entre los sonidos del lenguaje (Lock, 2004). La investigación de Patricia Kuhl (1993, 2000) ha demostrado que desde el nacimiento hasta aproximadamente los 7 meses los niños son «lingüistas universales» y reconocen cuando cambian los sonidos la mayoría de las veces, no importa en qué lengua se produzcan las sílabas. Pero en los meses siguientes, los bebés mejoran su percepción de los cambios en los sonidos de su «propia» lengua, la que hablan sus padres, y gradualmente pierden la habilidad de reconocer los cambios en los sonidos que no existen en su lengua nativa (véase la Figura 6.8).

En la investigación de Kuhl, se emiten sílabas formadas por fonemas de lenguas de todo el mundo por un altavoz para que los niños las oigan. Se presenta una sucesión de sílabas idénticas y luego el sonido cambia. Se sitúa una caja con un oso de peluche en lugar donde el niño pueda verla. Si el niño gira la cabeza cuando los sonidos de las sílabas cambian, la caja oscura se ilumina y el oso baila

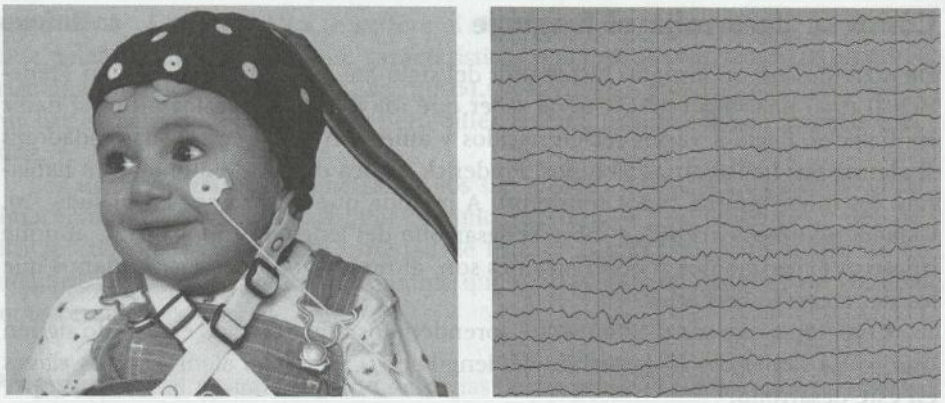


FIGURA 6.8 De lingüistas universales a lingüistas especializados

La gente alrededor del mundo hablan miles de lenguas y los bebés nacen con la habilidad de aprender cualquiera de ellas. En su investigación, Patricia Kuhl controla las ondas cerebrales de un niño (un ejemplo del trazado de las ondas cerebrales se muestra en la fotografía de la derecha) mientras escuchan diferentes sonidos. Ella ha descubierto que hasta los siete meses, los bebés pueden distinguir dos sonidos en un idioma como el chino mandarín, una diferencia sutil que los padres de lengua inglesa no pueden apreciar. Sin embargo, a los 11 meses, las conexiones neuronales que no se utilizan comienzan a deteriorarse. El cerebro de un bebé procesa una sola lengua y dejan de ser «lingüistas universales».

y toca la batería brevemente. Es decir, si el niño giraba la cabeza y miraba la caja tan pronto como apreciaba que el sonido había cambiado, se ve recompensado por la actuación del oso.

Un ejemplo implica los sonidos /r/ y /l/ en inglés, que distinguen palabras como *rake* y *lake (rastrillo y lago)* (Iverson y Kuhl, 1996; Iverson y otros, 2003). En Estados Unidos, los niños de hogares donde se habla inglés detectan los cambios de *ra* a *la* a los 6 meses y mejoran su apreciación a los 12 meses. Sin embargo, en japonés no existen sonidos como /r/ y /l/. En Japón, los bebés de seis meses obtienen resultados tan buenos como los americanos reconociendo la distinción entre /r/ y /l/, sin embargo a los 12 meses ellos pierden esta habilidad.

Una tarea importante para los bebés es extraer palabras individuales de la secuencia de sonidos que forman un discurso normal (Brownlee, 1998; Jusczyk, 2000). Para hacerlo, deben encontrar los límites entre palabras, lo que es muy difícil para los niños porque los adultos no hacen pausas entre palabras al hablar. Por ejemplo, en un estudio, bebés de 8 meses escuchaban historias grabadas que contenían palabras inusuales, como *bucero* y *pitón* (Jusczyk y Hohne, 1997). Dos semanas más tarde, los investigadores evaluaron a los bebés con dos listas de palabras, una formada por las palabras de las historias, otra por palabras inusuales nuevas que no aparecían en las historias. Los bebés escucharon las palabras familiares durante un segundo más de media que a las nuevas palabras.

Primeras palabras La primera palabra del bebé es un hito esperado con entusiasmo por todos los padres. Este evento se produce normalmente de los 10 a los 15 meses y de media aproximadamente a los 13 meses. Sin embargo, como hemos visto, mucho antes de que los bebés pronuncien sus primeras palabras, ellos se han estado comunicando con sus padres a través de los gestos y utilizando sus propios sonidos especiales. La aparición de estas primeras palabras son una continuación a este proceso de comunicación (Berko Gleason, 2002, 2005).

Las primeras palabras del niño incluyen los nombres de personas importantes (*papá*), animales conocidos (*gato*), vehículos (*coche*), juguetes (*pelota*), comida (*leche*), partes del cuerpo (*ojos*), ropa (*sombrero*), cosas de casa (*reloj*) y saludos (*adiós*). Éstas son las primeras palabras que pronunciaban los niños hace 100 años y son también las primeras palabras para los bebés de hoy en día. Los niños a menudo expresan varias intenciones con una sola palabra, es decir, que «galleta» puede significar «eso es una galleta» o «quiero una galleta».

Entre los 8 y los 12 meses los bebés a menudo dan señales de su primera comprensión de palabras. De media, los bebés comprenden aproximadamente unas 50 palabras a los 13 meses, pero no pueden pronunciar todas ellas hasta los 18 (Menyuk, Liebergott y Schultz, 1995). Es decir, durante la primera infancia el *vocabulario receptivo* (las palabras que el niño comprende) excede considerablemente el *vocabulario hablado* (las palabras que el niño utiliza).

El vocabulario hablado de los niños aumenta rápidamente una vez que pronuncian su primera palabra (Camaioni, 2004; Waxman, 2004). De media un bebé

de 18 meses puede hablar unas 50 palabras y a los dos años un niño utiliza unas 200 palabras. Este rápido aumento en el vocabulario que comienza aproximadamente a los 18 meses se denomina *explosión del vocabulario* (Bloom, Lifter y Broughton, 1985).

El momento en que el niño pronuncia su primera palabra y se produce la explosión del vocabulario varía (Bloom, 1998; Dale y Goodman, 2004). La Figura 6.9 muestra el ámbito de estos dos hitos del lenguaje en 14 niños. De media, estos niños dijeron su primera palabra a los 13 meses y tuvieron su aumento de vocabulario a los 19 meses. Sin embargo, de forma individualizada algunos niños pronunciaron su primera palabra de los 10 a los 17 meses y su aumento de vocabulario oscilaba desde los 13 a los 25 meses.

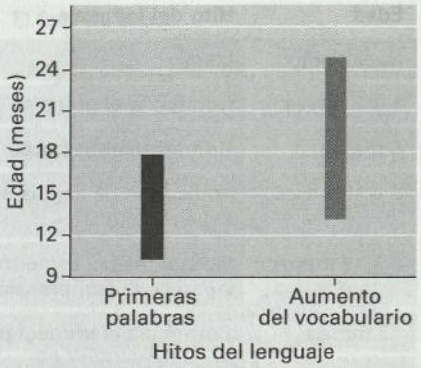


FIGURA 6.9 Variación en los hitos del lenguaje

Los niños en ocasiones extienden o contraen el significado de la palabras que utilizan (Woodward y Markman, 1998). La extensión es la tendencia a aplicar una palabra a objetos con los que no está relacionada o para la que es inapropiado el significado de la palabra. Por ejemplo, cuando un niño dice «papá» para referirse al «padre», a menudo aplican también la palabra para otros hombres, extraños o niños. Con el tiempo, la extensión disminuye y finalmente desaparece. La contracción es la tendencia a aplicar una palabra a un contexto demasiado limitado, se produce cuando un niño no puede nombrar un evento importante o un objeto. Por ejemplo, un niño puede utilizar la palabra *niño* para describir un vecino de 5 años pero no aplican la palabra a un bebé o a un niño de 9 años.

Expresión de dos palabras Cuando los niños tienen de 18 a 24 meses, normalmente utilizan frases con dos palabras. Para expresar el significado de dos palabras, los niños dependen en gran medida de los gestos, el tono y el contexto. La cantidad de significados que los niños pueden comunicar con la expresión de dos palabras incluyen los siguientes (Slobin, 1972):

- Identificación: «ver perro».
- Localización: «libro aquí».
- Repetición: «más leche».
- Inexistencia: «cosa fuera».
- Negación: «no lobo».
- Atribución: «coche grande».
- Acción de un agente: «mamá anda».
- Acción-objeto directo: «pegar a ti».
- Acción-objeto indirecto: «dar papá».
- Acción-instrumento: «cortar cuchillo».
- Pregunta «¿dónde pelota?».

Estas expresiones provienen de niños cuya lengua materna es el inglés, el alemán, el ruso, el finés o el turco.

Observa que las frases con dos palabras omiten muchas partes del habla y son sorprendentemente concisas. De hecho, en cada lengua, la primera combinación de palabras del niño tiene esta calidad economizadora, es telegráfica. El **habla telegráfica** es la utilización de palabras cortas y precisas sin marcas gramaticales como artículos, verbos auxiliares y otros conectores. El habla telegráfica no está limitada a dos palabras. «Mamá da helado» y «mamá da Juan helado» son también ejemplos del habla telegráfica.

Hemos hablado sobre varios hitos del lenguaje en la primera infancia. La Figura 6.10 resume el momento en que los bebés suelen alcanzar estos hitos.



En todo el mundo, los niños aprenden a hablar con frases de dos palabras, en la mayoría de los casos aproximadamente de los 18 a los 24 meses. *¿Cuáles son algunos ejemplos de estas frases de dos palabras?*

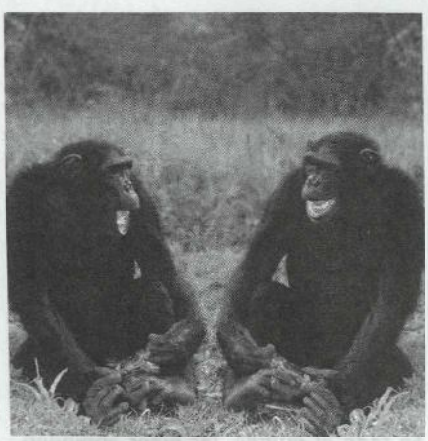
Influencias biológicas y ambientales

Hemos descrito cómo se desarrolla el lenguaje, pero no hemos explicado qué hace posible este increíble desarrollo. Todos los que utilizan el lenguaje de alguna ma-

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR OMNIUM SCIENTIARUM PRINCIPIA FUNDADA EN 1620 QUITO

Edad	Hito del lenguaje
Nacimiento	Llanto
1 a 2 meses	Comienza el gorgojeo
6 meses	Comienza el balbuceo
7 a 11 meses	Transición de lingüistas universales a lingüistas especializados
8 a 12 meses	Utiliza gestos, como mostrar y señalar Aparece la comprensión de las palabras
13 meses	Pronuncia la primera palabra
18 meses	Empieza el aumento de vocabulario
18 a 24 meses	Utiliza expresiones de dos palabras Rápida expansión de la comprensión de palabras

FIGURA 6.10 Algunos hitos del lenguaje en la infancia



En la selva, los chimpancés se comunican a través de llamadas, gestos y expresiones, que los psicólogos evolutivos creen que pueden ser el principio de una verdadera lengua.

nera «conoce» sus reglas y tiene la habilidad de crear un número infinito de palabras y oraciones. ¿De dónde proviene este conocimiento? ¿Es producto de la biología? ¿O se adquiere y está influido el lenguaje por las experiencias?

Influencias biológicas Algunos estudiosos del lenguaje ven similitudes importantes en cómo los niños adquieren el lenguaje en todo el mundo, a pesar de las enormes variaciones en los *inputs* lingüísticos que reciben, como una evidencia importante de que el lenguaje tiene una base biológica. ¿Qué papel jugó la evolución en las bases biológicas del lenguaje?

Evolución y el papel del cerebro en el lenguaje La habilidad para hablar requiere un cierto aparato vocal al igual que un sistema nervioso con ciertas capacidades. El sistema nervioso y el aparato vocal de nuestros antepasados han evolucionado durante cientos de miles de años. Una vez equipados con estos requisitos típicos para el habla, el *Homo sapiens* pasó de los gruñidos y los gritos al desarrollo del habla. Aunque los cálculos varían, muchos expertos creen que los humanos adquirieron el lenguaje hace aproximadamente 100,000 años. Por tanto, el lenguaje, en el tiempo evolutivo, es una adquisición bastante reciente. El lenguaje proporcionó a los humanos una enorme ventaja sobre otros animales y aumentó sus posibilidades de supervivencia (Lachlan y Feldman, 2003; Pinker, 1994).

Existen evidencias de que el cerebro contiene regiones particulares que están predispuestas para ser usadas para el lenguaje (Nakano y Blumstein, 2004; Pizzamiglio y otros, 2005). Las dos regiones implicadas en el lenguaje fueron descubiertas por primera vez en estudios de individuos con daños cerebrales. En 1861, un paciente de Paul Broca, un cirujano y antropólogo francés, recibió un daño en el lado izquierdo del cerebro. El paciente se le conoció como Tan, porque esta fue la única palabra que pudo pronunciar después de su lesión. Tan sufrió **afasia**, una pérdida o alteración del lenguaje, resultado del daño cerebral. Tan murió algunos días después de que Broca lo evaluara y la autopsia reveló la localización del daño. Hoy en día, nos referimos a esta parte del cerebro en la que el paciente de Broca sufrió el daño como **área de Broca,** un área en el lóbulo frontal izquierdo del cerebro que dirige los movimientos musculares implicados en la producción del habla (véase la Figura 6.11).

Otro lugar del cerebro donde una lesión puede afectar seriamente al lenguaje es el **área Wernicke,** un área del hemisferio izquierdo del cerebro implicada en la comprensión del lenguaje. Los individuos con un daño en el área Wernicke a menudo balbucean palabras sin ningún sentido.

Dispositivo de adquisición del lenguaje (DAL) El lingüista Noam Chomsky (1957) cree que los humanos están biológicamente preparados para aprender el lenguaje en un momento y una forma concretos. Él dice que los niños vienen al mundo con un **dispositivo de adquisición del lenguaje (DAL),** un atributo biológico que permite que el niño detecte ciertas categorías del lenguaje, como la fonología, la sintaxis y la semántica. Los niños están preparados por la naturaleza con la habilidad para detectar los sonidos del lenguaje, por ejemplo, y seguir reglas tales como cómo formar plurales y realizar preguntas.

El dispositivo de adquisición del lenguaje de Chomsky es una construcción teórica que surge por las evidencias sobre las bases biológicas del lenguaje. ¿Existen evidencias para la existencia del DAL? Los partidarios del concepto del dispositivo de adquisición del lenguaje citan la uniformidad de los hitos del lenguaje en las diferentes lenguas y culturas, los substratos biológicos del lenguaje y la

evidencia de que los niños crean el lenguaje incluso en ausencia de *inputs* bien formados.

La visión conductual y las influencias ambientales Como hemos dicho anteriormente, algunos estudiosos del lenguaje ven similitudes en la adquisición del lenguaje por parte de los niños de todo el mundo como una evidencia importante de que el lenguaje tiene una base biológica. Sin embargo, otros expertos en el lenguaje argumentan que las experiencias del niño, el idioma en concreto que aprenden y el contexto en el que el aprendizaje tiene lugar pueden influir con fuerza en la adquisición del lenguaje (Goorhuis-Brouwer y otros, 2004; Marchman, 2003).

El punto de vista conductual De acuerdo con los conductistas el lenguaje es una habilidad compleja aprendida, como tocar el piano o bailar. Los conductistas argumentan que el lenguaje representa una cadena de respuestas adquiridas a través de refuerzo (Skinner, 1957). Si un bebé balbucea «ma-ma» y la madre lo recompensa con abrazos y sonrisas, el bebé dirá «mama» cada vez más. El lenguaje del bebé se construye poco a poco. Esta visión de la adquisición del lenguaje presenta varios problemas.

En primer lugar, la evidencia indica que los niños aprenden la sintaxis de su lengua materna incluso si no son recompensados. El psicólogo social Roger Brown (1973) pasó muchas horas observando a padres con sus hijos pequeños. Descubrió que los padres no prestaban atención a la gramática de las frases de sus hijos. Los padres recompensaban tanto las frases gramaticalmente correctas como las que no lo eran.

En segundo lugar, la visión conductual falla en la explicación sobre el extenso orden del lenguaje. Porque cada niño tiene su historia única de refuerzo, la visión conductista predice que las amplias diferencias individuales deben aparecer en el desarrollo del habla. Cuando los niños aprenden ciertos aspectos de un idioma, de acuerdo con el punto de vista conductual, debe depender de si sus padres u otra persona les recompensan o castiga por algo que han dicho. Sin embargo, como hemos visto, un hecho convincente sobre el lenguaje es su desarrollo ordenado. Por ejemplo, todos los niños pronuncian frases de una palabra antes que de dos.

Interacción con los demás Aunque la visión puramente conductual no se considera una explicación viable de la adquisición del lenguaje, la interacción con otros contribuye de forma importante al desarrollo de las habilidades lingüísticas del niño. El lenguaje no se aprende en un contexto social aislado. La mayoría de los niños se inician en el lenguaje desde una edad muy temprana (Fernald, 2001; Hart y Risley, 1995). Necesitamos esta exposición temprana al lenguaje para adquirir habilidades lingüísticas competentes. El niño salvaje de Aveyron no aprendió a comunicarse de forma efectiva después de crecer aislado de la sociedad durante años. El lenguaje de Genie era rudimentario, incluso después de años de entrenamiento intenso. El apoyo y la implicación de los cuidadores y los profesores facilitan en gran medida el aprendizaje del lenguaje por parte del niño (Berko Gleason, 2000; Hoff, 2003). Existe una especial preocupación con los niños que crecen en áreas pobres y no están expuestos a una participación guiada en el desarrollo del lenguaje. Para saber más sobre los efectos que la pobreza tiene en el desarrollo del lenguaje lee el apartado sobre «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».

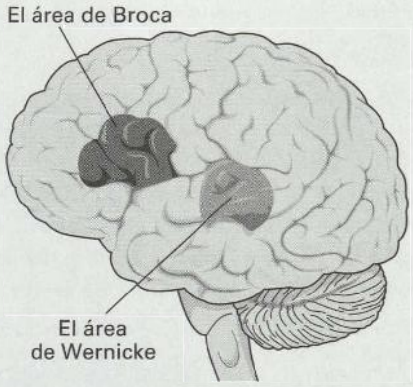


FIGURA 6.11 El área de Broca y el área de Wernicke

El área de Broca se sitúa en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo del cerebro y está implicada en el control del habla. Los individuos con una lesión en el área de Broca a menudo tienen problemas en la producción del lenguaje. También se muestra el área Wernicke, una porción del hemisferio izquierdo del lóbulo temporal que está implicado en la comprensión del lenguaje. Los individuos con una lesión en el área Wernicke a menudo tienen problemas para comprender palabras, es decir, oyen las palabras pero no saben qué significan.

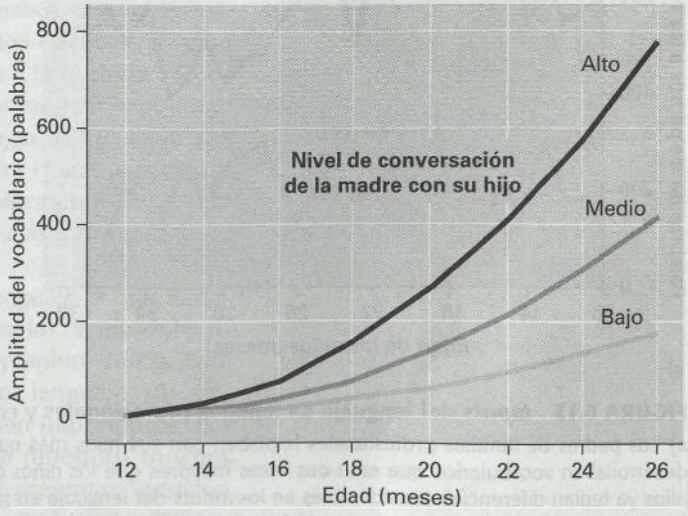


FIGURA 6.12 Nivel de habla materna y vocabulario infantil



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Entorno lingüístico, pobreza y desarrollo del lenguaje

Vamos a examinar tres estudios que se centran en el entorno del lenguaje que los bebés y los niños experimentan y en el desarrollo de su vocabulario. En un estudio, Janellen Huttenlocher y sus colegas (1991) observó el habla de las madres cuando interactuaban con sus bebés. Como se indica en la Figura 6.12 de la página anterior, se grabó a los niños y sus madres durante sus actividades normales diarias (Huttenlocher, Levine y Vevea, 1998). Las grabaciones se llevaron a cabo cada dos o cuatro meses cuando los niños tenían entre 16 y 26 meses. Los investigadores descubrieron importantes conexiones entre el tamaño del vocabulario del niño y la conversación de la madre. Los niños de las madres más habladoras tenían un vocabulario cuatro veces superior al de los niños cuyas madres eran más calladas. Esta conexión puede deberse en parte a la genética. Sin embargo, Huttenlocher cree que esto no es así, porque el resultado de las madres en los test de inteligencia verbal no variaba mucho. Además, los niños captaban claramente lo que sus madres decían, porque las palabras que cada niño utilizaba más a menudo reflejaban aquellas favorecidas por la madre.

El vocabulario de los niños está relacionado con el estatus socioeconómico de sus familias. Betty Hart y Todd Risley (1995) observaron los entornos del lenguaje de niños cuyos padres eran profesionales y niños cuyos padres estaban en el paro. Comparado con los padres profesionales, los padres en paro hablaban mucho menos a sus hijos pequeños, les contaban menos historias y éstas eran menos elaboradas. Todos los niños aprendieron a hablar y adquirieron todas las construcciones del inglés. Sin embargo, como se indica en la Figura 6.13, los niños de padres profesionales tenían un vocabulario mucho mayor a los 36 meses que los niños de padres en el paro.

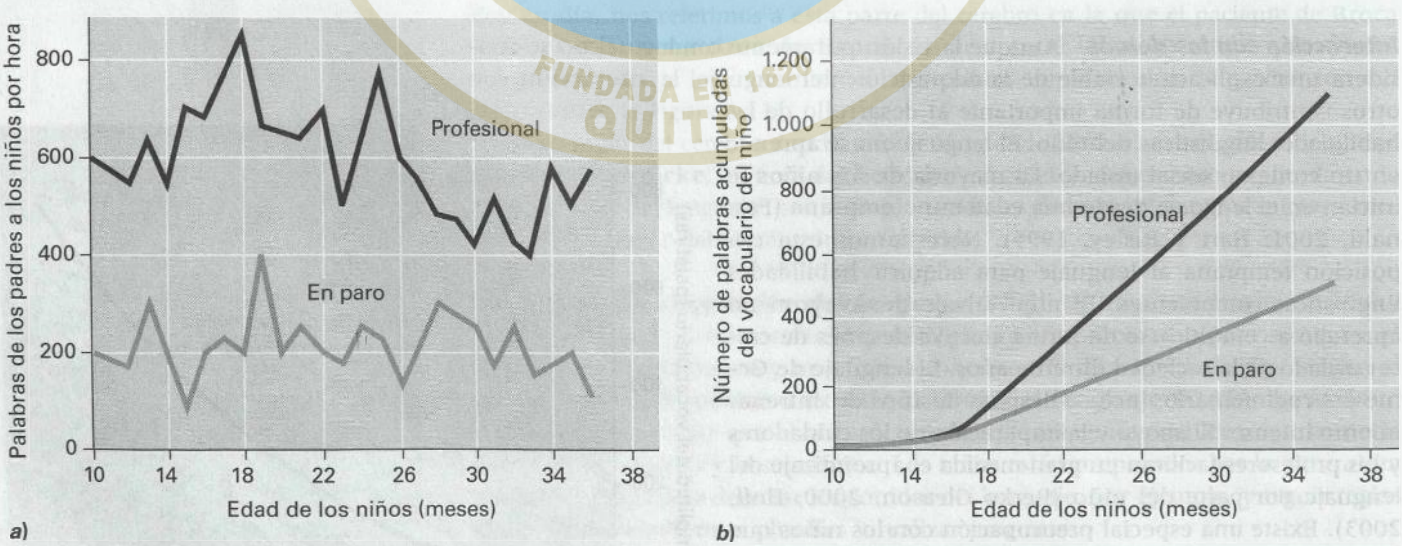


FIGURA 6.13 ***Inputs*** **del lenguaje en familias profesionales y en paro y el desarrollo del vocabulario de los niños**

a) Los padres de familias profesionales hablaban con sus hijos más que los padres de familias en paro. b) los niños de familias profesionales desarrollaban vocabularios que eran dos veces mayores que los niños de familias en paro. Por tanto, cuando los niños comenzaban el colegio, ellos ya tenían diferencias considerables en los *inputs* del lenguaje en sus familias y desarrollaban diferentes niveles de vocabulario que está relacionado con los contextos socioeconómicos que habían vivido.

En resumen, el entorno del lenguaje de los niños está relacionado con el desarrollo de su vocabulario. Cuando los niños crecen en unas circunstancias empobrecidas, y cuando sus padres no utilizan un vocabulario muy amplio para comunicarse con ellos, el desarrollo de su vocabulario sufre.

Un aspecto intrigante del entorno lingüístico del niño es el **habla dirigida al niño**, un habla que tiene un tono superior al normal con palabras y frases simples. El habla dirigida al niño tiene la importante función de capturar la atención del niño y mantener la comunicación. Es difícil hablar de esta forma cuando no es en presencia de un bebé, pero, tan pronto como empezamos a hablar con un bebé, inmediatamente cambiamos y hablamos de esta forma. La mayor parte de esto se hace de forma automática y es algo de lo que los adultos no son conscientes que están haciendo. Los niños mayores también modifican su habla cuando hablan con bebés y con niños más pequeños que están aprendiendo a hablar. Incluso niños de 4 años pueden hablar de forma más simples a niños de 2 años que a sus amigos de 4 años.

Patricia Kuhl (2002; Liu, Kuhl y Tsao, 2003) dice que el habla dirigida al niño juega un papel importante porque es un habla más clara, que probablemente ayuda a los niños a pronunciar los sonidos de un idioma. Por comparación, cuando los adultos hablan entre ellos, lo hacen de forma tan rápida que los sonidos no son claros.

¿Existen otras estrategias además del habla dirigida, utilizadas por los adultos para alentar la adquisición del lenguaje por parte de los niños? Tres opciones pueden ser repetición, expansión y etiquetado:

- La *repetición* consiste en expresar de otra forma algo que el niño ha dicho, quizás convirtiéndolo en pregunta. Por ejemplo, si el niño dice «el perro estaba ladrando», el adulto puede responder preguntando «¿Cuándo estaba ladrando el perro?». El uso efectivo de la repetición implica dejar al niño indicar un interés y después elaborar ese interés.
- La *expansión* es volver a exponer, de forma lingüísticamente más sofisticada lo que el niño ha dicho. Por ejemplo, un niño dice «perrito come» y los padres contestan «Sí, el perrito está comiendo».
- El *etiquetado* es la identificación de los nombres de los objetos. Estamos preguntando constantemente a los niños por el nombre de los objetos. Roger Brown (1986) llamó a esto «el gran juego de las palabras» y afirmó que gran parte de la adquisición del vocabulario temprano de los niños está motivada por la presión de los adultos a que identifiquen palabras asociadas con objetos.

Estas estrategias son usadas de forma natural y en conversaciones significativas. Los padres no utilizan (o no deben utilizar) ningún método deliberado para enseñar a sus hijos a hablar, incluso con niños que son lentos a la hora de aprender el lenguaje. Los niños normalmente se benefician cuando los padres guían el descubrimiento del lenguaje de sus hijos en lugar de sobrecargarlos con lenguaje; «el seguimiento del liderazgo adulto» ayuda al niño a aprender el lenguaje. Si los niños no están preparados para asimilar información, probablemente te lo hará saber (por ejemplo, dándose la vuelta). Por tanto, dar al niño más información no siempre es mejor.

Los niños varían sus habilidades para la adquisición del lenguaje, y esta variación no puede ser siempre explicada sólo por las diferencias en los *inputs* ambientales (Oates y Grayson, 2004; MacWhinney, 2005; Tomasello y Slobin, 2005). Para los niños que son lentos en el desarrollo de sus habilidades de lenguaje, sin embargo, las oportunidades para hablar y para que les hablen son importantes. Los niños cuyos padres les proporcionan un entorno verbal rico muestran muchos beneficios positivos (Marchman y Thal, 2005). Los padres que presentan atención a lo que sus hijos intentan decir, amplían las frases de sus hijos, les leen y nombran

los objetos del entorno, están proporcionando involuntariamente una valiosa ayuda (Berko Gleason, 2002, 2005).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Explicar el desarrollo del lenguaje en la primera infancia

REVISA

- ¿Qué es el lenguaje?
- ¿Cuáles son los sistemas normativos del lenguaje?
- ¿Cómo se desarrolla el lenguaje durante la primera infancia?
- ¿Cuáles son algunos de las influencias biológicas y ambientales del lenguaje?

REFLEXIONA

- ¿Sería una buena idea que los padres enseñen tarjetas con palabras a sus bebés para ayudarles a que aprendan la lengua? ¿Por qué sí y por qué no? ¿Qué piensas que diría Piaget sobre esta actividad?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM SAPIENTIAE
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje

Desarrollo cognitivo en la primera infancia

1 **LA TEORÍA DE PIAGET SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL**
- Procesos cognitivos
- El estadio del desarrollo sensorio-motor

2 **APRENDIZAJE Y MEMORIA**
- Condicionamiento
- Imitación
- Atención
- Memoria

3 **DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN INTELIGENCIA**

4 **DESARROLLO DEL LENGUAJE**
- ¿Qué es el lenguaje?
- Cómo se desarrolla el lenguaje
- Las reglas del lenguaje
- Influencias biológicas y ambientales

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Resumir los procesos cognitivos en la teoría de Piaget y las fases del desarrollo sensorio-motor*

- En la teoría de Piaget, los niños construyen su propio mundo cognitivo, construyendo sus estructuras mentales para adaptarlas a su propio mundo. Los esquemas son acciones o representaciones mentales que organizan el conocimiento. Los esquemas del comportamiento (actividades físicas) caracterizan la primera infancia; mientras que los esquemas mentales (actividades cognitivas) se desarrollan en la niñez. La adaptación implica asimilación y acomodación. La asimilación se produce cuando los niños incorporan nueva información a su conocimiento existente. A través de la organización, los niños agrupan comportamientos aislados en un orden superior, un sistema más ligero de funcionamiento cognitivo. La equilibración es un mecanismo de Piaget propuesto para explicar cómo cambian los niños de un estadio cognitivo al siguiente. A medida que los niños experimentan conflictos cognitivos al intentar comprender el mundo, buscan el equilibrio. El resultado es la equilibración, que lleva al niño a un nuevo estadio de pensamiento. De acuerdo con Piaget, hay cuatro estadios cualitativamente diferentes de pensamiento: sensorio-motor, preoperacional, operacional concreto y operacional formal.
- En el pensamiento sensorio-motor, el primero de los estadios de Piaget, el bebé organiza y coordina sensaciones con movimientos físicos. El estadio dura desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años y es completamente no-simbólico de acuerdo con Piaget. El pensamiento sensorio-motor está formado por seis subestadios: reflejos simples, primeros hábitos y reacciones circulares primarias; reacciones circulares secundarias, coordinación de las reacciones circulares secundarias; reacciones circulares terciarias, novedad y curiosidad; e interiorización de los esquemas. Un aspecto clave de este estadio es la permanencia del objeto, la habilidad para comprender que los objetos continúan existiendo incluso cuando el bebé ya no lo ve. Otro aspecto implica la comprensión de los niños de las relaciones de causa y efecto. Piaget abrió una nueva forma de ver el desarrollo infantil en términos de coordinación de los *inputs* sensoriales con acciones motoras. En las últimas dos décadas, las revisiones a la visión de Piaget se han basado en la investigación. Por ejemplo, los investigadores han descubierto que el mundo perceptivo diferenciado y estable se instaura antes de lo que Piaget creía.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Describir cómo aprenden y recuerdan los niños*

- El condicionamiento clásico y operante se da durante la primera infancia. Las técnicas del condicionamiento operante han sido especialmente útiles para que los investigadores demostraran la percepción infantil y la retención de información sobre acciones perceptivo-motoras.
- La atención es el centro de los recursos mentales y durante la primera infancia la atención está fuertemente relacionada con la habituación. La habituación es la presentación repetida del mismo estímulo, causando una disminución en la atención al estímulo. Si se presenta un estímulo diferente y el niño presta más atención a este estímulo, se produce la deshabituación. Los recién nacidos pueden habituarse a la estimulación repetida.
- Meltzoff ha demostrado que los recién nacidos pueden igualar sus comportamientos (como sacar la lengua) al de un modelo. Su investigación también revela que la imitación diferida se produce a los 9 meses.
- La memoria es la retención de información en el tiempo. Los bebés de tan solo dos meses pueden retener información sobre acciones perceptivo-motoras. Sin embargo, muchos expertos argumentan que lo que normalmente entendemos como memoria (recuerdo consciente del pasado) no se produce hasta la segunda mitad del primer año. El fenómeno de no ser capaces de recordar eventos que ocurrieron antes de los tres años —conocido como amnesia infantil— puede deberse a la inmadurez del lóbulo prefrontal del cerebro a esa edad.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Describir la evaluación de la inteligencia durante la primera infancia*

- Las escalas de desarrollo para los niños parten de la tradición de los test de inteligencia de niños mayores. Estas escalas son menos verbales que los test de inteligencia. Gesell fue uno de los primeros en desarrollar un test para bebés. Su escala todavía es muy usada por los pediatras, proporciona un coeficiente evolutivo. Las escalas de Bayley son las escalas evolutivas que siguen usándose ampliamente hoy en día. Desarrolladas por Nancy Bayley, consisten en una escala motora, una escala mental y un perfil de comportamiento infantil. Cada vez más utilizado, el test de inteligencia infantil de Fagan evalúa la efectividad del procesamiento de la información del niño. Las medidas globales de inteligencia infantil no son buenos pronosticadores de la inteligencia en la niñez. Sin embargo, los aspectos específicos de la inteligencia infantil, como las tareas de procesamiento de la información que implican atención, han sido mejores pronosticadores de la inteligencia en la niñez, especialmente en un área específica. Existe continuidad y discontinuidad entre el desarrollo cognitivo en la primera infancia y el desarrollo cognitivo en la niñez tardía.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Explicar el desarrollo del lenguaje en la primera infancia*

- El lenguaje es una forma de comunicación, ya sea espontánea, escrita o por señas, basada en un sistema de símbolos. El lenguaje está formado por todas las palabras

utilizadas por una comunidad y las normas para variarlas y combinarlas. La creatividad sin límites es la habilidad para producir un número infinito de frases utilizando un conjunto limitado de palabras y normas.

- La fonología es el sistema de sonidos del lenguaje, incluyendo los sonidos que se utilizan y cómo pueden combinarse. La morfología se refiere a las unidades de significado implicadas en la formación de palabras. La sintaxis es la forma en la que las palabras se combinan para formar frases y oraciones aceptables. La semántica implica el significado de las palabras y oraciones. La pragmática es el uso apropiado del lenguaje en diferentes contextos.
- Los hitos del lenguaje en la infancia incluyen llanto (nacimiento), gorgojeo (1 a 2 meses), balbuceo (6 meses), transición de lingüista universal a oyente específico del lenguaje (7 a 11 meses), utilización de gestos (8 a 12 meses), comprensión de palabras (8 a 12 meses), primera palabra hablada (13 meses), aumento del vocabulario (18 meses), rápida ampliación de la comprensión de palabras (18 a 24 meses) y expresiones de dos palabras (18 a 24 meses).
- En la evolución, el lenguaje le dio claramente a los humanos una amplia ventaja sobre otros animales y aumentó sus posibilidades de supervivencia. Una parte importante del procesamiento del lenguaje se produce en el hemisferio izquierdo del cerebro, siendo el área de Broca y el área Wernicke núcleos importantes. Chomsky argumenta que los niños nacen con la habilidad de detectar las características y las reglas del lenguaje. En otras palabras, están biológicamente preparados para aprender una lengua con un dispositivo de adquisición del lenguaje (DAL). La visión evolutiva —que los niños adquieren el lenguaje como resultado del refuerzo—, no ha sido apoyada. Los adultos enseñan el lenguaje a los niños a través del habla dirigida, la repetición, la expansión y el etiquetado. Las influencias ambientales se demuestran a través de las diferencias en el desarrollo del lenguaje de los niños como consecuencia de estar expuestos a diferentes entornos lingüísticos en casa. Los padres deben hablar mucho con un niño, especialmente cuando el bebé presta atención.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO


UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FOTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

CAPÍTULO 7



Nunca sabemos el amor que nuestros padres sienten por nosotros hasta que nos convertimos en padres.

HENRY WARD BEECHER
Escritor americano, siglo XIX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo socioemocional en la primera infancia

Esquema del capítulo

DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LA PERSONALIDAD 1

Desarrollo emocional
Temperamento
Desarrollo de la personalidad

APEGO 2

Teorías del apego
Diferencias individuales y la reacción ante extraños
El significado del apego
Diferentes formas de crianza y tipos de apego

CONTEXTO SOCIAL 3

La familia
El jardín de infancia

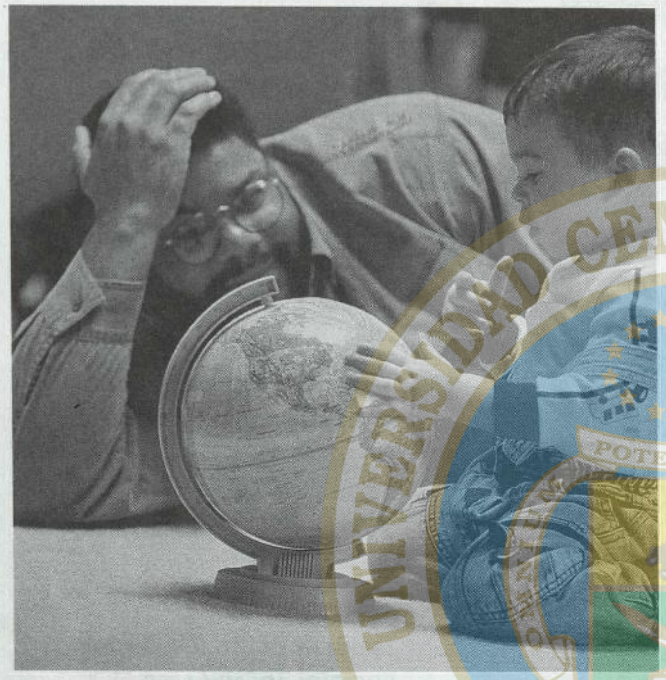
Objetivos de aprendizaje

1. **Analizar el desarrollo emocional y de la personalidad en la primera infancia**
2. **Describir cómo se desarrolla el apego en la primera infancia**
3. **Explicar cómo los contextos sociales influyen en el desarrollo del niño**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

La historia del padre de Tom



Muchos padres pasan más tiempo ahora con sus hijos que en el pasado.

Tom es un bebé de un año que está siendo criado por su padre durante el día. Su madre trabaja a jornada completa lejos de casa y su padre es escritor y trabaja en casa; ellos prefieren este acuerdo en lugar de llevar a Tom a la guardería. El padre de Tom está haciendo un trabajo excelente cuidándolo, lo mantiene cerca mientras está escribiendo y pasa mucho tiempo hablándole y jugando con él. Por su interacción podemos ver claramente que se divierten mucho el uno con el otro.

El padre de Tom está muy lejos de ser el prototipo tradicional de padre emocionalmente distante y conformista de los años cincuenta. Él mira hacia el futuro imaginando a su hijo jugando en un equipo de fútbol infantil y en otras muchas actividades que él podrá disfrutar junto a su hijo. Recuerda el poco tiempo que su propio padre pasó con él y se preocupa porque Tom tenga una experiencia enriquecedora y cercana. Por supuesto no todos los padres en los años cincuenta se comportaban como el abuelo de Tom y no todos los padres de hoy en día se implican emocionalmente con sus hijos como lo hace el padre de Tom (Day y Lamb, 2004).

Cuando la madre de Tom llega a casa por la tarde, pasa mucho tiempo con él. Tom muestra un apego positivo a su padre y a su madre. Sus padres han cooperado y han acoplado sus carreras y horarios de trabajo de forma satisfactoria para proporcionar a Tom una atención excelente.

VISTA PREVIA

En los Capítulos 5 y 6, leíste sobre cómo el niño percibe, aprende y recuerda. Los niños también son seres socioemocionales, capaces de exponer sus emociones e iniciar una interacción social con la gente cercana. El tema principal que exploraremos en este capítulo es el desarrollo emocional y de la personalidad, el apego y los contextos sociales de la familia y el jardín de infancia.

1 DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LA PERSONALIDAD

Desarrollo emocional | **Temperamento** | **Desarrollo de la personalidad**

Cualquiera que haya estado cerca de un niño por un período corto de tiempo se da cuenta de que son seres emocionales. No sólo observamos la expresión de las emociones de los niños, sino que también sentimos las variaciones de su temperamento. Algunos son tímidos y otros extravertidos. Algunos son activos y otros

mucho menos. Vamos a estudiar éstos y otros aspectos del desarrollo emocional y de la personalidad en los niños.

Desarrollo emocional

Los niños pueden expresar una serie de emociones. Vamos a ver cuáles son y cómo se desarrollan, pero primero necesitamos definir *emoción*.

¿Qué es la emoción? Definir la *emoción* es difícil porque no es fácil saber el estado emocional de un niño o un adulto. Para nuestros propósitos, describiremos la **emoción** como un sentimiento, o afecto, que se produce cuando una persona se encuentra en un estado o una interacción que es importante para ella, especialmente para su bienestar (Campos, 2004; Campos, Frankel y Camras, 2004). La emoción refleja el estado emocional bueno o malo en el que se encuentra una persona o la interacción que experimenta (Austin y Chorpita, 2004). Las emociones también pueden ser más específicas, y tomar la forma de alegría, miedo, enfado y demás, dependiendo de cómo una interacción que afecta a la persona (por ejemplo, si la interacción es una amenaza, una frustración, un alivio, algo que rechazar o algo inesperado). Y las emociones pueden variar en intensidad. Por ejemplo, un bebé puede mostrar un miedo intenso o moderado hacia una situación concreta.

Cuando pensamos sobre las emociones de los niños, nos vienen a la mente algunos sentimientos dramáticos como rabia, miedo y alegría extrema. Pero las emociones pueden ser también sutiles, el sentimiento de una madre cuando tiene a su bebé en brazos, una ligera irritación por aburrimiento, o la inquietud por encontrarse ante una situación nueva.

Influencias biológicas y ambientales Las emociones están influenciadas por bases biológicas y experiencias ambientales. En el libro *The Expression of Emotions in Man and Animals (La expresión de las emociones en el hombre y en los animales)*, Charles Darwin (1872-1965) afirmó que las expresiones faciales de los humanos son innatas, no aprendidas; que son iguales en todas las culturas alrededor del mundo y que han evolucionado a partir de las emociones de los animales. Darwin comparó las similitudes de las protestas de enfado de los humanos con los gruñidos de un perro o los bufidos de un gato. Hoy en día, los psicólogos todavía hacen hincapié en que las emociones, especialmente las expresiones faciales de las emociones, tienen una fuerte base biológica (Goldsmith, 2002). Por ejemplo, los niños ciegos desde el nacimiento y que nunca han observado una sonrisa o fruncir el ceño a otra persona, sonríen y fruncen el ceño de la misma manera que los niños con visión normal.

Las bases biológicas de la emoción implican el desarrollo del sistema nervioso (Goldsmith y Davidson, 2004; Lewis y Stieben, 2004). Las emociones están relacionadas con el desarrollo temprano de regiones del sistema nervioso humano, incluyendo las estructuras del sistema límbico y el cerebro (Thompson, Easterbrooks y Walker, 2003). La capacidad de los bebés para mostrar angustia, excitación y furia refleja el surgimiento temprano de estos sistemas emocionales del cerebro con raíces biológicas. Se producen avances significativos en las respuestas emocionales durante la primera infancia y la niñez como resultado de los cambios evolutivos en los sistemas neuro-biológicos, incluyendo las regiones frontales del córtex cerebral que pueden ejercer control sobre los sistemas límbicos más primitivos (Porges, Doussard-Roosevelt y Maiti, 1994). La madurez del córtex cerebral permite menos cambios de humor impredecibles y una mayor auto-regulación de la emoción a medida que el niño se desarrolla.

Los cuidadores juegan un papel en la regulación neurobiológica de las emociones de los niños (Thompson, Easterbrooks, y Walker, 2003). Por ejemplo, al tranquilizar a un bebé cuando llora y muestra angustia, los cuidadores ayudan a los bebés a modular sus emociones y reducir el nivel de hormonas de estrés (Gunnar, 2000; Gunnar y Davis, 2003).

Primera aparición	Emoción
Emociones primarias	
3 meses	Alegría Tristeza Disgusto
2 a 6 meses	Enfado
Los primeros 6 meses	Sorpresa
6 a 8 meses	Miedo (punto álgido a los 18 meses)
Emociones de auto-consciencia	
1 año y medio a 2 años	Empatía Envidia Vergüenza
2 años y medio	Orgullo Timidez Culpa

FIGURA 7.1 La primera aparición de las diferentes emociones

Las emociones son el primer lenguaje por el que padres e hijos se comunican antes de que el niño empiece a hablar (Maccoby, 1992). Los bebés reaccionan a las expresiones faciales de sus padres y al tono de voz. A cambio, los padres «leen» lo que los bebés intentan comunicar respondiendo de forma apropiada cuando los bebés están angustiados o felices. Los padres sensibles y responsables ayudan a sus hijos a crecer emocionalmente aunque el niño responda de manera afligida o alegre (Campos, 2001; Thompson, 1998).

Los aspectos iniciales del apego de los niños con sus padres están basados en los intercambios relacionados con la emoción, como cuando un bebé llora y el cuidador responde de forma sensible. Al final del primer año, las expresiones faciales de la madre —sonriente o temerosa— influyen sobre si el niño explorará un entorno desconocido. Y cuando un niño oye a sus padres discutiendo a menudo reacciona de forma desconsolada y abandona el juego (Cummings, 1987). Excepcionalmente, las familias con un buen funcionamiento a menudo incluyen el humor entre sus interacciones, algunas veces haciéndose reír unos a otros y aportando luz y buen humor para reducir la tensión en los conflictos. Y cuando se ha inculcado buen humor en el niño, el niño es más propenso a obedecer las órdenes de sus padres. En resumen, la evolución biológica ha permitido al ser humano el ser *emocional*, pero la inmersión en la cultura y las relaciones con otros proporcionan diversidad en las experiencias emocionales (Saarni, 2000).

Desarrollo temprano en el cambio emocional En la investigación sobre el desarrollo emocional, se estudian dos tipos de emociones (Lewis, 2002) (véase la Figura 7.1):

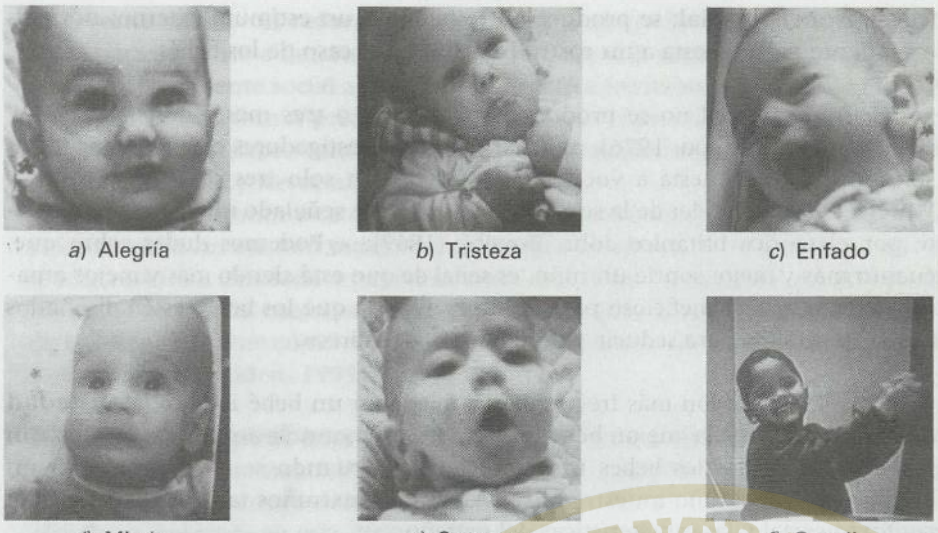
- Las **emociones primarias** están presentes en los humanos y otros animales. Las emociones primarias incluyen sorpresa, alegría, enfado, tristeza, miedo y disgusto. Aparecen por primera vez a los seis u ocho meses de vida.
- Las **emociones de auto-conciencia** requieren cognición, especialmente el conocimiento. Las emociones de auto-conciencia incluyen empatía, envidia y vergüenza, que aparecen por primera vez aproximadamente del año y medio a los dos años (a mitad del segundo año de vida siguiendo al surgimiento del conocimiento), y orgullo, timidez y culpa, que aparecen por primera vez aproximadamente a los dos años y medio (a mitad del tercer año de vida). En el desarrollo de este segundo grupo de emociones (denominadas emociones de evaluación de conciencia propia) los niños adquieren y son capaces de utilizar estándares sociales y reglas para evaluar su comportamiento.

La Figura 7.2 muestra a bebés expresando varias de las emociones que hemos descrito. Aunque hemos proporcionado edades específicas para el comienzo inicial de las diferentes emociones, deberíamos considerarlas edades generales, y los psicólogos evolutivos continúan debatiendo cuándo aparecen por primera vez las emociones específicas (Campos, 2004; Lewis, 2002). Vamos a examinar con más detalle dos comportamientos relacionados con las emociones en la primera infancia: el llanto y la sonrisa.

Llanto El llanto es el mecanismo más importante para que el recién nacido se comunique con el mundo. El primer llanto del bebé confirma que los pulmones del bebé se han llenado de aire. El llanto también puede decirles a los médicos e investigadores algo sobre el sistema nervioso central.

Los bebés tienen por lo menos tres tipos de llanto:

- El **llanto básico** es un patrón rítmico que normalmente consiste de un llanto, seguido por un breve silencio, después un silbido de inspiración que es casi más elevado que el llanto principal, y después otro corto descanso antes del próximo llanto. Algunos expertos sobre la infancia creen que el hambre es una de las condiciones que provoca el llanto básico.



a) Alegría *b*) Tristeza *c*) Enfado

d) Miedo *e*) Sorpresa *f*) Orgullo

FIGURA 7.2 Expresión de las diferentes emociones en los bebés

- El **llanto de enfado** es una variación del llanto básico, en el que se expulsa mayor cantidad de aire a través de las cuerdas vocales.
- El **llanto de dolor** un llanto inicial largo y muy sonoro sin gemidos previos, seguido por un período de apnea. El llanto de dolor es provocado por un estímulo de alta intensidad.

La mayoría de los adultos pueden determinar si el llanto del bebé es de enfado o de dolor (Zeskind, Klein y Marshall, 1992). Los padres también pueden distinguir el llanto de su bebé del de otros niños.

Tranquilizarlo o no tranquilizarlo, ¿debemos prestar atención al bebé y acallar su llanto o esto sería consentirlo? Hace muchos años, el psicólogo evolutivo John Watson (1928) afirmó que los padres pasaban demasiado tiempo respondiendo al llanto de los bebés. Como consecuencia, según él, los padres estaban recompensando el llanto de los niños y aumentando su incidencia. Más recientemente, el psicólogo evolutivo Jacob Gewirtz (1977) descubrió que la respuesta rápida y tranquilizadora de los cuidadores al llanto aumentaba el llanto. Por el contrario, los expertos en desarrollo infantil Mary Ainsworth (1979) y John Bowlby (1989) afirmaron que no podemos responder demasiado tarde al llanto de los niños durante el primer año de vida. Ellos creen que una respuesta rápida y reconfortante del cuidador hacia el llanto del niño es un ingrediente importante en el desarrollo del apego seguro. En uno de los estudios de Ainsworth, las madres que respondían más rápidamente al llanto de sus hijos cuando éstos tenían tres meses, lloraban con menos frecuencia durante el primer año (Bell y Ainsworth, 1972).

La controversia todavía caracteriza el tema de si los padres deben responder al llanto del bebé (Alvarez, 2004; Hiscock y Jordan, 2004; Lewis y Ramsay, 1999). Sin embargo, los psicólogos evolutivos critican, cada vez más, que no se mime al niño durante el primer año de vida, lo que sugiere que los padres deben atender al llanto del niño en lugar de ser insensibles. Esta reacción debería ayudar a los niños a desarrollar un sentido de confianza y de apego seguro al cuidador.

Sonrisa La sonrisa es otro comportamiento importante de comunicación afectiva del bebé. Se pueden distinguir dos tipos de sonrisa en los bebés:

- La **sonrisa refleja:** una sonrisa que no se produce como respuesta a un estímulo externo y aparece durante el primer mes después del parto, normalmente durante el sueño.

- La **sonrisa social:** se produce en respuesta a un estímulo externo, normalmente en respuesta a un rostro humano en el caso de los bebés.

La sonrisa social no se produce hasta los dos o tres meses de edad (Emde, Gaensbauer y Harmon, 1976), aunque algunos investigadores creen que los niños sonríen como respuesta a voces humanas con tan solo tres semanas (Sroufe y Waters, 1976). El poder de la sonrisa de un niño fue señalado muy apropiadamente por el teórico británico John Bowlby (1969): «¿Podemos dudar sobre que, cuanto más y mejor sonríe un niño, es señal de que está siendo más y mejor amado y cuidado? Es beneficioso para su supervivencia que los bebés estén diseñados por la naturaleza para seducir y dominar a sus madres».

Miedo La expresión más frecuente del miedo en un bebé implica la **ansiedad ante extraños,** en la que un bebé muestra miedo y cautela ante desconocidos. Sin embargo, no todos los bebés muestran angustia cuando se encuentran con un extraño, y que el niño muestre ansiedad ante los extraños también depende del contexto social y las características del extraño.

Normalmente la desconfianza ante extraños aparece de forma gradual, en un principio sobre los seis meses como reacciones de cautela. A los nueve meses, el miedo a los extraños es normalmente más intenso y continúa en una escala ascendente hasta el primer año (Emde, Gaensbauer y Harmon, 1976).

Los niños muestran menos ansiedad ante los extraños cuando están en un lugar conocido. Por ejemplo, en un estudio los niños de 10 meses mostraron menos ansiedad ante los extraños cuando los conocían en su propia casa y mostraban un miedo mucho mayor cuando los conocían en el laboratorio (Sroufe, Waters y Matas, 1974). Además, los niños mostraron menos ansiedad ante los extraños cuando estaban sentados en la falda de sus madres que cuando están sentados en una sillita alejados de sus madres (Bohlin y Hagekull, 1993). Por ello, parece que cuando los niños se sienten seguros muestran menos desconfianza ante los extraños. En términos educativos, esta investigación sugiere que proporcionar al niño la oportunidad de adaptarse puede ayudarle a una transición más suave al enfrentarse con un nuevo cuidador. Por ejemplo, puede que los padres quieran que sus hijos tenga varias visitas cortas con el nuevo cuidador antes de dejar a su bebé con el cuidador por un período de tiempo largo.

Quién sea el extraño y cómo se comporte también influye en la ansiedad de los niños. Los niños son menos miedosos ante niños extraños que ante adultos extraños. También tienen menos miedo a extraños amigables, extravertidos y sonrientes que a los que son pasivos y no sonríen (Bretherton, Stolberg y Kreye, 1981).

Además de la ansiedad ante extraños, los niños experimentan miedo al separarse de sus cuidadores. El resultado es la **angustia de separación,** una reacción de angustia del niño cuando el cuidador se marcha. La angustia de separación, expresada típicamente con llantos, tiende a tener su punto álgido aproximadamente a los 15 meses entre los bebés americanos. De hecho, según un estudio, la angustia de separación tenía su punto álgido aproximadamente de los 13 a los 15 meses en cuatro culturas diferentes (Kagan, Kearsley y Zelazo, 1978). Como se indica en la Figura 7.3, el porcentaje de bebés que mostraron angustia de separación varió de una cultura a otra, pero los bebés alcanzaron su mayor grado de angustia aproximadamente a la misma edad, justo antes de la mitad del segundo año.

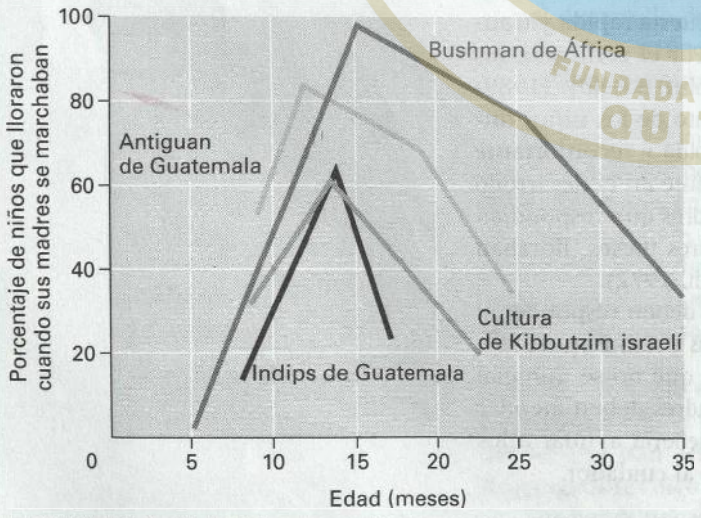


FIGURA 7.3 Ansiedad de separación en cuatro culturas

Observa que la ansiedad de separación tiene su punto álgido aproximadamente al mismo tiempo en las cuatro culturas del estudio (de los 13 a los 15 meses de edad). Sin embargo, un mayor porcentaje (100 por 100) de los niños en la cultura africana Bushman experimentaron ansiedad de separación comparados con aproximadamente el 60 por 100 de los niños de la cultura india de Guatemala y Kibbutzim de Israel.

Referente social El **referente social** implica «leer» las claves emocionales en otros para ayudarte a determinar cómo actuar en una situación particular. El desarrollo del referente social ayuda especialmente a los niños a interpretar situaciones ambiguas de forma precisa, como cuando se encuentran con un extraño y necesitan saber si deben tener miedo de esa persona (Hertenstein y Campos, 2004; Mumme, Fernald y Herrera, 1996).

Los niños mejoran esta forma de referente social durante el segundo año de vida. Es entonces cuando muestran una mayor tendencia a «comprobar» que su madre está feliz, enfadada o temerosa, antes de actuar. Por ejemplo, en un estudio, los niños de 14 a 22 meses eran más propensos a mirar a sus madres en búsqueda de información sobre cómo reaccionar en una situación, que cuando tenían de seis a ocho meses (Walden, 1991).

Regulación y control emocional Durante el primer año de vida, el bebé desarrolla gradualmente una habilidad para inhibir o minimizar la intensidad y duración de las reacciones emocionales (Cole, Martin y Dennis, 2004; Eisenberg, 2001; Eisenberg, Spinrad y Smith, 2004). Desde la primera infancia los bebés se llevan su dedo gordo a la boca como una estrategia de autocontrol. Al principio, los bebés dependen principalmente de sus cuidadores para que los ayuden a calmar sus emociones, como cuando un cuidador mece al niño para que se duerma, le canta nanas, lo acaricia suavemente, etc. Muchos psicólogos evolutivos afirman que es una buena estrategia que los cuidadores tranquilicen al bebé antes de que éste llegue a un estado de agitación intensa e incontrolada (Calkins, 2004; Thompson, 1994).

Más adelante en la primera infancia, cuando se excitan, los niños algunas veces redirigen su atención o se distraen a sí mismos para reducir su excitación (Grolnick, Bridges y Connell, 1996). A los dos años, los niños pueden utilizar el lenguaje para definir sus sentimientos y el contexto que no les está gustando (Kopp y Neufeld, 2002). Un niño puede decir «No me gusta, el perro miedo». Este tipo de comunicación puede ayudar a los cuidadores a ayudar al niño en la regulación de la emoción.

Los contextos pueden influir en la regulación emocional (Kopp y Neufeld, 2002; Raver, 2004; Saarni, 1999). Los niños a menudo están afectados por la fatiga, el hambre, el momento del día, la gente que tienen alrededor y dónde están. Los bebés deben aprender a adaptarse a los diferentes contextos que requieren de una regulación emocional. Más adelante, aparecen nuevas demandas a medida que el bebé se hace mayor y los padres modifican sus expectativas. Por ejemplo, un padre puede tomarse con calma que un bebé de 6 meses grite en un restaurante, pero puede reaccionar de forma muy diferente cuando un niño de un año y medio comienza a gritar.

Temperamento

Las respuestas emocionales a situaciones similares varían de un niño a otro. Un niño puede estar animado y feliz la mayor parte del tiempo, sin embargo, otro puede llorar mucho y mostrar un humor negativo a menudo. Estos comportamientos reflejan las diferencias en su **temperamento,** el estilo de comportamiento de un individuo y la forma característica de respuesta emocional (Rothbart y Putnam, 2002). Vamos a explorar las formas en que el temperamento puede ser clasificado, las influencias biológicas y del entorno, el papel de la cultura y el género en el temperamento, el concepto del valor de la correspondencia y las implicaciones en las variaciones temperamentales para los padres.

Clasificación del temperamento ¿Cómo describirías tu temperamento o el temperamento de un amigo? Los investigadores han descrito y clasificado el temperamento de los individuos de diferentes formas. Aquí examinaremos tres formas de describir y clasificar el temperamento.

Los estilos temperamentales de Chess y Thomas Los psiquiatras Alexander Chess y Stella Thomas (Chess y Thomas, 1977; Thomas y Chess, 1991) creen que existen tres tipos básicos o grupos de temperamento:

1. Un **niño fácil**: este niño está normalmente de buen humor, rápidamente establece rutinas regulares durante la infancia y se adapta fácilmente a las nuevas experiencias.
2. Un **niño difícil:** este niño reacciona negativamente y llora con frecuencia, realiza rutinas diarias irregulares y tarda en aceptar las nuevas experiencias.
3. Un **niño ralentizado:** este niño tiene un nivel de actividad bajo, es algo negativo, muestra una adaptabilidad lenta y un estado de ánimo de baja intensidad.

En su investigación longitudinal, Chess y Thomas (1977) descubrieron que el 40 por 100 de los niños que estudiaron podrían ser clasificados como fáciles, un 10 por 100 como difíciles y un 15 por 100 como ralentizados (el 35 por 100 no se adecuaba a ninguno de estos tres patrones). Los investigadores han descubierto que estos tres grupos básicos de temperamento son moderadamente estables a lo largo de la infancia.

Inhibición de conducta de Kagan Una forma de clasificar el temperamento de los niños se centra en las diferencias entre un niño tímido, callado y vergonzoso, y un niño sociable, extravertido y atrevido. Jerome Kagan (1997; 2000; 2002; 2003; Kagan y Snidman, 1991) considera la timidez con extraños (niños o adultos) como un factor de una categoría de temperamento más amplia llamada *inhibición a lo desconocido*, que es similar al «niño ralentizado». Los niños cohibidos reaccionan a muchos aspectos diferentes de lo desconocido con evasión, angustia y de forma callada, especialmente de los siete a nueve meses en adelante.

Kagan descubrió que la inhibición mostraba una estabilidad considerable desde la primera infancia hasta la niñez temprana. Un estudio reciente clasificaba a los niños como extremadamente cohibidos, extremadamente extrovertidos y grupos intermedios (Pfeifer y otros, 2002). Las evaluaciones continuas se realizaban a los 4 y 7 años. La continuidad se demostró en la inhibición y en la falta de inhibición, aunque un gran número de niños cohibidos pasaban a los grupos intermedios a los 7 años.

Clasificación de Rothbart y Bates Nuevas clasificaciones del temperamento continúan fraguándose (Wachs y Kohnstamm, 2001). Mary Rothbart y John Bates (1998) propusieron el siguiente marco para la clasificación del temperamento:

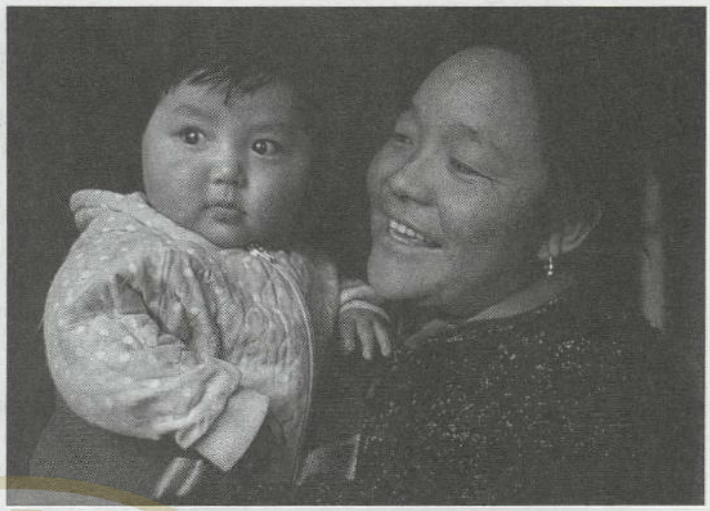
- *Afecto y acercamiento positivos*. El niño extravertido de Kagan entraría en esta categoría.
- *Afectividad negativa*. Los niños con este temperamento se angustian fácilmente, pueden estar preocupados y llorar frecuentemente. Esta categoría corresponde al concepto de Kagan de niños cohibidos.
- *Control del esfuerzo (auto-regulación)*. Los niños con un alto control del esfuerzo muestran la habilidad de mantener su activación para que no aumente demasiado y tienen estrategias para calmarse a sí mismos. Por el contrario, los niños con un bajo control del esfuerzo muestran a menudo una incapacidad para controlar su activación y se agitan y emocionan de forma intensa muy fácilmente (Eisenberg y Spinrad, 2004; Eisenberg y otros, 2002; Rothbart, 2004; Rothbart, Ellis y Posner, 2004; Rothbart y otros, 2003).

Bases biológicas y experiencia Las características psicológicas están asociadas con diferentes temperamentos (Fox y otros, 2004; Rothbart y Bates, 1998; Thompson y Goodvin, 2005). Por ejemplo, el sistema límbico del cerebro está relacionado

con el afecto y el acercamiento positivos, especialmente a través de los circuitos neuronales implicados en la recompensa. Por el contrario, la amígdala en el cerebro juega un papel importante en el miedo y la inhibición (Kagan, 2003; LeDoux, 2000, 2002). La inhibición también está asociada con un patrón psicológico particular que incluye un ritmo cardiaco alto y estable, altos niveles de cortisol y una alta actividad en el lóbulo frontal derecho del cerebro (Kagan, 2003). Los neurotransmisores también están relacionados con el temperamento. Por ejemplo, bajos niveles de un neurotransmisor como la serotonina pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo hacia el miedo y la frustración, lo que puede contribuir a una afectividad negativa, como la depresión (Hariri y otros, 2002).

La herencia contribuye a las bases biológicas del temperamento. Los estudios sobre adopción y sobre gemelos han descubierto un índice hereditario de 0,50 a 0,60, sugiriendo una influencia moderada de la herencia en el temperamento (Plomin y otros, 1994). Sin embargo, la fuerza de la asociación normalmente disminuye a medida que el niño crece (Goldsmith y Gottesman, 1981). Estos descubrimientos apoyan la creencia de que el temperamento se vuelve más maleable con la experiencia. Alternativamente, puede ser que a medida que un niño crece, las conductas que reflejan el temperamento son más difíciles de reconocer.

Kagan (1997, 2003) afirma que los niños heredan una fisiología que les influye a la hora de desarrollar un tipo determinado de temperamento. Sin embargo, a través de la experiencia ellos pueden aprender a modificar su temperamento hasta cierto punto. Por ejemplo, los niños pueden heredar una fisiología que les predisponga a ser temerosos y cohibidos pero pueden aprender a reducir su miedo y su inhibición.



¿Cómo puede el temperamento de los niños variar en las diferentes culturas?

Género, cultura y temperamento El género puede ser un factor importante para formar el contexto que influye el tipo de temperamento. Los padres pueden reaccionar de forma diferente al temperamento del niño dependiendo de si es un niño o una niña y de la cultura donde vivan (Kerr, 2001). Por ejemplo, en un estudio, las madres respondían más al llanto de niñas irritables que al de niños irritables (Crockenberg, 1986).

De igual forma, la reacción del temperamento de un niño depende en parte de la cultura. Por ejemplo, un temperamento activo puede valorarse en algunas culturas (como en Estados Unidos) pero no en otras (como en China). De hecho, el temperamento de los niños puede variar dentro de las culturas (Campos, Frankel y Camras, 2004; Putnam, Sanson y Rothbart, 2002). La inhibición en el comportamiento es más valorada en China que en Norteamérica, y los investigadores han descubierto que los niños chinos son más cohibidos que los niños canadienses (Chen y otros, 1998). Las diferencias culturales en el temperamento están relacionadas con la actitud y los comportamientos de los padres. Las madres canadienses de niños cohibidos de dos años aceptaban peor el temperamento cohibido de sus hijos que las madres chinas.

En resumen, muchos aspectos del entorno de un niño pueden alentar o desalentar la persistencia de las características del temperamento. Una manera útil de pensar sobre estas relaciones se aplica al concepto del valor de la correspondencia niño-entorno, que examinaremos a continuación.

El valor de la correspondencia **El valor de la correspondencia** se refiere a la relación entre el temperamento del niño y las demandas del entorno a las que el niño debe hacer frente (Matheny y Phillips, 2001). Consideremos un niño activo

al que se le hace estar sentado por largos períodos de tiempo o a un niño tranquilo que es empujado repentinamente a situaciones nuevas de forma regular. Ambos niños se enfrentan a una falta de ajuste entre su temperamento y las exigencias del entorno. La falta de ajuste puede producir problemas de adaptación en el niño.

Algunas características de temperamento representan para los padres un reto mayor que otros, al menos en las sociedades occidentales modernas (Sanson, Smart y Hemphill, 2004). La tendencia de los niños a la angustia, demostrado por lloros frecuentes e irritabilidad, puede contribuir a la aparición de respuestas evasivas y coercitivas por parte de los padres. En un estudio, el apoyo extra y la preparación de las madres de niños propensos a la angustia mejoraron la calidad de la interacción entre el niño y la madre (van den Boom, 1989).

Crianza y temperamento del niño Muchos padres no creen en la importancia del temperamento hasta el nacimiento de su segundo hijo. Muchos padres ven el comportamiento de su primer hijo sólo como el resultado de su manera de socializarlo. Sin embargo, las estrategias que funcionaron con el primer hijo pueden no ser efectivas con el segundo. Los problemas experimentados con el primer hijo (como alimentación, sueño y contacto con extraños) pueden no existir con el segundo, pero pueden surgir nuevos problemas. Estas experiencias sugieren que los niños se diferencian unos de otros desde los primeros momentos de la vida y que estas diferencias tienen implicaciones importantes para la interacción entre los padres y el niño (Kwak y otros, 1999; Rothbart y Putnam, 2002).

¿Cuáles son las implicaciones de las variaciones temperamentales en la crianza de los hijos? Aunque las respuestas a estas preguntas son necesariamente especulativas, debido a la falta de investigación sobre el tema, las siguientes conclusiones con respecto a las mejores estrategias de educación para utilizar en relación al temperamento de los niños han sido planteadas por los expertos en temperamento Ann Sanson y Mary Rothbart (1995):

- *La atención y respeto a las diferencias individuales.* Los padres necesitan ser sensibles a las señales y las necesidades del niño porque es difícil realizar una guía para ser «buenos padres». Un objetivo de la paternidad puede ser alcanzado de una forma con un niño y de otra manera con otro, dependiendo de su temperamento.
- *Estructurar el entorno del niño.* Los ambientes concurridos y ruidosos pueden plantear más problemas para algunos niños (como un niño «difícil») que para otros (como un niño «fácil»). También podemos esperar que un niño miedoso y retraído se beneficie de una incorporación más lenta a nuevos contextos.
- *El niño «difícil» y los programas de información a los padres.* Algunos programas de información para los padres se enfocan específicamente en tratar los temperamentos «difíciles». El reconocimiento de que algunos niños son más difíciles para los padres es a menudo beneficioso, y los consejos sobre cómo manejar las características de un temperamento particularmente difícil pueden ser también útiles; si una característica particular es o no difícil depende de su adaptación al entorno. Etiquetar a un niño como «difícil» también tiene el peligro de convertirse en una profecía auto-cumplida. Si se identifica a un niño como «difícil», la etiqueta puede hacer mantener esta categoría.

Algunos críticos afirman que demasiado a menudo somos propensos a encasillar a los niños en categorías sin examinar el contexto donde se produce el temperamento (Wachs, 2000). Por tanto, el comportamiento del cuidador debe tenerse en cuenta a la hora de considerar el temperamento del niño (Kochanska y otros, 2004). Las investigaciones todavía no permiten muchas recomendaciones específicas, sin embargo, en general, los cuidadores deben: 1) ser sensibles con las diferencias individuales del niño, 2) ser flexibles respondiendo a estas características, y 3) evitar etiquetar negativamente al niño.

Desarrollo de la personalidad

Hemos examinado algunos aspectos importantes del desarrollo emocional y el temperamento, que revelan diferencias individuales en los niños. Ahora vamos a explorar las características individuales del niño, que a menudo son consideradas el centro del desarrollo de la personalidad: la confianza, el desarrollo de uno mismo y la independencia.

Confianza De acuerdo con Erik Erikson (1968), el primer año de vida está caracterizado por la fase del desarrollo de la confianza frente a la desconfianza. Después de una vida de regularidad, calor y protección en el útero materno, el niño debe enfrentarse a un mundo menos seguro. Erikson cree que el niño aprende a confiar cuando es cuidado de una forma consistente y cálida. Si el niño no está bien alimentado y no se encuentra en un ambiente cálido, se puede desarrollar un sentimiento de desconfianza.

La lucha de la confianza frente a la desconfianza no se resuelve de manera efectiva y de una vez por todas en el primer año de vida; vuelve a surgir en cada etapa del desarrollo y puede tener resultados positivos o negativos. Por ejemplo, los niños que abandonan la primera infancia con un sentimiento de confianza pueden todavía desarrollar un sentimiento de desconfianza en una etapa posterior, por ejemplo si sus padres se separan o divorcian en circunstancias conflictivas.

Desarrollo del conocimiento de sí mismo y la independencia Los individuos poseen el sentido de quiénes son y de qué les hace diferente a los demás. Se aferran a esta identidad y comienzan a sentirse seguros sobre que esta identidad está siendo cada vez más estable. Real o imaginario, este sentido del yo es una de las motivaciones más fuertes en la vida. ¿Cuándo empieza a sentir el individuo una existencia separada de otros?

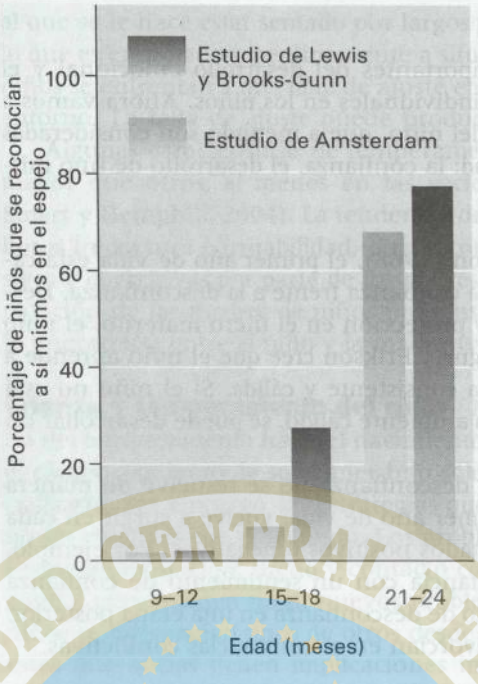
El yo El ser no es «entregado» al niño por sus padres o por la cultura, sino que ellos mismos encuentran y construyen su propio yo (Rochat, 2002). Estudiar el yo en la infancia es difícil principalmente porque los niños son incapaces de describir con el lenguaje sus propias experiencias.

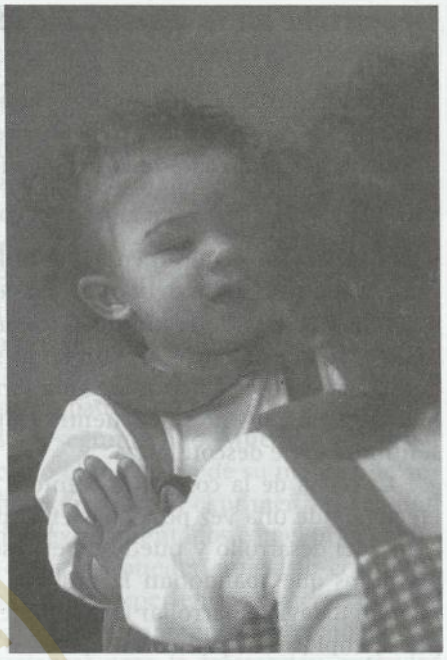
Para determinar si los niños pueden reconocerse a sí mismos, los psicólogos han utilizado los espejos. En el reino animal, sólo los grandes simios aprenden a reconocer su reflejo en un espejo; los bebés humanos logran esta hazaña aproximadamente al final del segundo año de vida. ¿Cómo funciona esta técnica del espejo? La madre pone un poco de colorete en la nariz del bebé. Se observa cuántas veces el bebé se toca la nariz. A continuación, se pone al niño en frente del espejo y los observadores detectan si aumenta la frecuencia con la que el bebé se toca la nariz. En dos investigaciones independientes durante la segunda mitad del segundo año de vida, los bebés reconocieron su propia imagen y coordinaron la imagen que veían con las acciones de tocar su propio cuerpo (Amsterdam, 1968; Lewis y Brooks-Gunn, 1979) (véase la Figura 7.4).

Independencia El sentido del yo no sólo se desarrolla durante el segundo año, sino que la independencia también se convierte en un tema central en la vida del niño. Las teorías de Margaret Mahler y Erik Erikson tienen implicaciones importantes para el desarrollo del yo y de la independencia. Mahler (1979) cree que el niño pasa por un proceso de separación y después de individualización. La *separación* implica el alejamiento del niño de la madre. La *individualización* implica el desarrollo del yo.

Erikson (1968), al igual que Mahler, creía que la independencia es un aspecto importante en el segundo año de vida y describió la segunda fase del desarrollo como una fase de autonomía frente a la vergüenza y la duda. La autonomía construye el desarrollo mental y las habilidades motoras del niño. En este punto del desarrollo, el niño no sólo puede andar, sino que también puede trepar, abrir y

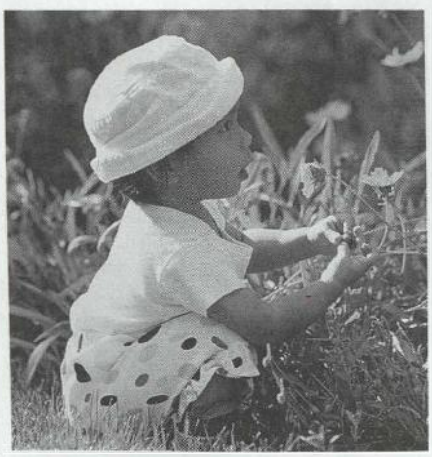
FIGURA 7.4 El desarrollo del reconocimiento propio en la primera infancia
El gráfico muestra los resultados de dos estudios en los que los niños de menos de 1 año no se reconocían a sí mismos en el espejo. Un ligero aumento en el porcentaje de niños que se reconocían a sí mismos ocurría aproximadamente a los 15 o 18 meses. A los dos años, la mayoría de los niños se reconocían a sí mismos.





cerrar, dejarse caer, empujar y tirar y sujetar y soltar. Los niños se sienten orgullosos de estas nuevas hazañas y quieren hacer todo ellos mismos, desde tirar de la cisterna del baño, quitarle el envoltorio a un paquete o decidir qué quieren comer. Es importante para los padres reconocer la motivación de los niños para hacer lo que son capaces de hacer a su propio ritmo. De esta forma pueden aprender a controlar sus músculos e impulsarse a sí mismos. Sin embargo, cuando los cuidadores son impacientes y hacen por los niños lo que ellos son capaces de hacer, se desarrollan la vergüenza y la duda. Todos los padres han presionado en alguna ocasión a sus hijos. Sólo cuando los padres sobreprotegen a sus hijos o reprochan los accidentes de los niños (por ejemplo, mojar, ensuciar, derramar o romper algo) desarrollan un sentido excesivo de vergüenza y duda sobre su habilidad para controlarse a sí mismos y a su mundo.

Erikson también creía que el estado de autonomía frente a la vergüenza y la duda tiene implicaciones para el desarrollo de la independencia y la identidad durante la adolescencia. El desarrollo de la autonomía durante los años de la primera infancia le da a los adolescentes el valor para ser individuos independientes que son capaces de elegir y guiar su propio futuro.



Erikson creía que la autonomía frente a la vergüenza y la duda era la clave central del desarrollo en los años de la primera infancia. *¿Cuáles son algunas buenas estrategias que deben seguir los padres con sus hijos?*

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Analizar el desarrollo emocional y de la personalidad en la primera infancia

REVISA

- ¿Cuál es la naturaleza de las emociones de un niño y cómo cambian?
- ¿Qué es el temperamento y cómo se desarrolla en la primera infancia?
- ¿Cuáles son algunos aspectos importantes de la personalidad durante la primera infancia y cómo se desarrollan?

REFLEXIONA

- ¿Cómo describirías tu temperamento? ¿Encaja con alguno de los tres estilos de Chess y Thomas, fácil, ralentizado o difícil? Si tienes hermanos, ¿es tu temperamento similar o diferente al de ellos?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

2 APEGO

Teorías del apego | **El significado del apego** | **Diferencias individuales y la reacción ante extraños** | **Diferentes formas y tipos de apego**

Hasta ahora hemos examinado cómo las emociones y los estilos emocionales de la infancia determinan las experiencias en la vida. Pero las emociones también son importantes porque son el centro de las relaciones de los bebés con sus cuidadores. Lo más importante en estas relaciones es el **apego,** un vínculo emocional fuerte entre un bebé y su cuidador. Vamos a considerar la situación en la que una niña pequeña de 11 meses, de pelo rizado llamada Danielle comienza a gimotear. Después de unos segundos empieza a llorar. Posteriormente, la madre entra en la habitación y el llanto de Danielle cesa. Danielle avanza lentamente hacia su madre y se levanta para que la coja. Danielle acaba de demostrar apego hacia su madre.

Teorías del apego

No faltan teorías sobre el apego infantil. Tres de los expertos que estudiamos en el Capítulo 2 —Freud, Erikson y Bowlby— propusieron puntos de vista influyentes.

Freud creía que los niños desarrollaban apego hacia la persona u objeto que les proporcionaba satisfacción oral. Para la mayoría de los bebés, era la madre porque es la que probablemente alimenta al niño. ¿Es la alimentación tan importante como Freud pensaba? Un estudio clásico de Harry Harlow (1958) revela que la respuesta es no (véase la Figura 7.5). Harlow separó a crías de monos de sus madres al nacer y fueron criadas durante seis meses por «madres» sustitutas. Una de las madres estaba hecha de metal y la otra de tela. Periódicamente, se computó la cantidad de tiempo que las crías de monos pasaban con cada una de las madres. Sin tener en cuenta cuál de las dos madres alimentaba a los monos, éstos pasaban

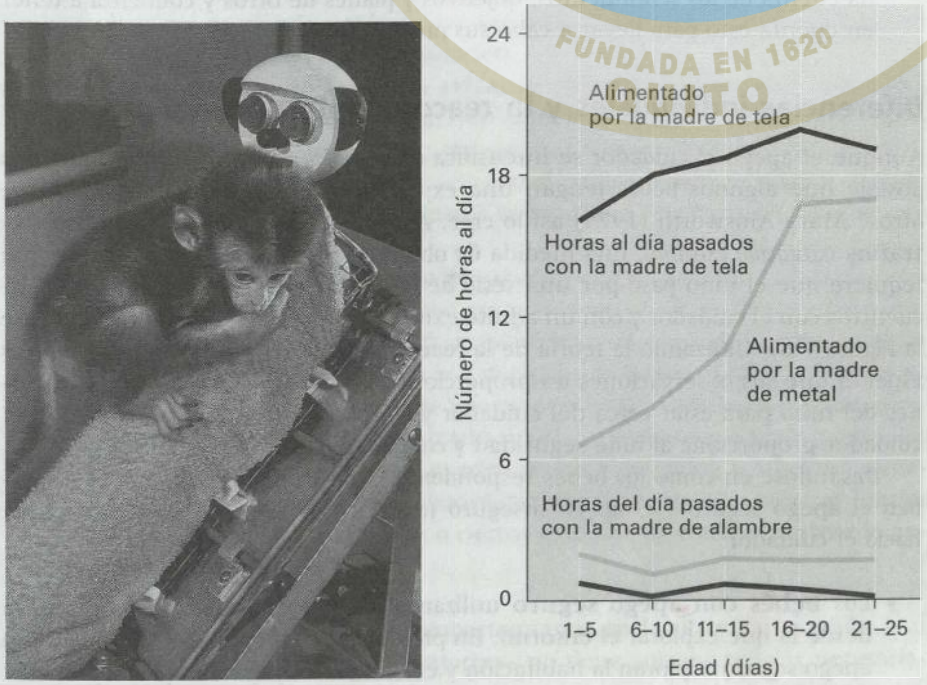


FIGURA 7.5 Tiempo de contacto con madres de alambre o de tela

No importa si son alimentados por la madre de alambre o la de tela, las crías de mono prefieren de una forma abrumadora estar en contacto con la madre sustituta de tela.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

más tiempo con la madre de tela. Este estudio demostró claramente que la alimentación no era un elemento crucial para el proceso de apego y que el contacto agradable sí lo era.

Erik Erikson (1968) creía que el primer año de vida era un período de tiempo clave para el desarrollo del apego. Recuerda su propuesta —también mencionada en el Capítulo 2— sobre que el primer año de vida representa la fase de confianza frente a la desconfianza. La confianza requiere un sentimiento de bienestar físico y poco de miedo y aprensión sobre el futuro. La confianza durante la infancia permite que se establezcan expectativas duraderas sobre que el mundo es un lugar bueno y agradable para vivir. Erikson también creía que una paternidad sensible y que respondiera a las necesidades del niño, contribuiría al sentido de confianza de éste.

La perspectiva etológica del psiquiatra inglés John Bowlby (1969, 1989) también hacía hincapié en la importancia del apego durante el primer año y en las respuestas del cuidador. Bowlby cree que un bebé y su cuidador primario forman un vínculo. Afirma que el recién nacido está preparado biológicamente para desarrollar conductas de apego. El bebé llora, se agarra, gorgojea y sonríe. Más tarde el bebé gatea, anda y sigue a la madre. El resultado inmediato es mantener a su cuidador primario cerca de él; el efecto a largo plazo es aumentar las posibilidades de supervivencia.

El apego no surge de forma repentina sino que se desarrolla en una serie de fases, pasando de una preferencia general del bebé por los seres humanos a una asociación con los cuidadores primarios. A continuación exponemos las cuatro fases basadas en la conceptualización de Bowlby:

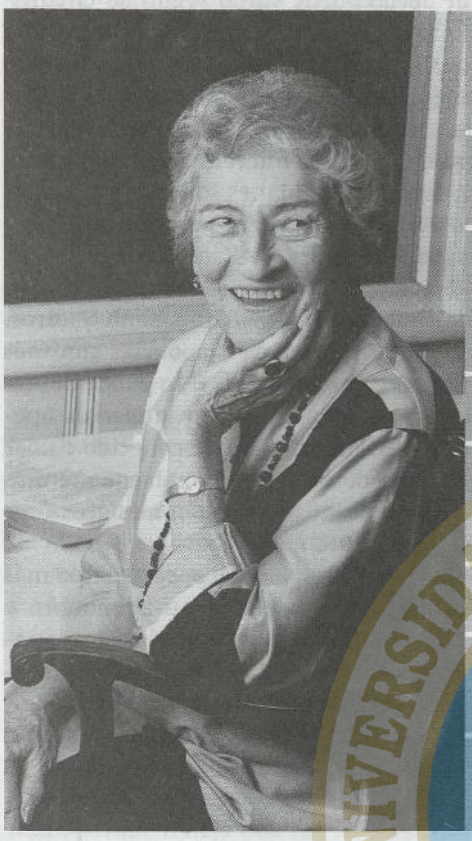
- *Fase 1: Del nacimiento a los 2 meses.* Los niños dirigen su apego de forma instintiva a las figuras humanas. Los extraños, los hermanos y los padres provocan igualmente una sonrisa o llanto por parte del bebé.
- *Fase 2: De los 2 a los 7 meses.* El apego se centra en una figura, normalmente la del cuidador primario, a medida que el bebé aprende gradualmente a distinguir la gente conocida de la desconocida.
- *Fase 3: De los 7 a los 24 meses.* Se desarrolla el apego específico. Con mayores habilidades locomotoras, los bebés buscan activamente tener contacto con los cuidadores habituales, como la madre o el padre.
- *Fase 4: De los 24 meses en adelante.* Se forma una relación en la que el niño se da cuenta de los sentimientos, objetivos y planes de otros y comienza a tener en cuenta esto para llevar a cabo sus propias acciones.

Diferencias individuales y la reacción ante extraños

Aunque el apego al cuidador se intensifica durante la mitad del primer año, ¿es posible que algunos bebés tengan una experiencia de apego más positiva que otros? Mary Ainsworth (1979) así lo cree. Ainsworth creó la **reacción ante extraños** *(situación extraña)*, una medida de observación del apego de los niños que requiere que el niño pase por una serie de presentaciones, separaciones y reencuentros con el cuidador y con un adulto extraño en un orden determinado (véase la Figura 7.6). Utilizando la teoría de la reacción ante extraños los investigadores esperan que sus observaciones les proporcionen información sobre las motivaciones del niño para estar cerca del cuidador y el grado por el cual la presencia del cuidador proporciona al niño seguridad y confianza.

Basándose en cómo los bebés responden en una situación extraña, se describen el apego seguro y el apego inseguro (existen tres tipos de apego inseguro) hacia el cuidador:

- Los **bebés con apego seguro** utilizan al cuidador como una base segura desde la que explorar el entorno. En presencia de su cuidador, los bebés con apego seguro exploran la habitación y examinan los juguetes que hay en ella.



Episodio	Personas presentes	Duración del episodio	Descripción del lugar
1	Cuidador, bebé y observador	30 segundos	El observador introduce al cuidador y al bebé en una habitación experimental, después se va. (La habitación contiene muchos juguetes apetecibles)
2	Cuidador y bebé	3 minutos	El cuidador no participa cuando el bebé está explorando; si es necesario se estimula el juego después de 2 minutos
3	Extraño, cuidador y bebé	3 minutos	Entra el extraño. Primer minuto: el extraño está en silencio. Segundo minuto: el extraño conversa con el cuidador. Tercer minuto: el extraño se acerca al bebé. Después del tercer minuto: el extraño se va repentinamente
4	Extraño y bebé	3 minutos o menos	Primer episodio de separación. El comportamiento del extraño se adapta al bebé
5	Cuidador y bebé	3 minutos o más	Primer episodio de reencuentro. El cuidador saluda y/o tranquiliza al bebé, después intenta que el bebé vuelva a jugar. El cuidador se va diciendo «adiós»
6	Bebé solo	3 minutos o menos	Segundo episodio de separación
7	Extraño y bebé	3 minutos o menos	Continuación de la segunda separación. El extraño entra y adapta su comportamiento al del bebé
8	Cuidador y bebé	3 minutos	Segundo episodio de reencuentro. El cuidador entra, saluda al bebé y lo coge en brazos. Mientras el extraño abandona la habitación

FIGURA 7.6 La situación extraña de Ainsworth

Mary Ainsworth (izquierda) desarrolló la situación extraña para evaluar si los niños tenían apego seguro o inseguro hacia sus cuidadores. Los episodios implicados en la situación extraña de Ainsworth se describen aquí.

Cuando el cuidador se marcha, los bebés pueden protestar suavemente, y cuando el cuidador regresa estos bebés reestablecen una interacción positiva con él, quizá sonriendo o subiéndose a su regazo. Después, a menudo vuelven a jugar con los juguetes de la habitación.

- Los **bebés con apego inseguro evitante** muestran inseguridad evitando a la madre. En la situación extraña, estos niños tienen poca interacción con el cuidador, a menudo se muestran angustiados y lloran cuando éste sale de la habitación y no reestablecen contacto con el cuidador cuando vuelve, incluso pueden darle la espalda. Si el contacto se establece, el niño suele agacharse y mirar hacia otro lado.
- Los **bebés con apego inseguro resistente** suelen aferrarse al cuidador y luego resistirse pegándole para que no se le acerque, dándole patadas o empujándolo. En la situación extraña estos niños a menudo se aferran ansiosamente al cuidador y no exploran la habitación de juegos. Cuando el cuidador sale, a menudo lloran fuertemente y lo empujan si éste vuelve para calmarlos.
- Los **bebés con apego desorganizado** están desorientados o perturbados. En la situación extraña, estos bebés pueden parecer aturdidos, confusos y temerosos. Para ser clasificado como desorganizado, un niño debe mostrar fuertes patrones de evasión y resistencia o ciertos comportamientos como miedo extremo al cuidador.

Algunos críticos creen que el comportamiento en la situación extraña —al igual que otras evaluaciones de laboratorio— no tiene por qué reflejar necesaria-



¿Cuál es la naturaleza del apego seguro e inseguro?

mente lo que ocurriría si los niños fueran observados con su cuidador en su entorno natural. De hecho, como medida de apego puede variar según las circunstancias familiares y culturales. Por ejemplo, los tipos de apego en situación extraña son más estables cuando las circunstancias económicas y de estrés familiar son estables y lo son menos cuando estas circunstancias varían (Thompson, Easterbrooks y Walker, 2003). Con respecto a las variaciones culturales, los bebés alemanes y japoneses a menudo muestran patrones de apego diferentes que los americanos. Como se muestra en la Figura 7.7, los bebés alemanes son más propensos a mostrar patrones de apego evasivo y los japoneses son menos propensos a mostrar este patrón que los bebés americanos (van IJzendoorn y Kroonenberg, 1988). El patrón de apego evasivo en los bebés alemanes se produce probablemente porque sus cuidadores les alientan a ser más independientes (Grossmann y otros, 1985). Además, como se muestra en la Figura 7.7, los bebés japoneses son más propensos que los americanos a ser clasificados como rebeldes. Esto puede deberse más a la situación extraña como medida de apego que a la inseguridad de apego en sí misma. Las madres japonesas rara vez dejan a alguien desconocido cuidar a sus bebés. Por lo tanto la situación extraña puede crear considerablemente más estrés para los bebés japoneses que para los americanos, que están más acostumbrados a la separación de sus madres (Takahashi, 1990).

Aunque existen variaciones culturales en la clasificación del apego, el tipo más frecuente en todas las culturas estudiadas es el apego seguro (van IJzendoorn y Kroonenberg, 1988). Es más, los investigadores han descubierto que el comportamiento de los bebés ante una situación extraña está relacionado con su comportamiento en casa en reacción a la separación y reencuentro con sus madres (Pederson y Moran, 1996). Así, muchos investigadores creen que la situación extraña sigue siendo una medida importante para evaluar el apego infantil.

El significado del apego

¿Importan las diferencias individuales en el apego? Ainsworth cree que el apego seguro durante el primer año de vida proporciona una base importante para el desarrollo psicológico posterior. Los niños con apego seguro se alejan de la madre con libertad pero con miradas periódicas observan el lugar donde ella se encuentra. Los niños con apego seguro responden de manera positiva al ser tomados en brazos por otros y, cuando se les baja, se alejan libremente para jugar. Por el contrario, un niño con apego inseguro evita a la madre o es ambivalente con ella, tiene miedo de los extraños y se angustia por separaciones pequeñas y rutinarias.

Si el apego temprano a un cuidador es importante, debe estar relacionado con el comportamiento social posterior del niño en el desarrollo. Para algunos niños, el apego temprano parece prefigurar el funcionamiento posterior (Carlson y otros, 2004; Schneider, Atkinson y Tardif, 2001; Sroufe, 2001; Sroufe y otros, 2005). Para otros niños existe muy poca continuidad (Thompson, Easterbrooks y Walker, 2003). La consistencia en el cuidado a lo largo de los años es probablemente un factor importante para conectar el apego temprano y el funcionamiento posterior del niño.

No todas las investigaciones revelan el poder del apego infantil para predecir el desarrollo posterior. En un estudio longitudinal, la clasificación en la infancia no predice el apego a los 18 años (Lewis, 1997). En este estudio, el mejor pronosticador para la clasificación de apego a los 18 fue el divorcio de los padres durante los años de intervención.

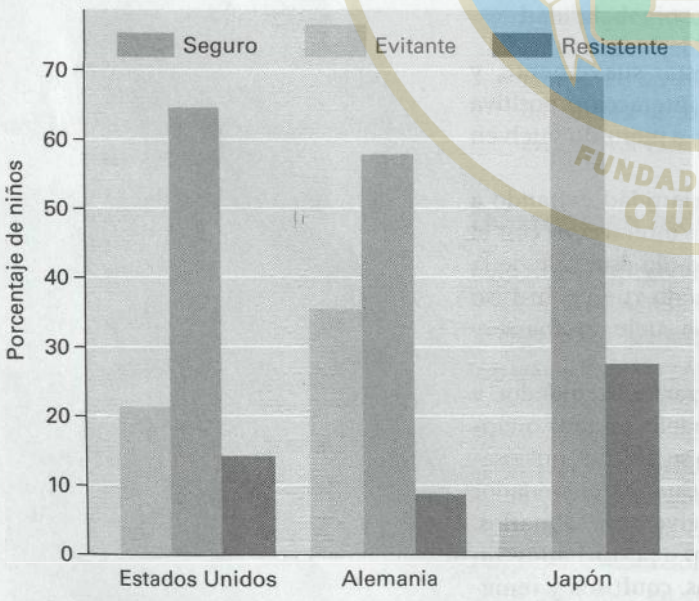


FIGURA 7.7 Comparación trans-cultural del apego

En un estudio, se evaluó el apego de los niños en la situación extraña de Ainsworth en tres países, Estados Unidos, Alemania y Japón (van IJzendoorn y Kroonenberg, 1988). El patrón de apego dominante en los tres países era el apego seguro. Sin embargo, los niños alemanes eran más evasivos y los japoneses eran menos evasivos y más rebeldes que los americanos.

No todos los psicólogos evolutivos creen que el apego en la infancia es el único camino para una vida saludable. De hecho, algunos psicólogos evolutivos creen que se hace demasiado hincapié en la importancia del vínculo del apego en la infancia. Jerome Kagan (1987; 2000), por ejemplo, cree que los niños son muy resistentes y adaptables; argumenta que están equipados evolutivamente para seguir un curso de desarrollo positivo, incluso cuando se enfrentan a grandes variaciones en la educación. Kagan y otros afirman que la genética y las características temperamentales tienen un papel más importante en la competencia social del niño que el que los teóricos como Bowlby y Ainsworth quieren reconocer (Bakermans-Kranenburg y otros, 2004). Por ejemplo, los niños pueden heredar una baja tolerancia para el estrés. Esto, en lugar de un vínculo inseguro puede ser la causa de su incapacidad para relacionarse con sus iguales.

Otra crítica a la teoría del apego es que ignora la diversidad de los agentes socializantes y los contextos existentes en el mundo del niño. En algunas culturas, los niños muestran apego a mucha gente. Entre los Hausa (que viven en Nigeria), las abuelas y los hermanos proporcionan una gran cantidad de cuidado a los niños (Harkness y Super, 1995). Los niños en las sociedades agrícolas tienden a crear apego con sus hermanos mayores, a quienes se les asigna una mayor responsabilidad en el cuidado de sus hermanos menores.

Los investigadores reconocen la importancia de unos cuidadores competentes y adecuados en el desarrollo infantil (McHale y otros, 2001; Parke, 2004). La cuestión, sin embargo, es si el apego seguro, especialmente de un cuidador, es o no crítico (Thompson, 2000).

A pesar de estas críticas, existe una amplia evidencia de que la seguridad en el apego es importante para el desarrollo (Atkinson y Goldberg, 2004; Carlson, Sroufe y Egeland, 2004; Egeland y Carlson, 2004; Fish, 2004; Sroufe y otros, 2005; Thompson, Easterbrooks y Walker, 2003). El apego seguro en la infancia es importante porque refleja una relación positiva entre los padres y el niño y proporciona la base que ayuda a un desarrollo socioemocional saludable en los años venideros.

Diferentes formas de crianza y tipos de apego

¿Está relacionado el estilo de cuidado paterno con el vínculo relacional llamado apego? Los bebés con un apego seguro tienen cuidadores que son sensibles a sus señales y están siempre disponibles para responder a sus necesidades (Gao, Elliot y Waters, 1999; Main, 2000). Estos cuidadores a menudo dejan que los niños sean parte activa en la determinación del comienzo y el ritmo de la interacción durante el primer año de vida. Un reciente estudio ha descubierto que la sensibilidad de la madre en la crianza del niño estaba relacionada con el apego seguro de los niños en dos culturas diferentes: Estados Unidos y Colombia (Carbonell y otros, 2002).

¿Cómo interactúan los cuidadores con bebés de apego inseguro? Los cuidadores de bebés evitantes tienden a no estar disponibles o rechazarlos (Berlin y Cassidy, 2000). A menudo no responden a las señales de los bebés y tienen poco contacto físico con ellos. Cuando interactúan con ellos, pueden comportarse de forma irritable o enfadados. Los cuidadores de bebés resistentes o rebeldes tienden a ser poco constantes, algunas veces responden a las necesidades del bebé y otras no. En general, tienden a no ser muy afectuosos y muestran poca sincronía cuando interactúan con ellos. Los cuidadores de bebés desorganizados a menudo maltratan o abusan psicológicamente de ellos (Barnett, Baniban y Cicchetti, 1999). En algunos casos, estos cuidadores también sufren depresiones.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Describe cómo se desarrolla el apego en la primera infancia

REVISA

- ¿Qué es el apego? ¿Cuál es la teoría de Bowlby sobre el apego?
- ¿Cuáles son algunas de las variaciones individuales en el apego? ¿Qué es la situación extraña?
- ¿Cuál es el significado del apego?
- ¿Cómo están relacionados los estilos de crianza con los tipos de apego?

REFLEXIONA

- ¿Cómo puede el temperamento del niño estar relacionado con la forma en que se clasifica el apego? Observa los tipos de apego descritos y reflexiona sobre cómo algunos bebés pueden ser más propensos a tener un tipo de apego en vez de otro.

3 CONTEXTO SOCIAL

La familia | El jardín de infancia

Ahora que ya hemos explorado el desarrollo emocional y de la personalidad del niño y el apego, vamos a examinar los contextos sociales en los que esto se produce. Comenzaremos estudiando varios aspectos de la familia y después estudiaremos un contexto social en el que los niños pasan cada vez más tiempo, el jardín de infancia.

La familia

La mayoría de nosotros vive en familia y pasa miles de horas durante la infancia interactuando con sus padres. Alguno de vosotros ya sois padres, otros puede que lo seáis pronto. ¿Cómo es la transición hacia la paternidad?

La transición hacia la paternidad Cuando nos convertimos en padres a través de un embarazo, una adopción o al unirnos a una persona con hijos, nos enfrentarnos a un desequilibrio y debemos adaptarnos a él (Heincke, 2002). Los padres quieren desarrollar un fuerte apego con sus hijos, pero también quieren seguir manteniendo apegos fuertes con su pareja y con sus amigos y probablemente quieren continuar con sus carreras profesionales. Los padres se preguntan cómo cambiará su vida este nuevo ser. Un bebé trae consigo nuevas restricciones en las parejas, ya no podrán ir al cine sin haberlo planeado y no habrá siempre dinero disponible para unas vacaciones o unos gastos extras. Aquellas parejas en las que ambos trabajan se preguntan «¿Será perjudicial para el bebé estar en el jardín de infancia o en la guardería? ¿Seremos capaces de encontrar una canguro o cuidadora responsable?»

En una investigación longitudinal sobre algunas parejas desde los últimos meses de embarazo hasta los tres años y medio después de que el bebé naciera, las parejas disfrutaban más de sus relaciones conyugales antes de que el bebé naciera que después (Cowan y Cowan, 2000). Aun así, casi un tercio de las parejas mostraron una satisfacción conyugal mayor. Algunas parejas dijeron que el bebé les había unido más y a la vez les había separado. Comentaron que ser padres realzó

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
QUITO

su sentido de sí mismos y les dio una nueva identidad más estable como pareja. Los bebés hacían que los hombres se preocuparan más de las relaciones íntimas; y las exigencias del trabajo y el papel de la familia estimulaban a la mujer para realizar las tareas familiares de forma más efectiva y prestar atención a su propio crecimiento personal.

Un estudio reciente examinó la transición hacia la paternidad de parejas jóvenes afro-americanas y latinas de 14 a 24 años (Florsheim y otros, 2003). Los padres y las madres que tenían relaciones positivas con sus propios padres eran más propensos a mostrar una adaptación positiva hacia la paternidad que aquellos que tenían relaciones negativas con sus padres. Otro estudio reciente demostró que una baja maternal más breve (menos de 12 semanas) estaba relacionada con un nivel más alto de depresión en las madres (Feldman, Sussman y Zigler, 2004).

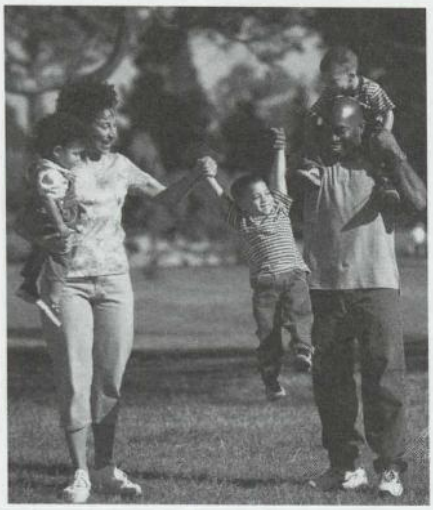
En algún punto durante los primeros años de la vida del niño, los padres se enfrentan a la difícil tarea de compaginar los papeles de padres y adultos de hoy en día. Hasta hace poco en nuestra cultura, criar a un hijo y tener una carrera profesional eran incompatibles. Afortunadamente, hemos reconocido que existe un equilibrio entre los cuidados y los logros profesionales y entre criar a los hijos y trabajar —aunque sea difícil de compaginar (Hoffman y Youngblade, 1999; Lorensen y otros, 2004).

Socialización recíproca Durante muchos años, la socialización entre padres e hijos se consideraba un proceso de un solo sentido: se creía que los niños eran producto de las técnicas de socialización de los padres. Sin embargo, hoy en día se cree que la interacción de padres e hijos es recíproca (Parke, 2004). La **socialización recíproca** es una socialización bidireccional. Es decir, los niños socializan a los padres de la misma forma que los padres socializan a los hijos. Por ejemplo, la interacción de las madres con sus bebés se simboliza con una danza o un diálogo en el que las acciones sucesivas de los padres están estrechamente coordinadas. Esta danza o diálogo coordinado puede asumir la forma de sincronía mutua en la que el comportamiento de cada persona depende del comportamiento previo de su pareja (Feldman, Greenbaum y Yirmiya, 1999). O puede ser recíproca en el sentido de que las acciones de las parejas están coordinadas, como cuando un miembro de la pareja imita al otro o cuando hay una sonrisa mutua.

Cuando se ha estudiado la socialización recíproca en la infancia, la fijación de la mirada o el contacto visual jugaban un papel importante en la interacción social temprana. En una investigación, la madre y el bebé realizaban una serie de comportamientos mientras se miraban el uno al otro. Por el contrario, cuando no se miraban, el índice de estos comportamientos descendía considerablemente (Stern y otros, 1977). En resumen, los comportamientos entre madres e hijos implicaban una interconexión sustancial, una regulación mutua y una sincronización.

Una forma importante de socialización recíproca es el **andamiaje,** en el que los padres interaccionan de tal forma que las experiencias entre los niños y los padres son recíprocas. El andamiaje implica un comportamiento parental que apoya el esfuerzo de los niños, permitiéndoles ser más hábiles de lo que lo serían si dependieran sólo de sus propias habilidades. Al utilizar el andamiaje, los cuidadores proporcionan un marco recíproco positivo en el que ellos y los niños interactúan. Por ejemplo en el juego de «cu-cu ¿dónde está?», la madre tapa los ojos del niño, después le destapa los ojos y finalmente reaparece diciendo «¡Sorpresa!». A medida que el niño adquiere mayores habilidades en estos juegos, aparecen otros que ponen en práctica el andamiaje, tales como las secuencias de juegos de reglas. Según un estudio, los niños que habían tenido mayores experiencias de andamiaje con sus padres (especialmente en los juegos por turnos) eran más propensos a realizar este tipo de juegos con sus iguales (Vandelll y Wilson, 1988).

La familia como sistema Como un sistema social, la familia puede considerarse una constelación de subsistemas definida en cuanto a generación, género y



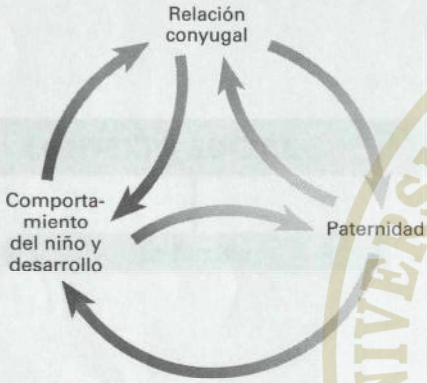


FIGURA 7.8 Interacción entre los niños y sus padres: efectos directos e indirectos

papel (Minuchin, 2001). La división de las funciones familiares entre los miembros de la familia define unas subunidades específicas y el apego define otras. Cada miembro de la familia participa en varios subsistemas. Algunos son *diádicos* (formados por dos personas) y otros *polidíacos* (formados por más de dos personas). El padre y el hijo representan un subsistema diádico, la madre y el padre, otro. La madre, el padre y el hijo representan un subsistema polidíaco y la madre y dos hijos, otro.

Jay Belsky (1981) propuso un esquema organizativo que subraya las influencias recíprocas de los miembros de la familia y los subsistemas familiares (véase la Figura 7.8). Belsky cree que las relaciones conyugales, la paternidad, el comportamiento infantil y el desarrollo pueden tener efectos directos e indirectos unos sobre los otros. Un ejemplo de un efecto directo es la influencia del comportamiento paterno sobre el niño. Un ejemplo de efecto indirecto es cómo las relaciones de pareja median en la forma que un padre actúa con un hijo (Hsu, 2004). Por ejemplo, un conflicto de pareja puede afectar indirectamente al comportamiento del niño.

Madres y padres como cuidadores ¿Pueden los padres cuidar de sus hijos de la misma forma que lo hace una madre? Las observaciones de padres con sus hijos sugieren que los padres tienen la habilidad de actuar de forma sensible y responder a las necesidades de sus hijos (Parke, 2000, 2002, 2004). La evidencia más fuerte de la plasticidad de las habilidades masculinas para los cuidados está basada en los primates machos, que tienen un interés notablemente más bajo por sus descendientes. Cuando se ve obligado a vivir con niños en ausencia de su madre, el hombre adulto puede criar adecuadamente al niño. Sin embargo, aunque los padres pueden ser cuidadores activos, adecuados e implicados con sus hijos, puede que no sigan este patrón (Chuang, Lamb y Hwang, 2004; Day y Lamb, 2004; Lamb y Lewis, 2005; Marsiglio, 2004; Silverstein, 2001).

¿Se comportan los padres con los hijos de forma diferente a las madres? Las interacciones maternas normalmente se centran en las actividades del cuidado del niño, alimentación, cambio de pañales y baño. Los padres realizan juegos más activos y agitados. Hacen botar al bebé, los tiran por el aire, les hacen cosquillas y demás (Lamb, 1986, 2000). Las madres también juegan con los niños, pero los juegos son menos físicos y activos que los de los padres.

En circunstancias estresantes, ¿a quién prefieren los niños, a su madre o a su padre? En un estudio, se observaron 20 niños de 12 meses interactuando con sus padres (Lamb, 1977). Con ambos padres presentes, los bebés no mostraban preferencia por ninguno de los dos. Lo mismo ocurría cuando el niño estaba solo con la madre o el padre. Sin embargo, la entrada de un extraño, combinada con el aburrimiento o la fatiga, producía un cambio en el comportamiento social del niño hacia la madre. En situaciones de estrés, entonces, los bebés mostraban más apego hacia la madre.

En un estudio más reciente, se entrevistó a algunos padres sobre sus responsabilidades en el cuidado de sus hijos cuando estos tenían 6, 15, 24 y 36 meses (*Red de investigación sobre el cuidado infantil temprano,* NICHD *Early Child Care Research Network,* 2000). Se grabó una escena donde padre e hijo jugaban a los 6 y a los 36 meses. Las actividades de cuidado (como el baño, la alimentación, vestir al niño y llevar al niño al jardín de infancia) y la sensibilidad durante las interacciones del juego (como responder a las señales y necesidades del niño y expresar sus sentimientos positivos) con sus hijos fueron pronosticadas por diversos factores. Los padres se implicaban más en el cuidado de los hijos cuando trabajaban menos horas y las madres trabajaban más horas cuando los padres y las madres eran más jóvenes, cuando las madres planteaban una mayor intimidad conyugal, y cuando los hijos eran varones. Los padres que ejercían menos cuidados eran aquellos que eran mayores, planteaban más intimidad conyugal y eran más sensibles durante el juego.

¿Puede ser la naturaleza de la interacción entre padres e hijos diferente en las familias que adoptan papeles de género no tradicionales? Esta cuestión fue investigada por Michael Lamb y sus colegas (1982). Estudiaron familias suecas en las que los padres eran los cuidadores primarios de sus primerizos de ocho meses, mientras las madres trabajaban a tiempo completo. En todas las observaciones, las madres eran más propensas a reñir, coger en brazos, calmar, besar y hablar a los bebés de lo que lo eran los padres. Madres y padres trataban con sus hijos de forma diferente a lo que lo hacían las familias americanas siguiendo roles tradicionales de género. Hacer que los padres adoptaran el papel de cuidador primario no alteraba de manera sustancial la forma en la que estos interactuaban con sus hijos. Esto puede ser debido a razones biológicas o a los patrones de socialización fuertemente integrados en las culturas.

El jardín de infancia

A muchos padres les preocupa si la guardería puede afectar negativamente a los niños. Temen que dejar a sus hijos en el jardín de infancia reduzca el apego emocional de los niños hacia ellos, retrase el desarrollo cognitivo de los niños, no le enseñen a controlar sus emociones y les permitan dejarse influir indebidamente por sus iguales. ¿Cómo es el jardín de infancia? ¿Están justificados estos miedos?

Hoy en día hay muchos más niños en jardines de infancia que en cualquier otra época, con aproximadamente dos millones de niños recibiendo un cuidado infantil formal y preparado y más de 5 millones asistiendo a la escuela infantil. Además, un número indeterminado muy alto de niños está bajo los cuidados de una canguro.

La política de cuidado infantil varía en gran medida alrededor del mundo (Friedman, Randolph y Kochanoff, 2004). En Suecia, las madres y los padres disfrutan de un permiso de maternidad o paternidad pagado de hasta un año. Por esta razón, el jardín de infancia para niños menores de un año no es una gran preocupación. Suecia y otros muchos países europeos poseen una buena política de cuidado infantil. Podemos leer más sobre estas políticas en el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Política del cuidado infantil en el mundo

Sheila Kammerman (1989, 2000a, b) ha realizado un extenso examen de la política de bajas maternales y paternales en los diferentes países. Hace ya más de un siglo se tenían en cuenta las bajas por maternidad para proteger la salud de las madres trabajadoras después del parto. Más recientemente, se han creado bajas por paternidad y jornadas reducidas para personas con niños pequeños en respuesta a las necesidades de las mujeres trabajadoras (y los padres) pero también por la preocupación sobre el bienestar de los niños. La Unión Europea (UE) autorizó bajas maternales remuneradas por 14 semanas en 1992 y las aumentó a tres meses de baja parental en 1998.

En los diferentes países las políticas varían sus criterios en relación a la duración de la baja, el nivel y la amplitud en la que los padres se benefician de estas políticas. Las políticas europeas mencionan la creación de nuevos estándares de bajas paternales. En los Estados Unidos, las bajas por maternidad son las más breves entre todos los países industrializados y uno de los pocos países donde la baja maternal no está remunerada (Australia y Nueva Zelanda son otros).

Los suecos tienen una de las políticas de bajas más extensas. Se permite un año de baja a los padres (incluida la baja maternal), pagando el gobierno el 80 por 100 del sueldo. La baja maternal comienza 60 días antes de la fecha prevista para el parto y termina seis semanas después del parto. Se pueden utilizar otros seis meses de baja de los padres hasta el octavo cumpleaños del niño (Kammerman, 2000a). Normalmente, todas las madres utilizan la baja maternal y aproximadamente el 75 por 100 de los padres utilizan al menos parte de la baja que tienen disponible. Además, los abuelos que estén trabajando tienen derecho a pedir tiempo de baja para cuidar a sus nietos.

En España existe una baja maternal de 16 semanas (con el 100 por 100 del sueldo) cuando nace el niño, pudiendo disfrutar de seis de estas 16 semanas antes del parto. Los padres tienen dos días de permiso por el nacimiento de un hijo.

Aunque Estados Unidos permite una serie de beneficios fiscales a las familias con niños, no existe una política de permiso pagado para el cuidado infantil. Con muchos padres trabajando fuera de casa, los jardines de infancia se han convertido en una de las preocupaciones nacionales más importantes. El tipo de cuidados que los niños reciben varía ampliamente (Burchinal y otros, 1996; Scarr, 2000). Muchos centros infantiles albergan un gran número de niños y tienen amplias instalaciones. Algunos son simples operaciones comerciales y otros son centros sin fines lucrativos dirigidos por iglesias, grupos civiles y empresarios. A veces el cuidado infantil se lleva a cabo en casas privadas, a veces por profesionales y otras veces por madres que quieren ganar un dinero extra.

Existe un interés creciente en el papel del jardín de infancia en las familias de minorías étnicas (Johnson y otros, 2003). Los patrones de cuidado infantil varían según el grupo étnico. Por ejemplo, las familias latinas utilizan mucho menos los jardines de infancia que las familias blancas no latinas y afro-americanas (11 por 100, 20 por 100 y 21 por 100, respectivamente, en un reciente estudio) (Smith, 2002). A pesar de la preferencia por el cuidado en un centro especializado, las familias afro-americanas y latinas a menudo confían el cuidado en la familia, especialmente a las abuelas. Sin embargo, ha habido un aumento sustancial en el cuidado infantil en centros especializados por las madres afro-americanas.

Los investigadores también tienen un interés especial en el papel de la pobreza en la calidad del cuidado infantil (Chase-Lansdale, Coley y Grining, 2001; Loeb y otros, 2004; McLearn, 2004). En un estudio, los centros de cuidado infantil para niños de familias con recursos económicos altos proporcionaban cuidados de mejor calidad que aquellos centros para familias con recursos económicos medio-bajos (Phillips y otros, 1994). Los índices de calidad (como la ratio de profesores-niños) en centros subvencionados para familias con pocos recursos era un poco mejor, sin embargo, la calidad de las interacciones entre los profesores y los niños era inferior que en los centros para familias con recursos altos. Un estudio reciente descubrió que la asistencia prolongada al jardín de infancia no era perjudicial para el desarrollo de los niños con pocos recursos excepto cuando el cuidado era de baja calidad (Votrub-Drzal y otros, 2004). En este estudio, el cuidado de alta calidad, incluso cuando se extendía por más de 45 horas a la semana, se relacionaba con una menor incidencia en la interiorización de problemas (como la ansiedad) y la exteriorización de problemas (como los comportamientos agresivos y destructivos).

¿Qué requisitos tendría un programa de educación infantil de alta calidad? El programa desarrollado por Jerome Kagan y sus colegas (Kagan, Kearsley y Zelazo, 1978) en la Universidad de Harvard es ejemplar. El centro de educación infantil incluía un pediatra, un director y una *ratio* profesor-niño de 3 a 1. También había profesores auxiliares. A los profesores y los auxiliares se les entrenaba para que sonrieran frecuentemente, hablaran con los niños y les proporcionaran un am-

biente seguro, que incluía juguetes estimulantes. No se observaron efectos adversos de los jardines de infancia en este proyecto. La mayoría de los entornos del niño no son tan enriquecedores como este centro. Desafortunadamente, los niños de familias con pocos recursos psicológicos, sociales y económicos tenían mayores posibilidades de experimentar unos cuidados de baja calidad que los niños de familias más aventajadas (Lamb, 1994). En el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital» puedes leer sobre un estudio nacional sobre los jardines de infancia y sus efectos.



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

Estudio longitudinal nacional del cuidado infantil

Conscientes del creciente aumento en el uso de los jardines de infancia, el Instituto nacional para la salud infantil y el desarrollo humano (*Nacional Institute of Child Health and Human Development*, NICHD) desarrolló un estudio longitudinal exhaustivo sobre las experiencias de cuidado infantil. El estudio empezó en 1991, y los datos fueron recopilados de una muestra diversa de casi 1.400 niños y sus familias de 10 lugares diferentes de Estados Unidos en un período de 7 años. Los investigadores utilizan diversos métodos, como observadores cualificados, entrevistas, cuestionarios y evaluaciones y miden muchas facetas del desarrollo del niño, incluyendo la salud física, el desarrollo cognitivo y el desarrollo socioemocional. A continuación exponemos algunos de los resultados del estudio hasta la fecha (*NICHD Early Child Care Research Network*, 2001, 2002, 2003).

- *Patrones de uso.* Había una gran dependencia en el cuidado infantil no maternal, una entrada rápida en el sistema de cuidado no maternal después del parto y una considerable inestabilidad en el tipo de cuidados. A los 4 meses tres cuartas partes de los bebés habían comenzado algún tipo de cuidado no maternal. Casi la mitad de los bebés quedaban al cuidado de un familiar y sólo el 12 por 100 entraban en un centro de cuidado infantil. Los factores socioeconómicos estaban relacionados con la cantidad y el tipo de cuidados. Por ejemplo, las familias con ingresos más altos y aquellas que dependían más del sueldo de la madre enviaban a sus hijos al jardín de infancia a una edad más temprana. Las madres que creían que el empleo maternal tenía efectos positivos en los niños eran más propensas a poner a sus hijos en cuidado no maternal por más horas. Las familias con ingresos bajos eran más propensas a utilizar el cuidado infantil que aquellos con ingresos altos, pero los bebés de familias con ingresos más bajos asistían al jardín de infancia tantas horas de media como los de otras familias con diferentes ingresos. En los años preescolares, las madres solteras, aquellas con educación superior y las familias con ingresos más altos usaron los centros de cuidado infantil durante más horas que otras familias. Familias de grupos minoritarios y madres con menos educación utilizaron más horas de cuidados con familiares.
- *La calidad del cuidado infantil.* La calidad del cuidado está basado en características como el tamaño del grupo, la ratio niño-adulto, el entorno físico, las características del cuidador (como la educación formal, la formación especializada y la experiencia en cuidado infantil) y el comportamiento del cuidador (como la sensibilidad hacia los niños). Los bebés de familias con pocos ingresos experimentaron una menor calidad en el cuidado infantil

que aquellos bebés de familias con ingresos más altos. Cuando la calidad de los cuidadores era alta, los niños obtenían mejores resultados en las tareas cognitivas y del lenguaje, colaboraban más con sus madres durante el juego, mostraban una interacción mejor y más positiva con sus iguales y tenían menos problemas de comportamiento. Se encontró apoyo para las políticas que mejoraban las regulaciones estatales para el entrenamiento de los cuidadores y la ratio niño-profesional, que estaban relacionadas con una mayor competencia cognitiva y social a los 54 meses a través de un cuidado positivo impartido por cuidadores especializados.

- *Cantidad de cuidado infantil.* La cantidad de cuidado infantil pronosticaba los resultados de algunos niños. Cuando los niños pasaban más horas en el jardín de infancia durante sus primeros tres años de vida, las interacciones con sus madres (a los 6, 15, 24 y 36 meses) eran menos positivas. Además, las madres que eran más insensibles e indiferentes tenían niños que eran menos propensos a mostrar un apego seguro a los 15 y los 36 meses. El índice de enfermedades era mayor cuantas más horas pasaban los niños en el jardín de infancia.
- *La familia y las influencias paternas.* Los resultados de este amplio estudio nacional indicaron que la influencia de las familias y los padres no se ve debilitada por un cuidado infantil extenso. Los padres juegan un papel fundamental en ayudar a los niños a regular sus emociones, lo cual está relacionado con unos resultados cognitivos y sociales positivos en el primer curso.

En resumen, siguen existiendo preocupaciones sobre ciertos aspectos del cuidado infantil en Estados Unidos (Cohen, 2004; Marshall, 2004; Vandell, 2004). Los expertos reconocen cada vez más que el cuidado infantil puede perjudicar a algunos niños más que a otros (Langlois y Liben, 2003). Por tanto, una intervención podría ser enseñar a los cuidadores cómo fomentar las habilidades de auto-regulación en los niños (Fabes, Hanish y Martin, 2003). Otra intervención puede implicar un mayor esfuerzo para investigar la construcción del apego en los jardines de infancia o en el colegio. Por ejemplo, un estudio reveló que cuando los niños sentían a su grupo, clase o colegio como una comunidad comprensiva, mostraban una mayor preocupación por otros, mejores habilidades para la resolución de conflictos y menos problemas de comportamiento (Solomon y otros, 2003).

¿Cuáles son algunas estrategias que los padres pueden seguir con respecto al cuidado infantil? La experta en cuidado infantil Kathleen McCartney (2003, p. 4) ofreció estos consejos:

- Reconoce que la calidad de tu educación hacia tus hijos es un factor clave en su desarrollo.
- *Toma decisiones que mejoren tus posibilidades para ser un buen padre.* «Para algunos esto sería trabajar a tiempo completo» por la realización personal, los ingresos o ambos. «Para otros, esto sería trabajar a tiempo parcial o hacerlo en casa».
- *Observar el desarrollo de tu hijo.* «Los padres deberían observar por ellos mismos si sus hijos parecen tener problemas de comportamiento». Necesitan hablar con los profesores y los pediatras sobre el comportamiento de sus hijos.
- *Tomarse un tiempo para buscar el mejor jardín de infancia.* Observa las instalaciones de los diferentes jardines de infancia y asegúrate de que te gusta lo que ves. «Un cuidado infantil de calidad cuesta dinero y no todos los padres pueden permitirse el cuidado que les gustaría. Sin embargo, las ayudas del Estado y otros programas como *Head Start*, están disponibles para familias necesitadas».

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Explicar cómo los contextos sociales influyen en el desarrollo del niño

REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los procesos familiares importantes en el desarrollo del niño?
- ¿Cómo influye el jardín de infancia en el desarrollo del niño?

REFLEXIONA

- Imagina que un amigo tuyo está organizándolo todo para poner a su hijo en el jardín de infancia. ¿Qué consejo le darías? ¿Piensas que se debería quedar en casa con el bebé? ¿Por qué sí o por qué no? ¿Qué tipo de jardín de infancia le recomendarías?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje

Desarrollo socioemocional en la primera infancia

1 DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LA PERSONALIDAD

- Desarrollo emocional
- Temperamento
- Desarrollo de la personalidad

2 APEGO

- Teorías del apego
- El significado del apego
- Diferencias individuales y la reacción ante extraños
- Diferentes formas de crianza y tipos de apego

3 CONTEXTO SOCIAL

- La familia
- El jardín de infancia

FACULTAD DE CULTURA FÍSICA
BIBLIOTECA

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Analizar el desarrollo emocional y de la personalidad en la primera infancia*

- La emoción es un sentimiento, o afecto, que se produce cuando una persona se encuentra en un estado o una interacción que es importante para ella. La emoción se caracteriza por un comportamiento que refleja (expresa) el estado emocional bueno o malo en el que se encuentra una persona o una interacción que experimenta la persona. Darwin describió las bases evolutivas de las emociones y hoy en día los psicólogos creen que las emociones, especialmente las expresiones faciales de las emociones tienen una base biológica. La evolución biológica dotó a los humanos con emociones, pero la inmersión en la cultura y las relaciones proporcionan diversidad en las experiencias emocionales. Las emociones juegan un papel clave en las relaciones entre padres e hijos. Dos tipos de emociones son las emociones primarias (sorpresa, alegría, enfado, tristeza, miedo y disgusto, que aparecen en los primeros 6 u 8 meses de vida) y las emociones de conciencia propia (empatía, envidia y vergüenza que aparece aproximadamente al año y medio o los dos años, y el orgullo, la timidez y la culpa que aparecen aproximadamente a los dos años y medio). El llanto es el mecanismo más importante que tienen los recién nacidos para comunicarse con el entorno. Los bebés tienen al menos tres tipos de llanto, el llanto básico, el llanto de enfado y el llanto de dolor. Existe una controversia con respecto a si los bebés deben ser atendidos cuando lloran, aunque cada vez más expertos recomendaron una respuesta inmediata de forma afectuosa durante el primer año de vida. Los dos tipos de sonrisa son la refleja y la comunicativa. Dos de los miedos que desarrollan los niños son la ansiedad ante extraños y la separación del cuidador (que se refleja en la angustia de separación). Los referentes sociales aumentan en el segundo año de vida. A medida que un niño se desarrolla, es importante que realice una regulación emocional.
- El temperamento es el estilo de comportamiento de un individuo y su forma de respuesta emocional. Los psicólogos evolutivos están especialmente interesados en el temperamento de los niños. Chess y Thomas clasificaron el temperamento del niño como: 1) fácil; 2) difícil, y 3) ralentizado. Kagan propuso que la inhibición ante lo desconocido era una categoría importante del temperamento. La visión de Rothbart y Bates sobre el temperamento hace hincapié en esta clasificación: 1) afecto positivo y el apego; 2) afectividad negativa, y 3) control del esfuerzo (auto-regulación). Las características psicológicas están asociadas con diferentes temperamentos y se ha descubierto una influencia moderada de la herencia en los estudios hereditarios sobre el temperamento. Los niños heredan una fisiología que les influyen a tener un tipo particular de temperamento, pero a través de la experiencia ellos aprenden a modificar su estilo de temperamento de cierta forma. El valor de la correspondencia niño-entorno se refiere a la correspondencia entre el temperamento del niño y las exigencias del entorno a las que el niño debe hacer frente. El valor de la correspondencia puede ser un aspecto importante en la adaptación del niño. Aunque la evidencia de la investigación es elemental ahora mismo, algunas recomendaciones generales son que los cuidadores deberían: 1) ser sensibles a las características individuales del niño; 2) ser flexibles al responder a estas características, y 3) evitar un etiquetado erróneo del niño.
- Erikson afirmó que el primer año del niño estaba caracterizado por una etapa de confianza frente a la desconfianza. En algún punto durante la segunda mitad del segundo año de vida, el niño desarrolla el sentido del yo. La independencia se convierte en el tema central durante su segundo año de vida. Mahler afirma que el niño se separa de su madre y así desarrolla su independencia. Erikson hacia hincapié sobre que el segundo año de vida está caracterizado por una fase de autonomía frente a timidez y duda.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Describir cómo se desarrolla el apego durante la primera infancia*

- El apego es un vínculo emocional fuerte entre un bebé y su cuidador. Durante la primera infancia, la alimentación no es un factor crítico en el apego, aunque el contacto agradable, la confianza y la familiaridad sí lo son. La teoría etológica de Bowlby hace hincapié en que el cuidador y el niño desarrollan el apego de forma instintiva. El apego se desarrolla en cuatro fases.
- Los bebés con apego seguro toman al cuidador, normalmente la madre, como una base segura desde la que explorar el entorno. Tres tipos de apego inseguro son el evitante, el resistente y el desorganizado. Ainsworth afirmó que el apego seguro durante el primer año de vida es óptimo para el desarrollo. Ella creó la *situación extraña* y la medida observacional del apego.
- Ainsworth cree que el apego seguro durante el primer año de vida proporciona una base importante para el desarrollo psicológico posteriormente en la vida. La fuerza de la conexión entre el apego temprano y el desarrollo posterior ha variado en los diferentes estudios. Algunos críticos afirman que los teóricos del apego no han prestado una atención adecuada a la genética y al temperamento. Otros críticos afirman que no se ha tenido en cuenta de forma adecuada la diversidad de los agentes y contextos sociales. Se han descubierto variaciones culturales en el apego, sin embargo, en todas las culturas estudiadas hasta ahora, el apego seguro es la clasificación más común.

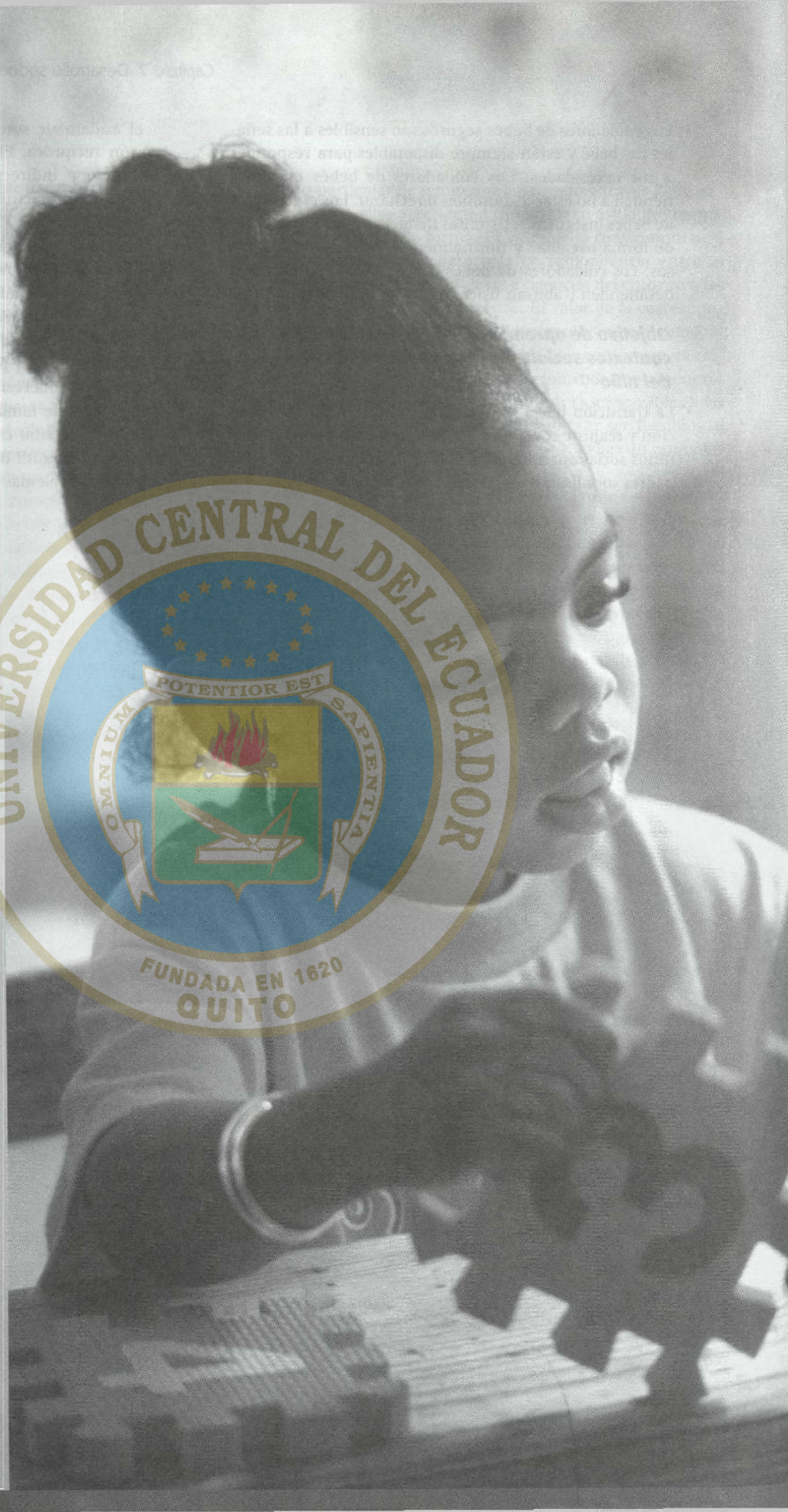
- Los cuidadores de bebés seguros son sensibles a las señales del bebé y están siempre disponibles para responder a sus necesidades. Los cuidadores de bebés evitantes tienden a no estar disponibles o rechazar. Los cuidadores de bebés inseguros resistentes tienden a estar disponibles de forma irregular y normalmente no son muy cariñosos. Los cuidadores de bebés desorganizados a menudo desatienden y abusan físicamente de sus bebés.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Explicar cómo los contextos sociales influyen en el desarrollo del niño*

- La transición hacia la paternidad requiere una adaptación y reajuste considerables por parte de los padres. Los niños socializan a los padres de la misma forma que los padres socializan a los niños. Las regulaciones mutuas y el andamiaje son aspectos importantes de la socialización recíproca. El modelo de Belsky describe el afecto directo e indirecto. El papel primordial de la madre cuando interactúa con el bebé es el cuidado, el del padre es el juego.
- El jardín de infancia se ha convertido en una necesidad básica para las familias americanas. Hay más niños ahora en el jardín de infancia que en cualquier otra época. La calidad del cuidado infantil es desigual y sigue siendo un tema controvertido. Un cuidado infantil de calidad puede conseguirse y parece tener menos efectos adversos en los niños. En el estudio sobre cuidado infantil del NICHD, los bebés de familias con ingresos bajos eran más propensos a recibir cuidados de menos calidad. Además, el cuidado infantil de más calidad estaba relacionado con menos problemas infantiles.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

CAPÍTULO 8



La mejor persona que hemos conocido es la que todos los poetas han dejado atrás; la poesía innata e incalculable de tener sólo cuatro años.

CHRISTOPHER MORLEY
Novelista americano, siglo XX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo físico y cognitivo en la niñez temprana

Esquema del capítulo		*Objetivos de aprendizaje*
CAMBIOS FÍSICOS	**1**	**Identificar los cambios físicos en la niñez temprana**
Cambios y crecimiento corporal Desarrollo motor Nutrición Enfermedad y muerte		
CAMBIOS COGNITIVOS	**2**	**Describir las tres visiones de los cambios cognitivos que se producen en la niñez temprana**
El estadio preoperacional de Piaget La teoría del desarrollo de Vygotsky Procesamiento de la información		
DESARROLLO DEL LENGUAJE	**3**	**Resumir cómo se desarrolla el lenguaje en la niñez temprana**
EDUCACIÓN EN LA NIÑEZ TEMPRANA	**4**	**Evaluar los diferentes acercamientos a la educación en la niñez temprana**
Variaciones en los estilos educativos en la niñez temprana La educación de los niños desfavorecidos Factores educativos en la niñez temprana		

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Los niños de Reggio Emilia



Una clase que sigue el modelo de Reggio Emilia en la que los niños exploran los temas que les interesan.

El modelo educativo de Reggio Emilia es un programa educativo para niños que se desarrolló en la ciudad Reggio Emilia, del norte de Italia. Niños de padres solteros y niños con discapacidades tienen prioridad en la admisión, otros niños se admiten de acuerdo con una escala de necesidades. Los padres pagan según los ingresos económicos.

Se anima a los niños a aprender investigando y explorando temas que les interesan. Hay una gran variedad de medios y materiales a disposición de los niños a medida que aprenden: música, actividad física, dibujos, pinturas, esculturas, *collages*, marionetas, disfraces y fotografías, por ejemplo.

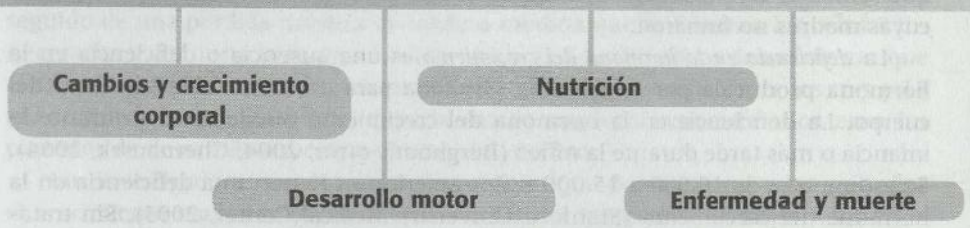
En este programa a menudo los niños exploran los temas en grupo, para establecer un sentido de comunidad, respeto por la diversidad y un acercamiento cooperativo hacia la resolución de problemas. Hay dos profesores presentes que sirven de guías a los niños (Edwards, 2002). Los profesores de Reggio Emilia consideran un proyecto como una aventura, que puede empezar por la sugerencia de un adulto, por la idea de un niño o por un evento concreto, como una nevada o algo más inesperado. Cada proyecto está basado en lo que los niños dicen y hacen. Los profesores permiten a los niños pensar y trabajar en el proyecto el tiempo suficiente.

En el centro del acercamiento Reggio Emilia está la imagen de los niños que son competentes y tienen derechos, especialmente el derecho a unos cuidados y una educación excelentes. La participación de los padres se considera esencial y la cooperación es el tema principal en las escuelas. Muchos expertos en educación infantil creen que el acercamiento Reggio Emilia proporciona un contexto estimulante y de apoyo en el que los niños están motivados a explorar su mundo de una forma extraordinaria y segura (Firlik, 1996; Stegelin, 2003).

VISTA PREVIA

Los padres y los educadores que comprenden de forma clara cómo se desarrollan los niños pequeños pueden jugar un papel activo en la creación de programas que fomentan su interés natural por el aprendizaje, en lugar de reprimirlo. En este capítulo exploraremos los diferentes acercamientos a la educación en la niñez temprana y a continuación analizaremos los cambios físicos, cognitivos y en el lenguaje de los niños.

1 CAMBIOS FÍSICOS



Recuerda del Capítulo 5 que el crecimiento del niño durante el primer año de vida es rápido y sigue patrones céfalo-caudal y próximo-distal. Los niños suelen empezar a andar aproximadamente al año de vida. Durante el segundo año, el índice de crecimiento del niño se ralentiza pero las habilidades motoras finas y gruesas progresan de forma rápida. El niño desarrolla un sentimiento de dominio a través de una competencia cada vez mayor al caminar y correr. La mejora en las habilidades motoras finas —como ser capaces de pasar las páginas de un libro de una en una— también contribuyen al sentimiento de dominio del niño durante el segundo año. El índice de crecimiento continúa ralentizándose durante la niñez temprana. De otra forma, seríamos una especie gigante.

Cambios y crecimiento corporal

El crecimiento con respecto al peso y estatura es el cambio físico más obvio que caracteriza la niñez temprana. Cambios no visibles en el cerebro y el sistema nervioso no son menos significativos a la hora de preparar a los niños para los avances en la cognición y el lenguaje.

Peso y estatura La media de crecimiento es de aproximadamente 6 centímetros de altura y de 2 a 3 kilos al año durante la niñez temprana. A medida que el niño de educación infantil (o preescolar) crece, el porcentaje de aumento de peso y altura disminuye cada año adicional. Las niñas son ligeramente más pequeñas y delgadas que los niños durante estos años, una diferencia que continúa hasta la pubertad. Durante los años de preescolar, los niños y las niñas adelgazan y su tronco se alarga. Aunque la cabeza es todavía proporcionalmente mayor que el cuerpo, al final de los años de educación infantil la mayoría de los niños han perdido su apariencia de «cabezones». La grasa corporal también muestra una disminución lenta y firme durante los años de educación infantil. El bebé regordete a menudo tiene un aspecto mucho más delgado al final de los años de la niñez temprana. Las niñas tienen más tejido graso que los niños, que poseen más tejido muscular.

Los patrones de crecimiento varían individualmente. Recuerda tus años de preescolar. Ése fue probablemente el momento en el que te diste cuenta que algunos niños eran más altos que tú y otros más bajitos; unos más gordos y otros más delgados; algunos más fuertes y otros más débiles. Muchas de las variaciones se deben a la herencia, pero las experiencias del entorno están implicadas de alguna forma. Un estudio sobre el peso y la estatura de niños de todo el mundo concluyó que los dos factores principales en las diferencias de peso eran el origen étnico y la nutrición (Meredith, 1978). Los niños primogénitos con un estatus socioeconómico medio nacidos en un entorno urbano eran más altos que los niños no primogénitos nacidos en un entorno rural y con un estatus socioeconómico más bajo. En Estados Unidos, los niños afro-americanos son más altos que los niños blancos.

¿Por qué son algunos niños excepcionalmente bajitos? Los culpables son los factores congénitos (factores genéticos o prenatales), una deficiencia en la hormona del crecimiento, un problema físico que se desarrolla durante la infancia o una

dificultad emocional. Con respecto a los factores congénitos, los niños de madres que fumaron de forma regular durante el embarazo son más bajitos que aquellos cuyas madres no fumaron.

La *deficiencia en la hormona del crecimiento* es una ausencia o deficiencia en la hormona producida por la glándula pituitaria para estimular el crecimiento del cuerpo. La deficiencia en la hormona del crecimiento puede ocurrir durante la infancia o más tarde durante la niñez (Berghout y otros, 2004; Chernausek, 2004). Se estima que de 10.000 a 15.000 niños americanos tienen una deficiencia en la hormona del crecimiento (Stanford University Medical Center, 2003). Sin tratamiento, la mayor parte de niños con esta deficiencia no alcanzan el metro y medio de estatura. El tratamiento para esta deficiencia hormonal implica inyecciones regulares de hormonas de crecimiento y normalmente dura varios años (Chemaitilly y otros, 2003). Algunos niños reciben inyecciones diarias, otros, varias veces por semana.

Los niños que están enfermos de forma crónica son más bajitos que aquellos que raramente se ponen enfermos. Los niños que han sufrido abusos físicos o han sido maltratados pueden no segregar de forma adecuada la hormona del crecimiento, lo que puede retrasar su crecimiento físico.

El cerebro Uno de los aspectos más importantes del desarrollo físico durante la niñez temprana es el desarrollo continuado del cerebro y el sistema nervioso (Byrnes, 2001). Aunque el cerebro continúa su crecimiento en la niñez temprana, no crece tan rápidamente como durante la primera infancia. Los cambios que se producen en el cerebro durante la niñez temprana permiten a los niños planear sus acciones, atender a los estímulos de forma más efectiva y realizar avances considerables en el desarrollo del lenguaje.

Cambios neuronales La comunicación en el cerebro se caracteriza por la transmisión de información entre las neuronas o células nerviosas. Parte del crecimiento cerebral se debe al incremento en el número y el tamaño de las terminaciones nerviosas y los receptores, que permiten que la comunicación sea más efectiva. Estas terminaciones nerviosas continúan aumentando por lo menos hasta la adolescencia.

Las neuronas se comunican a través de los *neurotransmisores* (sustancias químicas) que portan la información a través de la *sinapsis* (intervalos) entre las neuronas. La concentración del neurotransmisor denominado dopamina aumenta considerablemente entre los tres y los seis años de vida (Diamond, 2001). Volveremos a hablar de la dopamina en breve.

El aumento del tamaño cerebral también se debe al crecimiento de la **mielinización,** el proceso según el cual las células nerviosas se cubren y protegen con una capa de células grasas. Esto incrementa la velocidad a la que viaja la información a través del sistema nervioso (Nagy, Westerberg y Klingberg, 2004). Algunos psicólogos evolutivos creen que la mielinización es importante para la maduración de una serie de habilidades del niño. Por ejemplo, la mielinización en las áreas del cerebro relacionadas con la coordinación mano-ojo no se completa hasta aproximadamente los cuatro años. La mielinización en las áreas del cerebro relacionadas con la atención, no se completa hasta el final de la niñez intermedia o tardía.

Cambios estructurales en el cerebro Hasta hace poco, los científicos no han tenido una tecnología adecuada para detectar cambios sensibles en el cerebro humano a medida que se desarrolla. Sin embargo, la creación de sofisticadas técnicas de escáner cerebral está permitiendo detectar mejor estos cambios (Pujol y otros, 2004; Schalagar y otros, 2002). Utilizando estas técnicas, los científicos han descubierto recientemente que el cerebro de los niños pasa por cambios anatómicos importantes durante los tres y los 15 años (Thompson y otros, 2000). Realizando escáneres cerebrales repetidos del mismo niño durante cuatro años se descubrió

que el cerebro de los niños experimenta diversas aceleraciones repentinas de crecimiento. La cantidad de materia cerebral en algunas áreas casi se dobla en un año, seguido de una pérdida drástica de tejido a medida que se depuran las células innecesarias y continúa la reorganización cerebral. Los científicos descubrieron que el tamaño total del cerebro no mostraba un cambio importante entre los tres y 15 años. Sin embargo, los que sí experimentaba cambios extraordinarios eran los patrones de desarrollo específico dentro del cerebro.

Los investigadores también han descubierto que desde los tres a los seis años el crecimiento mayor se produce en las áreas del lóbulo frontal implicadas en la planificación y organización de nuevas acciones y en el sostenimiento de tareas de atención (Blumenthal y otros, 1999). Desde los seis años a la pubertad, el mayor crecimiento tiene lugar en los lóbulos temporal y parietal, especialmente en áreas que juegan un papel principal en el lenguaje y las relaciones espaciales.

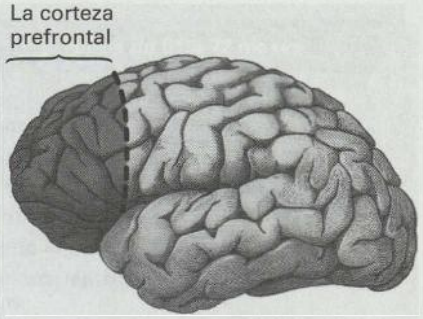
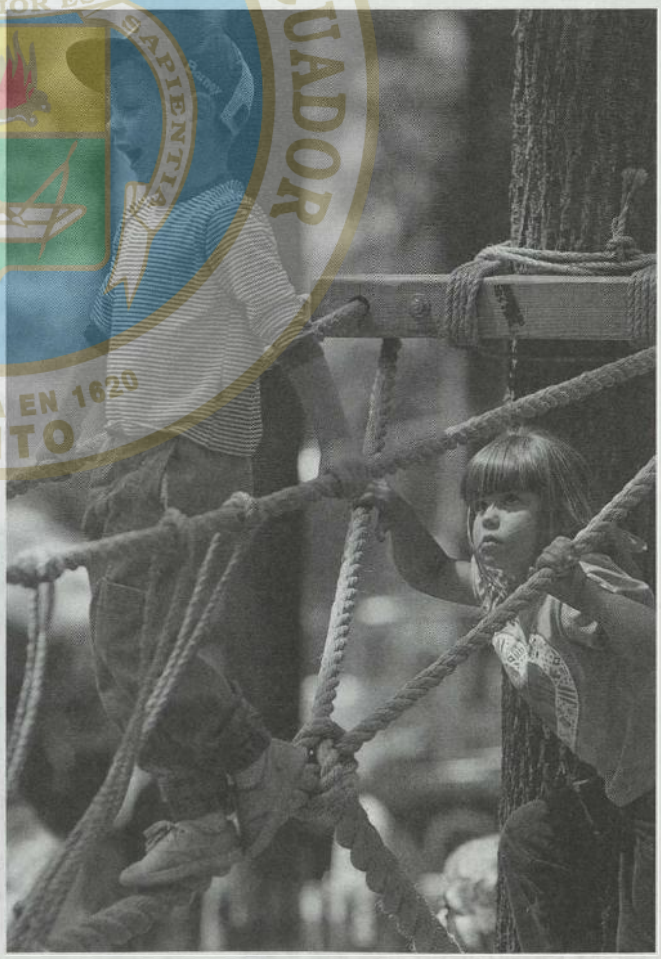


FIGURA 8.1 La corteza prefrontal
Esta parte del cerebro evolutivamente avanzada (sombreada), muestra un desarrollo amplio desde los tres a los seis años y se cree que juega un papel importante en la atención y la memoria de trabajo.

El cerebro y el desarrollo cognitivo El aumento en la maduración del cerebro, combinada con las oportunidades para experimentar un mundo más amplio, contribuyen al surgimiento de las habilidades cognitivas del niño (Cornish, 2004). Consideremos a un niño que está aprendiendo a leer en voz alta. *Inputs* desde los ojos del niño se transmiten al cerebro, después pasan por muchos núcleos cerebrales, que traducen (procesan) los patrones de blanco y negro en códigos como las letras, palabras y asociaciones. El resultado se produce en forma de mensaje a los labios y la lengua del niño. El don del habla en el niño es posible porque los sistemas cerebrales están organizados de forma que permite el procesamiento del lenguaje.

El cerebro está organizado en muchos circuitos neuronales, que son las redes neuronales que hacen posible que muchas neuronas tengan funciones específicas. Un circuito neuronal tiene una función importante en la atención y la memoria de trabajo (un tipo de memoria a corto plazo que es un banco de trabajo para realizar muchas tareas cognitivas) (Krimel y Goldman-Rakic, 2001). Este circuito neuronal implica el córtex prefrontal y la dopamina, un neurotransmisor (Casey, Durston y Fossella, 2001; Diamond, 2001) (véase la Figura 8.1).

En resumen, los científicos están empezando a trazar conexiones entre el desarrollo cognitivo de los niños (atención y memoria, por ejemplo), las estructuras cerebrales (el córtex prefrontal, por ejemplo) y la transmisión de información a niveles neuronales (el neurotransmisor dopamina, por ejemplo). A medida que los avances en la tecnología permiten a los científicos «mirar dentro» del cerebro para observar su actividad, comprenderemos con más precisión el funcionamiento del cerebro en el desarrollo cognitivo.



¿Qué cambios se producen en las habilidades motoras gruesas durante la niñez temprana?

Desarrollo motor

Correr tanto como puedas, caerte, levantarte y volver a correr tan rápido como puedas... construir torres con bloques... hacer garabatos, garabatos y más garabatos... cortar el papel con las tijeras. Durante los años de la educación infantil, probablemente desarrollarás la habilidad para realizar todas estas actividades.

Habilidades motoras gruesas Los niños de educación infantil ya no tienen que hacer esfuerzos simplemente para mantenerse de pie y moverse. A medida que los niños mueven

las piernas con mayor confianza, se mueven con determinación por su entorno de manera más automática.

A los tres años, los niños disfrutan con movimientos simples, como saltar, brincar y correr de arriba abajo, sólo por el puro placer de realizar estas actividades. Ellos se enorgullecen de enseñarnos cómo pueden correr por la habitación y saltar hasta 15 centímetros. Con estas carreras y saltos no ganarían una medalla de oro en las olimpiadas, pero para los niños de tres años estas actividades son una fuente considerable de orgullo y consecución de logros.

A los cuatro años, los niños todavía disfrutan de las mismas actividades infantiles, pero se vuelven más aventureros. Juegan en los columpios del parque desplegando su destreza atlética. Aunque llevan un tiempo subiendo escaleras con un pie en cada escalón ahora comienzan a ser capaces de bajar de la misma forma.

A los cinco años, los niños son incluso más aventureros que a los cuatro. No es raro que un niño seguro a los cinco años realice proezas en el aire, subiéndose a casi cualquier sitio. Los niños de cinco años corren más rápido y les gusta echar carreras con otros niños y con sus padres. En la Figura 8.2 se presenta un resumen de las habilidades motoras gruesas durante la niñez temprana.

Habilidades motoras finas A los tres años, los niños todavía no han culminado las habilidades de la primera infancia de coger y manejar cosas. Aunque ya tienen la habilidad de coger objetos muy pequeños con su índice y su pulgar durante algún tiempo, todavía son torpes haciéndolo. Los niños de tres años pueden construir torres sorprendentes con bloques de juguete, cada bloque colocado con una enorme concentración pero a menudo no forman una línea recta. Cuando los niños de esta edad juegan con un puzzle o un rompecabezas, suelen ser toscos colocando las piezas. Incluso cuando saben en qué sitio va la pieza, no son muy precisos al colocarla. A menudo intentan forzar la pieza en el hueco o la golpean enérgicamente.

A los cuatro años, la coordinación motora fina de los niños mejora sustancialmente y se vuelve mucho más precisa. Algunas veces tienen dificultades para construir una torre alta con bloques, debido a su deseo de colocar cada bloque perfectamente pueden tirar los que ya estén apilados. A los cinco años su coordinación motora fina ha mejorado mucho más. Las manos, los brazos y el cuerpo se mueven juntos bajo la dirección de los ojos. Las torres ya no interesan a los niños de cinco años, que prefieren construir una casa o un castillo, aunque puede que los adultos tengan que averiguar o preguntarles qué es el resultado final. En la Figura 8.3 se muestra un resumen del desarrollo de las habilidades motoras finas en la niñez temprana.

Niños de tres años	Niños de cuatro años	Niños de cinco años
Tira la pelota con las manos por debajo del hombro (1 m)	Bota y coge una pelota	Tira una pelota (10 m niños y 8 m niñas)
Pedalea en un triciclo 5 m	Corre 5 m y para	Carga con un objeto de 7 kilos
Coge una pelota grande	Empuja y tira de un carro o un muñeco enganchado a una cuerda	Salta alternando los pies
Realiza volteretas hacia delante (con ayuda)	Da una patada a una pelota hacia un objetivo	Patina
Salta al suelo desde una altura de 30 cm	Carga con un objeto de 5 ½ kilos	Salta a la comba
Da tres saltos con ambos pies	Atrapa la pelota	Hace rodar una pelota para golpear un objetivo
Da pasos siguiendo unas huellas	Bota una pelota con control	Monta en una bicicleta de dos ruedas con las ruedas de apoyo
Coge una pelota botando	Da cuatro saltos con un solo pie	

FIGURA 8.2 El desarrollo de las habilidades motoras gruesas en la niñez temprana
Las habilidades están ordenadas por el orden de dificultad dentro de cada grupo de edad.

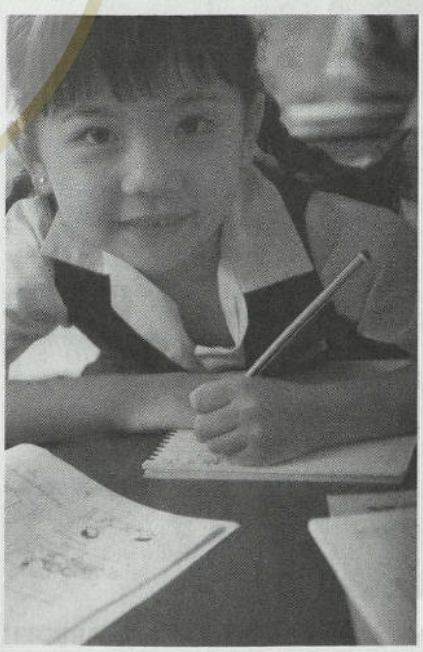
Niños de 37 a 48 meses	Niños de 49 a 60 meses	Niños de 61 a 72 meses
Se aproxima a hacer círculos	Se atan y desatan los cordones	Dobla un papel en dos y en cuatro mitades
Corta papel	Corta siguiendo una línea	Dibuja su mano
Pega utilizando pegamento en barra	Ensarta 10 cuentas	Dibuja rectángulos, círculos, cuadrados y triángulos
Construye un puente con tres bloques	Copia una X	Corta el interior de una pieza de papel
Construye una torre con ocho bloques	Abre y coloca una pinza (con una mano)	Colorea apropiadamente con lápices de cera
Dibuja 0 y +	Construye un puente con cinco bloques	Hace objetos de arcilla con dos partes pequeñas
Viste y desviste a una muñeca	Echa líquido de diversos recipientes	Reproduce letras
Echa líquido de una jarra sin derramarlo	Escribe su nombre	Copia dos palabras cortas

FIGURA 8.3 El desarrollo de las habilidades motoras finas en la niñez temprana
Las habilidades están ordenadas aproximadamente por su dificultad dentro de cada período de edad.

Diestros o zurdos Durante siglos, los zurdos han sufrido una discriminación injusta en un mundo diseñado para diestros. Durante años, los profesores forzaron a los niños a escribir con la mano derecha, incluso cuando eran zurdos. Afortunadamente, hoy en día la mayoría de los profesores dejan a los niños escribir con la mano que prefieran (Wenze y Wenze, 2004).

Origen y desarrollo de zurdos y diestros ¿Cuál es el origen de la preferencia por una mano u otra? La herencia genética parece ser muy importante. En un estudio, la preferencia por una u otra mano de los niños no estaba relacionada con la preferencia de sus padres adoptivos, pero sí con la de sus padres biológicos (Carter-Saltzman, 1980).

Los diestros son dominantes en todas las culturas (parece que hay aproximadamente 9 diestros por cada zurdo) y aparece antes que el impacto de la cultura pueda tener efecto. Por ejemplo, en un estudio realizado mediante ecografías sobre la preferencia del feto por chupar el pulgar mostraron que 9 de cada 10 fetos eran más propensos a chupar el pulgar de su mano derecha (Hepper, Shahidullah y White, 1990). Los recién nacidos también muestran preferencia por una parte del cuerpo. En otro estudio, el 65 por 100 de los bebés giran la cabeza hacia la derecha cuando están boca abajo en la cuna (Michel, 1981). El 15 por 100 prefería girar la cabeza hacia la izquierda y el 20 por 100 restante no mostraron preferencia. Esta preferencia por la derecha o la izquierda se relacionó con el desarrollo posterior de los niños diestros o zurdos.



Hoy en día, la mayoría de los profesores dejan a los niños escribir con la mano que ellos eligen. *¿Cuáles son las principales razones para que un individuo sea diestro o zurdo?*

Preferencia por derecha o izquierda, el cerebro y el lenguaje Aproximadamente el 95 por 100 de los individuos diestros procesan el habla primordialmente en el hemisferio izquierdo del cerebro (Springer y Deutsch, 1985). Sin embargo, los individuos zurdos muestran más variaciones. Más de la mitad de los zurdos procesan el habla en el hemisferio izquierdo, de la misma forma que los diestros. Sin embargo, aproximadamente un cuarto de los zurdos procesa el habla indistintamente en ambos hemisferios (Knecht y otros, 2000).

¿Existen diferencias en el desarrollo del lenguaje entre los niños zurdos y diestros? Los estudios más consistentes afirman que los zurdos son más propensos a tener problemas de lectura (Natsopoulos y otros, 1998).

Preferencias por derecha o izquierda y otras habilidades Aunque existe una tendencia por parte de los niños zurdos a tener más problemas de lectura que los

diestros, entre los zurdos son más comunes los matemáticos, músicos, arquitectos y artistas (Miguel Ángel, Leonardo da Vinci y Picasso eran zurdos) (Schacter y Ransil, 1996). Los arquitectos y los artistas zurdos se benefician de la tendencia que tienen los zurdos a ciertas habilidades viso-espaciales y son capaces de imaginar estructuras espaciales (Holtzen, 2000). Además, en un estudio con más de 100.000 estudiantes que realizaron el Test de Aptitudes Escolares (SAT) (el equivalente en Estados Unidos a la Selectividad española), el 20 por 100 del grupo con mayor puntuación era zurdo, el doble del índice de zurdos encontrados en la población general (10 %) (Bower, 1985).

Nutrición

¿Cuáles son las necesidades energéticas de un niño de educación infantil? ¿Cómo es el comportamiento alimentario de un niño preescolar?

Necesidades energéticas Los hábitos de alimentación y de comida son aspectos importantes del desarrollo durante la niñez temprana (Leavitt, Tonniges y Rogers, 2003; Wardle y otros, 2003). Lo que los niños comen afecta al crecimiento de su esqueleto, su forma corporal y su susceptibilidad a las enfermedades. El gobierno federal de los Estados Unidos reconoce que la nutrición es importante para el crecimiento y el desarrollo del niño, por eso proporciona dinero para los programas de comedores escolares.

Los requerimientos energéticos para cada niño están determinados por el **índice basal del metabolismo**, que es la cantidad mínima de energía que una persona utiliza en un estado de reposo. De media, un niño necesita 1.700 calorías al día, pero las necesidades energéticas de cada niño de la misma edad, sexo y estatura varían. Aunque las razones para estas variaciones siguen sin tener explicación, las diferencias en la actividad física, el metabolismo basal y la eficiencia con la que los niños utilizan la energía son algunas de las posibles explicaciones.

Comportamiento alimentario Una de las preocupaciones fundamentales de los cuidadores implica la cantidad apropiada de grasa que existe en la dieta de los niños (Troiano y Flegal, 1998). Mientras algunos padres concienciados con la salud pueden proporcionar muy poca grasa a las dietas de los niños, otros padres pueden estar proporcionando un porcentaje de grasa y calorías demasiado alto. Nuestro estilo de vida, en el que a menudo comemos rápido y cualquier cosa, contribuye al aumento de grasa en la dieta de los niños. La Asociación Americana del Corazón (*The American Heart Association*) recomienda que el límite de calorías diarias provenientes de las grasas debe ser aproximadamente el 35 por 100, y gran parte de la comida rápida tienen un contenido en grasa que es demasiado alto para una buena salud.

Tener sobrepeso puede ser un serio problema en la niñez temprana (Borra y otros, 2003; Ruxton, 2004). El porcentaje de niños obesos en Estados Unidos ha aumentado de forma drástica en los últimos años, y el porcentaje es muy probable que aumente a no ser que se produzcan cambios en el estilo de vida de los niños (Dietz, 2004; Freeman-Fobbs, 2003; Ottley, 2004). La obesidad infantil contribuye a un gran número de problemas de salud. Por ejemplo, los médicos están tratando ahora diabetes de tipo II (de aparición en adultos), una condición relacionada directamente con la obesidad y con un bajo nivel de estado de forma, en niños de tan solo cinco años (Perry, 2001; Tresaco y otros, 2004).

¿Está asociada la obesidad con una autoestima baja en los niños? En un estudio reciente, se vio la relación entre el peso y la autoestima en niñas de cinco años (Davison y Birth, 2001). Las niñas que tenían sobrepeso tenían una autoestima corporal más baja que aquellas que no tenían sobrepeso. Por tanto, con tan sólo cinco años el sobrepeso está relacionado con una autoestima más baja.

La prevención de la obesidad en los niños incluye ayudar a los niños y a los padres a ver la comida como una manera de satisfacer el hambre y las necesidades nutricionales, no como una prueba de amor o una recompensa por un buen comportamiento (Borra y otros, 2003; Golan y Crow, 2004). Los *snacks* deben ser bajos en calorías, azúcares simples y sales, a la vez que altos en fibras. La rutina de actividad física debe ser diaria (Anza, Greenberg y Unger, 2004; Bendelius, 2004; Fox, 2004). La vida del niño debe centrarse en las actividades y no en la comida (Rothstein, 2001). Hablaremos mucho más sobre la obesidad infantil en el Capítulo 10, «Desarrollo físico y cognitivo en la niñez intermedia y tardía».

Uno de los problemas nutricionales más comunes en la niñez temprana es la anemia por deficiencia de hierro, que tiene como resultado una fatiga crónica (Carley, 2003). Éste es un problema que se produce por la falta ingesta de cantidades adecuadas de carnes de calidad y verduras. Los niños de familias con bajos recursos económicos son los más propensos a desarrollar esta anemia (Majumdar y otros, 2003).

Enfermedad y muerte

¿Cuáles son las principales causas de muerte infantil en Estados Unidos? ¿Cuáles son los mayores riesgos para la salud de los niños hoy en día? ¿Cuál es la mortalidad infantil alrededor del mundo?

Estados Unidos Si un pediatra que dejó de ejercer hace 50 o 60 años observara las enfermedades y la salud de los niños de hoy en día, la visión sería más de ciencia ficción que de hechos en sí (Elias, 1998). La historia de la salud de los niños en los últimos 50 años ha cambiado hacia la prevención y el cuidado ambulatorio.

En las últimas décadas, las vacunas han erradicado casi por completo la meningitis y han reducido en gran medida la incidencia del sarampión, la rubéola, las paperas y la varicela. Desde 1950 hasta hoy, se ha producido un descenso considerable en las muertes de niños menores de cinco años por inmadurez al nacer, alteraciones del nacimiento, accidentes, cáncer, homicidio y enfermedades cardiacas. Aunque los peligros de muchas enfermedades contagiosas para los niños han disminuido, es importante que los padres sigan un calendario de vacunaciones para prevenir el resurgimiento de estas enfermedades.

En Estados Unidos los accidentes son la principal causa de muerte infantil (Nacional Vital Statistics Reports, 2001) (véase la Figura 8.4). Los accidentes de tráfico, los ahogamientos, las caídas y los envenenamientos también son otras de las causas de muerte entre los niños.

Las influencias en la seguridad de los niños durante la infancia incluyen la adquisición y la práctica de habilidades individuales y comportamientos seguros, influencias familiares y del hogar, influencias del colegio y los iguales y acciones de la comunidad (Tinsley, 2003). Observa que estas influencias se reflejan en el modelo ecológico de Bronfenbrenner sobre el desarrollo que describimos en el Capítulo 2, «La ciencia del desarrollo del ciclo vital». La Figura 8.5 muestra cómo estos contextos ecológicos pueden influir en la seguridad de los niños y la prevención de accidentes (Sleet y Mercy, 2003). Hablaremos sobre las influencias contextuales en la salud de los niños de nuevo.

Hoy en día una preocupación fundamental sobre las enfermedades y la salud infantil es la exposición al humo del tabaco. Se estima que aproximadamente el 22 por 100 de los niños y adolescentes están expuestos en Estados Unidos al humo del tabaco en casa. Un número cada vez mayor de estudios han llegado a la conclusión de que la salud de los niños corre riesgo cuando estos viven en casas donde los padres fuman (Gehrman y Hovell, 2003; Johansson, Hermansson y Ludvigsson, 2004). Según un estudio, si la madre fumaba, los hijos eran dos veces más propensos a desarrollar problemas respiratorios (Etzel, 1988). Los niños expuestos



FIGURA 8.4 Principales causas de muerte en niños de uno a cuatro años
Estas cifras están basadas en el número de muertes por cada 100.000 niños de uno a cuatro años en Estados Unidos en 1999 (*National Vital Statistics Report*, 2001).

Individuo
El desarrollo de las habilidades sociales y la habilidad para regular emociones.
Implicación en actividades que promuevan el apego positivo y las habilidades prosociales.
Adquisición de habilidades académicas tempranas y conocimiento.
Control de los impulsos (como no salir corriendo a la carretera detrás de la pelota).
El uso frecuente de protección personal (como cascos para la bicicleta y sillas de seguridad para el coche).
Familia/Casa
Gran conocimiento y conciencia sobre el tratamiento de los niños y las habilidades como padres.
Participación del cuidador en la educación del niño y las actividades sociales.
Protección constante del niño (como hacer que el niño use el cinturón de seguridad).
Presencia de equipos de seguridad en casa (como las alarmas de incendio y cerraduras en los armarios).
Colegio/iguales
Promoción de la relación entre el colegio y la casa.
Disponibilidad de programas de enriquecimiento, especialmente para familias con pocos recursos.
Ausencia de riesgos en las áreas de juego.
Apoyo para la seguridad y la prevención de daños.
Política y programas de prevención de daños y promoción de la seguridad.
Comunidad
Disponibilidad de actividades positivas para los niños y sus padres.
Supervisión activa de los riesgos del entorno.
Política de prevención efectiva (como una valla en la piscina).
Compromiso para los servicios médicos de emergencia y cuidados traumatológicos para los niños.
Conciencia en los temas de seguridad.

FIGURA 8.5 Contextos, seguridad y prevención de accidentes infantiles

al humo del tabaco en casa son más propensos a desarrollar síntomas de problemas respiratorios y asma que los niños que viven en hogares libres de humos (Berman y otros, 2003; Drongowski y otros, 2003; Murray y otros, 2004).

El humo del tabaco en el ambiente también afecta a la cantidad de vitamina C en los niños y los adolescentes. Según un estudio reciente, cuando los padres fumaban en casa, los niños y adolescentes desde los cuatro a los 18 años tenían niveles considerablemente más bajos de vitamina C en la sangre que los que vivían en una casa donde no se fumaba (Strauss, 2001). Cuanto más fuman los padres, menor es el nivel de vitamina C de los niños y adolescentes. Los niños expuestos al humo del tabaco deben ser alentados a comer alimentos ricos en vitamina C o tomar un suplemento vitamínico (Preston y otros, 2003).

Otra de las preocupaciones actuales en Estados Unidos se centra en la salud de los niños de familias con pocos recursos económicos (Richter, 2003; Wagstaff y otros, 2004). Aproximadamente 11 millones de niños de educación infantil en Estados Unidos sufren malnutrición y, por tanto, tienen riesgo de sufrir problemas de salud. Muchos tienen una menor resistencia que otros niños a las enfermedades, incluyendo enfermedades leves, como resfriados y más graves como la gripe. Además, se estima que aproximadamente tres millones de niños menores de tres años corren el riesgo de envenenamiento por plomo (Brittle y Zint, 2003; Moya, Bearer y Etzel, 2004). El plomo puede introducirse en el torrente sanguíneo de los niños a través de alimentos o agua contaminada, introduciéndose los dedos manchados con plomo en la boca o inhalando polvo de pintura. Los efectos negativos del plomo en la sangre de los niños son menor inteligencia, rendimiento académico y déficit de atención con hiperactividad (Breysse y otros, 2004; Canfield y otros, 2003). Los niños que viven en situación de pobreza tienen un mayor riesgo de contaminación por plomo que los que viven en condiciones socioeconómicas más favorables.

Enfermedades y salud de los niños en el mundo Cada año UNICEF realiza un informe titulado «El estado de los niños del mundo». En el estudio más reciente, UNICEF (2003) hacía hincapié en la importancia de la información sobre el índice de mortalidad de niños menores de cinco años de una nación. UNICEF concluyó que el índice de mortalidad en menores de cinco años es el resultado de una amplia variedad de factores, incluyendo la salud nutricional y el conocimiento de la salud de las madres, el nivel de inmunización, la deshidratación, la disponibilidad de servicios de salud maternal e infantil y la disponibilidad de agua potable y condiciones de salubridad seguras y la seguridad general del entorno del niño.

UNICEF (2003) realiza un informe con el ranking de los países con un índice de mortalidad infantil en menores de cinco años. En 2001, 35 países tenían un índice de mortalidad en menores de cinco años menor que el de Estados Unidos, siendo Suecia la que contaba con el menor índice de todos. La tasa relativamente alta de mortalidad de niños menores de cinco años en Estados Unidos comparada con la de otros países desarrollados se debe a factores como la pobreza y cuidados sanitarios inadecuados.

Los efectos más devastadores en la salud de los niños se producen en países donde el índice de pobreza es muy alto. Existe una mayoría de población pobre casi en una de cada cinco naciones del mundo (UNICEF, 2003). En ellas se producen, a menudo, problemas de hambre, malnutrición, enfermedades, acceso inadecuado a los cuidados sanitarios, agua contaminada y falta de protección ante los peligros (UNICEF, 2004).

En la última década, se ha producido un aumento dramático de niños que mueren debido al virus del SIDA, que le trasmiten sus padres (Atinmo y Oyewole, 2004, UNICEF, 2002). Las muertes por SIDA en los niños se producen especialmente en países con un alto índice de pobreza y un nivel bajo de educación. Por ejemplo, entre personas analfabetas la creencia de que no hay forma de evitar el SIDA es cuatro veces más común y son tres veces más propensos a desconocer que el virus puede ser trasmitido de la madre al hijo (UNICEF, 2002).

Muchas muertes de niños alrededor del mundo se pueden prevenir reduciendo la pobreza y mejorando la nutrición, la higiene, la educación y los servicios sanitarios.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Identificar los cambios físicos en la niñez temprana

REVISA

- ¿Qué caracteriza el crecimiento y el cambio corporal?
- ¿Qué cambios se producen en el desarrollo motor?
- ¿Qué papel juega la nutrición en la niñez temprana?
- ¿Cuáles son algunas de las causas de enfermedad y muerte entre los niños de Estados Unidos y alrededor del mundo?

REFLEXIONA

- ¿Cuáles eran tus hábitos alimentarios cuando eras niño? ¿En qué medida eran iguales o diferentes a tus hábitos actuales? ¿Fueron tus hábitos alimentarios precursores de que hoy tengas o no problemas de peso?

2 CAMBIOS COGNITIVOS

El estadio preoperacional de Piaget | **La teoría del desarrollo de Vygotsky** | **Procesamiento de la información**

El mundo cognitivo del niño de educación infantil es creativo, libre e imaginativo. La imaginación de los niños preescolares trabaja todo el tiempo y su comprensión mental del mundo mejora. Nuestro estudio del desarrollo cognitivo en la niñez temprana se centra en tres teorías: la teoría de Piaget, la teoría de Vygotsky y el procesamiento de la información.

El estadio preoperacional de Piaget

Recordemos del Capítulo 6 que, durante el estadio del desarrollo sensorio-motor de Piaget, el niño mejora su habilidad para organizar y coordinar sensaciones y percepciones con movimientos físicos y acciones. ¿Qué tipo de cambios tienen lugar en la fase preoperacional?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

El estadio preoperacional se extiende desde los dos a los siete años. Es en este momento cuando se forman los conceptos estables, aparece el pensamiento racional, comienza a aparecer fuertemente el egocentrismo y después disminuye y se construyen las creencias mágicas. El nombre *preoperacional* hace hincapié sobre el hecho de que el niño en este estadio todavía no piensa de forma operacional.

¿Qué son las operaciones? Las **operaciones** son un conjunto de acciones que permiten que el niño realice antes mentalmente lo que hacen físicamente. Las sumas y restas mentales de números son ejemplos de operaciones.

Aunque el pensamiento en el estadio preoperacional es equívoco y no está bien organizado. El pensamiento preoperacional es el principio de la habilidad para reconstruir el nivel de pensamiento que ha sido establecido en el comportamiento. También supone una transición en la utilización de símbolos primitivos a otros más sofisticados. El pensamiento preoperacional puede dividirse en dos subestadios: el subestadio de función simbólica y el subestadio del pensamiento intuitivo.

Subestadio de función simbólica El **subestadio de función simbólica** es el primer subestadio del pensamiento preoperacional, que se produce aproximadamente entre los dos y los cuatro años. En este subestadio, el niño adquiere la habilidad de representar mentalmente un objeto que no está presente. La habilidad para realizar este pensamiento simbólico se llama *función simbólica* y ocupa gran parte el mundo mental del niño. Los niños utilizan los garabatos para representar a gente, casas, coches, nubes y muchos otros aspectos del mundo. Otros ejemplos de simbolismo en la niñez temprana son el lenguaje y los juegos simbólicos. En resumen, en este subestadio del pensamiento preoperacional predominan la habilidad para pensar de forma simbólica y representar el mundo mentalmente (DeLoache, 2004). Aunque los niños realizan diferentes progresos durante este subestadio, su pensamiento todavía presenta varias limitaciones importantes, dos de ellas son el egocentrismo y el animismo.

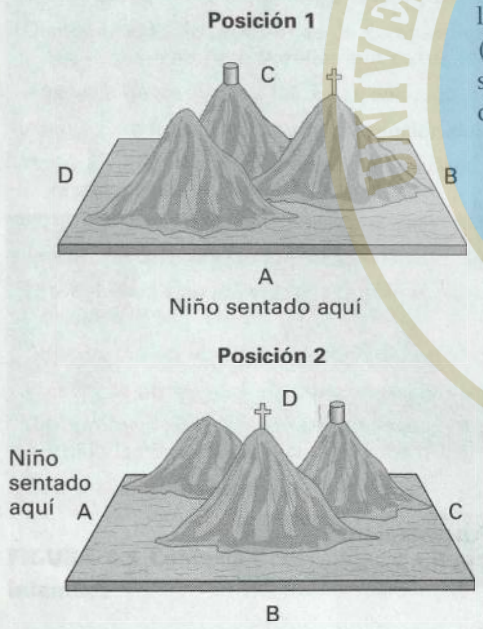


FIGURA 8.6 La tarea de las tres montañas
La posición 1 muestra la perspectiva del niño desde su asiento. La posición 2 es un ejemplo de fotografía que se le muestra al niño, junto con otras diferentes perspectivas. Para identificar correctamente la posición, el niño tiene que tener la perspectiva de una persona sentada en el lugar B. Invariablemente, un niño de educación infantil que piensa de forma preoperacional no puede realizar esta tarea. Cuando preguntamos qué vista de las montañas se ve desde la posición B, el niño selecciona la fotografía tomada desde la localización A, que es la vista del niño en ese momento.

El **egocentrismo** es una característica destacada del pensamiento preoperacional. Es la dificultad para distinguir entre una perspectiva propia y la de otros. La siguiente conversación telefónica entre Mary, de cuatro años, que se encuentra en casa, y su padre, que está trabajando, ejemplifica el pensamiento egocéntrico:

— **Padre:** Mary, ¿mamá está en casa?
— **Mary:** (*asiente con la cabeza*).
— **Padre:** Mary, ¿puedo hablar con mamá?
— **Mary:** (*realiza otra vez silenciosas inclinaciones de cabeza*).

La respuesta de Mary es egocéntrica ya que no considera la perspectiva de su padre cuando responde, ella no se da cuenta de que él no puede verla.

Piaget y Barbel Inhelder (1969) inicialmente estudiaron el egocentrismo en los niños mediante su diseño de la tarea de las tres montañas (véase la Figura 8.6). El niño camina alrededor del modelo de las montañas y se familiariza con su aspecto desde diferentes perspectivas. Durante este tiempo el niño también puede ver los diferentes objetos en las montañas. Después se sienta en un lado de la mesa donde están colocadas las montañas. El experimentador mueve una muñeca en diferentes direcciones alrededor de la mesa. En cada lugar de la mesa se pide al niño que seleccione, de una serie de fotos, aquella que refleje lo que la muñeca ve en cada momento. El niño en la etapa preoperacional con frecuencia elige la foto que refleja la visión que él tiene desde su lugar y no la de la muñeca. La perspectiva no se desarrolla uniformemente en los niños preescolares, que frecuentemente muestran habilidades de perspectiva en algunas tareas pero no en otras.

El **animismo** es otra limitación dentro del pensamiento preoperacional. Es la creencia de que los objetos «inanimados» tienen la cualidad de estar vivos

y de que son capaces de actuar. Un niño pequeño podría mostrar animismo al decir frases como: «El árbol empujó la hoja y por eso se cayó» o «La banqueta me cae mal porque hizo que me cayera». Un niño que utiliza el animismo no distingue las ocasiones apropiadas para utilizar la perspectiva humana y la perspectiva nohumana (Gelman y Opfer, 2004).

Posiblemente porque los niños no están muy preocupados sobre la realidad, sus dibujos son imaginarios y creativos. El sol es azul, el cielo amarillo y los coches flotan en las nubes en su mundo simbólico e imaginativo. Un niño de tres años y medio miró a un garabato que acababa de hacer y lo describió como un pelícano dando un beso a una ballena (véase la Figura 8.7). El simbolismo es simple, pero fuerte, no muy diferentes de las abstracciones propias del arte moderno. Como señaló Picasso: «Yo dibujaba como Rafael, pero me ha llevado toda una vida dibujar como un niño». Durante el período de la escuela primaria, los dibujos de los niños se vuelven más realistas, ordenados y precisos (véase la Figura 8.7*b*). El sol es amarillo, el cielo azul y los coches viajan por las carreteras (Winner, 1986).

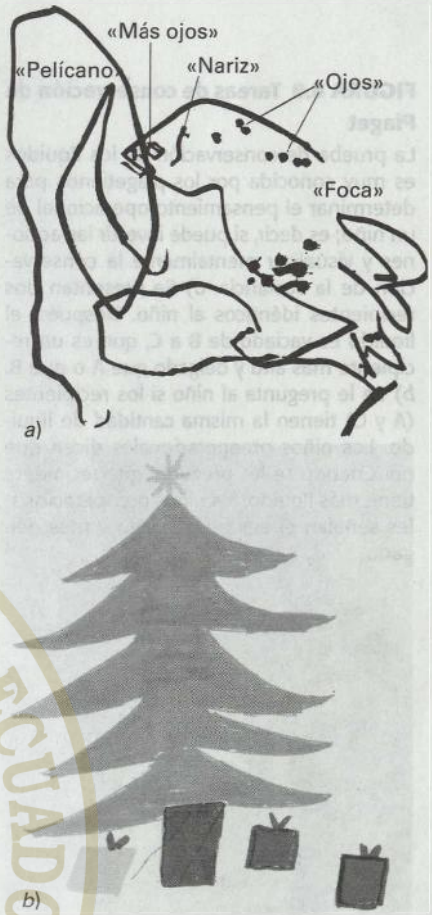


FIGURA 8.7 Los dibujos simbólicos de los niños

a) El dibujo simbólico de un niño de tres años y medio. A la mitad del dibujo, el niño dijo que había «un pelícano besando a una foca». b) Este es un dibujo de un niño de 11 años, ya es más nítido y realista, pero también con menos inventiva.

El subestadio del pensamiento intuitivo Tommy tiene cuatro años y aunque está empezando a desarrollar sus propias ideas sobre el mundo en el que vive, éstas son todavía simples y sus pensamientos no están muy desarrollados. Tiene dificultades comprendiendo hechos que sabe que están teniendo lugar pero que no puede ver. Sus pensamientos imaginarios tienen poco que ver con la realidad. Todavía no puede responder a la pregunta de «¿qué pasa si...?» de forma fiable. Por ejemplo, sólo tiene una vaga idea de lo que pasaría si un coche le golpeara. También tiene dificultades a la hora de cruzar la calle, ya que no puede hacer un cálculo mental sobre la proximidad de los coches y si le pueden atropellar.

El **subestadio del pensamiento intuitivo** es el segundo subestadio y ocurre desde los cuatro hasta los siete años de edad. En este subestadio, los niños comienzan a usar un tipo de razonamiento primitivo y quieren saber las respuestas a toda clase de preguntas. Piaget llama a este subestadio *intuitivo* porque, por una parte el niño parece muy seguro de sus conocimientos y de su comprensión, aunque no sea consciente de cómo sabe lo que sabe. Es decir, conocer las cosas, pero sin usar el pensamiento racional.

Una característica importante del pensamiento preoperacional es la **centración** —la atención se enfoca, o se centra, en una característica excluyendo a todas las demás—. La centración se presenta con más claridad en los niños que carecen del concepto de **conservación** —la idea de que alterar la apariencia de un objeto no cambia sus propiedades cuantitativas—. Para los adultos es obvio que cierta cantidad de líquido es la misma aunque el recipiente cambie, pero esto no es tan obvio para los niños. Más bien, ellos están concentrados en la altura del líquido en el recipiente. En la tarea de conservación —las evaluaciones más famosas de Piaget— a un niño se le presentan dos recipientes iguales, cada uno lleno con la misma cantidad de líquido (véase la Figura 8.8). Se le pregunta al niño si los recipientes tienen la misma cantidad de líquido y, normalmente, responde que sí. Después el líquido de uno de los recipientes se vierte a un tercero, que es más delgado y más alto que los dos primeros. Se pregunta entonces si la cantidad de líquido en el recipiente alto, es igual a la del segundo recipiente. Los niños menores de siete u ocho años, en general, dicen que no y justifican su respuestas refiriéndose a la diferencia de altura y anchura de los recipientes. Los niños mayores generalmente contestan que sí y justifican su respuesta de forma apropiada («si volvemos a echar el líquido en el anterior, la cantidad seguirá siendo la misma»).

En la teoría de Piaget, fallar en la tarea de la conservación de los líquidos indica que el niño está en la etapa preoperacional del desarrollo cognitivo. Pasar la prueba sugiere que el niño se encuentra en la etapa operacional concreta. Desde el punto de vista de Piaget, el niño preoperacional falla al mostrar la conservación no sólo de líquidos sino también de cantidad, sustancia, longitud, volumen y área (la Figura 8.9 representa varios supuestos). Los niños a menudo varían en el des-

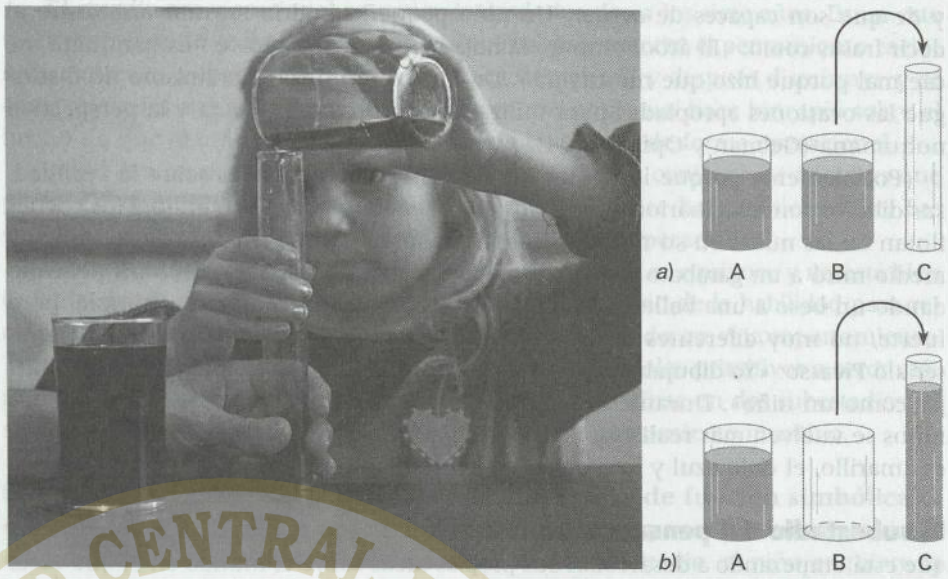


FIGURA 8.8 Tareas de conservación de Piaget

La prueba de conservación de los líquidos es muy conocida por los piagetianos para determinar el pensamiento operacional de un niño; es decir, si puede invertir las acciones y visualizar mentalmente la conservación de la sustancia. *a*) Se presentan dos recipientes idénticos al niño. Después, el líquido es vaciado de B a C, que es un recipiente más alto y delgado que A o que B. *b*) Se le pregunta al niño si los recipientes (A y C) tienen la misma cantidad de líquido. Los niños preoperacionales dicen que no. Cuando se les pregunta qué recipiente tiene más líquido, los niños preoperacionales señalan el envase más alto y más delgado.

empeño de las diferentes tareas de conservación. De este modo, un niño puede ser capaz de conservar el volumen pero no el número.

La incapacidad de los niños para revertir mentalmente las acciones es una característica importante del pensamiento preoperacional. Por ejemplo, en la conservación de la sustancia que se muestra en la Figura 8.9, los niños preoperacionales dicen que la figura más larga tiene más arcilla porque asumen que «cuanto más larga, más cantidad tiene». Los niños preoperacionales no pueden invertir mentalmente el proceso de volver a enrollar la arcilla para ver que la cantidad es la misma en ambas, la más plana y la más larga.

Algunos psicólogos evolutivos no creen que Piaget esté por completo en lo cierto en su estimación del momento en el que aparece la conservación. Por ejemplo, Rochel Gelman (1969) demostró que cuando la atención de los niños a aspectos relevantes de las tareas de conservación mejora, su habilidad para resolver

Tipo de conservación	Presentación inicial	Transformación	Respuesta del niño preoperacional
Número (cantidades discretas)	Se muestran dos filas idénticas de objetos (como botones o canicas) al niño, que está de acuerdo con que tienen el mismo número.	Se alarga una fila y se le pregunta al niño si una fila tiene ahora más objetos.	Sí, la fila más larga.
Sustancia	Se muestran al niño dos bolas idénticas de plastilina. El niño está de acuerdo en que las dos son iguales.	El experimentador cambia la forma de una bola (por ejemplo, hace una salchicha) y le pregunta al niño si todavía contienen la misma cantidad de plastilina.	No, la más larga tiene más.
Longitud	Longitud Se sitúan dos palos de la misma longitud frente al niño. El niño está de acuerdo con que los dos tienen la misma longitud.	El experimentador mueve un palo hacia la derecha, después le pregunta al niño si son iguales en longitud.	No, el de arriba es el más largo.

FIGURA 8.9 Algunas dimensiones de la conservación: número, sustancia y longitud

tareas de conservación también mejora. Gelman también ha demostrado que el entrenamiento de la atención en un tipo de tarea de conservación, como las cantidades, mejora el desempeño en otro tipo de tareas de conservación, como jugar con plastilina. Por tanto, Gelman cree que la conservación aparece antes de lo que Piaget pensaba y la atención es un factor importante en la explicación de la conservación.

Otra característica de los niños preoperacionales es que hacen muchas preguntas. El promedio comienza a los tres años, pero a los cinco años, ellos no se cansan de preguntar a los adultos «¿por qué?». Las preguntas son una señal del desarrollo mental del niño y refleja su curiosidad intelectual. Esas preguntas marcan la aparición en el niño del interés por el razonamiento y por descubrir por qué las cosas son como son. Aquí exponemos algunas preguntas de este período de los cuatro a los seis años (Elkind, 1976):

- «¿Qué nos hace crecer?»
- «¿Por qué una mujer se tiene que casar para tener un bebé?»
- «¿Quién era la madre cuando todo el mundo era bebé?»

La teoría del desarrollo de Vygotsky

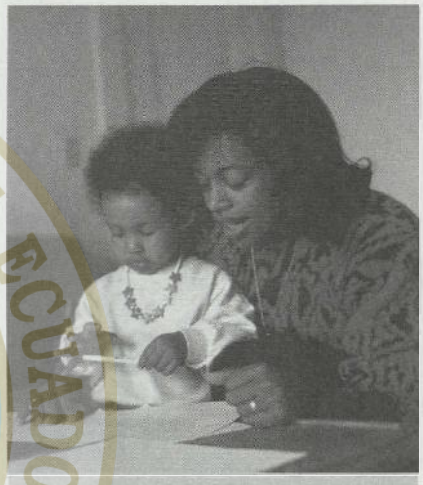
En el Capítulo 2, describimos los principios básicos de la teoría de Vygotsky. Aquí vamos a ampliar su teoría, comenzando con sus particulares ideas sobre la zona de desarrollo próximo (ZDP).

La zona de desarrollo próximo (ZDP) La **zona de desarrollo próximo (ZDP)** es el término que utilizó Vygotsky (1962) para el rango de las tareas que resultan muy difíciles para que los niños las realicen solos, pero que pueden aprender con la guía y asistencia de los adultos o de otros niños más cualificados. Así, el límite más bajo de la ZDP es el nivel de resolución de problemas que el niño logra trabajando de manera independiente. El nivel más alto es aquel donde el niño acepta responsabilidad adicional con la asistencia de un instructor (véase la Figura 8.10). El énfasis que puso Vygotsky en la ZDP subraya su creencia en la importancia de la influencia social, especialmente la instrucción, sobre el desarrollo cognitivo de los niños. Un ejemplo de ZDP es cuando un adulto ayuda a un niño a hacer un puzzle.

La ZDP involucra tanto las destrezas cognitivas en proceso de maduración en el niño, como su nivel de desempeño con la ayuda de una persona más capacitada (Bodrova y Leong, 2003; Rowe y Wertsch, 2004, Shamir y Tzuriel, 2004). Vygotsky (1962) los llamó «brotes» o «flores» del desarrollo, para distinguirlos de los «frutos» del desarrollo, que el niño es capaz de lograr de manera independiente.

Andamiaje En el Capítulo 7, hemos hablado del concepto de andamiaje en el desarrollo socio-emocional. Aquí describimos su papel en el desarrollo cognitivo. Ligado estrechamente a la idea de ZDP se encuentra el concepto de andamiaje, que significa el cambio del nivel de apoyo. Durante una sesión instruccional, una persona más capacitada ajusta la cantidad de ayuda para encajar en el nivel de desarrollo del niño. Cuando la tarea es nueva, la persona más capacitada da instrucciones directas. Conforme la competencia del niño aumenta, se le da menos asistencia.

Lenguaje y pensamiento De acuerdo con Vygotsky el niño usa el lenguaje no sólo para la comunicación social, sino también como ayuda para resolver tareas. Vygotsky (1962) afirma que los niños utilizan el lenguaje para planear, guiar y observar su comportamiento como autorregulador. El uso del lenguaje para la autorregulación se llama habla interna o *habla privada*. Para Piaget, la comunicación privada es egocéntrica e inmadura, pero para Vygotsky es una herramienta importante del pensamiento durante la niñez temprana.



Límite superior

Nivel de conocimiento adicional que el niño puede lograr con la asistencia de un instructor capacitado (profesor u otro compañero)

Zona de desarrollo próximo (ZDP)

Límite inferior

Nivel de resolución de problemas que el niño alcanza trabajando solo

FIGURA 8.10 Zona de desarrollo próximo de Vygotsky
La zona de desarrollo próximo de Vygotsky tiene un límite inferior y uno superior. Las tareas en la ZDP son muy difíciles para que un niño las realice solo. Requieren asistencia de un adulto o de un niño más cualificado. A medida que los niños atienden a la instrucción verbal o demostraciones, organizan la información en su estructura mental para eventualmente realizar las tareas o trabajos por sí solos.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Vygotsky decía que el lenguaje y el pensamiento se desarrollan inicialmente de manera independiente uno de otro para luego fusionarse. Él hacía hincapié en que todas las funciones mentales tienen orígenes externos o sociales. Los niños deben usar el lenguaje para comunicarse con los demás, antes de abordar sus propios pensamientos. Ellos también se comunican externamente y usan el lenguaje por períodos largos antes de que se produzca la transición de la comunicación externa a la interna. Este período de transición se produce entre los tres y los siete años e implica hablar con uno mismo. Después de un tiempo, el hablar con uno mismo se convierte en algo interno para el niño y entonces es capaz de actuar sin verbalizar. Cuando esto ocurre, los niños han interiorizado el habla egocéntrica en forma de *discurso interno*, que se convierte en sus pensamientos.

Vygotsky afirmaba que los niños que utilizaban mucho la comunicación privada son más competentes socialmente que quienes no lo hacían (Santiago-Delefosse y Delefosse, 2002). Argumentaba que el *habla privada* representa una transición temprana para volverse más comunicativo socialmente. Para Vygotsky, cuando un niño habla para sí mismo está utilizando un lenguaje que dirige su comportamiento y que lo guía. Por ejemplo, un niño haciendo un puzzle puede decirse a sí mismo: «¿Qué pieza tengo que poner primero? Intentaré poner primero las verdes. Ahora necesito algunas azules. No, la azul no encaja aquí. Lo intentaré aquí».

Piaget afirmaba que el hecho de hablar para uno mismo era egocéntrico y reflejaba inmadurez. Sin embargo, algunos investigadores han encontrado fundamentos para el punto de vista de Vygotsky sobre el papel positivo de la comunicación privada en el desarrollo del niño (Winsler, Carlton y Barry, 2000). Los investigadores han descubierto que los niños utilizan más el lenguaje privado cuando las tareas son difíciles, cuando se señalan sus errores y cuando no están seguros de cómo seguir (Berk, 1994). También han revelado que los niños utilizan el lenguaje privado son más atentos y mejoran sus actuaciones más que los que no lo usan (Berk y Spuhl, 1995).

Estrategias de enseñanza La teoría de Vigotsky ha sido incorporada por muchos profesores y aplicada con éxito en la educación (Berninger y otros, 2004; Goos, 2004; Rowe y Wertsch, 2004; Tudge y Scrimsher, 2003). Aquí presentamos algunas formas en las que la teoría de Vygotsky puede ser incorporada en el aula:

1. *Utilizar la zona de desarrollo próximo del niño en la enseñanza.* La enseñanza debe empezar cerca del límite superior de la zona, para que el niño sea capaz de alcanzar el objetivo con la ayuda y avanzar a un nivel superior de habilidad y conocimiento. Ofrece sólo la ayuda necesaria. Puedes preguntar «¿qué puedo hacer para ayudarte?». O simplemente observa las intenciones y esfuerzos del niño, proporciónale apoyo de forma gradual cuando sea necesaria. Cuando el niño dude, motívalo. Y anímalo a intentarlo y ofrécele ayuda cuando el niño no sepa qué hacer.
2. *Utilizar a compañeros más cualificados como profesores.* Recuerda que no sólo los profesores son importantes para ayudar a los alumnos a aprender ciertas habilidades. Los alumnos también se benefician con la ayuda que les brindan los compañeros más expertos (John-Steiner y Mahn, 2003).
3. *Observar y motivar a los niños a que utilicen su comunicación privada.* Debemos ser conscientes del cambio del habla externa o consigo mismo cuando el niño resuelve un problema durante los años preescolares, al habla privada consigo mismo en los primeros años de la escuela primaria. En la escuela primaria, se debe motivar a los alumnos a interiorizar y regular su habla interna.
4. *Evaluar de forma efectiva la zona de desarrollo próximo de los alumnos.* Vygotsky afirmaba que las pruebas formales y estandarizadas no eran la mejor manera de evaluar el aprendizaje de los niños. Por el contrario, Vygotsky argumentaba que las evaluaciones deberían enfocarse en determinar la zona de

desarrollo próximo de los alumnos. El ayudante cualificado facilita al niño tareas con diferentes niveles de dificultad para determinar el mejor nivel para empezar la instrucción.

5. *Situar el aprendizaje en un contexto significativo.* En la educación de hoy en día, hay cada vez un mayor énfasis en dejar las presentaciones abstractas de material para proporcionar a los estudiantes oportunidades de aprendizaje significativas en escenarios del mundo real. En lugar de enseñar sólo a los niños a memorizar fórmulas matemáticas, los estudiantes trabajan con problemas matemáticos con implicaciones del mundo real (Santrock, 2004).
6. *Transformar el aula con las ideas de Vygotsky.* ¿Cómo es una clase de Vygotsky? El programa de educación elemental Kamehameha (KEEP) está basado en la teoría de Vygotsky (Tharp, 1994). La zona de desarrollo próximo es el elemento clave de la instrucción en este programa. Los niños pueden leer una historia y después interpretar su significado. Muchas de las actividades de aprendizaje tienen lugar en pequeños grupos. Todos los niños pasan al menos 20 minutos cada mañana en un lugar de actividades llamada «Centro Uno». En este contexto, se utiliza el andamiaje para mejorar las habilidades de lectura de los niños. El instructor hace una pregunta, responde a los requerimientos de los alumnos y construye ideas que ellos generan. Miles de niños de familias con pocos recursos han asistido a escuelas públicas con el programa KEEP en Hawai, en la reserva de los Indios Navajo de Arizona y en Los Ángeles. Comparados con un grupo de control de niños que no asistieron al programa KEEP, los niños del programa participaban más activamente de las discusiones en clase, prestaban más atención y con mejores resultados en la lectura (Tharp y Gallimore, 1988).

Según un reciente estudio con una base en la teoría de Vygotsky, parejas de niños de dos escuelas públicas de Estados Unidos trabajaron juntos (Matusov, Bell y Rogoff, 2001). Un miembro de la pareja siempre era de una escuela tradicional, donde los niños tenían pocas oportunidades de cooperar en los trabajos de grupo. El otro miembro de la pareja era de una escuela donde se hacía hincapié en la colaboración a lo largo de todo el día. Los niños con origen escolar más colaborador construían más a menudo ideas cooperando con otros, que los niños de la escuela tradicional. Estos utilizaban primordialmente un sistema de «encuestas» basado en hacer preguntas con respuestas conocidas y retener información para evaluar la comprensión de los alumnos.

Evaluar la teoría de Vygotsky Aunque sus teorías se plantearon aproximadamente al mismo tiempo, la teoría de Vygotsky se conoció después que la de Piaget. Por tanto, la teoría de Vygotsky no ha sido evaluada de manera tan minuciosa. La visión de Vygotsky sobre la importancia de las influencias socioculturales en el desarrollo del niño, encaja con el pensamiento actual sobre la relevancia de evaluar los factores contextuales del aprendizaje (Kozulin, 2000; Kozulin y otros, 2003).

Ya hemos mencionado algunas comparaciones entre las teorías de Vygotsky y de Piaget, como el énfasis de Vygotsky en la importancia del habla interna en el desarrollo, en oposición al punto de vista de Piaget de que aquél es todavía inmaduro. Aunque ambas teorías son constructivistas, la de Vygotsky es un **enfoque constructivista social,** que hace hincapié en los contextos sociales del aprendizaje y en la construcción del conocimiento a través de la interacción social.

Pasando de Piaget a Vygotsky, el cambio conceptual es del individuo a la colaboración, la interacción social y las actividades socioculturales (Rogoff, 1998, 2003). Para Piaget, el punto final del desarrollo cognitivo es el pensamiento operacional formal. Para Vigotsky el punto final puede diferir dependiendo de las habilidades consideradas más importantes en una cultura en particular. Para Piaget, los niños construyen el conocimiento cuando transforman, organizan y reor-

ganizan el conocimiento previo. Para Vygotsky, el conocimiento del niño se construye a través de la interacción social (Tudge y Scrimsher, 2003). La implicación de la teoría de Piaget para la enseñanza es que los niños necesitan ayuda para explorar su mundo y descubrir el conocimiento. La principal implicación de la teoría de Vygotsky para la enseñanza es que deben establecerse múltiples oportunidades para que los alumnos aprendan con profesores y compañeros más cualificados. En ambas teorías, los profesores sirven como asistentes y guías, más que como directores y moldeadores del aprendizaje. La Figura 8.11 compara las teorías de Vygotsky y Piaget.

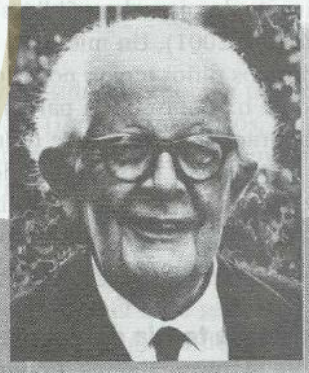
También han surgido críticas a las teorías de Vygotsky. Algunos críticos dicen que él enfatizaba demasiado el papel del lenguaje en el pensamiento. Además, su énfasis en la colaboración y la asistencia tiene riesgos potenciales. ¿Pueden los ayudantes ser a veces demasiado complacientes, como cuando un padre se vuelve demasiado autoritario o controlador? Más adelante, algunos niños pueden volverse vagos y esperar ayuda cuando deberían hacer las cosas por sí mismos.

La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget y la teoría cognitiva sociocultural han proporcionando importantes ideas sobre la forma en la que los niños piensan y cómo éste cambia a lo largo del desarrollo. A continuación, estudiaremos una tercera visión fundamental en el estudio del pensamiento del niño —el procesamiento de la información.

Procesamiento de la información

No sólo podemos estudiar los estadios del desarrollo cognitivo, como hizo Piaget, sino que también podemos estudiar los procesos cognitivos de los niños. Dos aspectos importantes del pensamiento de los niños de educación infantil (o preesco-





	Vygotsky	Piaget
Contenido sociocultural	Fuerte énfasis.	Poco énfasis.
Constructivismo	Constructivista social.	Constructivista cognitivo.
Etapas	No propone estapas generales del desarrollo.	Fuerte énfasis en las etapas (sensoriomotriz, preoperacional, operacional concreta y operacional formal).
Claves del proceso	Zona de desarrollo próximo, lenguaje, diálogo, herramientas de la cultura.	Esquema, asimilación, acomodación, operaciones, conservación, clasificación, razonamiento hipotético-deductivo.
Papel del lenguaje	Máximo; el lenguaje juega un poderoso papel en dar forma al pensamiento.	Mínimo; la cognición inicial dirige al lenguaje.
Punto de vista sobre la educación	La educación juega un papel central, ayuda a los niños a aprender las herramientas de la cultura.	La educación meramente refina las destrezas cognitivas del niño que ya han emergido.
Implicaciones en la enseñanza	El profesor es un ayudante y un guía, no un director; establece muchas de las oportunidades que los niños tienen de aprender con el profesor y otros compañeros más cualificados.	También ve al profesor como un ayudante y un guía, no como un director; brinda apoyo al niño para explorar su mundo y descubrir conocimientos.

FIGURA 8.11 Comparación de las teorías de Vygotsky y Piaget

lar) son la atención y la memoria. ¿Cuáles son algunas limitaciones y avances en la atención y la memoria durante los años preescolares?

Atención En el Capítulo 6, hablamos sobre la atención en el contexto de habituación, donde es más probable que nos aburramos. En la habituación, el niño se desinteresa por un estímulo y ya no atiende a él. La habituación implica una disminución de la atención. La deshabituación es el interés renovado a un estímulo. La importancia de estos aspectos de la atención durante la infancia en los años de preescolar, se puso de relieve por las investigaciones que indicaron que la disminución y la recuperación de la atención, cuando se medían durante los primeros seis meses de la infancia estaban relacionadas con una inteligencia superior en los años preescolares (Bornstein y Sigman, 1986).

Recuerda que en el Capítulo 6 definimos *atención* como el enfoque de los recursos cognitivos. La habilidad de los niños para prestar atención cambia significativamente durante los años preescolares de tres formas:

- *Control de la atención.* Los niños deambulan, cambian la atención de una actividad a otra y parecen centrarse poco en un objeto o evento. En comparación, los niños de educación infantil pueden atender a la televisión durante media hora. En un estudio, se grabó la atención de los niños a la televisión en casa (Anderson y otros, 1985); se observaron 99 familias que contaban con 460 niños durante 4.672 horas, la atención visual a la televisión aumentaba drásticamente durante los años preescolares.
- *Dimensiones sobresalientes de los estímulos frente a dimensiones relevantes.* Un déficit de la capacidad de atención durante los años de educación infantil (o preescolares) es que se centran en las dimensiones que más destacan de los estímulos, o son sobresalientes, comparadas con aquellas que son relevantes a la hora de resolver un problema o desarrollar bien una tarea. Por ejemplo, un problema puede presentarse por un payaso llamativo y seductor que expone las instrucciones para resolver el problema. Los niños preescolares están muy influidos por las características sobresalientes de los estímulos, como el payaso. Después de los seis o siete años, los niños son más eficientes para atender a las dimensiones relevantes de una tarea, como las instrucciones para la resolución del problema. Los psicólogos evolutivos creen que este cambio refleja el paso al control cognitivo de la atención, ya que el niño actúa de forma menos impulsiva y reflexiona más.
- *Planificación* Cuando los experimentadores piden a los niños que juzguen si dos dibujos complejos son iguales, los niños de educación infantil tienden a utilizar una estrategia de comparación desordenada, sin examinar todos los detalles antes de hacer un juicio. Por el contrario, los niños de primaria son más sistemáticos, comparando los detalles a través de todo el dibujo, uno por uno (Vurpillot, 1968) (véase la Figura 8.12).



FIGURA 8.12 La planificación de la atención

En un estudio, se dio a los niños parejas de dibujos de casas para examinar, como las que se muestran aquí (Vurpillot, 1968). Se dieron tres parejas de casas, que tenían las ventanas iguales (*a*). En las otras tres parejas, las ventanas tenían cosas diferentes en ellas (*b*). Grabando la reflexión en sus ojos, se pudo evaluar el tiempo que permanecían mirando y su secuencia de movimientos oculares. Los niños menores de seis años sólo examinaban una porción de cada muestra y hacían sus juicios en base a una información insuficiente. Por el contrario, los niños mayores exploraban las ventanas de manera más detallada y eran más precisos a la hora de juzgar qué ventanas eran idénticas.

Memoria La memoria —la retención de información a lo largo del tiempo— es un proceso central en el desarrollo cognitivo del niño. La memoria consciente entra en juego a los siete meses, aunque los niños y los adultos casi no tienen recuerdos sobre eventos experimentados antes de los tres años. Entre las cuestiones interesantes sobre la memoria en los años de la escuela primaria se encuentran algunas que implican la memoria a corto plazo.

Memoria a corto plazo En la **memoria a corto plazo (MCP),** los individuos retienen información hasta 30 segundos, asumiendo que no ha habido repaso de la información. Utilizando el repaso (repetición de la información después de que ha sido presentada), podemos mantener la información en la MCP durante un período mucho más largo. Un método para evaluar la MCP es el análisis de la capacidad de memoria. Si has realizado un test de inteligencia, seguramente ha-

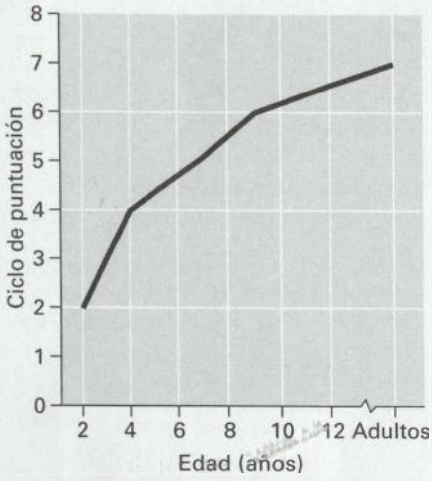


FIGURA 8.13 Cambios evolutivos en el ciclo de la memoria

En un estudio, el ciclo de la memoria aumentaba aproximadamente tres puntos desde los dos años a cinco puntos a los siete años (Dempster, 1981). A los 12 años, el ciclo de memoria había aumentado una media de otros 1 ½ a 7 dígitos.

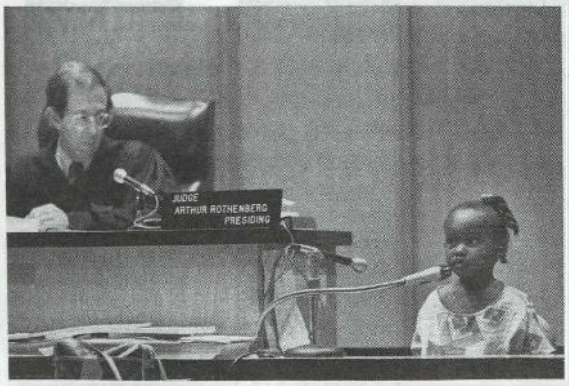
brás llevado a cabo alguna tarea como ésta. Se presenta una lista corta de estímulos, normalmente dígitos, a un ritmo rápido (uno por segundo, por ejemplo). Después, se pide que se repitan los dígitos. Las investigaciones con la capacidad de memoria sugieren que la MCP aumenta durante la niñez temprana. Por ejemplo, en una investigación la capacidad de memoria aumentaba aproximadamente dos dígitos en niños de dos a tres años, a cinco dígitos en niños de siete años; sin embargo, entre los siete y los 13 años la capacidad de memoria sólo aumentaba un dígito y medio (Dempster, 1981) (véase la Figura 8.13). Por tanto, hay que tener en cuenta que la capacidad de memoria varía de un individuo a otro, razón por la que se han desarrollado los test de inteligencia y de aptitudes.

¿Por qué existen diferencias en la capacidad de memoria a diferentes edades? El repaso de la información es importante, los niños mayores repasan los dígitos más que los pequeños. La velocidad y la eficacia del procesamiento de la información son importantes también, especialmente la velocidad a la que se pueden identificar los objetos en la memoria (Schneider, 2004). Por ejemplo, en un estudio se evaluó la velocidad de los niños para repetir palabras oralmente (Case, Kurland y Goldberg, 1982). El ritmo de repetición era un poderoso pronosticador de la capacidad de memoria. De hecho, cuando el ritmo de repetición se controlaba, la capacidad de memoria de los niños de seis años era igual a la de los jóvenes.

La explicación sobre la velocidad del procesamiento subraya un punto importante en la perspectiva del procesamiento de la información. Es decir, la velocidad a la que un niño procesa la información es un aspecto importante de sus habilidades cognitivas (Halford, 2004; Schneider, 2004). En un estudio reciente, una mayor velocidad de procesamiento en una tarea de capacidad de memoria estaba relacionada con los logros en la lectura y las matemáticas (Hitch, Towse y Hutton, 2001).

¿Cómo es de precisa la memoria a largo plazo de los niños? En el Capítulo 6, vimos cómo la mayoría de los recuerdos de los bebés son frágiles para la mayor parte de su corta vida, excepto para su memoria de las acciones perceptivo-motoras, que pueden ser sustanciales (Mandler, 2000, 2004). ¿Se vuelve su memoria más precisa en los años de la niñez temprana? La respuesta es sí. Los niños pueden recordar una gran cantidad de información si se les dan ejemplos y ayudas apropiados.

Una controversia actual se centra sobre si se debe permitir a los niños que testifiquen en un juicio. Cada vez más, se está permitiendo que los niños testifiquen, especialmente si ellos son los únicos testigos de un abuso físico, un crimen y cosas así. A continuación exponemos las conclusiones a las que se ha llegado sobre utilizar a los niños como testigos oculares (Bruck y Ceci, 1999):



La pequeña Jennifer Royal, de cuatro años, fue la única testigo ocular en el caso de la muerte de un compañero de juegos. Se le permitió dar su testimonio en un juicio abierto y sus respuestas francas ayudaron a condenar al acusado. *¿Cuáles son algunos hechos relacionados con que se permita declarar a los niños en un juicio?*

- *Existen diferencias de edad en la susceptibilidad de los niños a la sugestión.* Los niños de educación infantil son más susceptibles que los niños mayores o los adultos (Koriat, Goldsmith y Pansky, 2000). Por ejemplo, los niños de educación infantil son más susceptibles, bajo ciertas circunstancias, a incorporar falsos eventos, incluso sobre tocamientos corporales de adultos, en sus testimonios (Hyman y Loftus, 2001). A pesar de su mayor resistencia a la sugestión, todavía existe una preocupación sobre los efectos de las entrevistas con preguntas sugestivas a niños mayores.
- *Diferencias individuales en susceptibilidad.* Algunos niños de educación infantil son muy resistentes a las sugerencias de los entrevistadores, mientras que otros sucumben de forma inmediata a la más mínima sugestión (Ceci, 2003).
- *La precisión de los niños como testigos oculares.* No obstante, a pesar de las evidencias sobre la sugestionabilidad de los niños, éstos son capaces

de recordar bastantes cosas relevantes sobre un hecho (Howe, 1997). Es más probable que los niños recuerden de forma precisa información sobre un hecho si el entrevistador tiene un tono neutral, no utiliza preguntas engañosas y hay una ausencia de cualquier motivación para que el niño realice un testimonio falso (Bruck y Ceci, 1999).

Para leer más sobre falsos recuerdos en los niños, vea el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

¿Cómo pueden los padres sugerir sutilmente falsos recuerdos a sus hijos?

Una serie de estudios llevados a cabo por Deborah Poole y D. Stephen Lindsay (1995, 1996, 2001) revelan cómo los padres pueden influir de forma sutil en los recuerdos de sus hijos. En un estudio, niños de preescolar participaron en cuatro actividades (como por ejemplo, levantar botes con poleas) con el «Sr. Ciencia» en un laboratorio universitario (Poole y Lindsay, 1995). Cuatro meses después, los padres recibieron por correo un libro con la descripción de la visita de sus hijos al Sr. Ciencia. El libro describía dos de las actividades en las que el niño había participado, pero también describía dos actividades en la que los niños no habían participado. Cada descripción también terminaba con una invención sobre lo que había pasado cuando era el momento de salir del laboratorio: «El Sr. Ciencia limpió las manos y la cara de (nombre del niño) con una toallita mojada. La toallita pasó cerca de la boca de (nombre del niño) y supo muy repugnante».

Los padres leyeron las descripciones a sus hijos tres veces. Después, los niños dijeron al experimentador que ellos habían participado en las actividades que realmente sólo habían sido mencionadas en las descripciones leídas por los padres. Por ejemplo, cuando se les preguntaba si el Sr. Ciencia había puesto algo repugnante en su boca, más de la mitad de los niños contestaban que sí. Posteriormente, cuando se les preguntaba si el Sr. Ciencia había puesto algo en sus bocas o si habían sido sus madres las que les habían contado esta historia, el 71 por 100 de los niños decían que realmente había pasado.

Este estudio muestra cómo las sugerencias sutiles pueden influir en las informaciones poco precisas sobre los hechos no ocurridos de forma que, si se continúa haciendo preguntas por un entrevistador que sospeche que ha sucedido algo sexual, podría llevar a una interpretación sexual. Este estudio también revelaba la dificultad que tenían los niños preescolares para identificar la fuente de una sugestión (llamada fuente de control de errores). Los niños en este estudio confundían el supuesto que sus padres les leían con la experiencia del supuesto.

En estudios posteriores, Poole y Lindsay (1996, 2001) reflejaron estos descubrimientos con niños de un ámbito de edad amplio (de los 3 a los 8 años) con la excepción de los resultados sobre la fuente de observación. Los niños de tres y cuatro años tenían dificultades para señalar la fuente de información (el Sr. Ciencia frente a sus madres), mientras que los niños mayores podían identificar de forma eficaz la fuente de información.

(*Fuente*: Bruck y Ceci, 1999, pp. 429-430)

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1826 QUITO

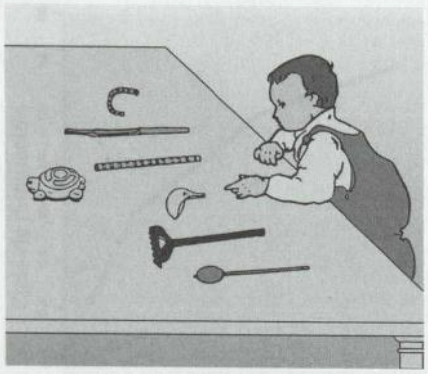


FIGURA 8.14 La tarea de recuperación de un juguete en el estudio de las estrategias de resolución de problemas de los niños
El niño debía escoger la herramienta (en este dibujo, el rastrillo de juguete) para arrastrar el juguete hasta él (en este caso, la tortuga).

En resumen, si el testimonio de un niño que ha sido testigo ocular es preciso o no, puede depender de una serie de factores como el tipo, la cantidad y la intensidad de las técnicas de sugestión que el niño ha experimentado. Parece que la fiabilidad de la información proporcionada por los niños tiene mucho que ver con las habilidades y la motivación del entrevistador y con las limitaciones naturales de la memoria de los niños (Ceci, Fitneva y Gilstrap, 2003).

Estrategias En el Capítulo 2, mencionamos que un aspecto especialmente importante de la teoría del procesamiento de la información es el uso de estrategias apropiadas. Las estrategias consisten en la utilización deliberada de actividades mentales para mejorar el procesamiento de la información (Garton, 2004; Siegler y Alibali, 2005). Por ejemplo, repasar la información y organizarla son dos estrategias simples que los niños mayores y los adultos utilizan para recordar más eficazmente. En la mayoría de los casos los niños más pequeños no utilizan la organización y el repaso para recordar (Miller y Seier, 1994).

¿Utilizan los niños pequeños algún tipo de estrategia? Las estrategias para la resolución de problemas en los niños pequeños fueron el centro de la investigación de Zhe Chen y Robert Siegler (2000). Pusieron a niños pequeños en una mesa donde había un juguete muy atractivo para el niño, pero demasiado lejos para que éste pudiera alcanzarlo (no se les permitía gatear sobre la mesa). En la mesa, entre el niño y el juguete había seis herramientas (véase la Figura 8.14). Sólo una de ellas podía ser usada para conseguir el juguete. Después de evaluar inicialmente los intentos de los niños para alcanzar el juguete por sí solos, el experimentador le enseña cómo debe obtener el juguete (utilizando la herramienta apropiada) o le da pistas (indicando al niño qué herramienta debía utilizar). Los niños de dos años aprendían la estrategia y posteriormente trazaban una estrategia para nuevos problemas. Lo cierto es que ésta es una estrategia de resolución de problemas bastante sencilla (seleccionar la herramienta apropiada para obtener el juguete deseado) pero documenta que niños de tan sólo dos años pueden aprenderla.

Durante la niñez temprana, el niño enfocado a los estímulos se transforma en un niño capaz de resolver problemas de forma flexible y directa (Zelazo y Müller, 2004; Zelazo y otros, 2003). Por ejemplo, los niños de 3 y 4 años son, en cierta forma, cognitivamente inflexibles por la falta de comprensión del concepto de la perspectiva y, por tanto, no pueden comprender que un solo estímulo pueda ser descrito de dos formas diferentes e incompatibles desde dos perspectivas diferentes (Perner y otros, 2002). Vamos a considerar un problema en el que el niño debe clasificar los estímulos usando la regla del color. En el transcurso de la clasificación de colores, un niño puede describir a un conejo rojo como *cosa roja* para resolver el problema. Sin embargo, en una tarea posterior puede que el niño necesite descubrir una regla que describa al conejo sólo como *conejo* para resolver el problema. Si un niño de 3 a 4 años es incapaz de comprender que es posible proporcionar múltiples descripciones de un mismo estímulo, ellos persisten en describir el estímulo como conejo rojo. Los investigadores han descubierto que los niños aproximadamente a los 4 años, adquieren el concepto de perspectivas, lo que les permite apreciar que una sola percepción puede describirse de dos formas diferentes (Frye, 1999).

La teoría de la mente de los niños La **teoría de la mente** se refiere a las ideas que tenemos los individuos sobre cómo funcionan los procesos mentales. Incluso los niños más pequeños son curiosos con respecto a la naturaleza de la mente humana y los psicólogos evolutivos muestran un interés cada vez mayor sobre el funcionamiento de la mente humana (Flavell, 2004; McCormick, 2003; Peterson y Slaughter, 2003; Wellman, 1997, 2000, 2004).

La teoría de la mente de los niños cambia a medida que avanzan en su niñez (Flavell, Miller y Miller, 2002):

- *De los 2 a los 3 años.* Los niños comienzan a entender tres etapas mentales:
  - — *Percepciones.* El niño se da cuenta de que otra persona ve lo que está en frente de sus ojos y no necesariamente lo que está enfrente de los ojos del niño.
  - — *Deseos.* El niño comprende que si alguien quiere algo, intentará conseguirlo. Un niño puede decir «Necesito a mi madre».
  - — *Emociones.* Los niños pueden distinguir entre emociones positivas (por ejemplo, feliz) y negativas (triste). Un niño puede decir: «Tom se siente mal».
- *De los 4 a los 5 años.* Los niños llegan a comprender que la mente puede representar objetos y eventos de forma precisa o imprecisa. La comprensión de que la gente tiene creencias falsas —creencias que no son verdad— se desarrolla en una gran cantidad de niños a la edad de cinco años (Wellman, Cross y Watson, 2001) (véase la Figura 8.15). Un estudio sobre falsas creencias implicaba mostrar a los niños una caja de tiritas y preguntarles qué había dentro (Jenkins y Astington, 1996). Para la sorpresa de los niños la caja realmente contenía lápices. Cuando se les preguntaba qué pensaría un niño que nunca hubiera visto la caja sobre qué es lo que había dentro, normalmente los niños de 3 años respondían que «lápices». Sin embargo, los niños de 4 y 5 años sonreían al pensar sobre la falsa creencia de los niños que no habían visto lo que había dentro de la caja y dirían «tiritas».
- *Por encima de los 5 años.* Sólo después de los años de educación infantil los niños comienzan a tener una apreciación profunda sobre la mente en sí misma en lugar de sólo una comprensión de los estados mentales (Wellman, 2004). Hasta la niñez intermedia o tardía, los niños pasan de comprender que las creencias pueden ser falsas a comprender que las creencias y la mente pueden ser «interpretativas», ejemplificado al ser conscientes de que un mismo evento puede tener múltiples interpretaciones (Carpendale y Chandler, 1996).

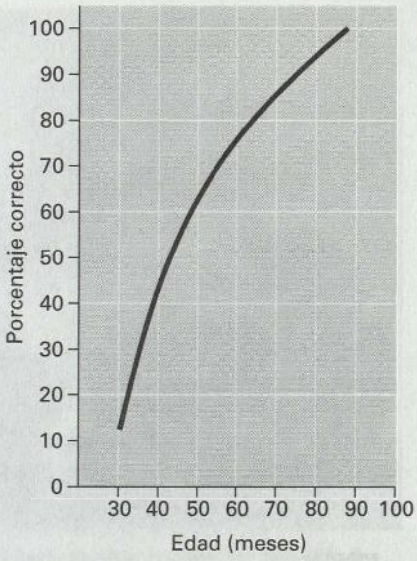


FIGURA 8.15 Cambios evolutivos en los resultados de la falsa creencia

Los resultados de la falsa creencia aumentan drásticamente de los 2 años y medio hasta la mitad de la escuela elemental. En un resumen de los resultados de muchos estudios, los niños de 2 años y medio dieron respuestas incorrectas aproximadamente el 80 por 100 del tiempo (Wellman, Cross y Watson, 2001). A los 3 años y 8 meses, las respuestas eran correctas el 50 por 100 del tiempo y después de esto las respuestas correctas aumentaban cada vez más.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Describir tres visiones de los cambios cognitivos que se producen en la niñez temprana

REVISA

- ¿Qué caracteriza al estadio del pensamiento preoperacional de Piaget?
- ¿Cuál es la teoría de Vygotsky sobre el desarrollo cognitivo de los niños?
- ¿Cuáles son algunas de las formas importantes en la que los niños procesan la información?

REFLEXIONA

- ¿Debe permitirse que los niños desarrollen conceptos como la conservación de forma natural o deberíamos enseñarles estos conceptos? Explícalo.

3 DESARROLLO DEL LENGUAJE

La comprensión de los niños a menudo sobrepasa su conocimiento del lenguaje. Un niño de tres años, cuando se ríe con el placer de una suave brisa de verano moviendo su cabello y haciéndole cosquillas en la cara decía «Me ha vienteado». Muchas de las peculiaridades del lenguaje infantil suenan como errores para los adultos. Sin embargo, desde el punto de vista de un niño, no son errores. Repre-

sentan la forma en la que los niños perciben y comprenden su mundo en ese momento del desarrollo.

A medida que los niños avanzan en la niñez temprana, su comprensión de las reglas del lenguaje aumenta (Hoff, 2003; Oates y Grayson, 2004; Tager-Flusberg, 2005). Estas reglas incluyen la fonología (el sistema de sonidos), morfología (las reglas para combinar las unidades mínimas de significado), sintaxis (las reglas para construir oraciones), semántica (el significado del sistema) y la pragmática (reglas para el uso en contextos sociales).

Los niños son cada vez más capaces de pronunciar todos los sonidos de su idioma. Ellos pueden incluso pronunciar grupos complejos de consonantes como *str-* y *-mpl-*.

A medida que los niños van más allá de la pronunciación de dos palabras, aprenden las reglas morfológicas (Carlisle, 2004). Los niños comienzan a utilizar las formas plurales y las formas posesivas (como «perros» y «mi perro»). Colocan las terminaciones adecuadas a los verbos (*-e* cuando el sujeto es la tercera persona del singular), la terminación adecuada para el pasado (y para la persona). Usan preposiciones (*en, con, para*), artículos (*un, el*) y varias formas del verbo ser («yo estaba en la tienda»). Una de las mejores evidencias sobre que los niños ponen en práctica las reglas morfológicas es la generalización extrema de dichas reglas. ¿Has oído alguna vez a un niño decir «ya me he *ponido* los zapatos» en lugar de «ya me he puesto los zapatos» y «se ha rompido» en lugar de «se ha roto»? Si no recuerdas haber oído estas peculiaridades del lenguaje infantil, pregunta a algunos padres que tengan niños pequeños o a los propios niños. Oirás algunos errores interesantes sobre el uso de las reglas de las terminaciones morfológicas.

En un experimento clásico que fue diseñado para estudiar la comprensión de los niños de las reglas morfológicas, Jean Berko (1958) presentó a los niños de educación infantil y de primer curso de primaria tarjetas como la que se muestra en la Figura 8.16. Se les pidió que miraran la tarjeta mientras el experimentador leía palabras escritas en ella en voz alta. Luego se les pidió que proporcionaran la palabra que faltaba. Esto puede parecer fácil, pero Berko estaba interesado no sólo en la habilidad de los niños para recordar la palabra correcta, sino también en su habilidad para decirla «correctamente» (con la terminación debida según las reglas morfológicas). «Bugas» sería la respuesta correcta para la tarjeta de la Figura 8.16.

Aunque las respuestas de los niños no fueron perfectas, eran mucho mejor que hacerlo por azar. Lo que hace el estudio de Berko impresionante es que la mayoría de las palabras fueron creadas para el experimento. Así, el niño no puede basar sus respuestas en el recuerdo de haber oído la palabra anteriormente. De hecho se les obligó a utilizar las reglas.

Los niños también aprenden a manipular la sintaxis (Scott, 2004). Pueden formar preguntas, pasivas, cláusulas y las principales estructuras sintácticas del lenguaje. Después de pronunciar dos palabras, su conocimiento de la semántica o el significado avanza también rápidamente (McGregor, 2004). El vocabulario hablado de un niño de seis años oscila de las 8.000 a las 14.000 palabras. Asumiendo que el aprendizaje de palabras comienza cuando los niños tienen 12 meses, la media es de cinco a ocho palabras nuevas al día entre el año y los seis años. Después de cinco años de aprendizaje de palabras, los niños de seis años no disminuyen el ritmo. De acuerdo con algunas estimaciones, la media es que los niños de esta edad adquieran la increíble cifra de 22 palabras nuevas al día. ¿Cómo sería si te encargaran la tarea de aprender ahora 22 palabras nuevas al día? Es realmente milagroso lo rápido que los niños aprenden la lengua.

Aunque existen muchas diferencias entre el leguaje de un niño de dos años y un niño de seis, ninguna es tan espectacular como las diferencias pragmáticas. Un niño de seis años es mucho mejor conversador que un niño de dos. ¿Cuáles son alguna de las mejoras en la pragmática durante los años de la educación infantil? Aproximadamente a los tres años, los niños mejoran su habilidad para hablar so-

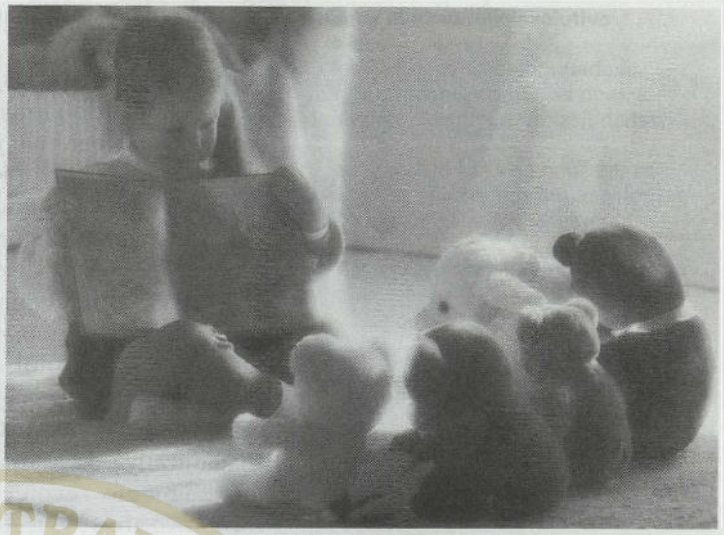


FIGURA 8.16 Estímulos usados en el estudio de Berko sobre la comprensión de los niños de las reglas morfológicas

El estudio de Jean Berko (1985) consistió en presentar tarjetas como esta a niños pequeños. La palabra «buga» no existe en su idioma. Sin embargo, cuando se les pidió que proporcionaran la palabra en plural, lograron decirla correctamente («bugas») de acuerdo con las reglas de su propio idioma.

bre cosas que no están presentes físicamente. Es decir, mejoran su dominio de la característica del lenguaje llamada «desplazamiento». Los niños pasan del «aquí y ahora» y son capaces de hablar sobre cosas que no están presentes físicamente al igual que de cosas que ocurrieron en el pasado o que ocurrirán en el futuro. Los niños de educación infantil pueden decirte lo que les apetece comer al día siguiente, algo que no hubiera sido posible en la etapa de las dos palabras durante la primera infancia. Los niños preescolares también son capaces de hablar cada vez más de diferentes maneras a diferentes personas.

Los avances en el lenguaje que tienen lugar en la niñez temprana son la base para un desarrollo posterior en los años de la escuela primaria, que discutiremos en el Capítulo 10.



¿Cómo se desarrollan las habilidades del lenguaje en los niños durante la niñez temprana?

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Resumir cómo se desarrolla el lenguaje en la niñez temprana

REVISA

- ¿Cómo cambia la comprensión de las normas del lenguaje en la niñez temprana?

REFLEXIONA

- ¿Cómo están la naturaleza y el medio implicados en el aumento drástico del vocabulario hablado del niño?

4 EDUCACIÓN EN LA NIÑEZ TEMPRANA

Variaciones en los estilos educativos en la niñez temprana | **La educación de los niños desfavorecidos** | **Factores educativos en la niñez temprana**

Nuestra cobertura de la niñez temprana se centra en las variaciones en la educación de los niños, la educación para niños desfavorecidos y algunos factores educativos en esta etapa.

Variaciones en los estilos educativos en la niñez temprana

Existen muchas variaciones en la forma que los niños son educados. En primer lugar, exploraremos la naturaleza de las guarderías centradas en los niños, después nos centraremos en el acercamiento de Montessori. Concluiremos está sección con el desarrollo adaptado y no adaptado de la educación.

Las guarderías centradas en los niños Los programas educativos varían en gran medida en las guarderías (*kindergarten*) y/o centros de educación infantil (Driscoll y Nagel, 2005; Estes, 2004; Spodek y Saracho, 2003). Algunos acerca-

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM CONSILIO SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

mientos ponen un mayor énfasis en el desarrollo social del niño, otros en su desarrollo cognitivo.

En las **guarderías y centros de educación infantil centradas en los niños,** la educación implica al niño completo e incluye la preocupación por el desarrollo físico, cognitivo y social del niño. La instrucción se organiza alrededor de las necesidades del niño, los intereses y los estilos de aprendizaje. Se hace hincapié en el proceso de aprendizaje, en lugar de en qué se aprende (White y Coleman, 2000). Cada niño sigue un patrón de desarrollo único y los niños pequeños aprenden mejor a través de experiencias personales con gente y con materiales. El juego es extremadamente importante para el desarrollo completo del niño. *Experimentar, explorar, descubrir* e *intentarlo* son todas palabras que describen buenos programas de educación infantil.

El modelo Montessori Las escuelas Montessori se crearon a partir de la filosofía educativa de Maria Montessori, una médico-educadora italiana que fundó un acercamiento revolucionario a la educación infantil a comienzos del siglo xx (Wentworth, 1999). Aunque algunas escuelas Montessori proporcionan educación para niños en edad escolar, la mayoría están especializadas en la educación de la niñez temprana.

El **acercamiento Montessori** es una filosofía de educación en la que se les da a los niños una libertad y una espontaneidad considerables para elegir actividades. Se les permite pasar de una actividad a otra, según ellos deseen. El profesor actúa como un ayudante en lugar de como un director del aprendizaje. El profesor muestra al niño cómo realizar las actividades intelectuales, demuestra formas interesantes de explorar las materias del programa y ofrece ayuda cuando el niño la requiere.

Algunos psicólogos evolutivos se inclinan por el acercamiento Montessori, pero otros creen que descuida el desarrollo social de los niños. Por ejemplo, mientras Montessori promueve la independencia y el desarrollo de las habilidades cognitivas, no hace hincapié en las interacciones verbales entre el profesor y el niño y la interacción entre iguales. Los críticos de Montessori también argumentan que limita el juego imaginativo.

Las prácticas educativas adaptadas y no adaptadas al desarrollo evolutivo La **educación adaptada al desarrollo** se basa en el conocimiento del desarrollo normal del niño dentro de su rango de edad (adaptación a la edad) al igual que la singularidad del niño (adaptación al individuo). La educación adaptada al desarrollo contrasta con las prácticas educativas no adaptadas al desarrollo, que ignora el acercamiento concreto y práctico del aprendizaje. Dirigir la enseñanza básicamente a través de actividades abstractas y de lápiz y papel, presentadas a grupos grandes de niños, resulta inapropiado desde el punto de vista del desarrollo.

Uno de los documentos más detallados sobre el tema de los programas de la práctica apropiada en la niñez temprana es la postura de la asociación americana para la educación de los niños pequeños (NAEYC) (Bredekamp, 1987, 1997; NAEYC, 1986). Este documento refleja los conocimientos de muchos de los principales expertos en el campo de la educación infantil. En la Figura 8.17 podemos examinar algunas de las recomendaciones de la NAEYC sobre la práctica educativa adaptada al desarrollo.

En un estudio, los niños que atendían en la escuela infantil a programas de desarrollo apropiado mostraban un comportamiento más adecuado en clase, tenían mejores historiales de conducta y mejores hábitos de trabajo y de estudio en la escuela primaria que los niños que atendían a programas educativos no adaptados al desarrollo (Hart y otros, 1993, 1998). Un estudio reciente comparaba 182 niños de cinco clases adaptadas al desarrollo apropiado (actividades prácticas y programas integrados hechos a medida para satisfacer la edad del grupo,

Componente	Prácticas adaptadas al desarrollo evolutivo	Prácticas no adaptadas al desarrollo evolutivo
Objetivos curriculares	Proporcionar experiencias en todas las áreas del desarrollo: físico, cognitivo, social y emocional.	Las experiencias se enfocan de forma limitada al desarrollo cognitivo, sin reconocer que las demás áreas del desarrollo infantil están interrelacionadas.
	Se espera y se aceptan las diferencias individuales, además se aprovechan para diseñar actividades apropiadas.	Se evalúa a los niños sólo con base a la norma; se espera que todos ejecuten las mismas tareas y logren las mismas habilidades definidas estrechamente.
	Se diseñan interacciones y actividades para desarrollar la autoestima de los niños y los sentimientos positivos hacia el aprendizaje.	El valor del niño se mide con base a cómo se ajusta a las expectativas rígidas y cómo rinde en las pruebas estandarizadas.
Estrategias de enseñanza	Los maestros preparan el ambiente para que los niños aprendan a través de la exploración activa y la interacción con los adultos, con otros niños y con materiales.	Los maestros usan casi exclusivamente lecciones muy estructuradas y dirigidas por ellos mismos.
	Los niños seleccionan muchas de las actividades de entre una gran variedad que el profesor prepara.	El profesor dirige la actividad y decide lo que los niños harán y cuándo lo harán.
	Se espera que los niños sean mental y físicamente activos.	Se espera que los niños permanezcan sentados, estén en silencio y escuchen o realicen actividades con lápiz y papel durante largos períodos. Gran parte del tiempo en clase se dedica a estar sentado pasivamente, viendo y escuchando.
Guía del desarrollo soicoemocional	Los profesores incrementan el autocontrol de los niños usando técnicas de guía dirigida, tales como modelamiento e incitación a realizar el comportamiento esperado, reorientación del niño hacia una actividad más aceptable y establecimiento de límites claros.	Los profesores dedican mucho tiempo a imponer reglas, castigar conductas inaceptables, humillar a los niños que se comportan mal, obligar a los niños a estar sentados y en silencio y a servir de árbitros en los desacuerdos.
	Se proporcionan muchas oportunidades a los niños para desarrollar habilidades sociales, tales como cooperar, ayudar, negociar y hablar con la persona involucrada para solucionar problemas interpersonales.	Los niños trabajan de forma individual en sus mesas la mayor parte del tiempo y escuchan las instrucciones que el profesor dirige a todo el grupo.

FIGURA 8.17 Recomendaciones de la Asociación Americana para la Educación de los Niños Pequeños (NAEYC) para la educación adaptada y no adaptada al desarrollo evolutivo del niño

la cultura y los estilos individuales de aprendizaje) y cinco clases de educación infantil de desarrollo no adaptado (teórico, énfasis en la enseñanza directa con un amplio uso de los libros, ejercicios, lugares de trabajo y actividades de memorización) en un colegio de Louisiana, Estados Unidos (Hart y otros, 2003). Los niños de los dos tipos de aulas no diferían en su preparación anterior a la escuela infantil y las aulas estaban equilibradas en cuestión de género y estatus socioeconómico. La valoración de los profesores sobre el comportamiento de los alumnos y la puntuación en el *California Achievement Test* (un test de rendimiento académico) se obtuvieron a lo largo del tercer curso. Los niños en clases de desarrollo no adaptado tuvieron un crecimiento más lento del vocabulario, de matemáticas aplicadas y de cálculo. En otro estudio reciente, los logros académicos de la mayoría de los niños afro-americanos y latinos que atendían al programa *Head Start* fue evaluado en términos de si asistían a escuelas que hacían hincapié en la enseñanza adaptada o no adaptada al desarrollo (Huffman y Speer, 2000). Los niños en aulas de desarrollo adaptado mostraban una mejor identificación de letras/palabras y mejores resultados en la aplicación de problemas a lo largo del tiempo.

La educación de los niños desfavorecidos

Durante muchos años, los niños provenientes de familias con escasos recursos económicos no recibían educación alguna antes de ingresar en la escuela primaria. En los años sesenta, se realizó un gran esfuerzo para romper el ciclo de pobreza y de educación inadecuada para los niños en Estados Unidos. El **proyecto *Head Start*** es un programa gubernamental diseñado para proporcionar a los niños de familias con escasos recursos económicos, oportunidades para adquirir destrezas y experiencias significativas para tener éxito en el colegio. El proyecto *Head Start* comenzó en 1965 y continúa hoy en día sirviendo a niños con desventajas.

Las evaluaciones apoyan la influencia positiva de los programas de calidad en la niñez temprana para los ámbitos sociales y cognitivos de los niños con desventajas socio económicas (Reynolds, 1999; Warner y Sower, 2005). Un programa educativo de alta calidad (aunque no es un programa *Head Start*) es el programa de educación infantil Perry en Ypsilanti, Michigan, un programa de dos años que incluye visitas semanales a las casas de los niños por parte del personal del programa. En un análisis reciente de los efectos a largo plazo del programa, los adolescentes que asistieron a este programa cuando eran pequeños mostraron una mayor nota media en el instituto, una mayor parte de ellos trabaja, son menos los que necesitan prestaciones sociales, hay un menor índice de delitos entre ellos y un menor número de embarazos adolescentes, que en un grupo de control con el mismo origen social, pero que no tuvieron una experiencia educativa enriquecedora en la niñez temprana (Weikart, 1993).

Aunque la intervención educativa para los niños con desventajas es importante, los programas *Head Start* no están desarrollados equitativamente (Zigler y Styco, 2004). Una estimación es que el 40 por 100 de los 1.400 programas *Head Start* son de calidad cuestionable (Zigler y Styco, 2004). Desarrollar programas *Head Start* de calidad debería ser una prioridad nacional.

Factores educativos en la niñez temprana

Dos factores contemporáneos en la educación durante la niñez temprana se centran en cómo debería ser el programa de estudios y en la importancia de la educación infantil.

Polémica sobre el programa de estudios Actualmente, existe una polémica sobre cómo debería ser el programa de estudios para la educación infantil en Estados Unidos (Brewer, 2004; Hill, Stremmel y Fu, 2005). Por una parte aquellos que son partidarios de un acercamiento constructivo, centrado en el niño, parecido al desarrollado por la Asociación Nacional de Educación Infantil junto con las líneas de desarrollo de la educación adaptada. Por otra parte, están aquellos que defienden un acercamiento académico e instructivo. En el acercamiento académico los niños aprenden habilidades académicas básicas, especialmente relacionadas con la lectura y las matemáticas.

Realmente, muchos programas de educación infantil de calidad incluyen ambos acercamientos, el académico y el constructivo. Muchos expertos en educación, como Lilian Katz (1999), sin embargo, se preocupan por los acercamientos académicos que presionan demasiado a los niños a alcanzar los conocimientos escolares y no proporcionan oportunidades adecuadas para construirlo de forma activa. Los programas de educación infantil competentes también deberían centrarse en el desarrollo cognitivo *y* socioemocional, no exclusivamente en el desarrollo cognitivo (NAEYC, 2002).

¿Es importante la educación infantil? La educación infantil está siendo cada vez más asumida como obligatoria. Veintitrés estados de Estados Unidos están pendientes de aprobar una legislación para proporcionar educación obligatoria a



¿Qué controversia existe sobre el currículum escolar durante la educación infantil?

los niños de cuatro años y ya existen muchos programas privados. El aumento del número de centros de educación infantil públicos puede beneficiar a muchos niños. Sin embargo, ¿es la educación preescolar realmente buena para todos los niños? De acuerdo con el psicólogo evolutivo David Elkind (1988), los padres que son excepcionalmente competentes y dedicados y que tienen el tiempo y la energía necesarios pueden proporcionar los ingredientes básicos de la educación infantil en casa. Si los padres tienen la capacidad y los recursos para proporcionar a los niños una variedad de experiencias de aprendizaje y relacionarlos con otros niños y con adultos (posiblemente en el parque del barrio), junto con oportunidades para el juego extenso, entonces la educación en casa puede ser suficiente para los niños. Sin embargo, si los padres no tienen el compromiso, tiempo, energía o recursos necesarios para proporcionar a los niños un entorno que se aproxime a un programa de educación infantil, entonces *es* importante que el niño asista a la escuela infantil. Por tanto, la pregunta no es si la educación infantil es importante, sino si la educación en casa se puede aproximar a lo que un programa de educación infantil competente puede ofrecer.

En Japón, los objetivos de la educación infantil son diferentes de los de los programas americanos. Para saber más sobre estas diferencias, lee el apartado de «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Educación de la niñez temprana en Japón

En un momento en el que los logros académicos de los niños en Estados Unidos son bajos, muchos americanos vuelven la mirada hacia Japón, un país donde los resultados académicos son más elevados, para buscar posibles respuestas. Sin embargo, las respuestas proporcionadas por las escuelas infantiles japonesas no son las que los americanos esperaban encontrar. En la mayoría de las escuelas infantiles japonesas, se hace muy poco hincapié en la educación académica.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1826 QUITO

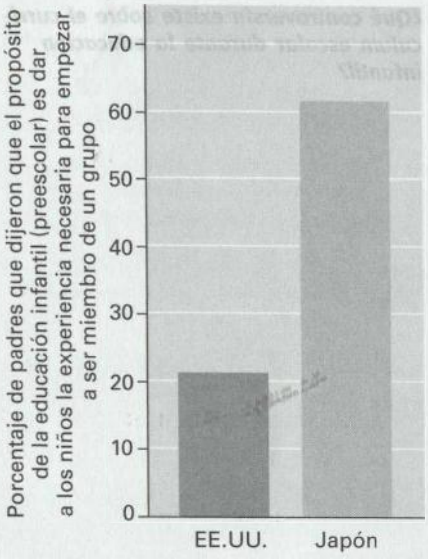


FIGURA 8.18 Comparación de la visión de los padres japoneses y norteamericanos sobre el propósito de la educación preescolar

En un estudio, se preguntó a 300 profesores de educación infantil japoneses y 210 americanos, a especialistas de desarrollo infantil y a padres, sobre varios aspectos de la educación infantil (Tobin, Wu y Davidson, 1989). Sólo el 2 por 100 de los encuestados japoneses respondieron que «dar a los niños una buena formación académica inicial» era una de las tres razones principales para que una sociedad tuviera escuelas de educación infantil. Por el contrario, más de la mitad de los encuestados americanos eligieron esta respuesta como una de sus tres razones principales. Para preparar a los niños para tener éxito en el primer curso y posteriores, las escuelas japonesas no enseñan lectura, escritura o matemáticas sino habilidades como la persistencia, la concentración y la habilidad para integrarse como miembro de un grupo. A la gran mayoría de niños japoneses les enseñaban a leer sus padres en casa.

Comparando a los padres japoneses con los americanos, más del 60 por 100 de los padres japoneses dijeron que el propósito de la educación infantil es proporcionar a los niños la experiencia de formar parte de un grupo en comparación con sólo el 20 por 100 de padres americanos (Tobin, Wu y Davidson, 1989) (véase la Figura 8.18). Las lecciones sobre vivir y trabajar juntos se producen de forma natural en la cultura japonesa. En muchos jardines de infancia en Japón, los niños llevan el mismo uniforme, incluyendo gorros, que son de diferentes colores para indicar a que clase pertenecen. Tienen equipamientos similares que guardan en armarios idénticos. Esto no tiene la intención de convertir a los niños en robots, como algunos americanos creen, sino inculcarles que otras personas, igual que ellos, tienen necesidades y deseos que son igualmente importantes (Hendry, 1995).

Al igual que en América, en Japón también existe una educación infantil diversa. Algunos centros de educación infantil en Japón tienen unos propósitos específicos, como la enseñanza temprana de la música o la práctica de las estrategias de Montessori. En grandes ciudades, algunas escuelas infantiles dependen de Universidades que tienen escuelas de enseñanza primaria y secundaria. Algunos padres japoneses creen que si sus niños asisten a un programa con base universitaria, aumentará sus posibilidades de asistir a una buena Universidad. Muchos programas han introducido el juego libre como un antídoto para algunas escuelas infantiles con fuerte orientación intelectual.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Evaluar los diferentes acercamientos a la educación en la niñez temprana

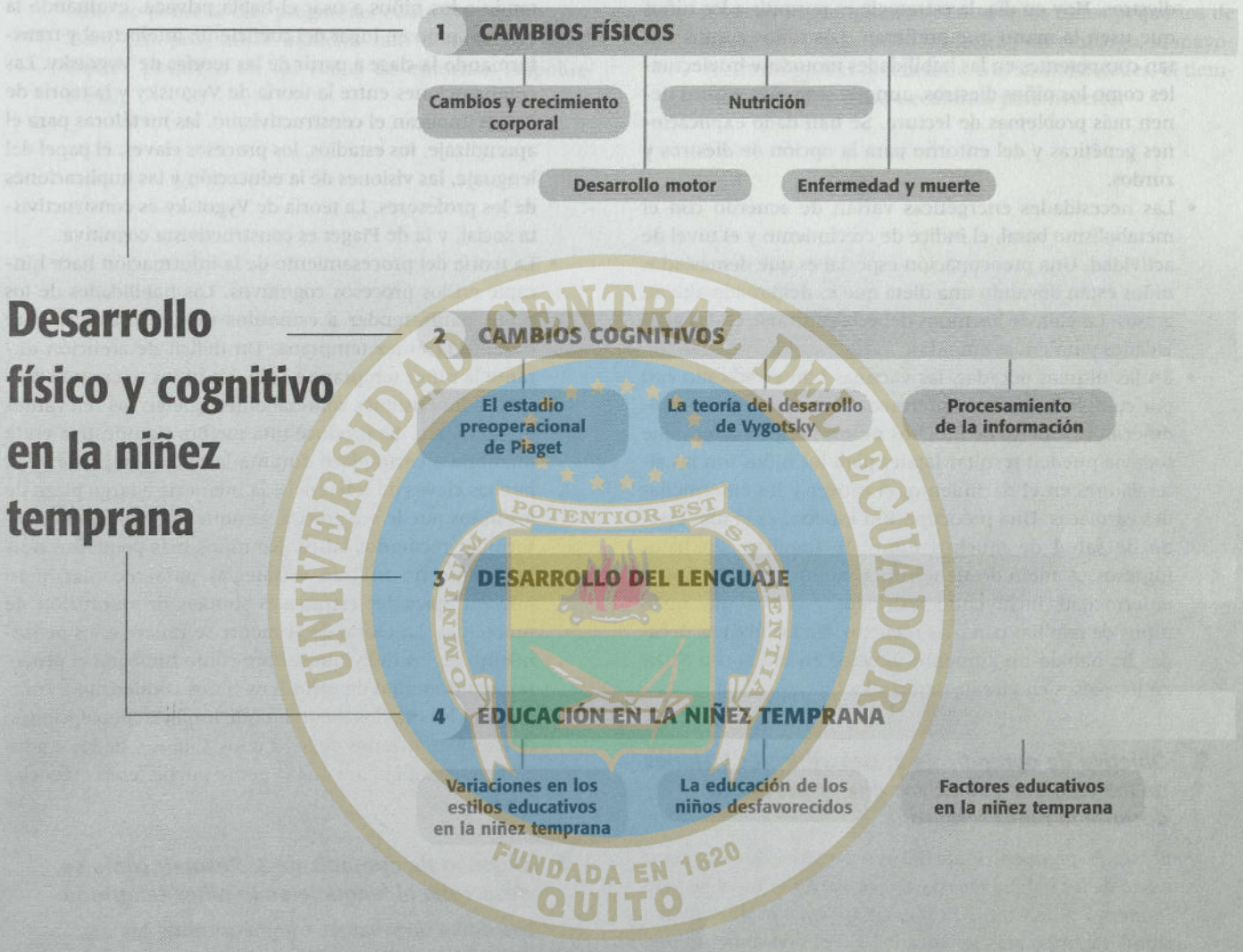
REVISA

- ¿Cuáles son algunas variaciones de la educación en la niñez temprana?
- ¿Cuáles son los esfuerzos principales para educar a niños desfavorecidos?
- ¿Cuáles son los dos factores relacionados con la educación en la niñez temprana?

REFLEXIONA

- ¿Puede la educación infantil ser más beneficiosa para los niños de familias con recursos medios que para los niños de familias con pocos recursos? ¿Por qué?

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Identificar los cambios físicos en la niñez temprana*

- La media de crecimiento es de aproximadamente 6 centímetros de altura y de 2 a 3 kilos al año durante la niñez temprana. Sin embargo, los patrones de crecimiento varían individualmente. Algunos niños son excepcionalmente bajitos debido a factores congénitos, un problema físico que se desarrolla durante la niñez o una alteración emocional. Parte del aumento del cerebro en la niñez temprana se debe al incremento en el número y el tamaño de las terminaciones nerviosas, y parte a la mielinización. Recientemente, los investigadores han descubierto que los cambios en los patrones de desarrollo específico del cerebro se producen desde los tres a los 15 años. Desde los tres a los seis años, el crecimiento más rápido se produce en los lóbulos frontales. Desde los seis años hasta la pubertad, los cambios más sustanciales tienen lugar en los lóbulos parietal y temporal, especialmente en aquellas áreas que implican el lenguaje y las relaciones espaciales. El aumento en la madurez del cerebro contribuye a los cambios en las habilidades cognitivas.

- Las habilidades motoras gruesas aumentan considerablemente durante la niñez temprana. Los niños se vuelven cada vez más aventureros a medida que sus habilidades motoras gruesas mejoran. Las habilidades motoras finas también mejoran sustancialmente en la niñez temprana. En un momento, todos los niños eran enseñados a ser diestros. Hoy en día, la estrategia es permitir a los niños que usen la mano que prefieran. Los niños zurdos son tan competentes en las habilidades motoras e intelectuales como los niños diestros, aunque los niños zurdos tienen más problemas de lectura. Se han dado explicaciones genéticas y del entorno para la opción de diestros y zurdos.
- Las necesidades energéticas varían de acuerdo con el metabolismo basal, el índice de crecimiento y el nivel de actividad. Una preocupación especial es que demasiados niños están llevando una dieta que es demasiado alta en grasas. La vida de los niños debería centrarse en las actividades y no en las comidas.
- En las últimas décadas, las vacunas han erradicado casi por completo muchas enfermedades que en su día produjeron la muerte de muchos niños. Los problemas que todavía pueden resultar fatales para los niños son las alteraciones en el nacimiento, el cáncer y las enfermedades cardiacas. Una preocupación especial es el mal estado de salud de muchos niños de familias con bajos ingresos. A menudo tienen una menor resistencia a la enfermedad, incluyendo resfriados y gripes, que otros niños de familias con más recursos. En las últimas décadas ha habido un aumento drástico en niños con SIDA en los países en vías de desarrollo.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Describir tres visiones de los cambios cognitivos que se producen durante la niñez temprana*

- El estadio preoperacional del pensamiento de Piaget es el inicio de las habilidades para reconstruir el nivel de pensamiento y una transición en la utilización de símbolos simples a otros más sofisticados. En el pensamiento preoperacional el pensamiento de los niños es imperfecto y todavía no está organizado. El subestadio de función simbólica se produce entre los dos y los cuatro años y se caracteriza por el pensamiento simbólico, egocentrismo y animismo. El subestadio de pensamiento intuitivo ocurre desde los cuatro hasta los siete años de edad. Se le llama «intuitivo» porque, por una parte, el niño parece muy seguro de sus conocimientos, aunque no sea consciente de cómo sabe lo que sabe. El niño preoperacional carece de la función de conservación y hace una gran cantidad de preguntas.
- En la teoría de Vygotsky, la zona de desarrollo próximo (ZDP) se describe como el rango de tareas que resultan muy difíciles para que los niños las realicen solos, pero que pueden aprender con la guía y asistencia de los adultos o de otros niños más cualificados. El andamiaje implica el cambio del nivel de apoyo, con la persona más capacitada ajustando la ayuda pedagógica para encajar en el nivel de desarrollo del niño. Las aplicaciones de la teoría de Vygotsky en la educación se centran en la zona del desarrollo próximo, utilizando andamiaje y profesores o compañeros más cualificados, observando y alentando a los niños a usar el habla privada, evaluando la ZDP del niño en lugar del coeficiente intelectual y transformando la clase a partir de las teorías de Vygotsky. Las comparaciones entre la teoría de Vygotsky y la teoría de Piaget implican el constructivismo, las metáforas para el aprendizaje, los estadios, los procesos claves, el papel del lenguaje, las visiones de la educación y las implicaciones de los profesores. La teoría de Vygotsky es constructivista social, y la de Piaget es constructivista cognitiva.
- La teoría del procesamiento de la información hace hincapié en los procesos cognitivos. Las habilidades de los niños para atender a estímulos mejora drásticamente durante la niñez temprana. Un déficit de atención durante la niñez temprana es que los niños se centran más en las dimensiones sobresalientes que en las relevantes de una tarea. Se produce una mejora significativa en la memoria a corto plazo durante la niñez temprana. Con buenas claves de referencia, la memoria a largo plazo de los niños puede ser precisa, aunque pueden llegar a desarrollar recuerdos falsos. No niños más pequeños normalmente no utilizan estrategias para recordar, pero pueden aprender estrategias simples de resolución de problemas. La teoría de la mente se refiere a los pensamiento de los individuos sobre cómo funciona el procesamiento mental de otros. Los niños comienzan a comprender los estados mentales que implican percepciones, deseos y emociones de los 2 a los 3 años y de los 4 a los 5 años se dan cuenta que la gente puede tener creencias falsas.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Resumir cómo se desarrolla el lenguaje en la niñez temprana*

- Los niños mejoran su comprensión de las normas del lenguaje. Esto incluye la fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática. El experimento clásico de Berko demostró que los niños comprenden las reglas de la morfología.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Evaluar los diferentes acercamientos a la educación en la niñez temprana*

- Los centros de educación infantil centrados en el niño hacen hincapié en una educación del niño completo, con énfasis en la variabilidad individual, el proceso de aprendizaje y la importancia del juego en el desarrollo. El acercamiento Montessori es otra estrategia de educación muy conocida que permite a los niños elegir de una variedad de actividades mientras que los profesores hacen de ayudantes. La educación adecuada al desarrollo

se centra en patrones típicos de los niños (adecuación de la edad) y en las particularidades de cada niño (adecuación individual). Esta educación contrasta con la educación no adecuada al desarrollo, que ignora el acercamiento a un aprendizaje concreto y práctico.

- El gobierno de Estado Unidos ha intentado romper el ciclo de pobreza con programas educativos como *Head Start*. Los programas modelos han demostrado tener efectos positivos en los niños de entornos empobrecidos.
- La controversia caracteriza los programas de estudios de la educación primaria. Por una parte aquellos que son partidarios de un acercamiento constructivo, centrado en el niño, por otra parte, están aquellos que defienden un acercamiento académico e instructivo. En la cuestión de si la asistencia a la escuela infantil es fundamental, algunos padres pueden educar a los niños pequeños de forma tan eficaz como la escuela, sin embargo, la mayoría de los padres no cuentan con las habilidades, el tiempo y el compromiso necesarios para hacerlo.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO
FACULTAD DE CULTURA FISICA
BIBLIOTECA

CAPÍTULO

9



Déjanos jugar que todavía es de día y no podemos irnos a dormir. Además, en el cielo los pajaritos vuelan y las montañas están llenas de ovejas.

WILLIAM BLAKE
Poeta inglés, siglo XIX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIA EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1826
QUITO

Desarrollo socioemocional en la niñez temprana

Esquema del capítulo

DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LA PERSONALIDAD **1**

El yo

Desarrollo emocional

Desarrollo moral

Género

FAMILIAS **2**

Crianza de los hijos

Relaciones entre hermanos y orden de nacimiento

La evolución de la familia en un contexto social cambiante

RELACIONES ENTRE IGUALES, JUEGOS Y TELEVISIÓN **3**

Relaciones entre iguales

Juegos

Televisión

Objetivos de aprendizaje

1 **Analizar el desarrollo emocional y de la personalidad en la niñez temprana**

2 **Explicar cómo pueden influir las familias en el desarrollo de los niños**

3 **Describir los papeles de los iguales, el juego y la televisión en el desarrollo de los niños**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Sara y el desarrollo de su sentido de la moralidad

La siguiente historia refleja el desarrollo de los valores de una niña pequeña (Kantrowitz, 1991). Como muchos niños, a Sara Newland le encantan los animales. Pero hizo mucho más que cualquier otro niño que ama los animales cuando oyó la grave situación de una especie en peligro de extinción durante una visita al zoo y esto la motivó a prestar su ayuda. Con la ayuda de su madre, Sara hizo pasteles y galletas para venderlas en la acera, cerca de su edificio de apartamentos en Nueva York. Ella estaba eufórica cuando ganó 35 $, que mandó rápidamente a la *Word Wildlife Fund* (WWF, Fondo Mundial para la Naturaleza). Unas semanas después, su alegría se convirtió en llanto cuando la Fundación le contestó pidiéndole más dinero. Sara estaba destrozada porque pensaba que ella ya había solucionado el problema de los animales. Su madre le dijo a Sara que el problema de las especies en peligro de extinción y muchos otros son tan grandes que se necesita la ayuda continua de muchas personas.

Ahora en la escuela primaria, Sara continúa con su buena voluntad y su amabilidad. Ahora tiene nueve años, ayuda en un centro de cuidado infantil de la ciudad y lleva regularmente comida a gente sin hogar de su vecindario. Sara les dice a sus amigos que no tienen que tener miedo de la gente sin hogar. Dice que hay gente que se pregunta por qué ella les da comida, a lo que responde que «si todo el mundo les diera comida, podrían alimentarse decentemente».

Los padres sensibles pueden marcar la diferencia, fomentando el sentido de la moralidad y los valores en los niños. Algunos expertos sobre el desarrollo moral creen que la capacidad para la bondad existe desde un principio, que refleja la visión de la «bondad innata» en el niño, de la que ya hablamos en el Capítulo 1. Sin embargo, muchos psicólogos evolutivos también creen que los padres deben alentar esa bondad, al igual que ayudan a sus hijos a convertirse en buenos lectores, músicos o atletas.

VISTA PREVIA

Durante la niñez temprana el desarrollo emocional y de la personalidad de los niños cambia de manera significativa y sus pequeños mundos se amplían. Además de la influencia continua de las relaciones familiares, los iguales adquieren un papel más significativo en el desarrollo de los niños y el juego llena la vida diaria de muchos niños.

1 DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LA PERSONALIDAD

- El yo
- Desarrollo moral
- Desarrollo emocional
- Género

En la historia que abría este capítulo, Sara demostró un sentido positivo de la moralidad a través de su motivación para ayudar a una especie en peligro de extinción

y a personas sin hogar. Vamos a explorar en mayor profundidad el desarrollo moral de los niños y otros aspectos de su desarrollo moral y de la personalidad, comenzando con el yo.

El yo

En el Capítulo 7 vimos que hacia el final del segundo año de vida los niños desarrollaban el sentido del yo. Durante la niñez temprana, tienen lugar algunos avances importantes en el yo. Entre otros están el desarrollo de enfrentarse al tema de la iniciativa frente a culpa y la mejora en el conocimiento de sí mismo.

Iniciativa frente a culpa De acuerdo con Erik Erikson (1968), la fase psicosocial que caracteriza la niñez temprana es la de *iniciativa frente a la culpa*. Ahora, los niños se han convencido de que ellos son una persona por sí solos. Durante la niñez temprana deben descubrir qué tipo de persona serán. Se identifican en gran medida con sus padres, que aparecen ante él como poderosos y maravillosos, aunque también a menudo como irracionales, desagradables e incluso peligrosos a veces. Durante la niñez temprana, los niños utilizan sus habilidades perceptivas, motoras, cognitivas y del lenguaje para hacer que las cosas ocurran. Cuentan con una gran cantidad de energía que les permite olvidar los fracasos rápidamente y realizar nuevas tareas que parezcan apetecibles —incluso si son peligrosas—, sin disminuir el entusiasmo y con un sentido de la dirección mejorado. En esta etapa, por su propia *iniciativa* los niños pasan a ampliar su mundo social.

El gran director de la iniciativa es la *conciencia*. Ahora los niños no sólo sienten miedo de ser «pillados», sino que también comienzan a oír la voz interna de la propia observación, guía y castigo (Bybee, 1999). Su iniciativa y su entusiasmo pueden traerles no sólo recompensas sino también castigos. Las desilusiones generalizadas en esta época pueden llevarle a dar rienda suelta a la culpa y reducir la autoestima del niño.

Que un niño deje esta fase con un sentido de iniciativa que supere su sentido de culpa depende, en gran medida, de cómo los padres respondan a las iniciativas del niño. A los niños que se les da la libertad y la oportunidad para iniciar juegos motores, como correr, montar en bicicleta, montar en trineo, patinar y pelearse se les apoya su sentido de la iniciativa. Los padres también apoyan la iniciativa cuando responden a las preguntas de sus hijos y no se burlan de ellos, ni cohíben su fantasía o sus juegos. Por el contrario, si les hacen sentir a los niños que sus actividades motoras son torpes, que sus preguntas son molestas y que sus juegos son tontos o triviales, a menudo desarrollan un sentido de culpa al iniciar actividades propias que puede persistir en fases posteriores de la vida (Elkind, 1970).

Conocimiento de sí mismo El **conocimiento de sí mismo** es la representación cognitiva para el niño del yo, su solidez y el contenido de la idea propia del niño. Por ejemplo, una niña de cinco años comprende que ella es niña, que tiene el pelo rubio, le gusta montar en bicicleta, tiene un amigo y es nadadora. Un niño de 11 años comprende que es estudiante, jugador de fútbol, un miembro de la familia, que le gustan los videojuegos y es fan de la música rock. La comprensión propia de un niño está basada en varios papeles y categorías de cada miembro que definen quién es el niño. A pesar de que no es el *todo* de la identidad personal, el conocimiento de sí mismo proporciona su soporte racional (Damon y Hart, 1992).

Los principios rudimentarios del conocimiento de sí mismo empiezan con el reconocimiento propio, que tiene lugar aproximadamente a los 18 meses. Desde que los niños pueden comunicar verbalmente sus ideas, la investigación sobre la comprensión propia en la niñez no se limita al reconocimiento visual de sí mismo, como ocurre durante la primera infancia. Los investigadores, fundamentalmente a través de las entrevistas con los niños, han comprobado su concepción sobre muchos aspectos del conocimiento de sí mismo (Moore y Lemmon, 2001). Entre

otros, la mente y el cuerpo, las reacciones con otros y el tener orgullo y vergüenza de sí mismos. La mayoría de los niños piensan en el yo como parte de su cuerpo, normalmente su cabeza. Generalmente los niños confunden el *yo*, la mente y el cuerpo. Ya que el *yo* es una parte de su cuerpo, lo describen entre otras dimensiones materiales, por el tamaño, la forma y el color. Los niños pequeños se distinguen a sí mismos de otros a través de muchos atributos físicos y materiales. Sandra, una niña de cuatro años dice: «Yo soy diferente a Jennifer porque tengo el pelo castaño y ella lo tiene rubio». Ralph, de cuatro años dice: «Yo soy diferente a Hank porque soy más alto y soy diferente a mi hermana porque tengo una bicicleta».

Durante la niñez temprana, los niños piensan en sí mismos en términos físicos o activos. Es decir, la *dimensión activa* es un componente central del yo en la niñez temprana (Keller, Ford y Meacham, 1978). Si ampliamos la definición de categoría *física*, podemos incluir acciones físicas al igual que imágenes corporales y posesiones materiales. Por ejemplo, los niños de educación infantil a menudo se describen a sí mismos a través de actividades como el juego.

Desarrollo emocional

Los niños, como los adultos, experimentan muchas emociones durante el curso del día. A veces, los niños también intentan dar sentido a las reacciones emocionales y los sentimientos de los demás.

Lenguaje emocional y comprensión de las emociones en los niños Entre los cambios más importantes en el desarrollo emocional en la niñez temprana se encuentran el mayor uso del lenguaje emocional y de la comprensión de las emociones (Kuebli, 1994). Los niños preescolares se vuelven más diestros para hablar de sus propias emociones y las de otros. Entre los dos y los tres años, los niños aumentan considerablemente el número de términos que utilizan para describir las emociones (Ridgeway, Waters y Kuczaj, 1985). Sin embargo, en los años de la escuela infantil, los niños aprenden mucho más que «vocabulario» de términos emocionales. También aprenden sobre causas y consecuencias de los sentimientos (Denham, 1998).

A los cuatro o cinco años, los niños muestran una habilidad cada vez mayor para reflejar sus emociones. En este momento del desarrollo, también empiezan a comprender que algunos hechos pueden provocar sentimientos diferentes en distintas personas. Por otra parte, muestran una conciencia cada vez mayor para controlar y manejar las emociones coincidentes con los estándares sociales (Bruce, Olen y Jensen, 1999). En la Figura 9.1 se muestra un resumen de las características del lenguaje emocional y de la comprensión de las emociones del niño.

Emociones de la propia conciencia Las *emociones de la propia conciencia* requieren que el niño sea capaz de referirse a ellos mismos y se den cuenta de que son diferentes de los demás (Lewis, 2002). El orgullo, la timidez, la vergüenza y la culpa son emociones vinculadas a la propia conciencia.

Recuerda del Capítulo 7, «Desarrollo socio-emocional en la primera infancia», que la conciencia del yo aparece durante la segunda mitad del segundo año. La conciencia propia de las emociones no parece desarrollarse hasta que esta conciencia del yo está presente. Por tanto, las emociones como el orgullo y la culpa son más comunes en los años de la niñez temprana y están especialmente influenciadas por las respuestas de los padres al comportamiento de los hijos. Por ejemplo, un niño puede experimentar una fuerte culpa cuando su padre o su madre le dice «deberías sentirte mal por pegarle a tu hermana». Más adelante analizaremos la culpa en el contexto del desarrollo moral.

En un estudio, las niñas mostraron más vergüenza y orgullo que los niños (Stipek, Recchia y McClintic, 1992). Esta diferencia de género es interesante porque las niñas tienen un mayor riego de interiorizar desórdenes como la ansiedad

Edad aproximada de los niños	Descripción
De 2 a 3 años	Aumento rápido del vocabulario emocional
	Clasificación correcta de emociones simples en sí mismos y en otros. y h Hablan sobre las experiencias pasadas, presentes y futuras
	Hablan sobre las causas y las consecuencias de algunas emociones e identifican las emociones asociadas con ciertas situaciones
	Utilizan el lenguaje emocional en el juego imaginariosimbólico
De 4 a 5 años	Muestran una mayor capacidad para reflejar verbalmente las emociones y para considerar las relaciones complejas entre las emociones y las situaciones
	Comprenden que el mismo evento puede producir diferentes sentimientos en personas distintas y que los sentimientos que algunas veces persisten mucho después de que ocurran los eventos que los producen
	Demuestran una mayor conciencia sobrepara controlar y manejar sus emociones de acuerdo con los estándares sociales

FIGURA 9.1 Algunas características del lenguaje emocional y la comprensión del niño

y la depresión en los que los sentimientos de culpa y de auto-crítica son a menudo evidentes (Cummings, Braungart-Rieker y Du Rocher-Schudlich, 2003).

Padres que ayudan a controlar o a rechazar las emociones En el Capítulo 7 describimos la importancia de la auto-regulación de la emoción en la primera infancia. La auto-regulación de la emoción continúa siendo un aspecto importante del desarrollo emocional en los años de la niñez temprana y los padres pueden jugar un papel importante para ayudar a los niños pequeños a controlar sus emociones (Havighurst, Harley y Prior, 2004). Dependiendo de cómo hablen con sus hijos sobre las emociones, podemos describir a los padres como que utilizan un acercamiento de control de las emociones o de rechazo. Los padres que utilizan un acercamiento de control de emociones observan las emociones de sus hijos, ven las emociones negativas de sus hijos como oportunidades para enseñarles, ayudarles a etiquetar las emociones y prepararles para sobrellevarlas de forma efectiva. Por el contrario, los padres que utilizan un acercamiento de rechazo de las emociones ven que su papel es negar, ignorar o cambiar las emociones negativas. Los investigadores han descubierto que cuando interactúan con sus hijos, los padres que controlan las emociones rechazan menos, utilizan más la ayuda y los elogios y son más cuidadosos que los padres que rechazan las emociones (Gottman y DeClaire, 1997). Los niños de padres que controlan las emociones se tranquilizaban mejor a sí mismos cuando se enfadaban, regulaban mejor sus afectos negativos, centraban mejor su atención y tenían menos problemas de comportamiento que los niños de padres que rechazan las emociones.

Desarrollo moral

El **desarrollo moral** implica el desarrollo de los pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con las reglas y las convenciones sobre lo que la gente debe hacer en sus relaciones con otras personas. Los psicólogos evolutivos estudian cómo los niños razonan, se comportan y sienten sobre estas regulaciones. Comenzaremos nuestro estudio sobre el desarrollo moral en los niños centrándonos en una visión cognitiva del desarrollo moral.

La visión de Piaget sobre el desarrollo del razonamiento moral Jean Piaget (1932) despertó el interés sobre el pensamiento del niño con respecto a los asuntos morales. Observó y entrevistó ampliamente a niños de 4 a 12 años. Piaget

los observó mientras jugaban a las canicas; le interesaba aprender cómo usaban las reglas de juego y qué pensaban a cerca de ellas. También les preguntó a los niños sobre las reglas éticas: el robo, la mentira, el castigo y la justicia, por ejemplo. Piaget concluyó que los niños pasan por dos etapas diferentes sobre cómo piensan sobre la moralidad y una transición entre las dos etapas.

- Desde los 4 a los 7 años, los niños presentan una **moralidad heterónoma,** la primera etapa del desarrollo moral de la teoría de Piaget. Los niños piensan que la justicia y las reglas se conciben como propiedades inalterables del mundo, fuera del control de la gente.
- Desde los 7 a los 10 años, los niños se encuentran en una etapa de transición mostrando algunos rasgos de la primera etapa del razonamiento moral y algunos rasgos de la segunda etapa, la moralidad autónoma.
- Desde aproximadamente los 10 años en adelante, los niños muestran una **moralidad autónoma,** la segunda etapa del desarrollo moral de acuerdo con la teoría de Piaget. Se dan cuenta de que las reglas y leyes son creadas por los hombres y que al juzgar una acción se deben considerar tanto las intenciones como las consecuencias.

El niño heterónomo juzga la honradez o bondad del comportamiento considerando las consecuencias del mismo, no las intenciones de quien lo lleva a cabo. Por ejemplo, el pensador heterónomo dice que romper 12 tazas accidentalmente es peor que romper una taza intencionadamente. Para los niños con moral autónoma las intenciones tienen una gran importancia. El pensador heterónomo también cree que las reglas son inalterables y son transmitidas por todas las autoridades poderosas. Cuando Piaget sugirió a los niños que se podrían incluir nuevas reglas para el juego de las canicas, los niños se negaron. Por el contrario, los niños mayores —al ser moralmente autónomos—, aceptaron los cambios y reconocieron que las reglas son meramente convenciones oportunas, sujetas a cambios.

El pensador heterónomo también cree en la **justicia inmanente,** el concepto de Piaget que establece que si una regla se rompe, el castigo debe ser aplicado de inmediato. Los niños pequeños creen que la infracción de alguna manera se conecta automáticamente con un castigo. A menudo muestran una expresión de preocupación, después de cometer una trasgresión, pues esperan el inevitable castigo. La justicia inmanente también implica que si algo desafortunado le ocurre a alguien, esa persona ha debido cometer alguna falta con anterioridad. Los niños mayores, al ser moralmente autónomos, reconocen que el castigo está mediado socialmente y ocurre sólo si una persona significativa es testigo del mal comportamiento y que, aun entonces, el castigo no es inevitable.

Piaget afirmó que, a medida que los niños se desarrollan, su pensamiento pasa a ser más sofisticado en lo que respecta a cuestiones sociales, especialmente sobre las posibilidades y condiciones de cooperación. Piaget creía que la comprensión social venía dada a través de las relaciones recíprocas de dar y recibir entre iguales. En el grupo de iguales, donde otros tienen un poder y un estatus similar al del niño, los planes se negocian y coordinan, se razonan los desacuerdos y eventualmente se llega a acuerdos. En las relaciones entre padres e hijos, en la que los padres tienen el poder y los niños no, es menos probable que el razonamiento moral avance, porque las reglas son a menudo pronunciadas de forma autoritaria. Más adelante, en el Capítulo 11, volveremos a hablar sobre otro importante punto de vista cognitivo del desarrollo moral, el de Lawrence Kohlberg.

Comportamiento moral El estudio del comportamiento moral está influenciado por las teorías conductuales y sociales (Grusec, 2005). Se utilizan procesos de refuerzo, castigo e imitación para explicar el comportamiento moral de los niños. Cuando se recompensa a los niños por comportamientos que son consistentes con las leyes y las convenciones sociales, es probable que lo repitan. Cuando se pro-

porcionan modelos que se comportan moralmente, los niños son propensos a adoptar sus acciones. Y cuando se castiga a los niños por un comportamiento inmoral, es más probable que estos desaparezcan o se eliminen. Sin embargo, debido a que el castigo puede tener efectos secundarios adversos, es necesario utilizarlo de forma prudente y cautelosa.

Debemos tratar otro punto importante sobre la visión social-cognitiva del desarrollo moral. El comportamiento moral está influenciado en gran medida por la situación, por el contexto. Lo que los niños hacen en un momento está a menudo relacionado sólo débilmente con lo que hacen en otra. Un niño puede hacer trampas en clase de matemáticas, pero no en clase de inglés; pueden robar un caramelo cuando no hay nadie presente, pero no lo hacen cuando hay alguien. Hace más de medio siglo, la naturaleza situacional de la moralidad fue observada en un estudio comprensivo de miles de niños en diferentes situaciones, por ejemplo, en casa, en el colegio y en la iglesia. El niño completamente honesto realmente no existe, al igual que no existe el niño que hace trampas en todas las situaciones (Hartshorne y May, 1928-1930).

Los teóricos cognitivo sociales también creen que la habilidad para resistirse a la tentación está fuertemente relacionada con el desarrollo del auto control. Los niños deben superar los impulsos hacia algo que quieren pero que está prohibido. Según los teóricos cognitivo sociales los factores cognitivos son importantes en el desarrollo del auto control (Bandura, 2002).

Sentimientos morales En el Capítulo 2, nos referimos a la teoría del psicoanálisis de Freud. Describe el *superyo* como una de las tres estructuras fundamentales de la personalidad, el *yo* y el *ello* son las otras dos. En la clásica teoría del psicoanálisis de Freud, el *superyo* del niño —la parte moral de la personalidad— se desarrolla cuando el niño supera el complejo de Edipo y se identifica con el progenitor del mismo sexo durante la niñez temprana. Entre las razones por las que los niños resuelven su complejo de Edipo se encuentra el miedo a perder el amor de sus padres y a ser castigados por los deseos sexuales inadmisibles con su progenitor del sexo opuesto. Para reducir la ansiedad, evitar el castigo y mantener el cariño de sus padres, los niños forman un superyo para identificarse con el progenitor del mismo sexo. A través de la identificación con el progenitor del mismo sexo, los niños interiorizan los estándares correctos e incorrectos de sus padres que reflejan las prohibiciones sociales e interiorizan la hostilidad que presentaban previamente hacia el progenitor del mismo sexo. Esta hostilidad se siente ahora como culpa, que se experimenta inconscientemente (más allá de la conciencia del niño). Según las experiencias del psicoanálisis sobre el desarrollo moral, los sentimientos de culpa son responsables de mantener a los niños lejos de cometer transgresiones. Es decir, los niños se ajustan a los estándares sociales para evitar la culpa.

Los sentimientos positivos como la empatía, contribuyen al desarrollo moral del niño. La *empatía* es reaccionar a los sentimientos de otros con una respuesta emocional que es similar a lo que otros sienten (Eisenberg, 2005; Hoffman, 2002). Aunque la empatía se experimenta como un estado emocional es, a menudo un componente cognitivo. El componente cognitivo es la habilidad de discernir los estados psicológicos internos de otros, o lo que se llama «tener perspectiva». Los niños pequeños tienen la capacidad para algunas respuestas puramente empáticas, pero para una acción moral efectiva los niños necesitan aprender cómo identificar una gran cantidad de estados emocionales en los otros. También necesitan aprender a anticipar qué tipo de acción puede mejorar el estado emocional de otra persona.

Género

Mientras que el sexo se refiere a la dimensión biológica de ser hombre o mujer, el **género** se refiere a las dimensiones psicológicas y sociales de ser hombre o

mujer. Existen dos aspectos del género a los que debemos prestar una atención especial:

- La **identidad de género** es el sentimiento de ser hombre o mujer, que la mayoría de los niños adquieren a los tres años.
- El ***rol* de género** es el conjunto de expectativas que determinan cómo deben pensar, actuar o sentir hombres y mujeres.

Influencias biológicas ¿Cómo puede influir nuestra herencia biológica en nuestro comportamiento y pensamiento de género?

Cromosomas, gónadas y hormonas En el Capítulo 3, aprendimos que los seres humanos normalmente tienen 46 cromosomas organizados en parejas. El par 23 puede estar formado por dos cromosomas X, que genera una mujer (XX) o puede estar formado por un cromosoma X y un cromosoma Y, que crea un hombre (XY).

Al igual que los cromosomas son importantes para la comprensión de las influencias biológicas, también lo son las hormonas (Berenbaum y Bailey, 2003; Lippa, 2005). Los dos tipos principales de hormonas sexuales son los estrógenos y los andrógenos, que son segregadas por las gónadas (ovarios en las mujeres y testículos en los hombres). Los *estrógenos*, como el estradiol, influyen en el desarrollo de las características sexuales físicas de la mujer. Los andrógenos, como la testosterona, permiten el desarrollo de las características físicas del sexo masculino. En las primeras semanas de gestación, los embriones masculinos y femeninos son similares. Más tarde los órganos masculinos empiezan a diferenciarse de los femeninos cuando el cromosoma Y del embrión provoca el desarrollo de testículos (en lugar de ovarios); los testículos segregan grandes cantidades de andrógenos, que desencadenan el desarrollo de los órganos sexuales masculinos. Los bajos niveles de andrógenos en el embrión femenino permiten el desarrollo normal de los órganos sexuales femeninos.

Un estudio reciente sugiere que los hombres genéticamente nacidos con genitales ambiguos debido a una rara alteración de nacimiento y que se operan para ser mujeres, frecuentemente crecen sintiéndose chicos y pueden cambiar finalmente su preferencia hacia el sexo masculino, incluso sin tener conocimiento de su historia (Reiner y Gearhart, 2004). En esta investigación se estudiaron 16 niños genéticamente varones de 5 a 16 años: 14 de ellos fueron criados como niñas. Se hicieron preguntas detalladas a niños y padres sobre el patrón de juegos de los niños, los niveles de agresión, los objetivos profesionales y las actitudes sobre los *roles* de género. Se estudió a las familias de 34 a 98 meses. En las evaluaciones más recientes 8 de los 14 individuos criados como chicas se declararon chicos, incluyendo cuatro que no habían sido alertados sobre su cambio quirúrgico. Los investigadores concluyeron que la naturaleza es más importante que la educación en el caso de estos niños y que la mayoría de los niños que nacían con este problema deberían conservar el sexo masculino. Sin embargo, el tema es complejo puesto que 5 de los 16 niños parecían felices viviendo como chicas, lo cual implica que en ciertos casos la educación puede triunfar sobre la naturaleza. Más adelante, otra investigación e informes clínicos indican que muchos chicos genéticamente educados como chicas parecen adaptarse correctamente (Gooren, 2002; Slijper y otros, 1998).

Perspectiva de la psicología evolucionista En el Capítulo 3 describimos el acercamiento de la psicología evolucionista, que hacía hincapié en que la adaptación durante la evolución del ser humano producía diferencias psicológicas entre hombres y mujeres (Buss, 1995, 2000, 2004).

La psicología evolucionista afirma que, primordialmente debido a sus diferentes roles en la reproducción, las mujeres y los hombres se enfrentaron a diferentes presiones durante la evolución de la especie humana. Concretamente, porque tener múltiples relaciones sexuales mejora las posibilidades de que los hombres

transfieran en sus genes la selección natural favorecía a los hombres que adoptaban estrategias de apareamiento a corto plazo. Estos hombres competían con otros hombres que adquirían más recursos para acceder a las mujeres. Por tanto, según los psicólogos evolutivos, los hombres desarrollaban disposiciones que favorecían la violencia, la competencia y la disposición a los riesgos.

Por el contrario, de acuerdo con la psicología evolucionista, la contribución de las mujeres a la genética mejoraba para asegurar recursos para sus hijos, lo que se promovía obteniendo compañeros a largo plazo que pudieran mantener a la familia (Jackson, 2004). Como consecuencia, la selección natural favorecía a las mujeres que dedicaban su esfuerzo a la crianza y a elegir compañeros que pudieran proporcionar a sus hijos recursos y protección. Las mujeres desarrollaban preferencias por hombres ambiciosos y con éxito que pudieran proporcionarles estos recursos.

Este desarrollo evolutivo, de acuerdo con algunos expertos, explica las diferencias claves de género en las actitudes y el comportamiento sexual. Por ejemplo, en un estudio los hombres dijeron que idealmente les gustaría tener más de 18 parejas sexuales en su vida, mientras que las mujeres dijeron que a ellas les gustaría tener solo cuatro o cinco (Buss y Schmidt, 1993). En otro estudio, el 75 por 100 de los hombres pero ninguna de las mujeres a los que se les acercaba un atractivo extraño del sexo opuesto accedieron a la petición de una relación sexual (Clark y Hatfield, 1989).

Estas diferencias de género, dice David Buss (2000, 2004), son exactamente del tipo que predice la psicología evolucionista. Buss afirma que los hombres y las mujeres difieren psicológicamente en aquellos campos en los que han experimentado diferentes problemas de adaptación durante su historial evolutivo. En todos los otros campos, aseguraba Buss, ambos serían psicológicamente similares.

Los críticos de la teoría evolucionista argumentan que las hipótesis están amparadas en especulaciones sobre la prehistoria, no en evidencias y que ante cualquier evento la gente no está estancada en el comportamiento que fue adaptativo en su pasado evolutivo. Los críticos también afirman que la visión evolucionista presta muy poca atención a las variaciones culturales e individuales en las diferencias de género.

Influencias sociales Muchos científicos sociales no sitúan la causa de las diferencias psicológicas de género en las disposiciones biológicas. En su lugar, afirman que estas diferencias vienen dadas por las experiencias sociales (Denmark, Rabinowitz y Sechzer, 2005).

En muchos países, los adultos discriminan el sexo del bebé poco después del nacimiento. La ropita «azul y rosa» suele ponerse a los niños y niñas incluso antes de que dejen el hospital. Poco después, las diferencias en el corte de pelo, la ropa y los juguetes son evidentes. Los adultos y los iguales recompensan estas diferencias a través del desarrollo. Y los niños y las niñas aprenden roles de género a través de la imitación y el aprendizaje observacional, mirando lo que otra gente dice y hace. En los últimos años, se ha discutido la idea de que los padres son los agentes socializantes claves para el desarrollo de los roles de género de los niños. Los padres son sólo una de las fuentes por las que los niños aprenden los roles de género (Beal, 1994; Fagot, Rodgers y Leinbach, 2000). La cultura, el colegio, los iguales, los medios de comunicación y otros miembros de la familia proporcionan otros modelos de género, aun así es importante no cambiar mucho en este sentido porque, especialmente en los primeros años del desarrollo, los padres son influencias importantes en el desarrollo del género.

Teorías sociales del género Tres han sido las principales teorías sociales propuestas sobre el género, la teoría del rol social, la teoría psicoanalítica y la teoría cognitivo social. Alice Eagly (2000, 2001) propuso la teoría del rol social, que afirma que las diferencias de género vienen dadas por el contraste de los roles de las

mujeres y los hombres. En la mayoría de las culturas del mundo, las mujeres tienen menos poder y estatus que los hombres y controlan menos recursos (Denmark, Rabinowitz y Sechzer, 2005; Word, 2001). En comparación con los hombres, las mujeres realizan más trabajos domésticos, pasan menos horas en trabajos fuera de casa, reciben menos salario y están menos representadas en los puestos importantes de las empresas. En la visión de Eagly, puesto que las mujeres se adaptaban a papeles con menos poder y de menos estatus en la sociedad, mostraban ser más cooperativas, tenían perfiles menos dominantes que los hombres. De este modo, la jerarquía social y la división del trabajo son causas importantes de las diferencias de género en el poder, la seguridad en sí mismos y la educación (Eagly y Diekman, 2003).

La **teoría psicoanalítica del género** proviene de la visión de Freud de que los niños pequeños desarrollan una atracción sexual hacia el progenitor de sexo opuesto. Hacia los cinco o seis años el niño renuncia a esta atracción debido a que experimenta sentimientos de ansiedad. Posteriormente, el niño se identifica con el progenitor del mismo sexo, adoptando de manera inconsciente las mismas características de éste. Sin embargo, hoy en día casi todos los psicólogos evolutivos descartan que el desarrollo del género siga el modelo que Freud propuso (Callan, 2001). Los niños adquieren su tipo de género mucho antes de los cinco o seis años. Los hombres se vuelven masculinos y las mujeres femeninas, aun cuando el progenitor del mismo sexo no esté presente en la familia.

La teoría cognitivo-social estudiada en el Capítulo 2 proporciona una explicación alternativa a cómo los niños desarrollan los comportamientos relacionados con el género (véase la Figura 9.2). De acuerdo con la **teoría cognitivo-social del género,** el desarrollo del género se produce a través de la observación y la imitación del comportamiento, así como a través del reforzamiento y castigo que hacen que los niños experimenten los comportamientos adecuados e inadecuados para el género (Bussey y Bandura, 1999). Los padres a menudo usan recompensas y castigos para enseñar a sus hijas a ser femeninas («Karen, tú eres buena si juegas tranquilamente con tu muñeca») y a sus hijos a ser masculinos («Keith, un niño tan grande como tú no debe llorar»). Los niños también aprenden sobre el género a través de la observación de otros adultos cercanos y a través de la televisión (Fagot, Rodgers, y Leinbach, 2000). A medida que los niños crecen, los iguales adquieren cada vez más importancia. Los iguales también recompensan o castigan ampliamente el comportamiento de género (Lott y Maluso, 2001). Por ejemplo, cuando los niños juegan de maneras que son apropiadas para su género según la cultura, suelen ser recompensados por sus iguales. Aquellos que realizan actividades que se consideran inapropiadas tienden a ser criticados o abandonados por sus iguales.

Desde los 4 a los 12 años, los niños pasan la mayoría del tiempo de juego exclusivamente con iguales del mismo sexo (Maccoby, 2002). ¿Qué tipo de socialización se produce en estos grupos de juego del mismo sexo? En un estudio, los investigadores observaron preescolares durante más de seis meses (Martin y Fabes, 2001). Cuanto más tiempo pasaban los niños interactuando con otros niños, ma-

FIGURA 9.2 Una comparación de las teorías cognitivo-social y psicoanalítica del desarrollo del género
Los padres influyen en el desarrollo del niño con las acciones y los ejemplos.

Teoría	Procesos	Resultados
Teoría psicoanalítica de Freud	Atracción sexual hacia el progenitor del sexo opuesto desde los 3 a los 5 años; ansiedad por la atracción sexual y posterior identificación con el progenitor del mismo sexo a los 5 o 6 años	Comportamiento de género similar al del progenitor del mismo sexo
Teoría social-cognitiva	Recompensas y castigos de conductas apropiadas e inapropiadas al género por los adultos y los iguales; observación e imitación los modelos de comportamiento masculinos y femeninos	Conducta de género

yor era su nivel de actividad, sus juegos bruscos y su elección de juguetes y juegos típicamente masculinos, y menor el tiempo que los niños pasaban con otros adultos. Por el contrario, cuanto más tiempo pasaban las niñas preescolares con otras niñas, más disminuía su nivel de actividad y agresión y mayor eran los juegos típicamente femeninos y el tiempo que ellas pasaban con adultos. Después de observar a los niños en la escuela primaria jugando repetidamente en grupos del mismo sexo, dos investigadores denominaron el patio del colegio como una «escuela de género» (Luria y Herzog, 1985).

Influencias de los padres Los padres, con sus acciones y su ejemplo, influyen en el desarrollo del género en los niños (Lenton y Blair, 2004; Maccoby, 2003). Las madres y los padres son psicológicamente muy importantes para el desarrollo del género (McHale, Crouter y Whiteman, 2003). Las madres son más coherentes dando responsabilidades de educación y cuidado físico. Los padres son más propensos a realizar interacciones de juego con sus hijos y ser los responsables de que los niños y las niñas se ajusten a las normas culturales existentes. A través de su mayor o menor influencia sobre ellos, los padres están más implicados en la socialización de sus hijos e hijas. Los padres parecen jugar un papel especialmente importante en el desarrollo del papel del género. Son más propensos que las madres a actuar de forma diferenciada con sus hijos y con sus hijas (Leaper, 2002). Por tanto, contribuyen más a las diferencias entre géneros (Huston, 1983).

Muchos padres animan a los niños y a las niñas a realizar diferentes tipos de juegos y actividades (Fagot, 1995). Se tiende a dar a las niñas muñecas y cuando son lo suficientemente mayores se les encomiendan labores de «canguro». Se anima a las niñas a que sean más afectivas y emocionales que los niños. Los padres son más propensos a realizar juegos agresivos con sus hijos que con sus hijas.

Influencias de los iguales Los padres proporcionan la primera discriminación de los roles de género en el desarrollo. Sin embargo, pronto los iguales también se incorporan al proceso social de responder y modelar el comportamiento masculino y femenino. Existe una evidencia cada vez mayor de que el género juega un papel importante en las relaciones entre iguales. Esta evidencia implica la composición de los grupos de niños, el tamaño del grupo y la interacción en los grupos del mismo sexo (Maccoby, 1998, 2002):

- *El género y la composición de los grupos de niños.* Aproximadamente a los 3 años, los niños ya muestran una preferencia a pasar más tiempo de juego con compañeros del mismo sexo. Desde los 4 los 12 años esta preferencia por jugar con compañeros del mismo sexo se incrementa y durante los años de la escuela primaria los niños pasan la mayor parte de su tiempo libre con otros niños de su mismo sexo (véase la Figura 9.3).
- *Tamaño del grupo.* Desde aproximadamente los 5 años en adelante, los chicos son más propensos a asociarse en grandes grupos que las niñas. Los niños también son más propensos a participar en juegos de grupo organizados que las niñas. En un estudio, se permitió a grupos de 6 niños del mismo sexo utilizar juguetes de la forma que ellos quisieran (Benenson, Apostolaris y Parnass, 1997). Las niñas eran más propensas que los niños a jugar en parejas o tríos, mientras que los niños interactuaban en grupos más grandes y buscaban lograr un objetivo de grupo.
- *Interacción en el grupo del mismo sexo.* Los chicos son más propensos que las chicas a jugar de forma brusca, a la competición, los conflictos, a expresiones del yo, a asumir riesgos y buscar el dominio. Por el contrario, las chicas son más propensas a elaborar «discursos cómplices» en las que hablan y actúan de forma más recíproca.

Los iguales a menudo rechazan a los niños que actúan de una forma que es más adecuada al sexo opuesto (Matlin, 2004). Sin embargo, los investigadores han

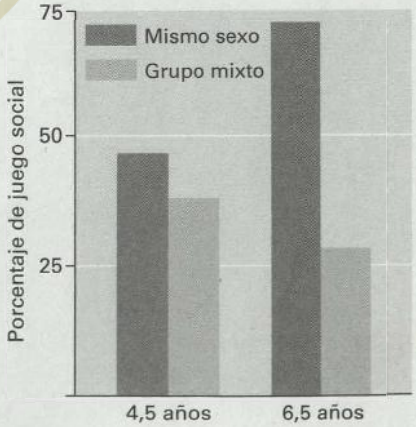


FIGURA 9.3 Cambios evolutivos en el porcentaje de tiempo invertido en grupos del mismo sexo o grupos mixtos
Las observaciones de los niños muestran que ellos son más propensos a jugar en grupos del mismo sexo que en grupos mixtos. Esta tendencia aumenta entre los 4 y los 6 años.

descubierto que hay una mayor presión para que los chicos se ajusten al papel tradicional masculino que para que lo hagan las chicas (Fagot, Rogers y Leinbach, 2000).

Influencias cognitivas La observación, la imitación, la recompensa y el castigo son mecanismos por los que el género se desarrolla de acuerdo a la teoría cognitivo social. Las interacciones entre el niño y entorno social son la clave principal del desarrollo del género según este punto de vista. Algunos críticos afirman que esta explicación presta muy poca atención a la propia mente y comprensión del niño, y lo representa como un sujeto pasivo a la hora de adquirir los roles de género (Gelman, Taylor y Nguyen, 2004; Martin y Dinella, 2001). Dos teorías cognitivas, la teoría del desarrollo cognitivo del género y la teoría del esquema de género, afirman que los individuos construyen su propio mundo en base al género:

- **La teoría del desarrollo cognitivo del género** afirma que la tipificación del género del niño sucede después de que éste piense en sí mismo como niño o niña. Una vez que ellos se conciben a sí mismos de manera consistente como femeninos o masculinos, los niños prefieren actividades, objetos y actitudes que sean coherentes con esta etiqueta.
- **La teoría del esquema de género** sugiere que la «tipificación de género» se produce a medida que los niños desarrollan esquemas de género sobre los que se considera apropiado e inapropiado con respecto al género en su cultura. Un esquema es una estructura cognitiva, una red de asociaciones que organiza y guía las percepciones individuales. Un esquema de género organiza el mundo en términos de hombres y mujeres. Los niños son motivados internamente para percibir el mundo y actuar de acuerdo con los esquemas desarrollados.

Inicialmente propuesta por Lawrence Kohlberg (1966) la teoría del desarrollo cognitivo del género mantiene que el desarrollo del género depende de la cognición y aplica las ideas de Piaget que estudiamos en el Capítulo 6. De acuerdo con Kohlberg, a medida que los niños desarrollan las habilidades de conservación y la categorización descritas por Piaget, componen un concepto de género. Aún más, ellos se dan cuenta de que siempre serán hombres o mujeres. Como resultado, comienzan a seleccionar modelos de su propio sexo para imitarlos. Las niñas pequeñas actúan como si estuvieran pensando «soy una niña, así que hago cosas de niñas, por tanto la oportunidad de hacer cosas de niñas es gratificante».

Observa que esta visión del comportamiento tipificado de género se produce sólo después de que los niños desarrollen la *constancia de género*, que es la comprensión de que el sexo permanece igual, incluso aunque las actividades, la ropa y el corte de pelo cambien (Ruble, 2000). Sin embargo, los investigadores han descubierto que los niños no desarrollan constancia de género hasta los seis o siete años. Antes, la mayoría de las niñas prefieren los juguetes, la ropa y los juegos típicamente femeninos y la mayoría de los niños prefieren juegos típicamente masculinos. Por tanto, contrariamente a la descripción de Kohlberg de la teoría del desarrollo cognitivo, la tipificación de género no aparece para depender de la constancia de género.

A diferencia de la teoría del desarrollo cognitivo, la teoría del esquema de género no requiere que los niños perciban la constancia de género antes de que comiencen la tipificación de género (véase la Figura 9.4). En su lugar, la teoría del esquema de género afirma que la tipificación de género se produce cuando los niños están preparados para codificar y organizar la información de acuerdo a las líneas que se consideran apropiadas para hombres y mujeres en la sociedad (Martin y Dinella, 2001; Martin y Halverson, 1981; Martin y Ruble, 2004). Poco a poco, los niños captan lo que es apropiado e inapropiado con respecto al género en su cultura, y desarrollan esquemas de género que se adaptan a su forma de percibir

Teoría	Procesos	Énfasis
Teoría desarrollo cognitivo	Desarrollo de la constancia de género, especialmente entre los 6 a los 7 años, cuando se desarrollan las habilidades de conservación; después de que los niños desarrollan la habilidad de verse a ellos mismos como hombres y mujeres, los niños a menudo organizan su mundo basándose en el género, imitando a modelos del mismo sexo	La preparación cognitiva facilita la tipificación del género
Teoría del esquema de género	Énfasis socio-cultural en los estándares basados en el género y los estereotipos; la atención y el comportamiento de los niños son guiados por una motivación interna para adaptarse a estos estándares basados en el género y los estereotipos, permitiendo a los niños interpretar el mundo a través de una red de pensamientos organizados por el género	Los esquemas de género refuerzan la tipificación de género

FIGURA 9.4 El desarrollo del comportamiento de género, de acuerdo con la teoría del desarrollo cognitivo y del esquema de género

el mundo y lo que ellos recuerdan. Los niños son motivados a actuar de forma que cumplan con estos esquemas de género. Así, los esquemas de género avivan la conducta de tipificación de género. Para conocer más sobre cómo los esquemas de género amplían los juicios de los niños sobre las profesiones, leer el apartado de «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

Los esquemas ocupacionales de género según los niños

En un estudio los investigadores entrevistaron a niños de 3 a 7 años sobre diez profesiones tradicionalmente masculinas, como piloto de aviones o mecánico de coches, y profesiones femeninas, como diseñadoras de ropa y secretaria, utilizando preguntas como éstas (Levy, Sadovsky y Troseth, 2000):

- *Ejemplo de una profesión tradicionalmente masculina:* Un piloto de avión es una persona que pilota un avión para otras personas. ¿Quién crees que desempeñaría mejor el trabajo de piloto de aviones, un hombre o una mujer?
- *Ejemplo de una profesión tradicionalmente femenina:* Un diseñador de ropa es una persona que dibuja y hace ropa para otras personas. ¿Quién piensas que desempeñaría mejor el trabajo de un diseñador de ropa, un hombre o una mujer?

Como se indica en la Figura 9.5, los niños expresaron sus esquemas de género desarrollados adecuadamente, en este caso reflejados en estereotipos. Ellos creían que los hombres eran más competentes que las mujeres en las ocupaciones masculinas y las mujeres más competentes en las ocupaciones femeninas. Además, las niñas eran más propensas a evaluar a las mujeres como más competentes en las ocupaciones femeninas que en evaluar a los hombres como competentes en las ocupaciones masculinas. Por el contrario, los niños eran más propensos a evaluar a los hombres como más competentes en las ocupaciones masculinas que en evaluar a las mujeres como competentes en las ocupaciones femeninas. Estos descubrimientos demostraron que los niños de tan sólo 3 a 4

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST QUITO FUNDADA EN 1620

	Niños	Niñas
Profesiones «masculinas»		
Porcentaje que juzgó más competentes a los hombres	87	70
Porcentaje que juzgó más competentes a las mujeres	13	30
Profesiones «femeninas»		
Porcentaje que juzgó más competentes a los hombres	35	8
Porcentaje que juzgó más competentes a las mujeres	64	92

FIGURA 9.5 El juicio de los niños sobre la competencia de hombres y mujeres en profesiones estereotipadas según género

años tenían fuertes esquemas de género con respecto a las competencias percibidas de hombres y mujeres en profesiones tipificadas por su género.

Los investigadores también pidieron a los niños que seleccionaran de una lista de emociones cuál serían sus sentimientos si crecieran y tuvieran alguna de las diez profesiones. Las niñas dijeron que se sentirían felices con las ocupaciones femeninas y enfadadas o disgustadas con las ocupaciones masculinas. Como era de esperar, los niños dijeron que serían felices si de mayores ejercieran una profesión masculina pero se sentirían tristes con ocupaciones femeninas. Sin embargo, las emociones de los niños eran más intensas (más enfadados y disgustados) al evitar las profesiones femeninas que las niñas al evitar las profesiones masculinas. Este descubrimiento apoya otra investigación que indica que los roles de género a menudo presionan más a los niños que a las niñas (Matlin, 2004).

En resumen, los factores cognitivos contribuyen a la forma en que los niños piensan y actúan como hombres y mujeres. A través de los procesos biológicos, sociales y cognitivos, los niños desarrollan sus actitudes y comportamientos de género (Bannon, 2004).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Analizar el desarrollo emocional y de la personalidad en la niñez temprana

REVISA

- ¿Cuáles son los cambios en el *yo* durante la niñez temprana?
- ¿Qué cambios se producen en el desarrollo emocional durante la niñez temprana?
- ¿Cuáles son algunos aspectos fundamentales del desarrollo moral en los niños?
- ¿Cómo se desarrolla el género en los niños?

REFLEXIONA

- ¿Qué teoría del desarrollo del género prefieres? ¿Cómo sería una visión ecléctica del desarrollo del género? (Quizá quieras revisar el análisis de la orientación teórica ecléctica del Capítulo 2.)

2 FAMILIAS

Crianza de los hijos | **Relaciones entre hermanos y orden de nacimiento** | **La evolución de la familia en un contexto social cambiante**

En el Capítulo 7 estudiamos que el apego es un aspecto importante de las relaciones familiares durante la infancia. Recuerda que algunos expertos creen que el apego a un cuidador durante los primeros años de vida es el ingrediente clave en el desarrollo socio-emocional del niño. También hemos estudiado que otros expertos creen que el apego seguro ha sido sobre valorado y que el temperamento del niño, otros agentes y contextos sociales y la complejidad del mundo social del niño son también importantes para determinar la competencia social y el bienestar del niño. Algunos psicólogos evolutivos también hacen hincapié en que los años de la infancia han sido sobrevalorados como determinantes del desarrollo del ciclo vital. Ellos afirman que las experiencias sociales durante los años de la niñez y posteriormente, merecen más atención que la que en algunas ocasiones se le da.

En esta sección, analizaremos las experiencias en la niñez temprana más allá del apego. Exploraremos los diferentes tipos de estilos de crianza, de relaciones entre hermanos y la gran variedad de estructuras familiares por la que muchos niños hoy en día, más que en cualquier otro momento de la historia, están viviendo su socialización.

Crianza de los hijos

Una dimensión importante de la crianza de los hijos es los diferentes estilos de crianza utilizados cuando aquellos interactúan con sus padres. Otras consideraciones incluyen el castigo, el maltrato infantil, la crianza compartida y la dedicación en tiempo y esfuerzo.

Estilos de crianza de los hijos La paternidad requiere habilidades interpersonales y demandas emocionales, sin embargo, existe poca información formal para esta tarea. La mayoría de los padres aprenden las experiencias de crianza de sus padres, algunas las descartan y otras las aceptan. Además, ambos progenitores pueden traer consigo diferentes visiones de crianza a la pareja. Desafortunadamente, cuando los métodos de crianza pasan de una generación a la siguiente, las experiencias deseables e indeseables se perpetúan.

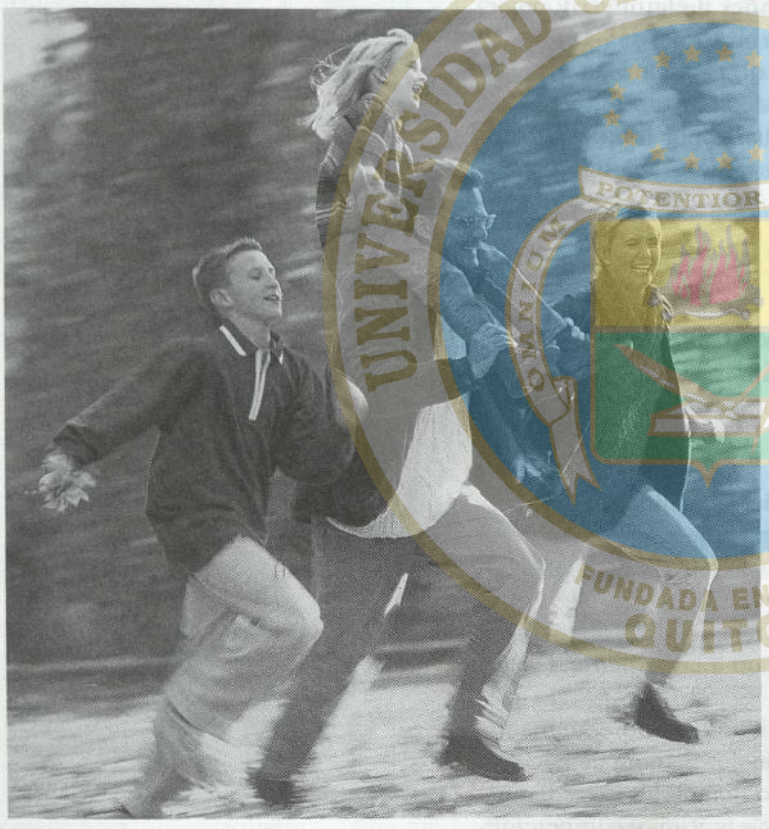
Los padres quieren que sus hijos crezcan y sean individuos socialmente maduros y se pueden sentir frustrados intentando descubrir la mejor manera de hacerlo. Los psicólogos evolutivos han investigado durante mucho tiempo los ingredientes de los estilos de crianza que promueve un desarrollo socio-emocional competente.

El trabajo de Diana Baumrind (1971) ha sido especialmente difundido. Ella sugiere que los padres no deben ser punitivos ni distantes. En lugar de esto, deben desarrollar normas para sus hijos y ser afectuosos con ellos. Baumrind identificó cuatro estilos de crianza:

- El **estilo parental autoritario** es restrictivo y punitivo, en el que los padres exhortan a sus hijos a que los obedezcan y los respeten. Establecen límites y controles firmes en sus hijos y permiten muy poco intercambio verbal. Por ejemplo, un padre autoritario podría decir: «Se hace lo que yo digo. No hay más discusión». Los padres autoritarios también pueden pegar a sus hijos frecuentemente, imponer normas rígidas sin explicarlas y mostrar su rabia hacia el niño. Los niños de padres autoritarios a menudo no son felices, son

temerosos, se muestran ansiosos ante las comparaciones con otros, fracasan al iniciar una actividad y cuentan con escasas habilidades de comunicación.

- El **estilo parental autoritativo** impulsa a los niños a ser independientes, pero aún impone límites y controles sobre sus acciones. Se permite la negociación verbal y los padres son más cálidos y apoyan a los hijos. El estilo parental autoritativo está asociado con la competencia social del niño. Un padre autoritativo tal vez pondría su mano sobre el hombro del hijo de una forma cariñosa y diría: «Tú sabes que no debiste hacer eso. Hablemos de cómo podrías manejar la situación de forma diferente la próxima vez». Los padres autoritativos muestran agrado y apoyo al comportamiento constructivo de sus hijos. También esperan un comportamiento maduro, independiente y apropiado para la edad del niño. Los hijos de padres autoritativos tienden a ser alegres, muestran autocontrol y son independientes, muestran una orientación hacia los objetivos y mantienen relaciones cordiales con sus iguales, cooperan con los adultos y sobrellevan bien el estrés.
- El **estilo parental indiferente** es un estilo en el que los padres no se involucran en la vida de sus hijos. Los hijos de padres indiferentes desarrollan el sentimiento de que otros aspectos de la vida de los padres son más importantes que ellos. Estos niños tienden a comportarse socialmente de forma inadecuada. Muchos tienen la autoestima baja, son inmaduros y pueden estar aislados de la familia. En la adolescencia, pueden mostrar patrones de absentismo escolar y delincuencia.
- El **estilo parental permisivo** es un estilo en el que los padres se encuentran muy involucrados con sus hijos, pero imponen pocos límites o restricciones sobre ellos. Estos padres a menudo dejan que sus hijos hagan lo que quieran. Los niños nunca aprenden a controlar su comportamiento y siempre esperan salirse con la suya. Algunos padres crían a sus hijos deliberadamente de esta forma porque creen que la combinación de la implicación de cariño y las pocas limitaciones producirán un niño creativo y confiado. Sin embargo, los niños con padres permisivos rara vez aprenden a respetar a otros y tienen dificultades controlando su comportamiento. Pueden ser dominantes, egocéntricos, desobedientes y tienen dificultades en las relaciones con iguales.



	Alta aceptación, alta respuesta	Alto rechazo, baja respuesta
Alta exigencia, alto control	Autoritativo	Autoritario
Baja exigencia, bajo control	Indiferente	Permisivo

FIGURA 9.6 La clasificación de los estilos parentales
Los cuatro tipos de estilos parentales (autoritativo, autoritario, indiferente y permisivo) implican las dimensiones de la aceptación y respuesta por una parte y las demandas y el control por otra. Por ejemplo, el estilo autoritativo implica aceptar al niño y facilitarle respuestas, además de ser exigente y controlador.

Estos cuatro estilos de crianza implican una combinación de aceptación y receptividad por una parte y exigencia y control por la otra. La Figura 9.6 muestra la manera en que estas dimensiones se combinan para producir estilos parentales autoritarios, autoritativos, indiferentes y permisivos. Los estudios de investigación continúan documentando más relaciones positivas entre el estilo parental autoritativo y el bienestar de los niños y adolescentes que en los otros estilos parentales (Slicker y Thornberry, 2003).

¿Transcienden los beneficios del estilo parental autoritativo las fronteras del origen étnico, el estatus socioeconómico y la composición del hogar? A pesar de que se han encontrado excepciones a los patrones, las evidencias que relacionan el estilo parental autoritativo con la competencia del niño han sido descubiertas

a través de las investigaciones entre una gran variedad de grupos étnicos, niveles sociales, culturas y estructuras familiares (Steinberg y Silk, 2002).

No obstante, los investigadores han descubierto que en algunos grupos étnicos, aspectos del estilo autoritario pueden asociarse con resultados más positivos de los niños que lo que Baumrind predice. Aspectos del estilo de crianza tradicional de los niños en Asia a menudo continúan en las familias americanas de origen asiático (Ishii-Kuntz, 2004). En algunos casos, estas prácticas han sido descritas como autoritarias. Sin embargo, Ruth Chao (2001; Chao y Tseng, 2002) afirma que el estilo de crianza usado por muchos padres americanos de origen asiático se describe mejor como un tipo de entrenamiento en el que los padres se preocupan y se implican en la vida de sus hijos pero no refleja un control estricto o autoritario. Así, en el estilo parental que Chao describe, este entrenamiento está basado en un tipo de control parental que es diferente al control más «dominante» reflejado en el estilo parental autoritario. Los resultados positivos del estilo parental en las familias americanas de origen asiático resultan evidentes por los elevados logros académicos de los niños americanos de origen asiático (Stevenson y Zusho, 2002; Tseng, 2004).

Las prácticas de educación latinas animan el desarrollo de un yo y una identidad arraigados a la familia y requiere respeto y obediencia (Harwood y otros, 2002; Martinez y Halgunseth, 2004). Al igual que en las familias afro-americanas, existe un alto nivel de disposiciones y ayudas que pasan de una generación a otra (Zinn y Well, 2000).

Los investigadores han descubierto que los padres afro-americanos son más propensos que los padres blancos de origen no latino a usar el castigo físico (Horn, Joseph y Cheng, 2004). Sin embargo, el uso del castigo físico está relacionado con más problemas exteriorizados del niño (como mentiras y altos niveles de agresión) en las familias blancas no latinas, pero no en las familias afro-americanas (Deater-Deckard y Dodge, 1997). Una explicación a este descubrimiento es la necesidad de los padres afro-americanos de hacer cumplir las reglas debido a los entornos peligrosos en los que es más probable que vivan (Harrison-Hale, McLoyd y Smedley, 2004). En este contexto, demandar obediencia hacia la autoridad parental puede ser una estrategia de adaptación para evitar que los niños mantengan un comportamiento antisocial que puede tener serias consecuencias para la víctima o el autor. Como veremos a continuación, en general existen inquietudes sobre el uso del castigo físico para educar a los niños.

Castigo Durante siglos, el castigo corporal (físico), como los azotes, se ha considerado un método necesario e incluso deseable para educar a los niños (Greven, 1991). El uso del castigo corporal es legal en todos los estados de Estados Unidos y se estima que del 70 al 90 por 100 de los padres americanos han dado alguna vez azotes a sus hijos (Straus, 2001).

A pesar del uso extendido del castigo corporal, sorprendentemente existen pocos estudios sobre el castigo físico y los que se han realizado han sido correlacionales (Baumrind, Larzelere y Cowan, 2002; Kazdin y Benjet, 2003). Claramente, no sería ético asignar de forma aleatoria a padres que azoten o que no azoten a sus hijos en un estudio experimental. Recuerda que las relaciones de causa-efecto no pueden ser determinadas en un estudio correlacional. En un estudio correlacional, los azotes de los padres se relacionaron con el comportamiento antisocial de los niños, incluyendo hacer trampas, contar mentiras, ser desagradables con otros, conductas de acoso, participar en peleas y ser desobedientes (Straus, Sugarman y Giles-Sims, 1997). En un estudio reciente realizado con familias blancas, afro-americanas y latinas los azotes de los padres eran una variable predictiva de una gran cantidad de problemas de los niños a lo largo del tiempo en los tres grupos (McLoyd y Smith, 2002). Sin embargo, cuando los padres mostraban un fuerte apoyo emocional hacia el niño, la relación entre los azotes y los problemas de los niños se reducía.

Un reciente estudio concluyó que el castigo corporal por parte de los padres estaba asociado con unos mayores niveles de obediencia inmediata y agresión en los niños, y niveles más bajos de interiorización moral y salud mental (Gershoff, 2002). Sin embargo, algunos críticos afirman que no hay evidencias suficientemente demostradas para garantizar un mandamiento judicial contra el castigo corporal (Baumrind, Larzelere y Cowan, 2002; Kazdin y Benjet, 2003).

Aquí exponemos algunas razonas por las que los azotes u otras formas de castigo intenso con los niños deben ser evitados:

- Cuando se utiliza el castigo intenso como gritos, chillidos o azotes, el adulto presenta al niño un modelo fuera de control para enfrentarse a las situaciones de estrés. Los niños pueden imitar este comportamiento agresivo y falto de control.
- El castigo puede infundir miedo, furia o conductas de evitación en los niños. Por ejemplo, azotar al niño puede causar que el niño evite al padre y le tenga miedo.
- El castigo le dice al niño qué no hacer en lugar de qué hacer. Cuando los padres hacen afirmaciones como «No, no hagas eso,» deberían estar acompañadas de una refutación positiva, como «Pero, ¿por qué no lo intentas esto otro?».
- El castigo puede ser abusivo. Cuando los padres inculcan disciplina a sus hijos, puede que no tengan la intención de maltratarlo pero se enfadan tanto cuando están castigando al niño que caen en el abuso (Baumrind, Larzelere y Cowan, 2002).

Por razones como éstas, se aprobó una ley en Suecia en 1979 que prohibía a los padres castigar físicamente (por ejemplo, un azote o una bofetada) a los hijos para educarlos. La ley todavía sigue efectiva y desde que se aprobó los índices de delincuencia infantil, abuso del alcohol, violaciones y el suicidio descendieron (Durrant, 2000). Esta mejora en la situación de los jóvenes suecos puede haberse producido por otras razones, como el cambio de las actitudes sociales y las oportunidades para los jóvenes. No obstante, la experiencia sueca sugiere que el castigo físico de los niños puede no mejorar necesariamente el bienestar de la juventud. Al igual que Suecia, los siguientes países también han aprobado leyes contra el castigo físico: Finlandia (1984), Dinamarca (1986), Noruega (1987), Austria (1989), Chipre (1994), Letonia (1998), Croacia (1999), Alemania (2000) e Israel (2000).

Una comparación inter-cultural reciente descubrió que los individuos en Estados Unidos y Canadá eran los que estaban más a favor del castigo físico y recordaban que había sido utilizado por sus padres (Curran y otros, 2001) (véase la Figura 9.7). La gente en Suecia tenía una actitud especialmente desfavorable hacia el castigo físico y eran menos propensos a recordar que sus padres usaron el castigo físico que individuos de otros países.

El uso del castigo físico por parte de los padres puede estar relacionado con una hostilidad del individuo o con conflictos conyugales. Un estudio longitudinal descubrió que un alto grado de hostilidad individual u hostilidad conyugal evaluada durante el período prenatal estaba relacionado con el uso de castigos físicos severos y más frecuentes a niños de 2 y 5 años (Kanoy y otros, 2003).

La mayoría de los psicólogos infantiles recomendaron razonar con el niño, especialmente explicándole las consecuencias de las acciones de sus conductas en otras personas, como la mejor forma de manejar la mala conducta del niño (Straus, 2001). Un «tiempo fuera», en el que se pueda apartar al niño de un entorno donde experimente un refuerzo positivo, puede también ser efectivo. Por ejemplo, cuando el niño tiene un mal comportamiento, un padre puede castigar al niño sin ver la televisión por un período de tiempo determinado.

Maltrato infantil Desafortunadamente, en ocasiones el castigo físico acaba en maltrato a bebés y niños. En el año 2000, aproximadamente 879.000 niños americanos fueron víctimas de maltrato infantil (Departamento de Salud de los Estados

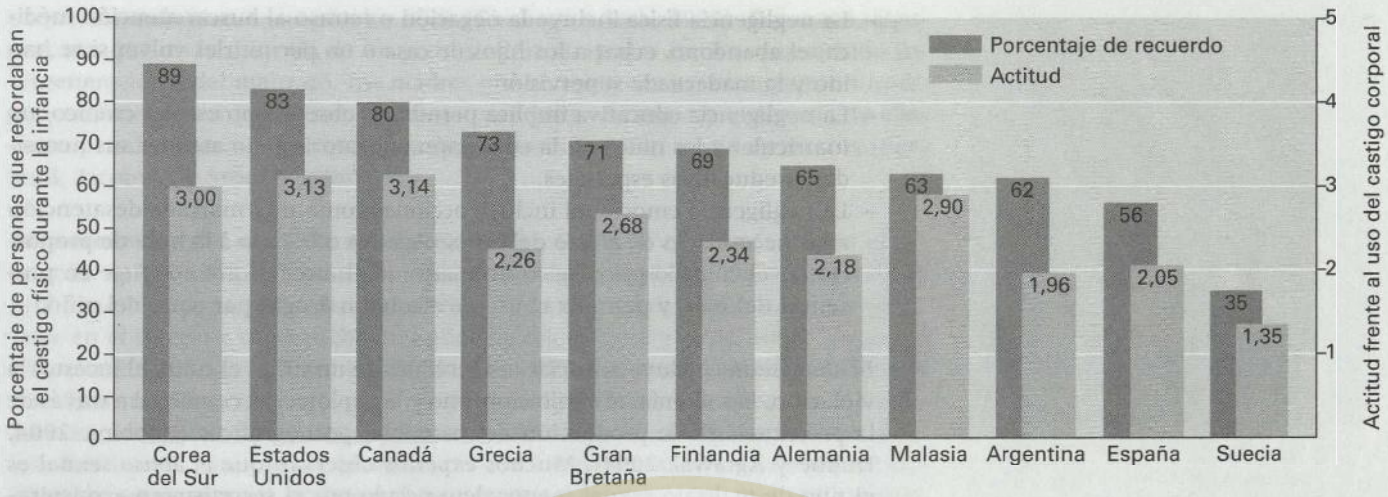


FIGURA 9.7 Castigo corporal en los diferentes países

Se utilizó una escala de 5 puntos para evaluar las actitudes frente al castigo corporal, la puntuación más cercana a 1 indica una actitud contraria a su uso y la puntuación más cercana al 5 sugiere una actitud a favor de su utilización.

Unidos; *U.S. Department of Health and Human Services*, 2003). El 84 por 100 de estos niños fueron maltratados por uno o ambos progenitores. Las leyes en muchos estados norteamericanos requieren que los médicos y los profesores informen en caso de sospecha de maltrato infantil, sin embargo, muchos casos quedan sin ser denunciados, especialmente los casos de bebés maltratados.

Muchas personas tienen dificultades para llegar a comprender a los padres que abusan o maltratan a sus hijos. Nuestra respuesta es a menudo de indignación y enfado hacia esos padres. Esta indignación hace que nos centremos en pensar que los padres son malos, están enfermos y son individuos sádicos y monstruosos que causan sufrimiento en sus hijos. Los expertos sobre maltrato infantil creen que esta visión es demasiado simple y desvía la atención del contexto social del maltrato y las habilidades de los padres para arreglárselas con sus hijos. Es importante reconocer que el maltrato infantil es muy diverso, que normalmente es de intensidad media a moderada y causado sólo parcialmente por las características particulares de la personalidad de los padres (Azar, 2002; Field, 2000). Aunque la mayoría de las veces el perfil del matratador sea el de una persona violenta e incontrolada, en muchas ocasiones la que maltrata a su hijo es una madre soltera agobiada por su situación de pobreza.

Mientras el público y muchos profesionales utilizan el término *abuso infantil* para referirse al abuso y al maltrato, los psicólogos evolutivos están utilizando el término *maltrato infantil* (Cicchetti, 2001; Kotch, 2003). Este término no tiene el impacto emocional del término *abuso* y reconoce que el maltrato incluye diferentes condiciones.

Los cuatro tipos principales de maltrato son el maltrato físico, la negligencia en el cuidado del niño, el abuso sexual y el maltrato emocional (*National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information*, 2002, 2004):

- *El maltrato físico* se caracteriza por la provocación de heridas en el cuerpo como resultado de puñetazos, palizas, patadas, mordiscos, quemaduras, sacudidas u otras formas que puedan hacer daño al niño (Herman-Giddens, 2004). El progenitor u otra persona puede no haber tenido la intención de hacerle daño, las heridas pueden ser el resultado de un castigo físico excesivo.
- *La negligencia en el cuidado del niño* se produce cuando no se cubren sus necesidades básicas (Dubowitz, Pitts y Black, 2004; Wark, Kruczek y Boley, 2003). La negligencia puede ser física, educativa o emocional.

- La negligencia física incluye la negación o retraso al buscar atención médica, el abandono, echar a los hijos de casa o no permitirles volver si se han ido y la inadecuada supervisión.
- La negligencia educativa implica permitir el absentismo escolar crónico, no matricular a los niños en la educación obligatoria y no atender sus necesidades educativas especiales.
- La negligencia emocional incluye acciones como una marcada desatención a las necesidades de afecto del niño, negativa o fracaso a la hora de proporcionar el cuidado psicológico necesario, maltrato del otro cónyuge en presencia del niño y permitir el uso de alcohol o drogas por parte del niño.

- *El abuso sexual* incluye acariciar los genitales de un niño, el coito, el incesto, la violación, la sodomía, el exhibicionismo y la explotación comercial a través de la prostitución o la producción de materiales pornográficos (Hobbins, 2004, Hulme y Agrawal, 2004). Muchos expertos observan que el abuso sexual es el tipo de maltrato sexual menos denunciado por el secretismo o «conspiración de silencio» que a menudo caracteriza los casos de abuso sexual (Bonanno y otros, 2003; Kogan, 2004; Roberts y otros, 2004).
- *El maltrato emocional (maltrato psicológico/maltrato verbal/daño mental)* incluye actuaciones u omisiones por parte de los padres u otros cuidadores que han causado o podrían causar serios problemas de comportamiento, cognitivos o emocionales (Wark, Krusek y Boley, 2003). Algunos casos de abusos emocionales, incluso sin ningún daño evidente para el comportamiento o condición del niño, son lo suficientemente serios para justificar la intervención de los servicios sociales. Por ejemplo, los padres u otras personas pueden utilizar tipos de castigo inusuales como encerrar a los niños en un cuarto oscuro. Las actuaciones menos severas, como el menosprecio y el rechazo hacia el niño, son a menudo difíciles de probar y hacen complicada la intervención de los servicios sociales.

Aunque cualquiera de estas formas de maltrato infantil se puede encontrar por separado, a menudo ocurren juntos. El maltrato emocional casi siempre está presente cuando se identifica otras formas de abuso.

El contexto cultural del maltrato Las condiciones culturales inciden en el maltrato infantil (Sebre y otros, 2004). La violencia cada vez mayor que tiene lugar en la cultura americana se refleja en la violencia que se produce en las familias (Azar, 2002). Una gran cantidad de violencia aparece a diario en las pantallas de televisión y a menudo los padres recurren al poder del castigo como técnica de disciplina. En China, donde el castigo se usa en raras ocasiones para educar a los niños, la incidencia de abusos infantiles denunciados es muy baja. En los Estados Unidos, muchos padres que abusan de sus hijos afirman que no cuentan con los suficientes recursos o ayuda de otros, que puede ser una evaluación realista de la situación que experimentan muchas familias con pocos recursos.

Influencias familiares Para comprender los maltratos en el seno de la familia, debemos considerar las interacciones de todos los miembros de la familia, sin tener en cuenta quién es el que realmente realiza actos de violencia en contra del niño (Bugental y Happaney, 2004; Kim y Cicchetti, 2004; Margolin, 1994). Por ejemplo, incluso cuando el padre puede ser uno de los que maltrate físicamente al niño, las contribuciones de la madre, el niño y los hermanos también deben ser evaluadas. Muchos padres que abusan de sus hijos provienen de familias en las que se utilizaba el castigo físico. Estos padres ven el castigo físico como una manera legítima de controlar el comportamiento del niño.

¿Los padres que maltratan a sus hijos, fueron también maltratados por sus padres? Aproximadamente 1/3 de los padres que fueron maltratados cuando eran

pequeños maltratan a sus propios hijos (Cicchetti y Toth, 1998). Por tanto, algunos, aunque no la mayoría de los padres están atrapados en una transmisión intergeneracional del maltrato. Las madres que rompen con esta transmisión intergeneracional a menudo tienen al menos un adulto afectuoso y que cuida de ellas en su pasado, tienen una relación conyugal positiva y han asistido a terapia (Egeland, Jacobvitz y Sroufe, 1998).

Consecuencias del maltrato en el desarrollo Entre las consecuencias en el desarrollo de los niños maltratados se encuentran una escasa regulación emocional, problemas de apego, problemas en la relación con los iguales, dificultad para adaptarse en el colegio y otros problemas psicológicos (Brown y otros, 2004; Haugaard y Hazen, 2004; Shonk y Cicchetti, 2001). Los niños maltratados también muestran un afecto negativo excesivo o un afecto positivo directo. Los niños maltratados parecen estar menos preparados para desarrollar relaciones exitosas con sus iguales, debido a su agresividad, la tendencia a la evasión y las respuestas aberrantes para los acercamientos positivos y negativos a los iguales (Bolger y Patterson, 2001; Mueller y Silverman, 1989).

Se han relacionado los abusos físicos con la ansiedad, los problemas de personalidad, la depresión, los desórdenes de conducta y la delincuencia en los niños (Malmgren y Meisel, 2004; Maughan y Cicchetti, 2002; Shonk y Cicchetti, 2001). Después, durante la edad adulta, los niños maltratados muestran cada vez más violencia hacia otros adultos, sus posibles parejas o cónyuges, al igual que una mayor frecuencia en el abuso de drogas, ansiedad y depresión (Grogan-Kaylor, 2003; Malinosky-Rummell y Hansen, 1993). En resumen, los niños maltratados tienen un riesgo alto de desarrollar una gran cantidad de problemas y alteraciones (Arias, 2004; Bissada y Briere, 2001; Haugaard y Hazan, 2004).

La crianza compartida En las últimas dos décadas ha tenido lugar un aumento drástico en la investigación sobre la crianza compartida de los hijos. Se sabe que la falta de coordinación entre ambos progenitores, la minusvaloración del otro padre, la falta de cooperación y cariño y la desconexión de uno de los padres son condiciones que sitúan a los niños en riesgo (Doherty y Beaton, 2004; McHale, Kuersten-Hogan y Rao, 2004; McHale y otros, 2002; Van Egeren y Hawkins, 2004). Por ejemplo, en un estudio, los niños de cuatro años de familias que se caracterizaban por bajos niveles de cooperación y apoyo eran más propensos que sus compañeros a mostrar dificultades en la adaptación social en el patio de juegos (McHale, Johnson y Sinclair, 1999). Por el contrario, la coherencia parental y el cariño están relacionados con el comportamiento prosocial del niño y la competencia en las relaciones con los iguales.

Ser buenos padres conlleva tiempo y esfuerzo En la sociedad americana de hoy en día, existe la desafortunada opinión que sugiere que el cuidado de los hijos se puede hacer de forma rápida y casi sin inconvenientes (Sroufe, 2000). Un ejemplo de esto implica poner un CD de Mozart con la esperanza de enriquecer el cerebro de los bebés y los niños. Los cuentos de un minuto para irse a dormir también han tenido mucho éxito entre los padres (Walsh, 2000). La mayoría son un resumen breve de historias más largas. Hay cuentos de un minuto sobre osos, muñecas y demás. Estos padres saben que es bueno para ellos leer con sus hijos pero no quieren pasar demasiado tiempo haciéndolo.

El libro de Judith Harris (1998), *The Nurture Assumption* (versión en castellano con el título: *El mito de la educación: por qué los padres pueden influir muy poco en sus hijos*), afirma que la herencia y las relaciones con los iguales son los factores clave en el desarrollo del niño, encaja con este tema de que los padres no necesitan pasar demasiado tiempo con sus hijos. ¿Por qué este libro se hizo tan popular? De alguna manera, padres que no pasan demasiado tiempo con sus hijos vieron una forma de reducir sus sentimientos de culpa.

¿Qué es lo malo de estas formas rápidas de atención a los hijos? Una buena educación de los hijos requiere mucho tiempo y mucho esfuerzo (Magnuson y Duncan, 2004; Powell, 2005). No podemos invertir un minuto aquí y otro allí, y no se puede hacer con CD.

Los padres que no pasan el suficiente tiempo con sus hijos o que tienen problemas a la hora de criar a sus hijos pueden pedir consejo o acudir a terapia.

Relaciones entre hermanos y orden de nacimiento

¿Cómo son las relaciones entre hermanos? ¿De qué modo influye el orden de nacimiento?

Relaciones entre hermanos Cualquiera de nosotros que haya crecido con hermanos probablemente tiene muchos recuerdos de relaciones agresivas y hostiles. Pero las relaciones entre hermanos también tienen momentos agradables y afectuosos (Zukow-Goldring, 2002). Las relaciones de los niños con los hermanos incluyen ayudarse, compartir, enseñarse, pelear y jugar (Bank, Burraston y Snyder, 2004). Los niños pueden actuar como apoyo emocional, ser rivales y buenos oyentes. Más del 80 por 100 de los niños americanos tienen uno o más hermanos (hermanos o hermanas). Debido a que existen muchas combinaciones posibles, es difícil generalizar sobre las influencias de los hermanos. Entre los factores a considerar se encuentran el número de hermanos, las edades de los hermanos, el orden de nacimiento, la diferencia de edad, el sexo de los hermanos y si las relaciones entre hermanos son diferentes de las relaciones entre padres e hijos (Brody, 2004; Conger y Bryant, 2004; Teti, 2002).

Orden de nacimiento El orden de nacimiento tiene un interés especial para los investigadores. Cuando se descubren diferencias en el orden de nacimiento, normalmente se explican por las variaciones en las interacciones con los padres y los hermanos asociados con las experiencias únicas de estar en una posición particular dentro de la familia. Esto se cumple de manera especial en el caso del hijo primogénito (Teti y otros, 1993). Los padres tienen mayores expectativas para sus primogénitos que para el resto de sus hijos. Presionan más a éste que a los demás hijos y también interfieren más en sus actividades (Rothbart, 1971). Debido a las diferencias en la dinámica de las familias, no es sorprendente que los primogénitos y el resto de los hermanos tengan características diferentes (Dunn, 2004; Zajonc, 2001). Los primogénitos son más maduros, colaboradores, conformistas, ansiosos y tienen mayor auto-control que sus hermanos. Los padres prestan más atención a los primogénitos y esto se relaciona con su comportamiento (Stanhope y Corter, 1993). Las demandas de los padres y las altas expectativas establecidas para los primogénitos tienen como resultado un gran esfuerzo académico y profesional en estos niños. Sin embargo, alguna de las presiones ejercidas sobre los primogénitos para conseguir resultados elevados pueden ser la razón de que sientan culpa, ansiedad y dificultad para sobrellevar el estrés, al igual que una mayor admisión en clínicas de apoyo infantil.

¿Cómo es el hijo único? La creencia popular es que el hijo único es un «mimado», con características indeseables como la dependencia, la falta de auto-control y el comportamiento centrado en uno mismo. Pero los investigadores han presentado un retrato más positivo del hijo único, a menudo está más orientado a los objetivos y desarrolla una personalidad atractiva, especialmente comparados con los hermanos más pequeños de familias numerosas (Falbo y Poston, 1993; Jiao, Ji y Jing, 1996).

Ten en cuenta, sin embargo, que el orden de nacimiento por sí solo no es una buena variable predictiva del comportamiento. Cuando se consideran factores como la diferencia de edad, el sexo de los hermanos, las influencias de los iguales,

de la escuela, los factores socio-culturales y demás, a menudo son más importantes para determinar el comportamiento del niño que el orden de nacimiento.

La evolución de la familia en un contexto social cambiante

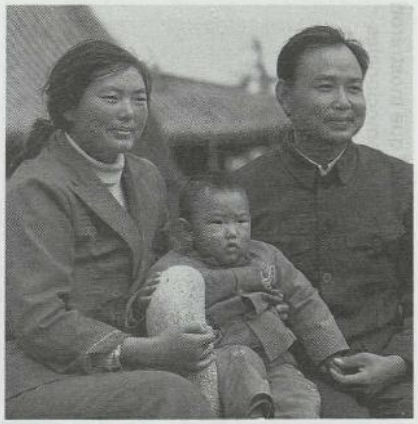
Cada vez más niños crecen en una mayor variedad de estructuras familiares. Muchas madres pasan la mayor parte del día lejos de sus hijos, incluso de los bebés. Más de una de cada dos madres con hijos menores de cinco años trabajan y más de dos de cada tres mujeres con hijos de 6 a 17 años lo hacen. Y el número cada vez mayor de niños que crecen en familias monoparentales es asombroso (Martin, Emery y Peris, 2004). Como se muestra en la Figura 9.8, Estados Unidos tiene el porcentaje más alto de familias monoparentales, comparados con el resto de países.

Padres trabajadores Debido a que el funcionamiento del hogar se ha vuelto más eficiente y el tamaño de las familias americanas se ha reducido, no es cierto que cuando ambos padres trabajan fuera del hogar, los niños reciben menos atención que antiguamente, cuando las madres no trabajaban fuera del hogar. Además del empleo, al menos para los padres con niños en edad escolar, puede que el tiempo fuera ocupado por las cargas del hogar o por más niños. También se puede asumir que, si los padres no fueran a trabajar, los niños se beneficiarían del tiempo libre dejado por menos tareas domésticas y familias más pequeñas. Las madres no siempre tienen un efecto positivo en el niño. Las madres educadas que no trabajan pueden invertir demasiada energía en sus hijos. Esta atención puede inculcarles un exceso de preocupación y disuadir la independencia de los niños. En estas situaciones, la madre proporciona al niño más cuidados de los que el niño puede aprovechar.

Lois Hoffman (1989) cree que el trabajo materno es parte de la vida moderna. No es un aspecto aberrante, sino una respuesta a los cambios sociales. Las necesidades del niño a medida que van creciendo, requieren que la madre vaya reduciendo el apego hacia su hijo. Esta tarea puede ser más fácil para las madres trabajadoras, cuyos trabajos son una fuente adicional de identidad y autoestima.

Los investigadores han señalado que no hay efectos perjudiciales del trabajo de las madres en los niños (Gottfried, Gottfried y Bathurst, 2002; Hoffman y Youngblade, 1999). Sin embargo, en circunstancias específicas el trabajo puede producir efectos positivos o negativos en la crianza de los hijos (Crouter y Booth, 2004; Zaslow, 2004). En algunas familias, el estrés relacionado con el trabajo puede desbordar o alterar la paternidad. En otras, un mayor sentimiento general sobre el bienestar producido por el trabajo puede llevar a una crianza positiva.

Por el contrario, los investigadores están descubriendo que cuando la madre trabaja durante el primer año de vida de su hijo, puede tener efectos negativos en el desarrollo posterior del niño (Belsky y Eggebeen, 1991; Hill y otros, 2001). Por ejemplo, un estudio longitudinal reciente descubrió que los niños de tres años cuyas madres trabajaron antes de que cumplieran los 9 meses obtenían resultados



Las familias con un solo hijo están siendo cada vez más comunes en China debido a la fuerte motivación para limitar el crecimiento de la población en la República China. Los efectos en los niños no han sido todavía examinados. *En general, ¿qué han descubierto los investigadores sobre ser hijo único?*

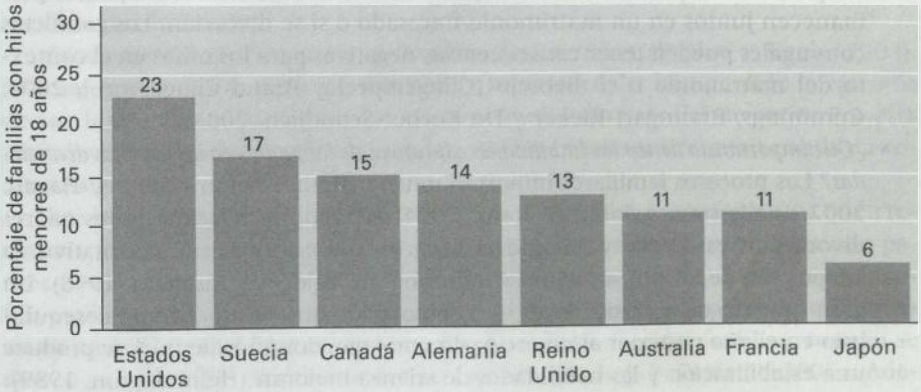


FIGURA 9.8 Familias monoparentales en distintos países

FACULTAD DE CULTURA FISICA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR QUITO BIBLIOTECA

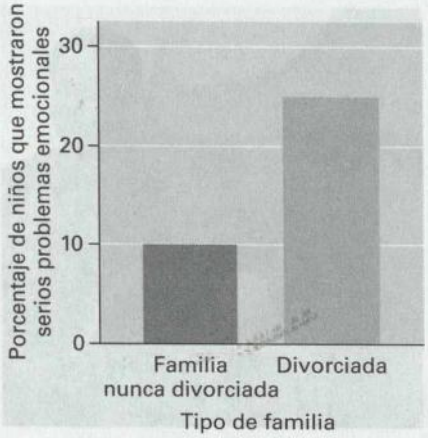


FIGURA 9.9 Divorcio y problemas emocionales en los niños

En la investigación de Hetherington, el 25 por 100 de los niños de familias divorciadas mostraron serios problemas emocionales comparados con sólo el 10 por 100 de los niños de familias intactas, es decir, nunca divorciadas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que una mayoría importante (75 por 100) de los niños de familias divorciadas no mostraron problemas emocionales serios.

cognitivos peores que los niños de tres años cuyas madres permanecieron en casa durante los primeros nueve meses de la vida del niño (Brooks-Gunn, Han y Waldfogel, 2002). Los efectos negativos de las madres trabajadoras eran menos pronunciados cuando las madres trabajaban menos de 30 horas a la semana, las madres eran menos sensibles (receptivas y reconfortantes) en sus cuidados, y los cuidados que los niños recibieron fuera de casa eran de mayor calidad. Así, cuando las madres vuelven al trabajo en el primer año de vida de sus bebés, es muy importante que consideren cuántas horas van a trabajar fuera de casa, que sean sensibles en sus cuidados y que den al niño el mejor cuidado externo que se puedan permitir.

Los niños en familias divorciadas Vamos a examinar algunas cuestiones importantes sobre los niños de las familias de divorciados:

- *¿Se adaptan los niños mejor a las familias nunca divorciadas que a las familias divorciadas?* La mayoría de los investigadores están de acuerdo sobre que los niños de familias divorciadas muestran una adaptación peor que sus iguales de familias no divorciadas (Amato, 2004; Hetherington y Kelly, 2002; Hetherington y Stanley-Hagan, 2002; Martin, Emery y Peris, 2004) (véase la Figura 9.9). Aquellos que han experimentado múltiples divorcios son los que sufren un mayor riesgo. Los niños de familias divorciadas son más propensos a tener problemas académicos y exteriorizar los problemas (como la delincuencia) e interiorizar problemas (como ansiedad y depresión), son menos responsables socialmente, tienen menos intimidad en las relaciones, mayor abandono escolar, se vuelven sexualmente activos a una edad más temprana, toman drogas, se asocian con iguales antisociales y tienen una menor autoestima (Conger y Chao, 1996). No obstante, hay que tener en cuenta que la mayoría de los niños de familias divorciadas no tienen problemas de adaptación importantes. Un estudio reciente ha descubierto que 20 años después de que sus padres se divorciaran cuando ellos eran niños, aproximadamente el 80 por 100 de los adultos concluían que la decisión de sus padres de divorciarse fue una sabia decisión (Ahrons, 2004).
- *¿Deben los padres permanecer juntos por el bienestar de sus hijos?* Si los padres deben permanecer juntos en un matrimonio infeliz o conflictivo por el bienestar de los niños es una de las preguntas más comunes sobre el divorcio (Hetherington, 1999, 2000). Si el estrés y los problemas en las relaciones familiares asociados con un matrimonio infeliz y conflictivo que afecta al bienestar de los niños, se reduce con el paso a una familia divorciada, monoparental, entonces el divorcio puede ser ventajoso. Sin embargo, si la reducción de los recursos y el aumento de los riesgos asociados con el divorcio también están acompañados por una crianza torpe y conflictos continuos y en aumento, no sólo entre la pareja divorciada sino también entre los padres, los niños y los hermanos, entonces la mejor opción para los niños sería que el matrimonio infeliz siguiera unido (Hetherington y Stanley-Hagan, 2002). Éstas son sólo «suposiciones» y es difícil determinar cuál será el resultado si los padres permanecen juntos en un matrimonio fracasado o si se divorcian. Los conflictos conyugales pueden tener consecuencias negativas para los niños en el contexto del matrimonio o el divorcio (Clingempeel y Brand-Clingempeel, 2004; Cummings, Braungart-Rieker y Du Rocher-Schudlich, 2003).
- *¿Qué importancia tienen las habilidades educativas de los padres en las familias divorciadas?* Los procesos familiares importan mucho (Hetherington y Stanley-Hagan, 2002; Wallerstein y Johnson-Reitz, 2004). Cuando la relación de los padres divorciados es cordial y cuando utilizan un estilo de crianza autoritativo, la adaptación de los niños mejora (Hetherington, Bridges y Insabella, 1998). Un gran número de investigadores han demostrado que se produce un desequilibrio en el año posterior al divorcio; sin embargo, dos años después se produce una estabilización y las habilidades de crianza mejoran (Hetherington, 1989).

- *¿Qué factores están implicados en el riesgo individual y la vulnerabilidad de los niños en las familias divorciadas?* Entre los factores implicados en el riesgo y la vulnerabilidad se encuentran la adaptación del niño anterior al divorcio, al igual que la personalidad y el temperamento del niño, el nivel evolutivo, el género y la situación de la custodia (Hetherington y Stanley-Hagan, 2002). Los niños cuyos padres se divorcian tarde muestran una adaptación peor antes de la ruptura (Amato y Booth, 1996).

La personalidad y el temperamento también juegan un papel en la adaptación de los niños de familias divorciadas. Los niños que son socialmente maduros y responsables, que muestran menos problemas de comportamiento y que tienen un temperamento fácil son más capaces de sobrellevar el divorcio de los padres. Los niños con un temperamento difícil a menudo tienen problemas tolerando el divorcio (Hetherington, 2000).

Los primeros estudios afirmaban que existían diferencias de género en la respuesta ante el divorcio, siendo el divorcio más negativo para las niñas que para los niños en las familias donde la madre obtiene la custodia. Sin embargo, estudios más recientes han demostrado que las diferencias de género son menos acusadas y consistentes de lo que se creía anteriormente. Algunas de estas inconsistencias pueden deberse al aumento de las custodias paternas, custodias compartidas y la mayor implicación de los padres que no tienen la custodia, especialmente en la vida de sus hijos varones (Palmer, 2004). Un análisis reciente ha descubierto que los niños de familias con custodia compartida se adaptaban mejor que los niños de familias con custodia individual (Bauserman, 2002). Algunos estudios han demostrado que los niños se adaptan mejor a familias con custodias paternas y las niñas a familias con custodias maternas, mientras que otros estudios contradicen esto (Maccoby y Mnookin, 1992; Santrock y Warshak, 1979).

Padres homosexuales Cada vez más parejas homosexuales y lesbianas están formando familias que tienen hijos. Esto es controvertido para muchos individuos heterosexuales que ven a las familias homosexuales como dañinas para el desarrollo del niño. Aproximadamente el 20 por 100 de las lesbianas y el 10 por 100 de los homosexuales son padres, la mayoría de ellos tienen niños de un matrimonio heterosexual que acabó en divorcio (Patterson, 2002). En la actualidad, puede haber más de un millón de padres homosexuales en los Estados Unidos.

Un aspecto importante de las familias homosexuales con niños es la identidad sexual de los padres en el momento del nacimiento o la adopción del niño (Patterson, 2002). El grupo mayor de niños con padres homosexuales es parecido a aquellos que nacen en el contexto de una relación heterosexual en la que uno o ambos progenitores se identificaron después como homosexual o lesbiana. Los padres homosexuales pueden ser solteros o pueden tener parejas del mismo sexo. Además, los homosexuales y lesbianas escogen cada vez más ser padres a través de la inseminación artificial y madres de alquiler. Las cuestiones sobre la custodia también pueden variar.

Otra cuestión se centra en la custodia de los niños (Peplau y Beals, 2004). Muchas madres lesbianas y muchos padres homosexuales han perdido la custodia de sus hijos a favor de sus parejas heterosexuales después del divorcio. Por esta razón, muchas madres lesbianas y padres homosexuales no cuentan con la custodia de sus hijos.

Los investigadores han descubierto pocas diferencias entre los niños que crecen con madres lesbianas o padres homosexuales y los niños que crecen con padres heterosexuales (Patterson, 2002). Por ejemplo, los niños que crecen en familias homosexuales son tan populares con sus iguales y no hay diferencias en la adaptación y la salud mental de los niños que viven en estas familias, cuando se comparan con niños de familias heterosexuales (Hyde y DeLamater, 2005). Ade-

más, la gran mayoría de niños que crecen en familias homosexuales tienen una orientación heterosexual (Tasker y Golombok, 1997, 1998).

Diferencias culturales, étnicas y socioeconómicas en las familias La paternidad puede estar influida por la cultura, la etnicidad y el estatus socioeconómico. ¿Qué han descubierto los estudios inter-culturales sobre la paternidad?

Estudios inter-culturales La cultura varía en una gran cantidad de temas relacionados con la familia: cómo debería ser el papel del padre dentro de la familia, la variedad de sistemas de apoyo disponibles para las familias y la manera en que los niños deben ser educados (Harkness y Super, 2002; Parke y otros, 2005). Aunque existen variaciones interculturales en la educación de los niños (Whiting y Edwards, 1988), en un estudio internacional sobre el comportamiento de los padres en 186 culturas diferentes, el patrón más común fue un estilo cálido y controlador, que no era permisivo ni restrictivo (Rohner y Rohner, 1981). Los investigadores comentaron que la mayoría de las culturas habían descubierto, durante muchos siglos, una «realidad» que sólo había surgido recientemente en el mundo occidental: que un mejor desarrollo social saludable del niño se obtiene a través del amor y un control moderado por parte de los padres.

Etnicidad Las familias de los diferentes grupos étnicos de Estados Unidos difieren en tamaño, estructura, composición, dependencia de redes parentales y niveles de renta y educación (Coll y Pachter, 2002; Diggs y Socha, 2004; Leyendecker y otros, 2005; Parke, 2004). Las familias numerosas son más comunes entre los grupos minoritarios que entre los blancos (Gonzales y otros, 2004; Martinez y Halgunseth, 2004). Por ejemplo, el 19 por 100 de las familias latinas tienen tres o más hijos, comparadas con el 14 por 100 de los afro-americanos y el 10 por 100 de las familias blancas. Los niños afro-americanos y latinos interactúan más con sus abuelos, tíos, primos y familiares más lejanos que los niños blancos.

Las familias monoparentales son más comunes entre los afro-americanos y los latinos que entre los blancos (Tucker, Subramanian y James, 2004; Weinraub, Houruath y Gringlas, 2002). En comparación con los hogares con dos padres, los solteros a menudo tienen más limitados los recursos de tiempo, dinero y energía (Gyamfi, Brooks-Gunn y Jackson, 2001). Los padres de minorías étnicas tienen menos educación y son más propensos a vivir en circunstancias de pobreza que los padres blancos (Harrison-Hale, McLoyd y Smedley, 2004). Aun así, muchas familias de minorías étnicas con pocos recursos encuentran la manera de educar niños competentes (Coll y Pachter, 2002; Fuligni y Yoshikawa, 2004).

Algunos aspectos de la vida familiar pueden ayudar a proteger a las minorías étnicas de las injusticias. La comunidad y la familia pueden filtrar los destructivos mensajes racistas y los padres pueden presentar marcos de referencia alternativos a aquellos presentados por la mayoría. La familia numerosa también puede servir de importante regulador del estrés (McAdoo, 2002). Para saber más sobre la educación parental lee el apartado de «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Aculturación y crianza de los hijos en las minorías étnicas

Se espera que los niños de minorías étnicas y sus padres «superen su propio origen cultural e incorporen los aspectos de las culturas dominantes» en el de-

sarrollo del niño. «Las expectativas y las oportunidades de los niños para la aculturación (el proceso a través del cual se produce la adaptación y el cambio cultural) están influenciadas fundamentalmente por sus padres y por el resto de la familia. El nivel de aculturación familiar puede afectar al estilo de crianza al influir en las expectativas de desarrollo de los niños, las interacciones entre padres e hijos y el papel de la familia extensa (Ishii-Kuntz, 2004; Martinez y Halgunseth, 2004). La idoneidad de las prácticas de cuidado puede conllevar conflictos o confusiones entre los miembros de la familia que están más aculturizados y los que lo están menos. Por ejemplo, en un estudio, el nivel de aculturación y de educación maternal eran fuertes pronosticadores de los patrones de interacción materno-infantil en las familias latinas (Perez-Febles, 1992).

En la niñez temprana, el nivel de aculturación familiar continúa influyendo en las prácticas de cuidado y sobre importantes decisiones sobre el cuidado de los niños y la educación en la niñez temprana. En los centros de cuidado infantil, «escuela, iglesia y otros emplazamientos de la comunidad», los niños de las minorías étnicas aprenden sobre los valores y los comportamientos de la cultura dominante y puede que se espere que se adapten a las normas culturales que no le son familiares (como estar en el equipo ganador, expresar emociones y ser responsable por sí mismo). Por ejemplo, una madre afro-americana puede preferir dejar a sus hijos con miembros de su familia mientras está trabajando porque la familia cercana es una manera natural de cubrir la ausenta de la madre. Sin embargo, esta decisión bien intencionada y culturalmente apropiada, sitúa al niño en desventaja educativa y social con respecto a otros niños de la misma edad que se benefician de importantes experiencias preescolares que pueden facilitarles el paso a los años escolares.

En la niñez intermedia y tardía y en la adolescencia, la disparidad entre la aculturación de los niños, sus padres y la familia extensa pueden aumentar. En la adolescencia, los individuos a menudo toman decisiones sobre su aculturación de forma más independiente de sus familias. Cuando adolescentes inmigrantes eligen adoptar valores de la cultura americana dominante (como tener citas sin una «carabina» o acompañante) a menudo chocan con sus padres y con miembros de la familia que tienen valores más tradicionales.

Es importante reconocer la complejidad y la variación individual en los aspectos de la aculturación de la educación de las minorías étnicas (Harrison-Hale, McLoyd y Smedley, 2004; Leyendecker y otros, 2005; Tucker, Subramanian y James, 2004). Esta complejidad y variaciones implican la generación de la que los miembros de la familia forman parte, la novedad de su migración, su estatus socioeconómico, su origen nacional y muchos aspectos del contexto social de la cultura dominante en la que ahora viven (como las actitudes racistas, la calidad de la educación y los grupos de apoyo comunitarios).

(*Fuente*: Garcia, Coll y Pachter, 2002, pp. 7-8)



¿Cómo está implicada la aculturación en la educación de los hijos en los grupos étnicos minoritarios?

El estatus socioeconómico En Estados Unidos y en la mayoría de las culturas occidentales, se han encontrado diferencias de crianza entre los diferentes grupos socioeconómicos (Hoff, Laursen y Tardiff, 2002, p. 246):

- «Los padres con pocos recursos económicos: 1) están más preocupados porque sus hijos cumplan con las expectativas de la sociedad; 2) crean una atmósfera en el hogar en la que los padres tienen autoridad sobre los hijos; 3) utilizan más el castigo físico, y 4) mandan más y conversan menos con sus hijos».

- «Los padres con un estatus socioeconómico más alto: 1) están más preocupados por desarrollar la iniciativa de los niños y retrasan la gratificación; 2) crean una atmósfera en el hogar en la que los niños participan casi de igual forma y en la que las reglas se discuten en lugar de imponerse de forma autoritaria; 3) son menos propensos a utilizar el castigo físico, y 4) mandan menos y conversan más con sus hijos».

También existen diferencias socioeconómicas en la forma en la que los padres conciben la educación (Magnuson y Duncan, 2002; Hoff, Laursen y Tardiff, 2002). Los padres de clase media y alta más a menudo conciben la educación como algo que debería ser fomentado por los padres y los profesores. Por el contrario, los padres con recursos socioeconómicos bajos son más propensos a concebir la educación como el trabajo de los profesores. Por tanto, las relaciones cada vez mayores entre la familia y la escuela pueden beneficiar especialmente a los estudiantes de familias con pocos recursos.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Explicar cómo pueden influir las familias en el desarrollo de los niños

REVISA

- ¿Qué aspectos de la crianza de los hijos están relacionados con el desarrollo de los niños?
- ¿Cómo afecta las relaciones entre hermanos y el orden de nacimiento con el desarrollo de los niños?
- ¿Cómo puede afectar al desarrollo del niño que los dos padres trabajen fuera de casa, que sus padres se divorcien, ser parte de un grupo cultural, étnico o socioeconómico particular?

REFLEXIONA

- ¿Qué estilo o estilos de crianza utilizaron tus padres para educarte? ¿Qué efectos piensan que tuvieron sus estilos de crianza en tu desarrollo?

3 RELACIONES ENTRE IGUALES, JUEGOS Y TELEVISIÓN

Relaciones entre iguales | **Juegos** | **Televisión**

La familia es un contexto social importante para el desarrollo del niño. Sin embargo, el desarrollo del niño está también fuertemente influenciado por el contexto social, como las relaciones entre iguales, el juego y la televisión.

Relaciones entre iguales

A medida que los niños crecen, las relaciones entre iguales consumen cada vez una mayor cantidad de tiempo. ¿Cuál es la función de un grupo de iguales?

Los *iguales* son niños de aproximadamente la misma edad o nivel de madurez. La interacción con los iguales juega un papel único en nuestra cultura. La reunión por edades ocurriría aun cuando las escuelas no agruparan por edades y dejaran a los niños que determinaran por sí mismos la composición de sus propias asociaciones (Hartup, 1983). Una de las funciones más importantes del grupo de iguales consiste en proporcionar una fuente de información y comparación acerca del

mundo fuera de las familias. Los niños reciben información sobre las habilidades de su grupo de iguales, evalúan qué pueden hacer en términos de lo que sea mejor, igual de bueno o peor que lo que otros niños hacen. Es difícil hacer esto en los hogares porque los hermanos son normalmente más jóvenes o mayores.

¿Son indispensables los iguales en el desarrollo? Cuando los monos que habían crecido juntos se separan, se deprimen y se retraen socialmente (Suomi, Harlow y Domek, 1970). La bibliografía sobre el desarrollo humano contiene un ejemplo clásico sobre la importancia de los iguales en el desarrollo social. Anna Freud (Freud y Dann, 1951) estudió a seis niños de diferentes familias que se unieron después de que sus padres fueran asesinados en la Segunda Guerra Mundial. Se observó un apego intenso entre ellos, los niños formaron un grupo muy unido, dependiente unos de otros y distantes con los extraños. Incluso aunque estaban privados de los cuidados paternos, no desarrollaron desórdenes mentales importantes ni conductas antisociales.

Por tanto, las buenas relaciones entre iguales pueden ser necesarias para un desarrollo social normal. Las preocupaciones principales se centran en los niños que son introvertidos y agresivos (Cillesen y Mayeux, 2004; Kupersmidt y DeRosier, 2004). Los niños introvertidos que son rechazados por sus iguales o victimizados y se sienten solos tienen un mayor riesgo de sufrir una depresión. Los niños que son agresivos con sus iguales tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas, como delincuencia y abandono escolar (Hay, Payne, y Chadwick, 2004; Sandstrom y Zakriski, 2004). Hablaremos en mayor profundidad sobre las relaciones entre iguales en el Capítulo 11, «Desarrollo socioemocional en la niñez intermedia y tardía».

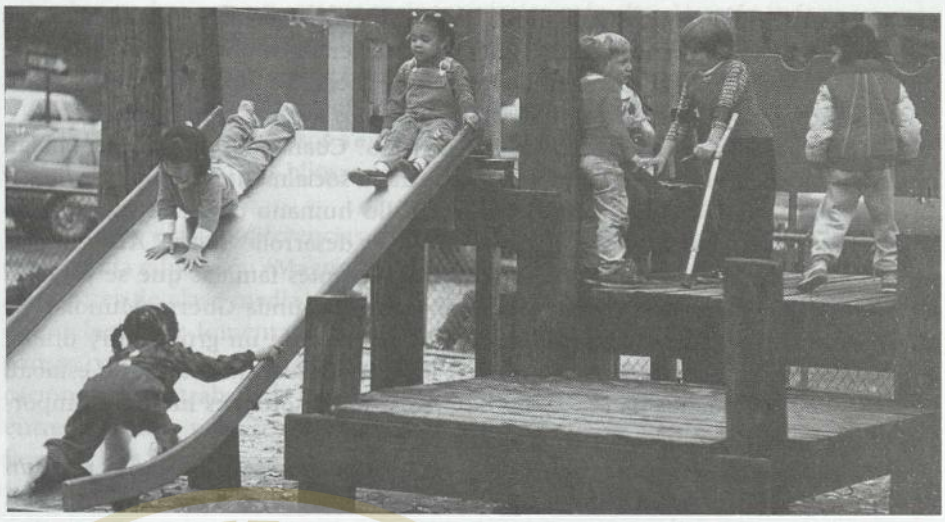
Juegos

Una gran cantidad de las relaciones entre iguales durante la niñez implica el juego. Aunque la interacción entre iguales puede implicar juegos, el juego social es un tipo de juego. El *juego* es una actividad placentera que se ocupa de su propio bienestar. Nosotros estudiaremos las funciones del juego, el estudio clásico del juego de Parten y los tipos de juegos.

Las funciones del juego El juego es esencial para la salud del niño. A medida que los niños de hoy en día progresan hacia el siglo XXI y continúan experimentando presión en sus vidas, el juego se convierte en algo incluso más crucial. El juego aumenta la afiliación con los iguales, reduce la tensión, acelera el desarrollo cognitivo, aumenta la exploración y proporciona un entorno seguro en el que realizar comportamientos potencialmente peligrosos. El juego aumenta las posibilidades de que los niños conversen e interactúen unos con otros. Durante esta interacción, los niños ensayan roles que ellos mismos asumirán más tarde en la vida (Sutton-Smith, 2000).

De acuerdo con Freud y Erikson, el juego es una forma especialmente útil de adaptación humana, ayudando a los niños a controlar la ansiedad y los conflictos. Debido a que en el juego se alivian las tensiones, los niños pueden sobrellevar los problemas de su vida. El juego les permite rebajar el exceso de energía física y aliviar las tensiones acumuladas. La *terapia del juego* permite al niño liberar sus frustraciones. A través de la terapia del juego, el terapeuta puede analizar los conflictos del niño y la forma en la que pueden superarlos (Drews, Carey y Schaefer, 2003). Los niños se pueden sentir menos atemorizados y ser más propensos a expresar sus verdaderos sentimientos en el contexto del juego.

Piaget (1962) creía que el juego aceleraba el desarrollo cognitivo del niño. Al mismo tiempo, decía que el desarrollo cognitivo del niño *limita* la forma del juego. El juego permite a los niños practicar sus competencias y adquirir habilidades de una forma relajada y agradable. Piaget pensaba que las estructuras cognitivas necesitaban ser ejercitadas y que el juego era el marco perfecto para este ejercicio.



Mildred Parten clasificó el juego en seis categorías. ***Estudia esta fotografía para determinar cuál de ellas se refleja en el comportamiento de los niños.***

Por ejemplo, los niños que acaban de aprender a sumar o multiplicar comienzan a jugar con los números de manera diferente a medida que perfeccionan estas operaciones, divirtiéndose mientras lo hacen.

Vygotsky (1962), cuya teoría del desarrollo hemos discutido en el Capítulo 8, también creía que el juego era un marco excelente para el desarrollo cognitivo. Vygotsky estaba especialmente interesado en los aspectos simbólicos e imaginativos del juego, como cuando un niño coge un palo y lo monta como si fuera un caballo. Para los niños, la situación imaginaria es real. Los padres deben fomentar ese juego imaginario, porque acelera el desarrollo cognitivo del niño, especialmente el pensamiento creativo.

Daniel Berlyne (1960) describió el juego como excitante y agradable en sí mismo porque satisface nuestro lado exploratorio. Este lado exploratorio implica la curiosidad y el deseo de información sobre algo nuevo o inusual. El juego es una forma a través de la cual los niños pueden explorar y buscar nueva información de forma segura, algo que no podrían hacer de otra manera. Jugar fomenta su comportamiento exploratorio, ofreciendo a los niños posibilidades de innovación, complejidad, incertidumbre, sorpresa e incongruencia.

El estudio clásico del juego de Parten Hace muchos años, Mildred Parten (1932) desarrolló una clasificación elaborada del juego de los niños. Basada en observaciones durante los juegos libres en la guardería, Parten estableció las siguientes categorías de juego:

- El **juego desocupado** no es un juego tal como se entiende normalmente. El niño puede estar en un lugar de la habitación, mirar alrededor y realizar movimientos al azar que no parecen tener un objetivo. En la mayoría de las guarderías, el juego desocupado es menos frecuente que otro tipo de juegos.
- El **juego solitario** se produce cuando el niño juega solo e independientemente de otros niños. El niño absorto en la actividad no se preocupa demasiado por otras cosas que ocurren a su alrededor. Los niños de dos y tres años realizan juegos solitarios con mayor frecuencia que los preescolares.
- El **juego de espectador** se produce cuando el niño ve jugar a otros niños. El niño puede hablar con otros niños y hacer preguntas pero no se une al juego. El interés activo del niño en el juego de otros niños distingue el juego de espectador del juego desocupado.
- El **juego paralelo** se produce cuando el niño juega separado de otros, pero con juguetes parecidos o imitando su juego. Los niños mayores son los menos propensos a realizar este tipo de juego. Sin embargo, los niños preescolares realizan este juego paralelo con relativa frecuencia.

- El **juego asociativo** implica una interacción social con poca o ninguna organización, los niños parecen estar más interesados los unos en los otros que en las tareas que están realizando. Pedir juguetes o prestarlos, seguir o dirigir actividades similares, son ejemplos de juego asociativo.
- El **juego cooperativo** implica interacción social en un grupo con un sentido de identidad de grupo y actividad organizada. Los juegos formales de los niños, las competiciones para ganar y los grupos formados por el profesor para hacer cosas juntos son ejemplos de juego cooperativo. El juego cooperativo es el prototipo para los juegos en la niñez intermedia y no es frecuente en los años preescolares.

Tipos de juegos Las categorías de Parten representan una manera de pensar sobre los diferentes tipos de juegos. Sin embargo, hoy en día los investigadores y los profesionales que están implicados en los juegos de los niños creen que otro tipo de juegos son importantes en el desarrollo del niño. Mientras las categorías de Parten hacen hincapié en el papel del juego en el mundo social del niño, la perspectiva contemporánea del juego hace hincapié en sus aspectos cognitivos y sociales. Entre algunos de los tipos de juegos más ampliamente estudiados se encuentran el juego sensorio-motor y práctico, el juego simbólico o imaginativo, el juego social, el juego constructivo y los juegos de reglas (Bergen, 1988). Consideraremos cada uno de estos tipos de juegos.

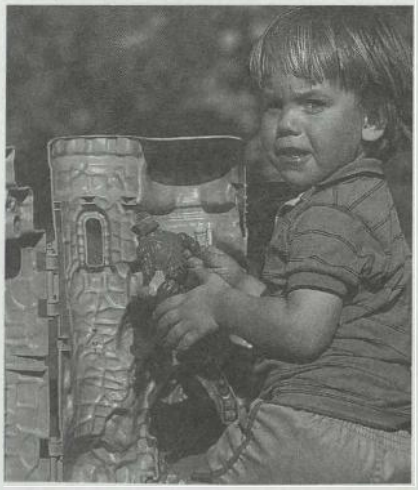
El juego sensorio-motor y práctico El **juego sensorio-motor** es un comportamiento en el que los niños obtienen placer ejercitando sus esquemas sensorio-motores. El desarrollo del juego sensorio-motor sigue a la descripción de Piaget sobre el pensamiento sensorio-motor, que discutimos en el Capítulo 6. Los niños inicialmente realizan transiciones viso-exploratorias y transiciones motoras en el segundo cuarto de su primer año de vida. A los nueve meses, el niño comienza a seleccionar objetos nuevos para explorar y jugar, especialmente aquellos que son de respuesta, como los juguetes que hacen ruidos o botan. A los 12 meses, los niños se divierten haciendo que las cosas funcionen y explorando la causa o el efecto.

El **juego práctico** implica la repetición del comportamiento cuando se están aprendiendo nuevas habilidades o cuando el dominio y la coordinación de habilidades físicas o mentales son requeridas para los juegos o los deportes. El juego sensorio-motor, que a menudo implica el juego práctico, es primordialmente limitado a la infancia, mientras que el juego práctico puede realizarse durante toda la vida. Durante los años preescolares, los niños a menudo realizan juegos que implican la práctica de varias habilidades. Aunque el juego práctico disminuye en la escuela primaria, las actividades de juego práctico como correr, saltar, deslizarse, girar y lanzar balones u otros objetos son observados frecuentemente en los patios de recreo de estas escuelas.

Juego simbólico o imaginativo El **juego simbólico o imaginativo** se produce cuando el niño transforma su entorno físico en un símbolo. Entre los 9 y los 30 meses, los niños utilizan cada vez más los objetos en su juego simbólico. Aprenden a transformar objetos, substituyéndolos por otros y actuando con ellos como si fueran realmente distintos. Por ejemplo, un niño preescolar trata una mesa como si fuera un coche y dice «Estoy arreglando el coche» a la vez que sujeta la pata de la mesa.

Muchos expertos en el juego consideran que los años preescolares son la «edad de oro» del juego simbólico o imaginativo que es dramático o socio-dramático por naturaleza. Este tipo de juego fantástico a menudo aparece a los 18 meses y alcanza su punto máximo a los cuatro o cinco años de edad, después disminuye gradualmente.

Juego social El **juego social** es un juego que implica interacción social con los iguales. Las categorías de Parten, descritas anteriormente, están orientadas hacia



Un «superhéroe» preescolar jugando.

el juego social. El juego social con los iguales aumenta considerablemente durante los años de la escuela infantil.

Juego constructivo El **juego constructivo** combina las actividades sensoriomotoras y la práctica repetida con la representación simbólica de ideas. El juego constructivo se produce cuando los niños realizan creaciones reguladas o construyen un producto o la solución a un problema. El juego constructivo aumenta en los años de la escuela infantil a medida que el juego simbólico aumenta y el juego sensorio-motor disminuye. En los años preescolares algunos juegos prácticos se sustituyen por juegos constructivos. Por ejemplo, en lugar de pintar con los dedos de un lado a otro (juego práctico), los niños son más propensos a dibujar la silueta de un caballo o una persona (juego constructivo). Algunos investigadores han descubierto que el juego constructivo es el tipo de juego más común durante los años preescolares (Rubin, Maioni y Hornung, 1976).

Juegos de reglas Los **juegos de reglas** son actividades que se realizan por puro placer. Incluyen reglas y a menudo competiciones con uno o más individuos. Los niños preescolares pueden comenzar a participar en juegos sociales que implican reglas simples de reciprocidad y cambio de turnos. Sin embargo, los juegos de reglas adquieren un papel más importante en la vida de los niños durante la escuela primaria. En un estudio, la mayor incidencia de juegos se produce entre los 10 y los 12 años (Eiferman, 1971). Después de los 12 años, disminuye la popularidad de los juegos (Bergen, 1988).

Televisión

Pocos acontecimientos de la sociedad de la segunda mitad del siglo XX han tenido un impacto tan grande como la televisión (Murray, 2000; Roberts, Henriksen y Foehr, 2004; Van Evra, 2004). Muchos niños pasan más tiempo frente a la televisión que con sus padres. Aunque es sólo uno de los medios de masa que afectan al comportamiento de los niños, la televisión es el más influyente. Las capacidades persuasivas de la televisión son asombrosas (Kotler, Wright y Huston, 2001). Cuando un adolescente americano acaba el instituto ha pasado frente a la televisión una media de 20.000 horas, mucho más horas que las que han pasado en las aulas. La televisión puede tener influencias negativas ya que distrae al niño de hacer la tarea, los hace ser aprendices pasivos, les enseña estereotipos, les proporciona modelos violentos de agresión y les presenta visiones poco realistas del mundo. Sin embargo, la televisión también puede tener una influencia positiva en el desarrollo de los niños presentándoles programas educativos motivadores, aumentando su información sobre el mundo más allá de su entorno inmediato y proporcionándoles modelos de comportamiento prosocial (Clifford, Gunter y McAleer, 1995; Fisch, 2004; Van Evra, 2004).

¿Cuánta televisión ven los niños? Los niños ven mucha televisión. En los años noventa, los niños veían la televisión una media de 26 horas a la semana, que es mucho más del tiempo usado para cualquier otra actividad excepto el sueño (*Nacional Center for Children Exposed to Violence*, 2001). La Figura 9.10 muestra como los niños norteamericanos ven considerablemente más la televisión que sus iguales en otros países desarrollados. Por ejemplo, siete veces más niños norteamericanos de nueve años, en comparación a sus iguales suizos, ven la televisión más de cinco horas al día.

Existe una especial preocupación sobre la exposición de los niños a la violencia y la agresión en la televisión (Van Evra, 2004). Hasta un 80 por 100 de los programas emitidos en las horas de mayor audiencia incluyen actos violentos, peleas, disparos y muertes. La frecuencia de la violencia aumenta en los programas infantiles de dibujos animados los sábados por la mañana, que alcanza una media de 25 actos violentos por hora.

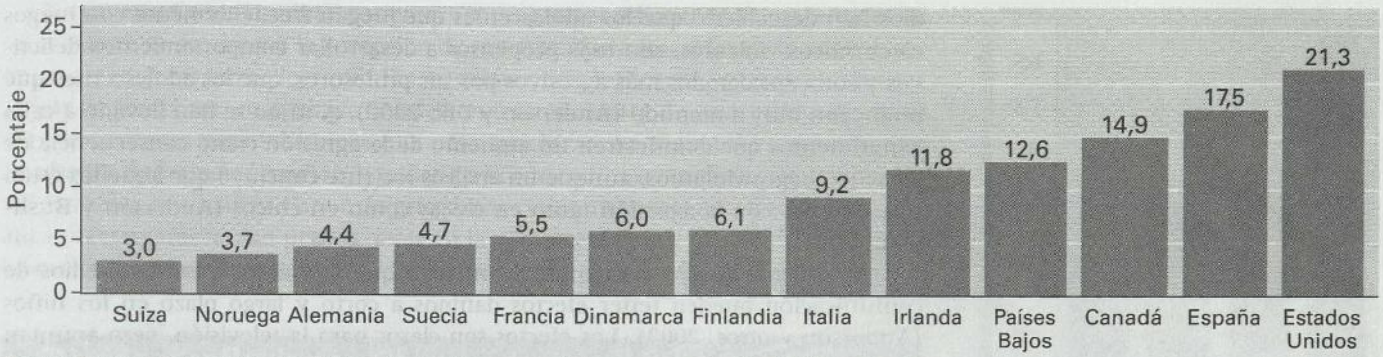


FIGURA 9.10 Porcentaje de niños de 9 años que afirmaron ver la televisión más de cinco horas un día entre semana

Los efectos de la televisión en el comportamiento agresivo y prosocial del niño ¿Cuáles son los efectos de la violencia en la televisión para la agresividad de los niños? ¿Estimula la televisión solamente a que el niño salga a comprar una pistola láser de la *Guerra de las Galaxias* o puede hacer que ataque a otro niño? Cuando los niños crecen, ¿puede la violencia en la televisión incrementar la probabilidad de que ataque violentamente a alguien?

Según un estudio longitudinal, la cantidad de violencia en la televisión vista a los ocho años está significativamente relacionada con la seriedad de los actos delictivos llevados a cabo de adulos (Huesmann, 1986). En otro estudio, la exposición a la violencia en los medios de los 6 a los 10 años estaba relacionada con un comportamiento agresivo como adultos tanto en hombres como en mujeres (Huesmann y otros, 2003). En otro estudio realizado con 1.565 niños de 12 a 17 años, la exposición a largo plazo a la violencia en la televisión estaba significativamente relacionada con la agresión (Belson, 1978). Los niños que veían la mayor cantidad de agresión en la televisión eran los más propensos a cometer delitos, insultar, ser agresivos en los deportes, amenazar con violencia a otros niños, escribir eslóganes en las paredes o romper ventanas. Estos estudios son *correlacionales*, por tanto, no podemos sacar la conclusión de que la violencia en la televisión sea la causa del comportamiento agresivo. En un experimento, se asignaron a los niños de forma aleatoria en dos grupos: un grupo vio la programación infantil violenta tal como se emitía los sábados por la mañana durante 11 días diferentes; el otro grupo vio los dibujos animados sin la parte violenta (Steur, Applefield y Smith, 1971). Después se observó a los niños mientras jugaban en la escuela infantil. Los niños que veían los dibujos animados con violencia daban patadas, se sentían furiosos y golpeaban a sus compañeros más que los niños que veían dibujos animados sin violencia. Debido a que los niños fueron asignados de forma aleatoria a las dos condiciones (los dibujos animados con violencia frente a los dibujos sin violencia), podemos concluir que la exposición a la violencia televisiva *causaba* un aumento en la agresión de los niños investigados.

Además de la violencia en la televisión, existe una preocupación cada vez mayor sobre la violencia en los videojuegos, especialmente aquellos que son muy realistas (Van Mierlo y Van den Buick, 2004; Vastag, 2004). Los juegos electrónicos comparten algunas características con otras formas de violencia audiovisual, sin embargo, difieren en otras formas principales (Roberts, Henriksen y Foehr, 2004). Una diferencia es la habilidad de los juegos electrónicos para implicar a los niños tan profundamente, que experimentan un estado de conciencia alterado en el que el pensamiento racional se suspende y se aprenden guiones agresivos. Otra diferencia es la recompensa directa («puntos») que los jugadores reciben por sus acciones.

Los estudios correlacionales indican que los niños que juegan a menudo con videojuegos violentos son más agresivos que sus iguales que pasan menos tiempo jugando con este tipo de juegos o no juegan en absoluto (Cohen, 1995). Los estu-

dios han descubierto que los adolescentes que juegan frecuentemente con juegos electrónicos violentos, son más propensos a desarrollar comportamientos delictivos y son considerados más agresivos por sus profesores, que los adolescentes que no juegan muy a menudo (Anderson y Dill, 2000). Aún no se han llevado a cabo experimentos que demuestren un aumento de la agresión como consecuencia de los videojuegos violentos, aunque un análisis reciente concluyó que aquellos están relacionados con la agresión tanto en chicas como en chicos (Anderson y Bushman, 2001).

Un reciente equipo de expertos concluyó que la violencia en los medios de comunicación pueden tener efectos dañinos a corto y largo plazo en los niños (Anderson y otros, 2003). Los efectos son claros para la televisión, pero apuntan en la misma dirección negativa para los videojuegos. Los expertos dieron varias explicaciones sobre cómo la violencia de los medios de comunicación puede influir en los niños:

- Los niños aprenden el comportamiento social a través de la observación, incluso cuando ignoran que el aprendizaje está ocurriendo. Y pueden imitar lo que ven.
- La exposición frecuente a la violencia puede hacer que los pensamientos agresivos o los «guiones» sociales estén disponibles más rápidamente en la mente de los niños, haciendo más fácil que afloren emociones o comportamientos relacionados con la agresión en una situación dada.
- La violencia en los medios de comunicación puede producir una activación fisiológica, que puede amplificar un determinado temperamento o una tendencia agresiva existente.
- Una exposición repetida a la violencia en los medios de comunicación puede insensibilizar al espectador, reduciendo los efectos físicos desagradables de ver o pensar sobre la violencia.

La televisión también puede enseñar a los niños que es mejor comportarse de forma positiva y prosocial que de forma negativa y antisocial (Dorr, Rabin y Irlin, 2002; Wilson, 2001). Aimee Leifer (1973) demostró que la televisión estaba asociada con una conducta prosocial en los niños. Ella seleccionó varios episodios del programa de televisión «Barrio Sésamo» donde se reflejaban intercambios sociales positivos. Estaba especialmente interesada en las situaciones en las que se enseñaba a los niños a utilizar sus habilidades sociales. Por ejemplo, en un episodio dos hombres estaban peleándose por la cantidad de espacio disponible para ellos. Los niños que veían estos episodios copiaban estos comportamientos y en situaciones sociales posteriores aplicaban las soluciones prosociales que habían aprendido.

Televisión, desarrollo cognitivo y logros Los niños traen consigo varias habilidades y talentos cognitivos a la experiencia de ver la televisión (Rabin y Dorr, 1995). Algunos cambios cognitivos importantes tienen lugar entre la niñez temprana y la niñez intermedia y tardía (Wilson, 2001). Los niños preescolares a menudo centran su atención en los rasgos más sorprendentes de un programa de televisión y son más propensos a tener dificultades para distinguir la realidad de la fantasía en sus interpretaciones. Cuando los niños comienzan la escuela primaria, mejoran su capacidad de relacionar las escenas y sacar conclusiones causales de las narraciones. Las opiniones sobre la realidad son más precisas en los niños mayores.

¿Cómo influye la televisión en la creatividad de los niños y en sus habilidades verbales? La televisión se relaciona negativamente con la creatividad de los niños (Williams, 1986), aunque los programas educativos para los niños pueden promover la creatividad y la imaginación, posiblemente debido a su ritmo más lento y porque las modalidades auditivas y visuales están mejor coordinadas (Anderson y otros, 2001). Las nuevas tecnologías, especialmente la televisión interactiva, mantienen la promesa de motivar a los niños a aprender y ser más explícitos en la resolución de problemas (Singer, 1993).

En un estudio longitudinal reciente, ver programas educativos durante los años preescolares se asoció con la recepción de características deseables en la adolescencia: sacar mejores notas, leer más libros, valorar más los logros, ser más creativos y actuar de forma menos agresiva (Anderson y otros, 2001). Estas asociaciones eran más consistentes para los chicos que para las chicas. La Figura 9.11 muestra los resultados de las notas medias de niños en la educación secundaria. Por el contrario, las niñas que habían visto más programas violentos en la televisión durante los años preescolares tenían peores notas en la adolescencia que las niñas que no habían visto programas violentos de forma frecuente durante sus años preescolares.

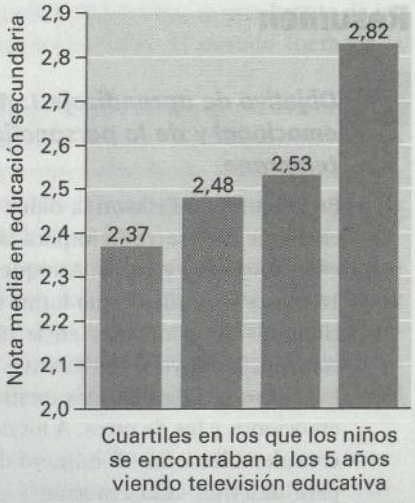


FIGURA 9.11 La visualización de televisión educativa y la nota media de niños en educación secundaria

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Describir los papeles que tienen los iguales, el juego y la televisión en el desarrollo de los niños

REVISA

- ¿Cómo afectan los iguales en el desarrollo de los niños?
- ¿Cuáles son algunas teorías y tipos de juegos?
- ¿Cómo influye la televisión en el desarrollo de los niños?

REFLEXIONA

- ¿Qué pautas recomendarías a los padres que piensas les ayudaría a hacer de la televisión una influencia más positiva para el desarrollo de sus hijos? Considera factores como la edad del niño, las actividades del niño a partir de la televisión, los patrones de interacción de los padres con el niño y los tipos de programas.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje

Desarrollo socioemocional en la niñez temprana

1 DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LA PERSONALIDAD
- El yo
- Desarrollo moral
- Desarrollo emocional
- Género

2 FAMILIAS
- Crianza de los hijos
- Relaciones entre hermanos y orden de nacimiento
- La evolución de la familia en un contexto social cambiante

3 RELACIONES ENTRE IGUALES, JUEGOS Y TELEVISIÓN
- Relaciones entre iguales
- Juegos
- Televisión

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Analizar el desarrollo emocional y de la personalidad durante la niñez temprana*

- En la teoría de Erikson la niñez temprana es un período en el que el desarrollo implica la resolución del conflicto entre iniciativa y culpa. Aunque aproximadamente a los 18 meses se produce una forma rudimentaria de reconocimiento de sí mismo, en la niñez temprana surge la conciencia del yo físico y activo.
- Los niños se vuelven más diestros para hablar sobre sus emociones y las de otros. A los dos o tres años aumentan considerablemente el número de términos que utilizan para describir una emoción y aprenden más sobre las causas y las consecuencias de los sentimientos. A los cuatro o cinco años, los niños muestran una habilidad cada vez mayor para reflejar sus emociones y comprender que un mismo evento puede producir emociones diferentes en distintas personas. También muestran una conciencia creciente sobre el control y el manejo de las emociones que cumplen con los estándares sociales. Las emociones de la propia conciencia —como el orgullo, la vergüenza y la culpa— son más comunes durante la niñez temprana. Los padres que ayudan a controlar las emociones tienen niños que auto-regulan sus emociones de manera más efectiva que los padres que rechazan las emociones.
- El desarrollo moral implica reglas y regulaciones sobre lo que se debería hacer en las interacciones sociales con otros. Los psicólogos evolutivos estudian cómo los niños piensan, se comportan y sienten estas reglas y regulaciones. Piaget hace una distinción entre la moral heterónoma de los niños pequeños y la moral autónoma de los niños mayores. Los teóricos cognitivo sociales hacen hincapié en el comportamiento moral. De acuerdo con estas teorías, existe una variación considerable en el comportamiento y el auto-control es un aspecto importante para comprender la conducta moral del niño. La teoría psicoanalítica de Freud hace hincapié en la importancia de los sentimientos con respecto al desarrollo del *superyo*, la parte moral de la personalidad, que se desarrolla a través del complejo de Edipo y la identificación con el progenitor del mismo sexo. En la visión de Freud, los niños se adaptan a los estándares sociales para evitar los sentimientos de culpa. Las emociones positivas, como la empatía, también son importantes para la comprensión del desarrollo moral. Tanto las emociones positivas como las negativas contribuyen al desarrollo moral.
- El género se refiere a los aspectos sociales y psicológicos de ser hombre o mujer. La mayoría de los niños adquiere la identidad del género a los tres años. El *rol* de género es el conjunto de expectativas que determinan cómo deben pensar, sentir y actuar hombres y mujeres. El par 23 de cromosomas puede tener dos cromosomas *X* y generar una mujer (XX) o un cromosoma *X* y otro *Y* para generar un hombre (XY). Las dos tipos de hormonas sexuales son los estrógenos, que son dominantes en las mujeres y los andrógenos, que son dominantes en los hombres. La biología no es la única que interviene en el desarrollo del género, la socialización del niño también influye considerablemente. Tanto la teoría del psicoanálisis y la teoría cognitivo social hacen hincapié en la adopción de las características paternas. Los iguales se preocupan especialmente por la recompensa asociada al comportamiento apropiado de género. Las teorías del desarrollo cognitivo y el esquema de género hacen hincapié en el papel de la cognición en el desarrollo de género.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Explicar cómo las familias pueden influir en el desarrollo de los niños*

- Autoritario, autoritativo, indiferente y permisivo son los cuatro estilos de crianza fundamentales. El estilo autoritativo es el más usado en todo el mundo y a menudo es el más asociado con la competencia social de los niños. Sin embargo, las variaciones culturales con respecto a los estilos de crianza sugieren que en las familias afro-americanas y americanas de origen asiático, algunos aspectos del control pueden beneficiar a los niños. Los padres latinos a menudo hacen hincapié en las relaciones familiares y en el respeto y la obediencia a la hora de criar a sus hijos. El castigo físico es muy usado por las familias americanas, pero hay un gran número de razones por la que no es una buena alternativa. La comprensión del maltrato infantil requiere información sobre las influencias culturales y familiares. El maltrato infantil tiene el riesgo de sufrir una gran cantidad de problemas en el desarrollo. La crianza compartida tiene efectos positivos en el desarrollo de los niños. En la sociedad de hoy en día, una creencia desafortunada es que la educación de los hijos se puede hacer de forma rápida. Sin embargo, una crianza competente requiere tiempo y esfuerzo.
- Los hermanos interactúan unos con otros de forma positiva y negativa. El orden de nacimiento está relacionado en cierta forma con las características del niño, pero algunos críticos argumentan que a menudo se le da demasiada importancia al orden de nacimiento como variable predictiva del desarrollo.
- Los factores socioculturales y económicos afectan al desarrollo del niño de muchas formas. En general, que ambos progenitores trabajen a tiempo completo fuera de casa no ha demostrado tener efectos negativos en los niños. Sin embargo, en circunstancias específicas, cuando la madre trabaja fuera de casa, cuando el bebé tiene menos de un año se pueden generar efectos negativos. El divorcio puede tener efectos negativos en la adaptación del niño, pero también puede tenerlos una mala

relación entre los progenitores que permanecen juntos por el bienestar del niño. Si los padres divorciados desarrollan una relación harmoniosa y practican un estilo de crianza autoritativo, la adaptación del niño mejora. Aproximadamente el 20 por 100 de las lesbianas y el 10 por 100 de los homosexuales son padres. Hay una diversidad considerable entre las madres lesbianas, los padres homosexuales y sus hijos. Los investigadores han descubierto pocas diferencias entre los niños que crecen en familias homosexuales y aquellos que crecen en familias heterosexuales. Las culturas varían en una serie de factores relacionados con las familias. Los niños afro-americanos y latinos son más propensos que los niños blancos americanos a vivir en familias monoparentales y familias numerosas y tienen una conexión mayor con su familia extensa. Los padres con un nivel socioeconómico más bajo crean una atmósfera en el hogar que implica más autoridad y más castigos físicos con los niños que los padres con un nivel socioeconómico más alto. Los padres con un nivel socioeconómico más alto se preocupan más sobre el desarrollo de la iniciativa de los niños y la demora de la gratificación.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Describir el papel de los iguales, el juego y la televisión en el desarrollo de los niños*

- Los iguales son agentes socializadores importantes. Los iguales son aproximadamente de la misma edad o nivel de madurez. Los iguales proporcionan una fuente de información y comparación sobre el mundo fuera de la familia.
- Las funciones del juego incluyen afiliación con los iguales, relajación de tensión, avances en el desarrollo cognitivo, exploración y proporción de un lugar seguro. Mildred Parten desarrolló las categorías de juego desocupado, solitario, de espectador, paralelo, asociativo y cooperativo. La perspectiva contemporánea del juego hace hincapié en los aspectos sociales y cognitivos del juego. Entre los aspectos más estudiados del juego infantil son el juego sensorio-motor, el juego práctico, el juego simbólico o imaginativo, el juego social, el juego constructivo y el juego de reglas.
- La televisión puede tener efectos negativos (como hacer que los niños sean aprendices pasivos y presentar modelos agresivos) y efectos positivos (como presentar programas educativos motivadores y modelos de comportamiento prosocial) en el desarrollo del niño. Los niños ven una gran cantidad de televisión. La violencia en la televisión no es la única causa de la agresividad del niño, sino que puede inducir a la agresión. El comportamiento prosocial está asociado con un comportamiento positivo mayor por parte de los niños. Las habilidades cognitivas de los niños influyen en sus experiencias de la visión de la televisión. La visualización de la televisión está relacionada con la creatividad del niño y las habilidades verbales.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR ESTO PATRIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

SECCIÓN QUINTA

Niñez intermedia y tardía

El ansia por descubrir y comprender...
Estos son los bienes en las ricas manos de la vida.

SIR WILLIAM WATSON
Poeta inglés, siglo XX

CAPÍTULO 10



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo físico y cognitivo en la niñez intermedia y tardía

Esquema del capítulo

CAMBIOS FÍSICOS Y SALUD — 1
- Crecimiento corporal y proporciones
- Desarrollo motor
- Ejercicio físico y deporte
- Salud, trastornos y enfermedades

NIÑOS CON DISCAPACIDADES — 2
- ¿Cómo son los niños con discapacidades?
- Dificultades de aprendizaje
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- Aspectos educativos

CAMBIOS COGNITIVOS — 3
- Teoría de Piaget
- Procesamiento de la información
- Inteligencia

DESARROLLO LINGÜÍSTICO — 4
- Vocabulario y gramática
- Lectura
- Bilingüismo

Objetivos de aprendizaje

1. **Describir los cambios físicos y la salud en la niñez intermedia y tardía**
2. **Identificar a los niños con distintos tipos de discapacidades y tratar los aspectos relacionados con su educación**
3. **Explicar los cambios cognitivos en la niñez intermedia y tardía**
4. **Analizar el desarrollo lingüístico en la niñez intermedia y tardía**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

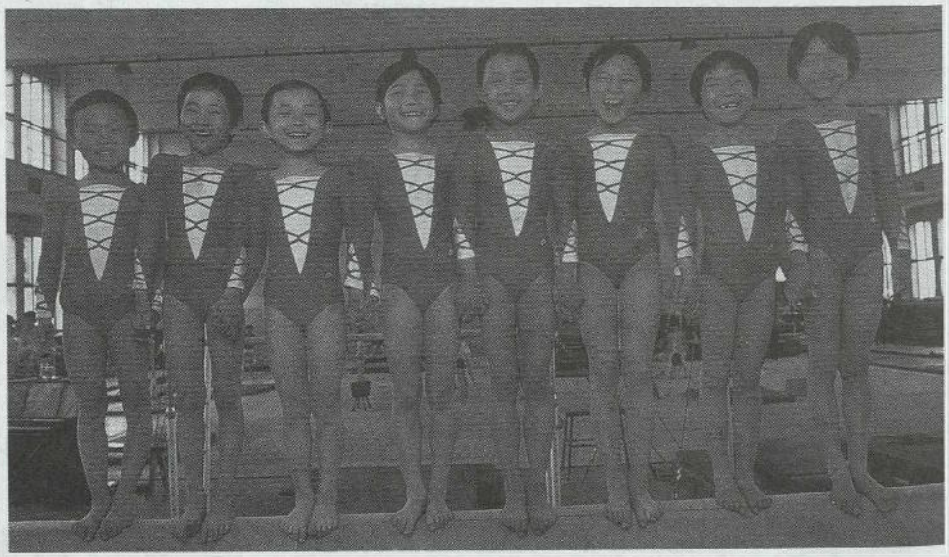
Zhang Liyin

Durante uno de los recreos en un jardín de infancia en Pekín, el entrenador de una importante escuela de deportes china se fijó en Zhang Liyin y propuso que la niña asistiera al centro deportivo en el que trabajaba. Para tomar esta decisión, se basó en la complexión física de la niña, en sus habilidades atléticas, vivacidad y personalidad extravertida (Reilly, 1988).

La escuela de deportes es un privilegio del que sólo gozan aproximadamente 300.000 de los 200 millones de escolares chinos. Estos centros, de los que hay unos 3000 en todo el país, constituyen la única vía existente para llegar al éxito olímpico en China. Las escuelas deportivas suelen tener alrededor de 550 alumnos con edades comprendidas entre los 5 y los 16 años que viven y estudian en el centro. Cada día, se levantan a las 7 de la mañana y practican ejercicio durante treinta minutos antes del desayuno, asisten a clases el resto de la mañana y luego entrenan tres horas por la tarde. Si en cualquier momento se advierte una disminución en el rendimiento de un alumno, éste pierde su plaza en la escuela.

China será la sede de los Juegos Olímpicos en 2008, por lo que el gobierno ha redoblado sus esfuerzos para crear campeones que consigan medallas. China no es, por supuesto, el único país en el que se aplican programas de entrenamiento intensivo de jóvenes atletas. En los Estados Unidos, por ejemplo, muchos padres hacen que sus hijos participen en este tipo de programas en deportes como la gimnasia y la natación. Más adelante en este capítulo examinaremos la influencia del deporte en la vida infantil.

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FUNDADA EN 1620
QUITO



Zhang Liyin (tercera por la izquierda) espera convertirse algún día en campeona olímpica de gimnasia. Asistir a una escuela deportiva en China se considera un enorme privilegio, pues sólo 300.000 de los 200 millones de niños chinos tienen esta oportunidad. ***¿Cuáles son los resultados positivos y negativos que los niños pueden experimentar al practicar deportes? ¿Son algunos programas deportivos, como las escuelas deportivas chinas, demasiado intensas para los niños? ¿Deberían los niños llevar una vida más equilibrada? ¿Se atribuye demasiada importancia a los deportes en Estados Unidos?***

VISTA PREVIA

Durante la niñez intermedia y tardía, el desarrollo físico del niño continúa progresando de forma considerable. Los niños crecen más, aumentan de peso, ganan fuerza y se muestran más hábiles al emplear sus destrezas físicas. En este capítulo trataremos el desarrollo físico y cognitivo durante la niñez intermedia y tardía. Para empezar, analizaremos algunos de los cambios que se producen en el desarrollo físico.

1 CAMBIOS FÍSICOS Y SALUD

Crecimiento corporal y proporciones

Ejercicio físico y deporte

Desarrollo motor

Salud, trastornos y enfermedades

Durante la niñez intermedia y tardía, el cuerpo de los niños pasa por una etapa de cambio constante y de mejora en sus destrezas motoras. Resulta importante que los niños practiquen ejercicio de forma habitual con el fin de evitar trastornos y enfermedades.

Crecimiento corporal y proporciones

En los años de la niñez intermedia y tardía se produce un crecimiento corporal lento y regular. Esta etapa supone un período de calma antes del rápido y repentino crecimiento de la adolescencia. Durante los años de la educación primaria, los niños crecen una media de 5 a 7 centímetros al año. Así, a la edad de 11 años, la estatura media de las niñas es de 1,50 metros aproximadamente, mientras que la de los niños asciende a 1,45 metros. En cuanto al peso, durante la niñez intermedia y tardía los niños ganan de 2 a 3 kilos al año, lo que se debe al incremento del tamaño tanto de los sistemas muscular y óseo como de algunos órganos internos. Así, la masa muscular y la fuerza aumentan a medida que disminuye la cantidad de «grasa infantil» que aún queda en el cuerpo del niño. La descoordinación de los movimientos y las rodillas curvadas hacia el interior (*genus valgo*) típicas de la niñez temprana dejan ahora paso a un mejor tono muscular y a un aumento de la masa muscular que se debe a factores hereditarios y a la práctica de ejercicio físico. Además, también se dobla la fuerza, sobre todo en los niños, quienes normalmente son más fuertes que las niñas por el mayor número de células musculares que poseen.

Sin embargo, los cambios físicos más pronunciados que tienen lugar en esta etapa son los relacionados con las proporciones corporales. El diámetro craneal y de la cintura, así como la longitud de las piernas, disminuyen con relación a la altura total del cuerpo (Hockenberry, 2005). Un cambio mucho menos obvio es que los huesos continúan endureciéndose (*osificación*), aunque aún son más flexibles ante la presión o la tensión que los huesos ya maduros.

Desarrollo motor

Durante la niñez intermedia y tardía, el desarrollo motor de un niño es mucho más gradual y coordinado que en la niñez temprana. Así, por ejemplo, sólo uno de cada mil niños de 3 años es capaz de golpear una pelota de tenis y lanzarla por encima

de una red, mientras que, a la edad de 10 u 11 años, la mayoría de los niños puede aprender a jugar a este deporte. Correr, escalar, saltar a la comba, nadar, montar en bicicleta o patinar son sólo algunas de las destrezas físicas que se pueden dominar durante la etapa de la educación primaria. Los chicos normalmente dan muestras de un mayor rendimiento que las chicas en aquellas destrezas de la motricidad gruesa que conllevan una gran actividad.

A medida que pasan los años de la educación primaria, aumenta el control que los niños ejercen sobre el cuerpo y ya pueden permanecer sentados y atender durante períodos de tiempo cada vez más largos. No obstante, a estas edades los niños aún están lejos de haber alcanzado la madurez física, por lo que necesitan llevar una vida activa. De esta manera, para ellos es más fatigoso permanecer sentado durante largos períodos que correr, saltar o montar en bicicleta, y la actividad física, como golpear una pelota con un bate, saltar a la comba o mantener el equilibrio sobre una barra, resulta esencial para que perfeccionen ciertas destrezas. Por tanto, uno de los principios básicos aplicables durante la educación primaria es que las actividades que realicen los niños deben ser, sobre todo, *activas*.

La mejoría en las destrezas de la motricidad fina durante esta etapa tiene su origen en el aumento de la mielinización del sistema nervioso central. Los niños son capaces ya de usar sus manos hábilmente como si fueran herramientas. A la edad de seis años ya pueden martillear, golpear, atarse los zapatos y abrochar botones. Con siete años, el pulso se vuelve más firme y prefieren utilizar lápices antes que ceras para reproducir letras. Además, es menos frecuente la escritura inversa de ciertas grafías y se reduce el tamaño de las letras. De los 8 a los 10 años las manos se utilizan de forma independiente con un mayor control y precisión. La coordinación de la motricidad fina se desarrolla hasta el punto de que el niño ya no reproduce letras únicamente, sino que es capaz de escribir. Además, el tamaño de las letras entrelazadas disminuye y se hace más regular. De los 10 a los 12 años, el niño comienza a mostrar destrezas de manipulación de objetos parecidas a las de los adultos, y ya pueden controlar los movimientos complejos, intrincados y rápidos que se necesitan para crear objetos de calidad o para tocar una pieza musical difícil con un instrumento. Normalmente, las niñas dan muestras de una mayor habilidad en destrezas de motricidad fina que los niños.

Ejercicio físico y deporte

¿Cuánto ejercicio practican los niños? ¿Cómo son los deportes infantiles?

Ejercicio físico Cada vez resulta más evidente que el ejercicio físico desempeña una importante función en el crecimiento y desarrollo de los niños (Cooper, Nemet y Galassetti, 2004; Fahey, Insel y Roth, 2005; Kennedy, 2004; Watts y otros, 2004). Sin embargo, ¿realizan los niños el suficiente ejercicio físico? Según una encuesta realizada en Estados Unidos en 1997, tan sólo el 22 por 100 de los niños de edades comprendidas entre los 6 y los 17 años realizaban algún tipo de ejercicio físico durante al menos 30 minutos diarios cada semana (Harris, 1997). Al ser consultados, los padres declaraban que sus hijos solían estar demasiado ocupados viendo la televisión, usando el ordenador o jugando con la videoconsola y no les quedaba tiempo para el ejercicio. En todos los segmentos de edad, los chicos realizaban más ejercicio que las chicas. Según un estudio comparativo longitudinal realizado en Estados Unidos, el porcentaje de niños que participaban en programas escolares de educación física había disminuido de 80 por 100 en 1969 a 20 por 100 en 1999 (Recursos para la gestión sanitaria, 2001) (véase la Figura 10.1). Además, en una reciente

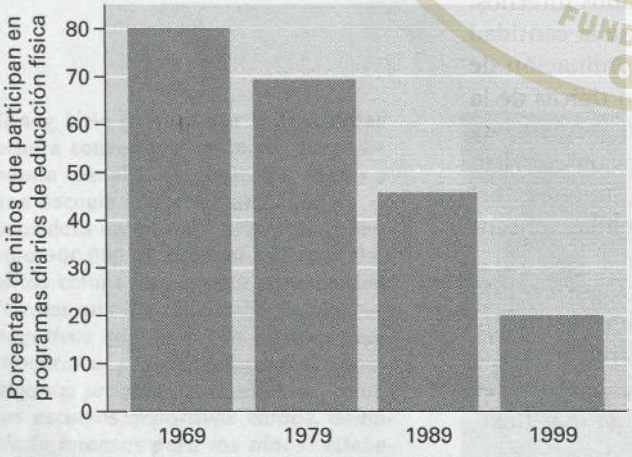


FIGURA 10.1 Porcentaje de niños que han participado en programas diarios de educación física en Estados Unidos entre 1969 y 1999

Se advierte una notable disminución del porcentaje de niños que participan en programas diarios de educación física en Estados Unidos desde un 80 por 100 en 1969 a sólo un 20 por 100 en 1999.

investigación se concluyó que el 61 por 100 de los niños estadounidenses con edades comprendidas entre los 9 y los 13 años no participaban en ningún tipo de actividad física organizada durante el horario extraescolar y que el 23 por 100 no practicaba ninguna actividad física durante su tiempo libre (Centros para el control y prevención de enfermedades, 2003).

Algunas de las estrategias que pueden emplearse para conseguir que los niños practiquen más ejercicio son las siguientes:

- Ofertar más programas de actividad física dirigidos por voluntarios en las instalaciones de las escuelas.
- Mejorar las actividades físicas en los centros educativos.
- Involucrar a los niños en el diseño de actividades en la comunidad y la escuela que les interesen realmente.
- Concienciar a las familias para que presten una mayor atención a la actividad física y para que los padres realicen más ejercicio. Según la investigación antes mencionada, más de la mitad de los padres no realizaba ningún tipo de esfuerzo físico elevado de forma habitual.

Deporte Al comenzar este capítulo, conocimos la historia de la niña de 6 años Zhang Liyin, alumna de una escuela deportiva cuyo objetivo es la formación de futuros atletas olímpicos. Según la mentalidad occidental, la vida de Zhang es demasiado estricta y rígida. De esta manera, a pesar de que el deporte goza de gran prestigio dentro de la sociedad estadounidense, no se entrena a los niños con el nivel de exigencia que caracteriza a la escuela de Zhang Liyin.

Sin embargo, el deporte se ha convertido en una parte fundamental de la cultura americana, por lo que no sorprende que, cada año, un mayor número de niños participe en actividades deportivas. La vida diaria de muchos niños ha cambiado gracias a los programas deportivos que se realizan tanto en las escuelas públicas como en los centros sociales vecinales, y que incluyen la práctica de baloncesto, fútbol, béisbol, natación, fútbol americano, gimnasia, etcétera.

La participación de los niños en actividades deportivas, no obstante, presenta aspectos positivos y negativos. Por un lado, el deporte crea oportunidades para practicar ejercicio, para aprender a competir, aumenta la autoestima y permite desarrollar las relaciones sociales y la amistad. Sin embargo, el deporte puede dar lugar a consecuencias negativas: la presión para vencer y alcanzar ciertos objetivos, lesiones físicas, distracción del trabajo escolar y expectativas infundadas de triunfo en el mundo deportivo (Davis, 2004; Demorest y Landry, 2003, 2004). Pocos dudan del valor del deporte infantil cuando éste forma parte de programas escolares o universitarios de educación física. Sin embargo, algunas voces críticas se cuestionan si los deportes de equipo altamente competitivos y encaminados sólo a la victoria que se practican en escuelas o centros comunitarios resultan convenientes.

Existe una especial preocupación por niños sometidos a la presión de eventos deportivos relacionados con campeonatos y con intereses publicitarios. Algunos doctores y expertos en desarrollo infantil consideran que este tipo de actividades someten a los niños participantes a un estrés excesivo y que, además, transmiten unos valores erróneos basados, exclusivamente, en la idea de vencer a cualquier precio (Pratt, Patel y Greydanus, 2003). Por otro lado, siempre está presente el riesgo de explotar a niños que participen en programas excesivamente organizados y encaminados a conseguir el éxito deportivo. Unos padres, entrenadores o animadores comunitarios con expectativas demasiado ambiciosas pueden crear, de forma no intencionada, un ambiente opresivo alrededor de cualquier actividad deportiva infantil. De esta manera, el peligro de explotación infantil se hace más evidente cuando lo que de verdad importa es el prestigio de la familia, de un club determinado o de una localidad. Los programas con tales objetivos suelen exigir largas y extenuantes sesiones de entrenamiento durante varios meses o, incluso, años, lo que lleva a una especialización del deporte a una edad demasiado tempra-

na. En esas circunstancias, los adultos suelen transmitir una visión distorsionada del papel que desempeña el deporte en la vida de un niño, transmitiéndole al niño la idea de que el deporte es el centro indiscutible de su propia vida.

Salud, trastornos y enfermedades

La niñez intermedia y tardía es, en su mayor parte, una etapa en la que los niños gozan de una excelente salud. Así, las enfermedades o los fallecimientos son menos frecuentes durante esta etapa que durante otras fases de la niñez y la adolescencia.

Accidentes y lesiones La causa más común de lesiones graves y fallecimiento durante la niñez intermedia y tardía son los accidentes de tráfico, tanto en el caso de peatones como de pasajeros de un vehículo (Hockenberry, 2005). El uso de cinturones de seguridad reduce de forma notable la gravedad de las lesiones (Bolen, Bland y Sacks, 1999). Además, el deseo de los niños en edad escolar de montar en bicicleta aumenta el riesgo de accidentes, que también se producen al usar monopatines, patines y otros elementos deportivos.

La mayor parte de los accidentes suceden en el domicilio familiar, en la escuela o cerca de ambos lugares. La estrategia de prevención que ha demostrado ser más eficaz es informar al niño acerca de los riesgos que implican la temeridad y el uso inadecuado del equipamiento deportivos (Aitken y otros, 2004; Philippakas y otros, 2004). Se recomienda el uso de cascos, gafas y protectores bucales así como de protecciones corporales para niños que participen en actividades deportivas.

Cáncer El cáncer es la segunda causa de muerte en niños con edades comprendidas entre los 5 y los 14 años (las lesiones ocupan la primera posición). En esas edades, el cáncer es responsable del 3 por 100 de los fallecimientos, mientras que este porcentaje asciende al 13 por 100 en el segmento de edad comprendido entre los 15 y los 24 años. En la actualidad, uno de cada 330 niños estadounidenses desarrolla alguna forma de cáncer antes de cumplir los 19 años, y la incidencia de la enfermedad va en aumento (Neglia y otros, 2001).

El cáncer infantil se diferencia en varios aspectos del que sufren los adultos. Este último afecta principalmente a los pulmones, el colon, las mamas, la próstata y el páncreas, mientras que, en niños, el cáncer ataca sobre todo a los glóbulos blancos (recibiendo entonces el nombre de leucemia), al cerebro, los huesos, el sistema linfático, los músculos, los riñones y el sistema nervioso. Todos estos tipos de cáncer se caracterizan por la proliferación incontrolada de células anormales (Savell y otros, 2004).

Tal y como se aprecia en la Figura 10.2, el tipo de cáncer infantil más frecuente es la leucemia, una variante que afecta a los tejidos responsables de la creación de células sanguíneas. En el cuadro de la leucemia, la médula ósea fabrica grandes cantidades de glóbulos blancos incapaces de actuar correctamente, pues invaden la médula y superan rápidamente el número de células normales, con lo que el niño afectado es más propenso a sufrir moratones e infecciones. El sistema linfático se ve afectado por linfomas que, durante la infancia, se extienden hacia el sistema nervioso central y la médula ósea (Carroll y otros, 2003; Murray y otros, 2004).

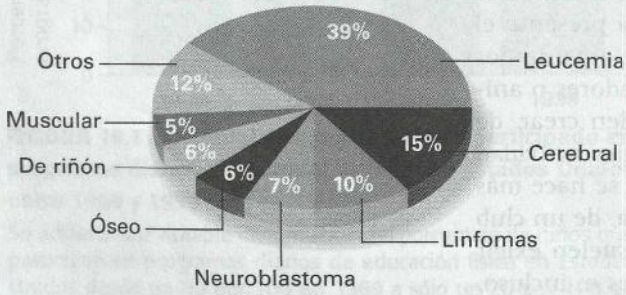


FIGURA 10.2 Tipos de cáncer infantil

Obesidad En una reciente investigación se concluyó que, en los Estados Unidos, el índice de obesos entre los niños con edades comprendidas entre los 6 y los 11 años había aumentado un 325 por 100 entre 1974 y 1999 (NHANES, 2001). Se considera que un varón es obeso cuando su peso supera en un 20 por 100 al peso máximo recomendado para su estatura, mientras que, en el caso de las mujeres, se estima que existe obesidad cuando el peso real

supera al recomendado en un 25 por 100. Las chicas suelen presentar una mayor tendencia a la obesidad que los chicos. Padecer obesidad a los 6 años de edad hace que la probabilidad de ser obeso también durante la edad adulta sea del 25 por 100, y si se es obeso a los 12 años, la probabilidad de serlo durante la madurez aumenta hasta un 75 por 100.

Según un estudio llevado a cabo recientemente en los Estado Unidos, desde finales de los años setenta hasta finales de los años noventa, se produjeron cambios de gran relevancia en la dieta de los niños estadounidenses: mayor consumo de comida fuera de casa, notable aumento de la cantidad de calorías provenientes de aperitivos salados, bebidas refrescantes y pizza en el total de calorías consumidas, y una significativa disminución en las calorías provenientes de leche desnatada y semidesnatada y de carne de vacuno y de porcino grasa o semimagra (Nielsen, Siega-Riz y Popkin, 2002). En esta investigación se concluyó que la ingesta calórica total de los niños había aumentado desde finales de los años setenta hasta finales de los años noventa, y que estos cambios dietéticos afectaban incluso a niños de 2 años de edad y seguían a lo largo de la edad adulta. Además, según otra reciente investigación, el tiempo empleado en ver la televisión y la cantidad de bebidas refrescantes consumidas son factores relacionados con la obesidad infantil (Giammattei y otros, 2003).

Recientemente, tras realizar otro estudio en Estados Unidos, los investigadores hallaron que la mayor parte de las dietas infantiles eran pobres o necesitaban mejorar (Agencia Federal «Foro sobre estadísticas infantiles y familiares», *Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics*, 2002). Según esta investigación, sólo podía considerarse que el 27 por 100 de los niños con edades comprendidas entre los 2 y los 5 años seguían una buena dieta. Sin embargo, sus hábitos alimenticios empeoraban al crecer, por lo que sólo el 13 por 100 de los niños entre 6 y 9 años seguían dietas saludables.

Existe una relación entre unos niveles inadecuados de ejercicio físico y la obesidad (Ariza, Greenberg y Unger, 2004; Fox, 2004; Williams, 2005). El nivel de actividad de un niño se ve influenciado no sólo por factores hereditarios, sino también por la motivación del niño para participar en actividades que conlleven un esfuerzo físico y por sus padres o cuidadores, que suponen un modelo de conducta con un estilo de vida activo y que, además, proporcionan oportunidades a los niños para ser activos (Ruxton, 2004).

El contexto en el que los niños consumen sus alimentos puede influir en sus hábitos alimenticios y en su peso. Según una reciente investigación, los niños que comían con sus familias presentaban más probabilidades de consumir más verduras y alimentos con un bajo contenido en grasas (como leche desnatada, aliños ligeros para ensaladas o carnes magras) y de ingerir menores cantidades de bebidas refrescantes que los niños que comían solos (Cullen, 2001). En este estudio se concluyó que los niños con sobrepeso consumían la mitad de sus comidas frente al televisor, comparado con sólo el 35 por 100 en el caso de los niños con un peso normal.

La obesidad constituye un factor de riesgo que predispone hacia numerosos problemas médicos y psicológicos (Dietz, 2004; Etelson y otros, 2003). Los niños obesos pueden desarrollar dolencias pulmonares y problemas en las caderas (Pérez-Perdomo y otros, 2003). Además, pueden presentar altos niveles de presión arterial y de colesterol, y padecer con mayor frecuencia diabetes mellitus de tipo 2 (Clinton-Smith, 2004; Hanevold y otros, 2004; Ramchandani, 2004). Otras consecuencias de la obesidad son una baja autoestima y la depresión, así como los problemas para relacionarse con los compañeros o la marginación del niño afectado por parte del grupo de iguales (Datar y Sturm, 2004; Janssen y otros, 2004). Según una reciente investigación, los niños con obesidad son objeto con frecuencia de las burlas de sus compañeros, tienen dificultades a la hora de practicar deportes y presentan problemas de salud (Schwimmer, Burkwinkle y Varni, 2003). En el Capítulo 14, analizaremos los tratamientos más eficaces ante la obesidad, con especial atención a la importancia del ejercicio físico.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Describir los cambios físicos y la salud en la niñez intermedia y tardía

REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los cambios en el crecimiento y las proporciones corporales que se producen en la niñez intermedia y tardía?
- ¿Cómo se desarrollan las destrezas motoras de los niños en la niñez intermedia y tardía?
- ¿Cuál es el papel del ejercicio físico y del deporte en la vida de un niño?
- ¿Cuáles son algunas características de la salud, los trastornos y las enfermedades durante la niñez intermedia y tardía?

REFLEXIONA

- ¿Se debería aconsejar a los padres que no entrenaran a sus hijos en un deporte o que no los vieran participar en competiciones deportivas? Justifica tu opinión.

2 NIÑOS CON DISCAPACIDADES

¿Cómo son los niños con discapacidades?

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Dificultades de aprendizaje

Aspectos educativos

Los años de la educación primaria suponen una etapa en la que los niños con discapacidades son más conscientes de sus diferencias y de cómo las perciben los demás.

¿Cómo son los niños con discapacidades?

En los Estados Unidos, aproximadamente el 10 por 100 de los niños recibe clases de educación especial o alguna atención educativa especializada. En la Figura 10.3 se muestran los porcentajes aproximados de niños con diferentes discapacidades que reciben algún tipo de atención educativa especializada (Departamento de Educación de Estados Unidos, 2000). Dentro de este grupo, poco más de la mitad presenta alguna forma de dificultad en el aprendizaje, mientras que un número elevado padece también dificultades en el habla o en el lenguaje (19 por 100 de todos los que presentan discapacidades), retraso mental (11 por 100) o graves desequilibrios emocionales (8 por 100).

Dificultades de aprendizaje

El profesor de segundo de primaria de Bobby se queja de que el niño comete demasiadas faltas de ortografía. A Tim, de 8 años, leer le supone un gran esfuerzo y, muchas veces, no comprende las palabras que lee. Alisha posee una buena habilidad para la comunicación oral, pero tiene grandes dificultades a la hora solucionar problemas aritméticos. Todos esos alumnos presentan dificultades en el aprendizaje.

Tras estudiar las investigaciones realizadas, la experta Linda Siegel (2003) llegó recientemente a la conclusión de que la definición de **dificultades de aprendizaje** debería incluir los siguientes elementos: 1) establecimiento de un coeficiente

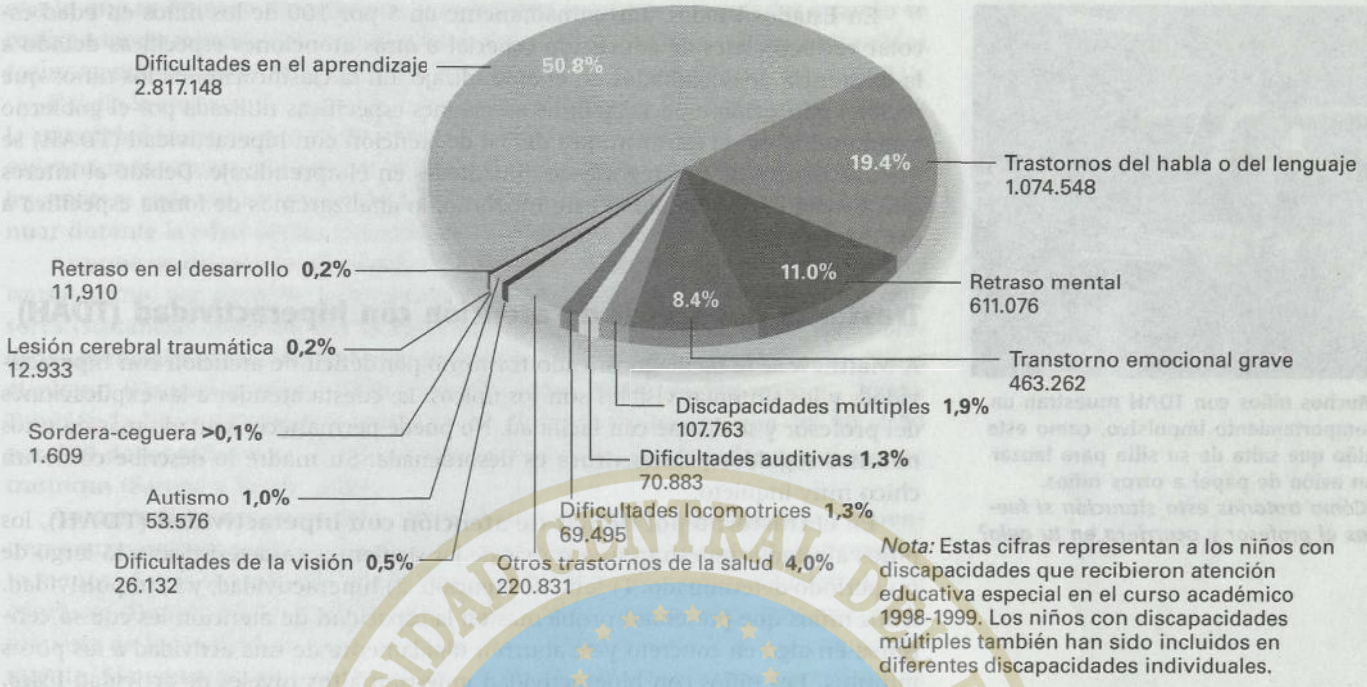


FIGURA 10.3 La diversidad de niños con discapacidades

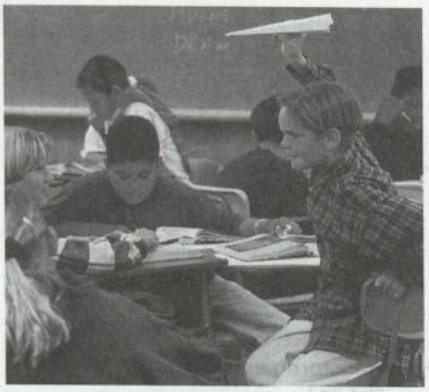
de inteligencia mínimo; 2) presencia de dificultades significativas en un área académica, especialmente en las relacionadas con la lectura o con las matemáticas, y 3) no inclusión en la definición de los individuos afectados por trastornos emocionales severos, trastornos sensoriales y/o déficit neurológicos específicos o de los individuos que provengan de entornos en los que se habla otro idioma.

El número de chicos que padecen este tipo de dificultades es tres veces superior al de chicas (Departamento de Educación de Estados Unidos, 1996). La razón de esta diferencia entre sexos puede encontrarse tanto en la mayor predisposición biológica de los muchachos como en los prejuicios a la hora de enviar a los niños a un especialista, puesto que existe una mayor probabilidad de que los profesores recomienden que se estudie el caso de un chico debido a su comportamiento.

En las dos últimas décadas, el porcentaje de niños a quienes se ha detectado algún tipo de dificultad en el aprendizaje ha aumentado notablemente de menos del 30 por 100 de todos los niños que recibían clases de educación especial u otras atenciones específicas en 1977 a poco más del 50 por 100 en la actualidad. Para algunos expertos, este incremento pone en evidencia las erróneas prácticas de diagnóstico que se emplean así como el exceso de diagnósticos positivos. Consideran dichos expertos que los profesores se apresuran demasiado al considerar que cualquier niño que muestre el más mínimo problema en sus clases presenta dificultades en el aprendizaje, en lugar de reconocer que dicho problema bien puede deberse a una forma de enseñar poco efectiva. Otros expertos, no obstante, afirman que el aumento en los casos diagnosticados de dificultades en el aprendizaje está justificado (Hallahan y Kaufmann, 2003; Hallahan y otros, 2005).

La lectura es la fuente más frecuente de problemas para los niños con dificultades de aprendizaje (Rittey 2003; Spafford y Grosser, 2005). **Dislexia** es una denominación que se aplica únicamente a aquellos individuos que presentan serias dificultades a la hora de leer y escribir (Snowling, 2004; Vidyasagar, 2004).

Con frecuencia, los niños con alguna dificultad en el aprendizaje presentan problemas en la caligrafía, la ortografía y la composición. Normalmente escriben con gran lentitud, sus escritos pueden ser en ocasiones totalmente ilegibles y cometen numerosas faltas de ortografía debido a su dificultad para combinar sonidos y letras.



Muchos niños con TDAH muestran un comportamiento impulsivo, como este niño que salta de su silla para lanzar un avión de papel a otros niños. ***¿Cómo tratarías esta situación si fueras el profesor y ocurriera en tu aula?***

En Estados Unidos, aproximadamente un 5 por 100 de los niños en edad escolar reciben clases de educación especial u otras atenciones específicas debido a la existencia de dificultades en el aprendizaje. En la clasificación de los niños que reciben educación especial y otras atenciones específicas utilizada por el gobierno estadounidense, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se incluye dentro de la categoría de dificultades en el aprendizaje. Debido al interés que suscita en la actualidad este trastorno, lo analizaremos de forma específica a continuación.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

A Matthew se le ha diagnosticado trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y los síntomas visibles son los típicos. Le cuesta atender a las explicaciones del profesor y se distrae con facilidad. No puede permanecer sentado más de unos minutos seguidos y su escritura es desordenada. Su madre lo describe como un chico muy inquieto.

En el **trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH),** los niños afectados muestran una o más de las siguientes características a lo largo de un período determinado: 1) falta de atención; 2) hiperactividad, y 3) impulsividad. A los niños que presentan problemas en la capacidad de atención les cuesta centrarse en algo en concreto y se aburren rápidamente de una actividad a los pocos minutos. Los niños con hiperactividad muestran altos niveles de actividad física, por lo que siempre parece que se estén moviendo. Por otro lado, a los niños impulsivos les cuesta controlar sus reacciones y no reflexionan antes de actuar. Según sean las características presentes en un niño con TDAH, se les puede clasificar en: 1) TDAH con predominio de la falta de atención; 2) TDAH con predominio de la hiperactividad/impulsividad, o 3) TDAH con falta de atención e hiperactividad/impulsividad.

El número de niños a los que se ha diagnosticado TDAH y que reciben el tratamiento correspondiente ha aumentado de forma notable. Según algunas estimaciones, dicha cifra se ha doblado durante la década de los años noventa. Este trastorno aparece de cuatro a nueve veces más en los chicos que en las chicas. No obstante, existe cierta polémica acerca del aumento en el diagnóstico de casos de TDAH (Terman y otros, 1996). Algunos expertos consideran que dicho incremento se debe a un mayor conocimiento de la existencia de este trastorno, mientras que otros muestran su preocupación ante el hecho de que se produzcan numerosos diagnósticos sin la realización de evaluaciones profesionales exhaustivas basadas en la recopilación de información proveniente de diversas fuentes.

Los síntomas del TDAH pueden ser ya evidentes en la etapa preescolar. De esta manera, tanto los padres como los profesores de preescolar y educación infantil pueden advertir el altísimo nivel de actividad del niño así como su limitada capacidad de concentración. Tal vez afirmen que el niño «nunca se está quieto», «no puede estar sentado más de un segundo» o «nunca escucha nada de lo que se le dice». Normalmente, resulta difícil aplicar medidas disciplinarias a niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además, estos niños presentan un bajo nivel de tolerancia a la frustración y les cuesta establecer relaciones con su compañeros de clase (Farone y Doyle, 2001). También se caracterizan por su inmadurez general y su torpeza.

A pesar de que los síntomas de TDAH son normalmente evidentes en la etapa preescolar, la identificación del trastorno no suele producirse hasta los años de la educación primaria (Stein y Perrin, 2003). Los problemas de estos niños resaltan aún más por causa de las exigencias sociales y académicas del sistema educativo, que han aumentado, y por unos parámetros de control del comportamiento cada vez más estrictos. Es frecuente que los profesores de educación primaria afirmen que a este tipo de niños les resulta difícil trabajar de forma autónoma, finalizar las tareas indicadas u organizar su trabajo. También señalan su inquietud y la facilidad

con la que se distraen. Resulta más fácil detectar este tipo de actitudes cuando se realizan tareas repetitivas o complicadas, o trabajos que el niño considera aburridos (como completar hojas de actividades o realizar sus deberes) (Hoza y otros, 2001).

Existía la creencia de que este trastorno disminuía con la adolescencia, pero en la actualidad se piensa que dicha afirmación con frecuencia no se cumple. Algunas estimaciones parecen indicar que el TDAH disminuye en sólo un tercio de los adolescentes y, cada vez en mayor medida, se reconoce que el problema puede continuar durante la edad adulta (Samuelsson, Lundberg y Herkner, 2004).

Aunque se desconoce el origen del TDAH, se han indicado algunas posibles causas como, por ejemplo, la presencia de niveles bajos de ciertos neurotransmisores (sustancias químicas que actúan como mensajeros en el cerebro), anormalidades prenatales y perinatales y presencia de toxinas en el medio ambiente, como el plomo (Damico y otros, 2004; Krause y otros, 2003; Voeller y otros, 2004). También la herencia genética puede ser un factor relevante, ya que del 30 al 50 por 100 de los niños con TDAH son hijos o hermanos de afectados por el mismo trastorno (Farone y Doyle, 2001).

Aproximadamente entre 85 y 90 por 100 de los niños con TDAH se encuentran en tratamiento médico con estimulantes como Ritalín o Adderall (que presenta menos efectos secundarios que el Ritalín), con el fin de permitirles controlar su conducta (Denny, 2001). Tanto Ritalín como Adderall son estimulantes que, en la mayoría de los individuos, actúan acelerando el sistema nervioso y el comportamiento. Sin embargo, en muchos niños con TDAH, estos medicamentos estimulan áreas menos activas del córtex prefrontal que controlan la atención, la impulsividad y la habilidad para planificar, con lo que mejoran la capacidad de concentración del niño. Esto da lugar a lo que *parece* ser una «ralentización» en la conducta del niño (Reeves y Schweitzer, 2004). Según las investigaciones realizadas, la combinación de medicación (como Ritalín) con terapias de conducta mejora el comportamiento de los niños con TDAH en mayor medida que cada una de dichos tratamientos por separado (Chronis y otros, 2004; Swanson y otros, 2001). Algunas opiniones críticas afirman que muchos médicos se apresuran al recetar medicamentos estimulantes para niños con TDAH leve (Marcovitch, 2004).

Aspectos educativos

La norma legal que obliga a las escuelas a ofrecer servicios adecuados para todos los niños con discapacidades es un avance reciente. Hasta que en los años setenta se aprobaron leyes que obligaban a ofrecer servicios educativos a los niños con discapacidades, la mayor parte de las escuelas públicas no aceptaba a estos niños o, cuando estos niños se podían matricular, no recibían la atención que necesitaban. En 1975, el Decreto 94-142 denominado «Ley sobre la educación de todos los niños discapacitados», establecía que todos los estudiantes con discapacidades debían recibir una educación pública, gratuita y adecuada.

En 1990, el Decreto 94-142 sufrió un cambio de denominación y pasó a llamarse «Ley para la Educación de individuos con discapacidades» (IDEA), una norma que establecía amplios requerimientos para asistir a todos los niños con discapacidades, como la obligación de que los alumnos con discapacidades tuvieran un plan de educación individualizado (IEP), y de que su educación se desarrollara en un entorno sin restricciones (LRE) (Hardman, Drew y Egan, 2005; Smith, 2004a).

Un **Plan de educación individualizado** (IEP) es un documento escrito en el que se señala el programa específicamente diseñado para un estudiante con discapacidad (Friend, 2005). En reglas generales, este plan debería: 1) estar relacionado con la capacidad de aprendizaje que muestre el niño; 2) diseñarse con el objetivo de cubrir las necesidades individuales del niño y no ser una mera copia de lo que se ofrece a otros niños, y 3) haber sido creado con el fin de obtener mejoras en su educación.

El término **«entorno sin restricciones»** (LRE) hace referencia a un contexto lo más parecido posible al medio en el reciben su educación los niños sin discapacidades. Esta exigencia de la ley ha dado base legal a los esfuerzos realizados para conseguir que los niños con discapacidades se eduquen en aulas convencionales (Dettmer, Dyck y Thurston, 2002; Friend, 2005). El término **inclusión** se refiere al hecho de educar a un niño con necesidades educativas especiales durante toda la jornada en la misma aula que los niños sin discapacidades (Cole, Waldron y Majd, 2004; Haager y Klingner, 2005).

Algunos expertos en el campo de la educación especial señalan que el esfuerzo realizado para utilizar la inclusión en la educación de los niños con discapacidades ha sido, en ocasiones, excesivo (Kauffman y Hallahan, 2005; Kauffman, McGee y Brigham, 2004). En su opinión, con excesiva frecuencia, la inclusión se ha traducido en ciertos cambios realizados en el aula que no siempre han beneficiado a los niños con discapacidades. Estos expertos defienden la utilización de un enfoque más personalizado que no ha de conllevar necesariamente la integración total del alumno con discapacidades, sino que toma en consideración otras opciones como la educación especial fuera del aula.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Identificar a los niños con distintos tipos de discapacidades y tratar los aspectos relacionados con su educación

REVISA

- ¿Cómo son los niños con discapacidades?
- ¿Cuáles son las características de los niños con discapacidades?
- ¿Cómo describirías a los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad?
- ¿Cuáles son algunos de los aspectos educativos relacionados con los niños con discapacidades?

REFLEXIONA

- Recuerda tus años en la escuela y piensa en si se diagnosticaba o no que un niño presentaba dificultades en el aprendizaje. ¿Eras consciente de la presencia de esos niños en tus clases? ¿Recibían la ayuda de especialistas? Tal vez conozcas a una o más personas con dificultades en el aprendizaje o TDAH. Entrevístales sobre sus vivencias en la escuela. Pregúntales si consideran que la escuela podría haberles ayudado mejor.

3 CAMBIOS COGNITIVOS

Teoría de Piaget | Procesamiento de la información | Inteligencia

¿Acceden los niños a un nuevo estadio del desarrollo cognitivo en la niñez intermedia y tardía? ¿Cómo procesan los niños la información durante este período? ¿Cómo es la inteligencia de los niños? Analicemos estas cuestiones.

Teoría de Piaget

Según Piaget (1952), durante la etapa de la educación infantil, el pensamiento de un niño es preoperacional, un tipo de pensamiento que consiste en la formación

de conceptos estables, el surgimiento del razonamiento mental, la preeminencia del egocentrismo y la formación de un sistema de creencias mágicas. Durante la etapa de la educación infantil, el pensamiento aún presenta imperfecciones y no está bien organizado. Para Piaget, el pensamiento operacional concreto no surgía hasta los siete años aproximadamente. Sin embargo, como vimos en el Capítulo 8, Piaget tal vez subestimó algunas de las capacidades cognitivas que poseen los niños en la edad de la educación infantil. Así, por ejemplo, a través de una serie de experimentos sobre la comprensión del concepto de número diseñados de forma muy cuidadosa e inteligente, se demostró que algunos preescolares daban muestras de conservación, una habilidad operacional concreta (Gelman, 1969). En el Capítulo 8, analizamos el pensamiento operacional concreto a través de la descripción de las imperfecciones presentes en el pensamiento de niños en la edad de la educación infantil cuando utilizaban capacidades operacionales concretas como la conservación y la clasificación. En este capítulo volveremos a tratar las características del pensamiento operacional concreto, pero centrándonos en la capacidad mostrada por alumnos de educación primaria. Piaget señaló que el pensamiento operacional concreto era característico de los niños con edades comprendidas entre los 7 y los 11 años Además, también examinaremos posibles aplicaciones de las ideas de Piaget en el ámbito educativo y evaluaremos sus teorías.

Debemos recordar que, según Piaget, el *pensamiento operacional concreto* está formado por operaciones, esto es, acciones mentales que permiten que los niños realicen mentalmente lo que ya han llevado a cabo físicamente con anterioridad. Las operaciones concretas también son acciones mentales reversibles. En el conocido test de reversibilidad del pensamiento basado en el principio de conservación de la materia, se le muestran al niño dos bolas de arcilla idénticas. El encargado de realizar el experimento convierte una de las bolas en una tira larga y fina, mientras que la forma de la otra bola no varía. A continuación se le pregunta al niño si hay más arcilla en la bola o en la tira. A la edad de 7 u 8 años, la mayoría de los niños contesta que la cantidad de arcilla es la misma en ambos casos. Para responder correctamente a la pregunta, los niños han de imaginar que la bola de arcilla se convierte en una tira larga y delgada y que luego vuelve a recuperar su forma esférica original. Este tipo de imaginación conlleva una acción mental reversible. De esta manera, una operación concreta es una acción mental reversible que se realiza con objetos reales y concretos. Las operaciones concretas permiten que el niño relacione distintas características de un objeto en lugar de centrarse en una única propiedad. En el ejemplo de las bolas de arcilla, es muy probable que un niño en el período preoperacional se centre en la altura o en la anchura, pero no en las dos dimensiones al mismo tiempo, mientras que un niño en el período operacional combina información de ambas.

Muchas de las operaciones concretas que Piaget identificó se centran en los razonamientos de los niños acerca de las propiedades de los objetos. Una capacidad importante que caracteriza al niño en el período operacional concreto es la de clasificar o dividir objetos en diferentes categorías o subcategorías y proceder luego a analizar la forma en que dichos objetos se relacionan. En un ejemplo de las capacidades clasificatorias de un niño en el período operacional concreto se utiliza un árbol genealógico en el que se incluyen cuatro generaciones (véase la Figura10.4) (Furth y Wachs, 1975). Este diagrama indica que el abuelo (A) tiene tres hijos (B, C y D), cada uno de los cuales tiene, a su vez, dos hijos (de E a J), y que uno de ellos (J) tiene tres hijos (K, L y M). Un niño capaz de comprender el sistema de clasificación puede subir o bajar un nivel (verticalmente), moverse a lo largo de un nivel (horizontalmente) y subir, bajar o cruzar (oblicuamente) el sistema. El niño en el estadio operacional concreto es capaz de entender que el individuo J puede, al mismo tiempo, ser padre, hermano y nieto, por ejemplo.

Algunas de las tareas diseñadas por Piaget exigen que los niños razonen acerca de las relaciones entre distintas categorías. Una de esas tareas es la **seriación**, la operación concreta que implica ordenar estímulos según una determinada di-

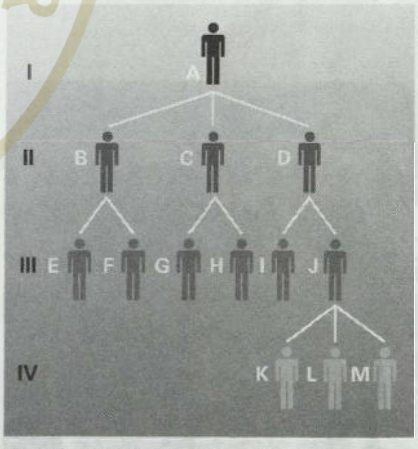


FIGURA 10.4 Clasificación: Una capacidad importante en el pensamiento operacional concreto

Un árbol genealógico en el que se representan cuatro generaciones (I a IV): al niño preoperacional le resulta difícil clasificar a los miembros de las cuatro generaciones, mientras que el niño operacional concreto puede clasificarlos vertical, horizontal y diagonalmente. Por ejemplo, el niño operacional concreto entiende que un miembro de la familia puede ser hijo, hermano y padre al mismo tiempo.

mensión cuantitativa (como la longitud). Para comprobar si los estudiantes son capaces de seriar objetos, un profesor puede colocar aleatoriamente ocho palitos de longitudes diferentes en un pupitre. Luego, pide a sus alumnos que los ordenen de acuerdo con su tamaño. Muchos niños pequeños crean dos o tres grupos de palitos «grandes» o «pequeños», en vez de una ordenación correcta de las ocho piezas. Otra estrategia errónea que emplean es la de alinear la parte superior de los palitos sin prestar atención a la inferior. El individuo en el estadio de pensamiento operacional concreto entiende, de forma simultánea, que cada palo debe ser más largo que el que le precede y más corto que el que le sigue.

Otro aspecto del razonamiento sobre las relaciones que se establecen entre distintas categorías es la **transitividad,** esto es, la capacidad para combinar relaciones de forma lógica con el fin de entender ciertas conclusiones. En este caso, piensa en tres palitos de diferente longitud (A, B y C). A es el más largo, B es de tamaño medio y C es el más corto de los tres. ¿Entiende el niño que, si A > B y B > C, entonces A > C? Según la teoría de Piaget, un niño en el estadio operacional concreto es capaz de entenderlo, pero no un niño en el estadio preoperacional.

Piaget y la educación Piaget no fue un educador ni tuvo la intención de serlo. Sin embargo, creó un marco conceptual estable desde el que pueden considerarse el aprendizaje y la educación. A continuación presentamos más principios generales de esa misma teoría que pueden aplicarse a la actividad docente:

- *Aplica una estrategia constructivista.* Piaget recalcó que los niños aprenden mejor cuando desempeñan un papel activo y buscan las soluciones ellos mismos. Por ello, se opuso a métodos de enseñanza en los que los niños son receptores pasivos. La conclusión educativa de esta opinión de Piaget es que, en todas las áreas, los estudiantes aprenden mejor si realizan descubrimientos, reflexionan sobre ellos y los discuten, en lugar de limitarse a copiar al profesor o de hacerlo todo de memoria.
- *Facilita el aprendizaje, no lo dirijas.* Los profesores más eficaces crean situaciones que permiten que sus alumnos aprendan a través de la acción y que fomentan el razonamiento y los descubrimientos. Los profesores escuchan, miran y plantean preguntas a los alumnos para ayudarles a entender mejor. No se limitan a examinar lo que los estudiantes piensan y el resultado de su aprendizaje, sino que los observan atentamente para descubrir *cómo* piensan. Plantea preguntas relevantes con el fin de estimular su capacidad de razonamiento y pídeles que expliquen sus respuestas.
- *Considera el conocimiento previo y el nivel de pensamiento de los niños.* Los alumnos no llegan a clase con la cabeza vacía, sino que ya poseen muchas ideas acerca del mundo físico y natural. Disponen de conceptos del espacio, el tiempo, la cantidad y la causalidad. Estas ideas no son iguales a las de los adultos. Por ello, los profesores deben interpretar las palabras de sus alumnos y responder con un tipo de discurso que no se separe demasiado del nivel del alumno.
- *Fomenta la salud intelectual de los estudiantes.* Durante el tiempo en que Piaget dio clases en universidades americanas, le plantearon la siguiente pregunta: «¿Qué puedo hacer para que mi hijo alcance un nivel cognitivo superior de forma más rápida? Se lo preguntaron tantas veces que la llamó la «cuestión americana». Para Piaget, el proceso de aprendizaje de un niño debería desarrollarse de forma natural. Por ello, no se debe presionar a los niños para que alcancen determinadas metas en una etapa del desarrollo demasiado temprana y antes de que hayan alcanzado el grado de madurez necesario. Algunos padres pasan muchas horas al día mostrando tarjetas con palabras a sus bebés con el fin de ampliar el vocabulario de los niños, un método que, según Piaget, no es eficaz, pues se centra demasiado en acelerar el desarrollo intelectual, se basa en el aprendizaje pasivo y, por tanto, no funcionará.



Piaget con su esposa y sus tres hijos. Con frecuencia halló ejemplos para sus teorías observando el comportamiento de sus hijos.

- *Convierte el aula en un lugar para la exploración y los descubrimientos.* ¿Cuál es el aspecto de un aula cuando el profesor sigue las ideas de Piaget? Algunas clases de matemáticas de primero y segundo de primaria son un buen ejemplo (Kamii, 1985, 1989). Los profesores dan mucha importancia a la exploración y a los descubrimientos que sus alumnos llevan a cabo. Las aulas están menos estructuradas que en una clase convencional. No se emplean libretas de ejercicios ni actividades predeterminadas, sino que el profesor se percata de los intereses de los alumnos y de su participación natural en ciertas actividades para determinar el rumbo del aprendizaje. Así, por ejemplo, una clase de matemáticas puede basarse en contar el dinero para el almuerzo o en dividir el material escolar entre todos los alumnos. Los profesores deben fomentar la interacción entre todos los niños durante las clases y los juegos, ya que la diversidad de puntos de vista puede permitir avances en la capacidad de pensamiento.

Evaluación de las teorías de Piaget ¿Cuáles fueron las mayores aportaciones de Piaget? ¿Han soportado sus teorías el paso del tiempo?

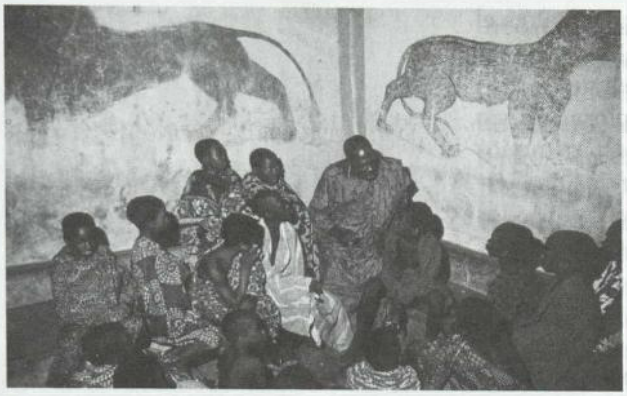
Aportaciones Piaget ha sido una gran figura en el ámbito de la psicología evolutiva, así como el fundador del actual campo del desarrollo cognitivo infantil. Los psicólogos le deben una larga lista de magistrales conceptos que fascinan y perduran: la asimilación, la acomodación, la permanencia del objeto, el egocentrismo, la conservación y muchos otros. También fue aportación suya la opinión actual de que los niños son pensadores activos y constructivos (Vidal, 2000).

Piaget también fue un genio de la observación de los niños. Sus cuidadosas apreciaciones mostraron el camino para descubrir la forma en que actúan los niños y en la que se adaptan al entorno. Piaget indicó a qué debíamos prestar atención durante el desarrollo cognitivo, como el paso del pensamiento preoperacional al pensamiento operacional concreto. También mostró que los niños necesitan que sus experiencias se adecuen a sus esquemas mentales (marcos cognitivos), pero que, al mismo tiempo, adaptan esos mismos esquemas a sus experiencias. Piaget indicó la forma en la que se produce el cambio cognitivo cuando el contexto está estructurado de tal manera que permite el movimiento gradual hacia el nivel superior correspondiente. Señaló, además, que un concepto no surge de forma repentina, y dotado de veracidad, sino que lo hace a través de la consecución de una serie de logros parciales que llevan a una comprensión más profunda y creciente (Haith y Benson, 1998).

Críticas Las teorías de Piaget también han sido el blanco de críticas. Se cuestionan sus estimaciones de la competencia de los niños en distintos niveles del desarrollo, su concepto de los estadios, sus ideas sobre cómo enseñar a los niños a razonar a niveles superiores, y sus opiniones acerca de la cultura y la educación.

- *Estimaciones de la competencia de los niños.* Algunas capacidades cognitivas surgen antes de lo que Piaget afirmó (Mandler, 2004; Miller, 2001). Así, por ejemplo, tal y como se señaló anteriormente, algunos aspectos de la permanencia del objeto aparecen antes del momento señalado por Piaget. Incluso los niños de dos años de edad dejan de ser egocéntricos en algunas circunstancias. Se ha demostrado la presencia de la conservación del número incluso a los tres años de edad, aunque según Piaget no aparecía hasta los siete años. Los niños más pequeños no se adscriben de forma tan uniforme a las clasificaciones que indicó Piaget (precausal, preoperacional) y ciertas capacidades cognitivas pueden surgir más tarde de lo que él pensaba. Muchos adolescentes aún piensan de forma operacional concreta o simplemente comienzan a controlar las operaciones formales. Incluso muchos adultos no son pensadores

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1826
QUITO
FACULTAD DE CULTURA FÍSICA
BIBLIOTECA



Un profesor brillante y la formación en la lógica de las ciencias y las matemáticas con experiencias culturales importantes que fomentan el desarrollo del pensamiento operacional. *¿Restó importancia Piaget al papel de la cultura y la escuela en el desarrollo cognitivo de los niños?*

operacionales formales. En resumen, varias revisiones teóricas recientes demuestran la presencia de un mayor número de competencias cognitivas en bebés y niños, y de un menor número en adolescentes y adultos (Flavell, Miller y Miller, 2002).

- *Estadios.* Piaget concebía los estadios como estructuras unitarias de pensamiento. De esta manera, sus teorías aceptan el concepto de sincronía evolutiva, es decir, la creencia de que las diversas características de un estadio deberían aparecer de forma simultánea. Sin embargo, algunos conceptos operacionales concretos no aparecen sincrónicamente. Por ejemplo, los niños no aprenden a conservar al mismo que tiempo que descubren cómo clasificar. Por ello, la mayoría de los expertos en desarrollo infantil contemporáneos coinciden en que el desarrollo cognitivo infantil no es tan estructurado como indicó Piaget.
- *Enseñar a los niños a razonar a niveles superiores.* Se puede enseñar a algunos niños que se encuentran en un período evolutivo (como el preoperacional) a razonar a un nivel superior (como el operacional concreto). Este hecho plantea un problema dentro de la teoría de Piaget, pues afirmó que este tipo de enseñanza es simplemente superficial y no resulta eficaz, a no ser que el niño se encuentre en un punto de transición hacia la madurez entre períodos (Gelman y Williams, 1998).
- *Cultura y educación.* La influencia de estos dos conceptos en el desarrollo de un niño es mayor de lo que opinaba Piaget (Cole, 2005). La edad a la que los niños adquieren las capacidades de conservación está relacionada con la forma en que su cultura les proporciona oportunidades para ponerlas en práctica. Asimismo, un buen profesor y una educación de calidad en los procesos lógicos de las matemáticas y las ciencias pueden fomentar la aparición del pensamiento operacional concreto y del formal.

Sin embargo, algunos expertos en desarrollo consideran que no podemos desestimar todas las teorías de Piaget. Estos **neo-piagetianos** afirman que ciertas ideas de Piaget son acertadas, aunque sus teorías necesitan ser objeto de una revisión considerable. Así, estos expertos dan mayor importancia a cómo los niños procesan la información a través de la atención, la memoria y ciertas estrategias (Case, 1999). En concreto, señalan que, para conseguir una visión más exacta del pensamiento infantil, resulta necesario centrarse en las estrategias, la velocidad a la que los niños procesan la información, la tarea cognitiva concreta que se realiza y la división de los problemas cognitivos en pasos más pequeños y precisos (Case y Mueller, 2001).

Procesamiento de la información

Entre los cambios que se producen durante la niñez intermedia y tardía en el procesamiento de la información se encuentran las mejoras en la memoria, el pensamiento crítico y la metacognición. Como ya vimos en el capítulo 8, la capacidad de atención de la mayoría de los niños mejora notablemente durante la niñez intermedia y tardía, etapa en la que el niño presta más atención a las características de un problema que son relevantes para la tarea encomendada y no sólo a las características más evidentes.

Memoria En el Capítulo 8 se llegó a la conclusión de que la memoria a corto plazo aumenta de forma considerable durante la niñez temprana, pero que ese incremento no suele ser tan evidente después de los 7 años de edad. ¿Se aplica este patrón también a la **memoria a largo plazo,** un tipo de memoria relativamente permanente e ilimitada? Este tipo de memoria aumenta durante los años de la niñez intermedia y tardía.

Conocimiento y conocimiento experto El conocimiento que un individuo posee acerca de un tema concreto ejerce una notable influencia en la memoria (Consejo Nacional de Investigaciones de Estados Unidos, National Research Council, 1999). La importancia del conocimiento en la memoria se ha estudiado mediante la comparación de expertos y novatos (Siegler y Alibali, 2005). Los expertos han adquirido un amplio conocimiento que afecta a lo que reciben y a cómo organizan, representan e interpretan la información que obtienen del entorno, lo que, a su vez, influye en su capacidad para recordar, razonar y resolver problemas.

El término *conocimiento experto* se emplea para describir el conocimiento factual organizado que se posee acerca de unos contenidos concretos. El *conocimiento experto* comprende lo que una persona conoce acerca de un tema, por lo que es un concepto que depende de los contenidos. Un niño puede poseer amplios conocimientos sobre ajedrez, mientras que otros niño puede saber mucho de baloncesto. Cuando los individuos presentan pericia en un área concreta, su memoria suele presentar un alto rendimiento al almacenar material relacionado con el área que se domina.

Según una investigación, los niños de 10 y 11 años que eran jugadores de ajedrez con experiencia («expertos») podían recordar más información acerca de las piezas del juego que un grupo de estudiantes universitarios que no lo practicaban («novatos») (Chi, 1978) (véase la Figura 10.5). Por el contrario, cuando los universitarios recibían otro tipo de estímulos, recordaban más que los niños. De esta manera, la pericia que los niños poseían en el ajedrez les proporcionaba una memoria superior, pero sólo en lo relacionado con el juego que practicaban.

El *conocimiento experto* también se ve afectado por cambios evolutivos. Los niños de más edad suelen poseer más pericia en un campo del saber concreto que los más pequeños, lo que contribuye a que su memoria actúe de mejor forma en esa área.

Estrategias Si algo sabemos sobre la memoria a largo plazo es que depende de las actividades de aprendizaje en las que participen los individuos al adquirir y recordar información (Mayer, 2003; Pressley, 2000; Schneider, 2004)). Las **estrategias** son procesos cognitivos que no ocurren de forma automática, sino que requieren trabajo y esfuerzo. Dependen del control consciente del individuo y pueden emplearse para mejorar la memoria (Siegler y Alibali, 2005). También se les puede denominar *procesos de control*.

Dos estrategias de importancia son la creación de imágenes mentales y la elaboración de la información. Sin embargo, el uso de imágenes para recordar información verbal funciona de mejor manera en el caso de niños de mayor edad que en niños más jóvenes (Schneider, 2004; Schneider y Pressley, 1997). En una investigación, se mostraron 20 oraciones a niños de primero a sexto de Primaria y se les pidió que intentaran recordarlas. Algunas de esas oraciones eran «El pájaro enfadado le gritó al perro blanco» o «El policía pintó la carpa del circo un día con viento» (Pressley y otros, 1987). Los niños se dividieron aleatoriamente en dos grupos: aquellos condicionados con imágenes, a los que se les pedía que crearan en su mente una imagen que se correspondiera con cada oración, y un grupo de control, a cuyos integrantes se pedía, simplemente, que se esforzaran en recordar las oraciones. La creación de imágenes mentales fue positiva para los niños de mayor edad (del cuarto al sexto curso), pero no sirvió de ayuda para los más jóvenes (del primer al tercer curso). Sin embargo, esta estrategia puede facilitar que los niños de menor edad recuerden imágenes (Schneider y Pressley, 1997).

La elaboración supone una importante estrategia que consiste en un procesamiento más amplio de la información. Cuando un individuo pone en práctica la elaboración, su memoria se ve beneficiada (Terry, 2003). Dos maneras eficaces de elaborar información son la creación de ejemplos y aludir a uno mismo, puesto que asociar la información con el ámbito personal aporta una mayor significación a los datos recibidos y facilita que los niños los recuerden.

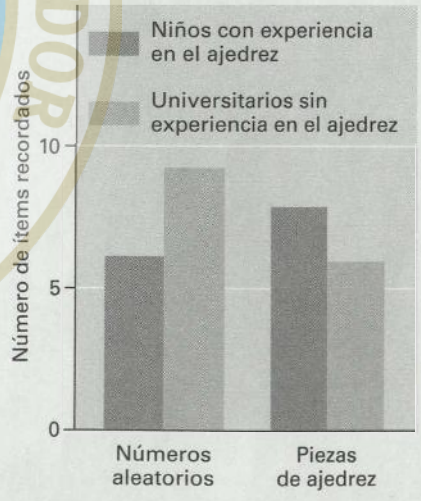


FIGURA 10.5 La influencia del conocimiento experto en la memoria

Cuando se pidió a niños de 10-11 años y a estudiantes universitarios que memorizaran una lista de números aleatorios, los estudiantes universitarios obtuvieron mejores resultados. Sin embargo, los niños de 10-11 años de edad que tenían experiencia como jugadores de ajedrez («expertos») daban muestras de una mejor memoria a la hora de recordar la posición de piezas de ajedrez sobre un tablero que los estudiantes universitarios que no tenían experiencia como jugadores de ajedrez («novatos») (Chi, 1978).

El uso de la elaboración cambia a lo largo del desarrollo (Pressley, 2003; Schneider, 2004; Schneider y Pressley, 1997). Resulta más probable que los adolescentes usen la elaboración de forma espontánea a que la empleen niños de menor edad. Se puede enseñar a los alumnos de educación primaria a emplear estrategias de elaboración al realizar una tarea de aprendizaje, pero es menos probable que vuelvan a emplear esas estrategias en el futuro, frente a una mayor probabilidad de que lo hagan estudiantes adolescentes. No obstante, la elaboración verbal puede resultar eficaz a la hora de procesar información, incluso en el caso de niños de menor edad.

Teoría del trazo difuso ¿Existe algo más, aparte de las estrategias, que permita explicar la mejora en la capacidad memorística que se produce durante la educación primaria? Según Charles Brainerd y Valerie Reyna (1993; Reyna, 2004; Reyna y Brainerd, 1995), los trazos difusos constituyen la razón de buena parte de dicha mejora. En su **teoría del trazo difuso,** afirman que, para entender realmente el funcionamiento de la memoria, se debe considerar la existencia de dos tipos de representaciones memorísticas: 1) el rastro memorístico literal, y 2) la esencia. El *rastro memorístico literal* son los detalles precisos de la información, mientras que la *esencia* representa la idea central de la información. Cuando se emplea la esencia, se crean rastros difusos. A pesar de que los individuos de todas las edades pueden identificar la esencia, los niños de menor edad tienden a almacenar y recuperar trazos literales. En algún momento durante los primeros años de la educación primaria, los niños comienzan a emplear la esencia en mayor medida lo que, según esta teoría, permite mejorar las capacidades de memoria y de razonamiento de los alumnos de mayor edad. Esto se debe a que los trazos difusos son más duraderos y tardan más en olvidarse que los trazos literales.

Pensamiento crítico En la actualidad, tanto los psicólogos como los educadores se muestran muy interesados en el pensamiento crítico, aunque no se trata de un interés reciente (Santrock y Halonen, 2004). El conocido educador John Dewey (1933) propuso una idea similar cuando mencionó la importancia de conseguir que los alumnos piensen y reflexionen. El **pensamiento crítico** consiste en pensar de manera reflexiva y productiva, así como en evaluar la evidencia. En este libro, en la segunda parte de la sección «Revisa y reflexiona» que aparece en cada capítulo, se pide al lector que reflexione de forma crítica acerca de un tema o aspecto relacionado con la información que se examina.

Jacqueline y Martin Brooks (2001) se lamentan de que haya muy pocas escuelas que enseñen a sus alumnos a pensar críticamente y a alcanzar una comprensión más profunda de los conceptos. Por ejemplo, muchos estudiantes de secundaria leen obras de literatura clásica, pero no reflexionan sobre esos libros y, por tanto, no cambian las ideas que poseen acerca de los distintos conceptos que se tratan en la literatura (poder, avaricia, relaciones, etc.). Sin embargo, se consigue una comprensión mucho más profunda cuando se motiva a los estudiantes para que vuelvan a plantearse sus ideas preconcebidas.

Según Jacqueline y Martin Brooks, las escuelas dedican demasiado tiempo a conseguir que sus alumnos sean capaces de dar una única respuesta correcta a través de la imitación, pero no se les anima a ampliar sus razonamientos y a que aporten nuevas ideas y se replanteen conclusiones a las que habían llegado con anterioridad. Dichos autores consideran que los profesores piden frecuentemente a sus alumnos que reciten, definan, describan, señalen y enumeren, pero no que analicen, infieran, relacionen, resuman, critiquen, creen, evalúen, razonen ni que se replanteen nuevas ideas.

Jacqueline y Martin Brooks señalan que muchos estudiantes sobresalientes completan sus tareas, obtienen buenos resultados en los exámenes y consiguen altas calificaciones, pero, sin embargo, jamás aprenden a pensar de forma crítica y profunda. Estos autores consideran que nuestras escuelas forman a individuos que

piensan de forma poco profunda y que se mantienen en la superficie de los problemas, en lugar de enseñarles a ampliar sus horizontes mentales y a involucrarse en razonamientos eficaces.

Pensamiento creativo Los niños cognitivamente competentes no sólo piensan de forma crítica, sino también de manera creativa (Sternberg, Grigorenko y Singer, 2004). El **pensamiento creativo** supone la capacidad para pensar de forma novedosa e inusual y de hallar soluciones originales a los problemas. De esta manera, inteligencia y creatividad no son sinónimos, una diferenciación que ya advirtió J. P. Guilford (1967), al distinguir entre **pensamiento convergente,** que produce una respuesta correcta y es propio del tipo de pensamiento exigido en los test de inteligencia convencionales, y el **pensamiento divergente,** que da lugar a múltiples respuestas distintas para una misma pregunta y es propio de la creatividad. Así, por ejemplo, un ítem muy frecuente en un test de inteligencia convencional es: «¿Cuántas monedas de 20 céntimos recibirías a cambio de un billete de 5 €?». Por el contrario, a la siguiente pregunta se puede responder de múltiples maneras: «¿Qué te sugiere la frase "Sentado a solas en una habitación oscura"?» o «¿Se te ocurre alguna forma original de usar un clip para papel?».

Resulta importante reconocer que los niños muestran más creatividad en unas áreas que en otras (Runco, 2004). Así, un niño que muestra destrezas de pensamiento creativo en matemáticas puede no tenerlas en expresión plástica, por ejemplo.

Ayudar a los niños a ser más creativos debe ser un importante objetivo. ¿Cuáles son las mejores estrategias para conseguirlo?

- *Conseguir que los niños participen en sesiones de tormenta de ideas y que sugieran tantas ideas como se les ocurran.* En las sesiones de tormentas de ideas (*brainstorming*), se pide a los sujetos que sugieran ideas creativas al grupo, que contrapongan las ideas de los demás y que verbalicen prácticamente todo lo que se les ocurra. Cuantas más ideas sugieran los niños, mayor será la posibilidad de crear algo único (Runco, 2000). En una reciente revisión a las investigaciones realizadas en el campo de las tormentas de ideas se halló que, para muchos individuos, el trabajo en solitario puede ayudarles a generar más y mejores ideas que el trabajo en grupo (Rickards y deCock, 2003), lo que puede explicarse si se tiene en cuenta que, al trabajar en grupo, algunos individuos se evaden de la labor, mientras que otros realizan la mayor parte del pensamiento creativo. Sin embargo, la tormenta de ideas presenta muchos beneficios, como la creación de un sentimiento de grupo, por lo que su utilización parece justificada.
- *Proporcionar a los niños un entorno que estimule su creatividad.* Algunos entornos estimulan la creatividad, mientras que otros la limitan. Con frecuencia, las personas que fomentan la capacidad creativa de los niños suelen confiar en la natural curiosidad infantil. De esta manera, diseñan ejercicios y actividades para los niños que sirven para estimularlos y conseguir que hallen soluciones ingeniosas a los problemas, y no se limitan a plantear una lista de cuestiones con respuestas ya aprendidas.
- *Evitar un exceso de control.* Según Teresa Amabile (1993), indicar a los niños exactamente cómo hacer las cosas les lleva a pensar que la originalidad es un error y que explorar supone una pérdida de tiempo. Si dejamos que los niños elijan sus propias áreas de interés y les apoyamos en sus preferencias, se reduce la probabilidad de que desaparezca su curiosidad innata, lo que sí puede ocurrir cuando se les dicta qué actividades deben realizar (Csikszentmihalyi, 2000).
- *Fomentar la motivación intrínseca.* El uso excesivo de recompensas, como medallas, dinero o juguetes, puede limitar la creatividad al dañar la satisfacción intrínseca que el niño obtiene de las actividades creativas. La motivación de

los niños creativos proviene de la satisfacción que surge de su propio trabajo (Amabile y Hennessey, 1992).

- *Apoyar el pensamiento flexible y lúdico.* Los niños que piensan de forma creativa son flexibles y juegan con los problemas, lo que da lugar a una paradoja. A pesar de que la creatividad requiere esfuerzo, esta carga se acepta mejor si los estudiantes lo realizan de forma relajada.
- *Hacer que los niños conozcan a personas creativas.* Los profesores pueden invitar a personas creativas al aula, y pedirles que describan los factores que les permiten ser creativos o que demuestren sus destrezas ante los niños. Escritores, poetas, músicos, científicos y muchos otros individuos pueden mostrar sus obras o los elementos que les sirven de inspiración en el aula, que se convierte así en un ámbito lleno de estímulos para la creatividad del alumno.

Metacognición La **metacognición** es la cognición sobre la propia cognición, es decir, poseer conocimientos sobre el conocimiento (Flavell, 1999, 2004; Flavell, Miller y Miller, 2002). Una experta en pensamiento infantil, Deanna Kuhn (1999), considera que la metacognición debería desempeñar un importante papel en cualquier estrategia que pretenda ayudar a los niños a convertirse en mejores pensadores críticos, especialmente durante la educación secundaria. Kuhn distingue entre las capacidades cognitivas de primer orden que permiten que los niños conozcan el mundo (que han sido el eje central de los programas de promoción del pensamiento crítico) y las capacidades cognitivas de segundo orden (*capacidades metacognitivas*), que implican aprender acerca del conocimiento propio y ajeno.

La mayoría de los estudios sobre el desarrollo que reciben el calificativo de «metacognitivos» se han centrado en la metamemoria, es decir, en el conocimiento sobre el funcionamiento de la memoria (DeMarie, Abshier y Ferron, 2001), que incluye los conocimientos generales acerca de la memoria, como saber que los test de reconocimiento resultan más sencillos que los test de recuerdo. Dentro de la metamemoria también se incluye el conocimiento sobre la propia memoria, como, por ejemplo, la capacidad que posee un estudiante de controlar si ha estudiado lo suficiente para un examen que tendrá una semana más tarde.

A los 5 o 6 años de edad, los niños ya suelen saber que resulta más sencillo aprender cosas comunes que otras más extrañas, que es más fácil memorizar listas cortas que largas, que es más sencillo reconocer que recordar y que, con el tiempo, se olvidan datos (Lyon y Flavell, 1993). Sin embargo, la metamemoria de los niños pequeños es limitada en otros aspectos. Así, no entienden que los términos relacionados son más fáciles de recordar que los que no se relacionan entre sí y que resulta más sencillo recordar lo esencial de una historia que intentar acordarse de todo palabra por palabra (Kreutzer, Leonard y Flavell, 1975). Al llegar al quinto curso de educación primaria, los estudiantes ya entienden que recordar lo fundamental cuesta menos que recordar todos los datos. Los niños de menor edad también confían demasiado en su memoria. Así, en una investigación, la mayoría de los niños pequeños afirmaron que serían capaces de recordar los 10 objetos incluidos en una lista. Al realizar el ejercicio, ninguno de ellos lo logró (Flavell, Friedrichs y Hoyt, 1970). Al avanzar a lo largo de la educación primaria, los niños suelen evaluar de forma más realista su propia capacidad memorística (Schneider y Pressley, 1997).

Según Michael Pressley (2000), el aspecto fundamental de la educación reside en ayudar a los estudiantes a aprender una completa gama de estrategias que permitan la resolución de problemas. Los buenos pensadores utilizan estrategias y una planificación eficaz de forma rutinaria con el fin de resolver problemas, y también saben cuándo y dónde emplearlas (conocimiento metacognitivo de las estrategias). La comprensión de cuándo y dónde utilizar las estrategias que se conocen suele provenir de la atención que los estudiantes prestan a las situaciones de aprendizaje (McCormick, 2003).

Inteligencia

Exactamente, ¿qué se entiende por «inteligencia»? Algunos expertos describen la inteligencia como las destrezas necesarias para resolver problemas. Para otros, la inteligencia es la capacidad para adaptarse a las experiencias de la vida diaria y aprender de ellas. Al combinar ambas ideas, podemos convenir que la **inteligencia** es el conjunto de capacidades para resolver problemas y para adaptarse a las experiencias de la vida diaria y aprender de ellas.

Con frecuencia, el interés por la inteligencia se ha centrado en las diferencias individuales y en la evaluación de la capacidad intelectual. Las **diferencias individuales** son la forma estable y regular en la que los individuos se diferencian unos de otros. Podemos hablar de diferencias individuales en la personalidad o en cualquier otro campo, pero suele ser en el ámbito de la inteligencia donde se presta mayor atención a dichas diferencias. Por ejemplo, el objetivo de un test de inteligencia es el de proporcionar información acerca de si un estudiante puede razonar mejor que otros que también han realizado ese mismo test. Retrocedamos ahora en la Historia para fijarnos en cómo era le primer test de inteligencia.

Los test de Binet En 1904, el ministerio francés de educación pidió al psicólogo Alfred Binet que creara un método para identificar a aquellos niños que no podían aprender adecuadamente en las escuelas. Las autoridades educativas deseaban reducir la masificación en las aulas llevando a colegios especiales a los niños que no podían seguir las enseñanzas impartidas en las escuelas convencionales. Para ello, Binet y su colaborador, Theophile Simon, desarrollaron un test de inteligencia denominado la «Escala 1905», que consistía en 30 preguntas sobre temas que iban desde la capacidad para tocarse una oreja hasta la habilidad para realizar dibujos de memoria o de definir conceptos abstractos.

Binet desarrolló el concepto de **edad mental (EM)**, es decir, el nivel de desarrollo mental que presenta un individuo en relación a otros. No mucho después, en 1912, William Stern creó el concepto de **coeficiente intelectual (CI)**, que resulta de dividir la edad mental de un individuo por su edad cronológica (EC) multiplicada por 100, es decir:

$$CI = EM/EC \times 100$$

Si la edad mental coincide con la cronológica, se considera que el coeficiente intelectual del individuo es 100. El coeficiente estará por encima de 100 si la edad mental es superior a la cronológica, y por debajo de 100 si es inferior.

Se ha revisado el test Binet en numerosas ocasiones con el fin de incorporar los avances realizados en la comprensión de la inteligencia y de los test de inteligencia. Dichas revisiones se denominan los Stanford-Binet test (la Universidad de Standford es el lugar en el que se han realizado los cambios mencionados). Tras realizar el test a un gran número de individuos de diferentes edades y orígenes, los investigadores han descubierto que los resultados obtenidos con los test Stanford-Binet se aproximan a la distribución normal (véase la Figura 10.6). Una **distribución normal** es simétrica y en ella la mayoría de los resultados obtenidos se sitúan en un rango medio de la escala y muy pocos aparecen en los extremos.

La versión actual de estos test la realizan individuos a partir de los dos años de edad y durante toda la edad adulta. En ella se incluyen diferentes ítems, que exigen una respuesta verbal o no verbal. Por ejemplo, los ítems que reflejan los resultados de un niño de seis años abarcan la capacidad verbal para definir al menos seis palabras, como *naranja* o *sobre*, así como la capacidad no verbal de dibujar la salida de un laberinto. Los ítems que reflejan la inteligencia de un adulto medio abarcan la definición de palabras como *desproporcionado* y *consideración*, la explicación de un refrán o la comparación entre pereza y holgazanería.

En 1985, al publicarse la cuarta edición de los test Stanford-Binet, se produjo un importante cambio al introducirse el análisis de las respuestas individuales de

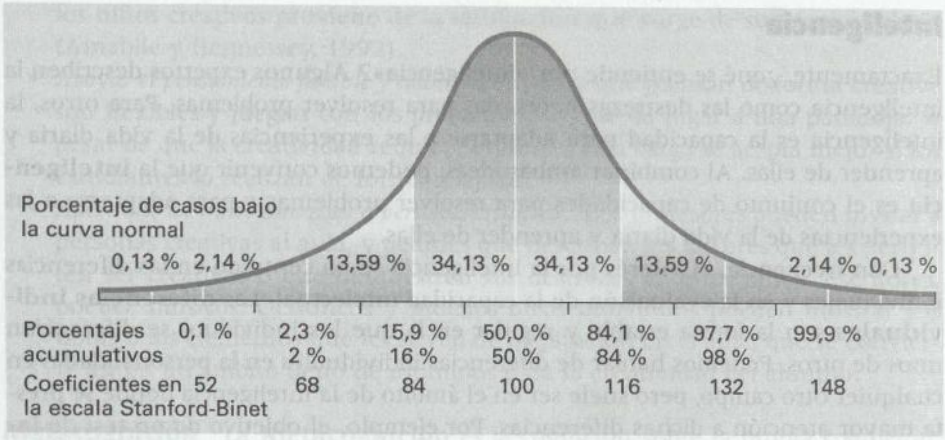


FIGURA 10.6 Curva de distribución normal de coeficientes de inteligencia en la Escala Stanford-Binet

La distribución de los valores de los coeficientes se aproxima a una curva normal. La mayor parte de la población se encuentra en los valores intermedios. Advierta que los valores muy altos o muy bajos son muy poco frecuentes. Poco más de dos tercios de los valores se sitúan entre 84 y 116. Sólo uno de cada 50 individuos posee un coeficiente superior a 132, y la misma proporción posee coeficientes inferiores a 68.

acuerdo con cuatro áreas de contenidos: razonamiento verbal, razonamiento numérico, razonamiento abstracto/visual y memoria a corto plazo. No obstante, aún se obtiene un resultado general que muestra la inteligencia en todas las áreas. Los test Stanford-Binet siguen siendo los más utilizados para evaluar la inteligencia de un niño (Naglieri, 2000).

Las escalas Wechsler Estas escalas constituyen otro tipo de test de inteligencia usados muy frecuentemente y que fueron creados por David Wechsler. Incluyen la escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria revisada (WPPSI-R) que evalúa a niños de los 4 a los 6 años y medio; la escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-III) para niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 6 y los 16 años, y la escala de inteligencia de Wechsler para adultos revisada (WAIS-III).

Las escalas Wechsler no sólo proporcionan un coeficiente intelectual general, sino que, además, de ellas se pueden obtener coeficientes parciales para medir la capacidad verbal y manipulativa. El coeficiente verbal se basa en seis subtest verbales, mientras que el coeficiente manipulativo presenta cinco subtest, lo que permite que el evaluador identifique con rapidez patrones de fuerza o debilidad en distintas áreas de la inteligencia del estudiante. En la Figura 10.7 se muestran tres de los subtest Wechsler.

Tipos de inteligencia ¿Qué resulta más adecuado: pensar que la inteligencia de un niño es una capacidad general o que constituye un conjunto de capacidades específicas? Binet centró sus estudios en la inteligencia general del niño, y el concepto de CI desarrollado por William Stern tenía como finalidad la identificación de esta capacidad intelectual general. Para Wechsler, resultaba importante describir tanto la inteligencia general del niño como su inteligencia verbal y manipulativa específicas, una idea que se basaba en las teorías de Charles Spearman (1927), quien afirmaba que los individuos poseen una inteligencia general, a la que denominó ***g***, así como tipos específicos de inteligencia, a los que llamó ***s***. Ya en la década de 1930, L. L. Thurstone (1938) afirmó que los individuos poseen siete de esas capacidades específicas, a las que denominó capacidades primarias: comprensión verbal, habilidad numérica, fluidez verbal, organización espacial, memoria asociativa, razonamiento y rapidez perceptiva. Más recientemente, han aumentado los esfuerzos para localizar tipos específicos de inteligencia.

Teoría Triárquica de Sternberg Robert J. Sternberg (1986) desarrolló la **teoría triárquica de la inteligencia,** según la cual, existen tres tipos de inteligencia:

- La *inteligencia analítica* consiste en la habilidad para analizar, juzgar, evaluar, comparar y contrastar.

Subtest verbales

Semejanzas

El niño debe pensar de forma lógica y abstracta para responder a una serie de preguntas sobre objetos que pueden ser similares.

Ejemplo: ¿En qué se parecen un león y un tigre?

Comprensión

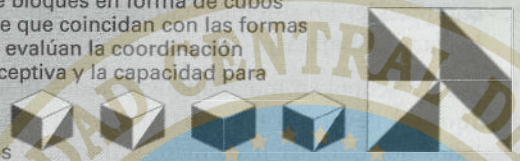
Esta subescala está diseñada para medir el razonamiento y sentido común de un individuo.

Ejemplo: «¿Cuál es la ventaja de guardar el dinero en un banco?»

Subtest manipulados

Cubos

El niño debe colocar una serie de bloques en forma de cubos de diferentes colores con el fin de que coincidan con las formas que le enseña el examinador. Se evalúan la coordinación viso-motora, la organización perceptiva y la capacidad para visualizar de forma espacial.



Ejemplo: «Utiliza los cuatro cubos de la izquierda para crear la figura de la derecha».

FIGURA 10.7 Ejemplos de subtest de la escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-III)
La Escala de Wechsler incluye 11 subtest, 6 verbales y 5 manipulativos. En este recuadro se muestran tres de esos subtest.

- La *inteligencia creativa* comprende la habilidad para crear, diseñar, inventar, originar e imaginar.
- La *inteligencia práctica* se centra en la habilidad para usar, aplicar, emplear y poner en práctica.

Sternberg (2002) afirma que los niños con diferentes pautas triárquicas «son diferentes» en las escuelas. Así, los estudiantes con una alta capacidad analítica suelen beneficiarse más de la educación convencional, ya que obtienen buenos resultados en las clases en las que el profesor explica y plantea pruebas objetivas a sus alumnos. Se les suele considerar estudiantes «brillantes», con buenas notas, excelentes perspectivas, altos coeficientes en los test de inteligencia convencionales y en sus exámenes y que, más adelante, logran acceder a universidades de élite. Por otro lado, los niños que poseen un alto grado de inteligencia creativa no suelen estar entre los mejores de la clase. Según Sternberg, muchos profesores tienen muy claro de qué forma ha de realizarse el trabajo, pero los alumnos con una mayor inteligencia creativa no siempre se adaptan a esas normas. De esta manera, en lugar de dar respuestas convencionales, las respuestas de estos alumnos son únicas, lo que puedes valerle una reprimenda o una nota baja. A pesar de que ningún profesor desea ir en contra de la creatividad de sus alumnos, Sternberg opina que, con demasiada frecuencia, el deseo de los profesores de ampliar los conocimientos de sus alumnos repercute negativamente en el pensamiento creativo.

Al igual que en el caso anterior, los niños con un alto grado de inteligencia práctica no suelen responder adecuadamente a las exigencias escolares. No obstante, muchos de estos niños sí tienen éxito fuera del colegio. Sus habilidades sociales y su sentido común pueden ser excelentes. En la edad adulta, algunos llegan a ser directores, empresarios o políticos de éxito, a pesar de poseer un expediente escolar mediocre.

Los ocho tipos de inteligencia de Gardner Howard Gardner (1983, 1993, 2002) considera que existen ocho tipos de inteligencia que se describen a continuación junto con ejemplos de los tipos de actividades en los que se consideran una ventaja (Campbell, Campbell y Dickinson, 2004).

- *Inteligencia verbal.* Capacidad para pensar utilizando palabras y para usar el lenguaje con el fin de expresar significados (escritores, periodistas, locutores).
- *Inteligencia matemática.* Capacidad para efectuar operaciones matemáticas (científicos, ingenieros, contables).
- *Inteligencia espacial.* Capacidad para pensar en tres dimensiones (arquitectos, artistas, marinos).
- *Inteligencia kinestésica.* Capacidad para manipular objetos y poseer habilidades físicas (cirujanos, artesanos, bailarines, atletas).
- *Inteligencia musical.* Sensibilidad hacia la intensidad, la melodía, el ritmo y el tono (compositores, músicos, oyentes sensibles).
- *Inteligencia interpersonal.* Capacidad para entender e interactuar de forma eficaz con otros individuos (profesores, profesionales de la salud mental).
- *Inteligencia intrapersonal.* Capacidad para entenderse a sí mismo y dirigir de forma eficaz su propia vida (teólogos, psicólogos).
- *Inteligencia naturalista.* Capacidad para observar pautas en la naturaleza y comprender los sistemas naturales y artificiales (agricultores, botánicos, ecologistas, paisajistas).

La Key School en Indianápolis, Estados Unidos, aplica un programa en el que los alumnos llevan a cabo actividades muy parecidas a los tipos de inteligencia señalados por Gardner (Goleman, Kaufman y Ray, 1993). Cada día, todos los estudiantes reciben materiales que se han diseñado con el fin de estimular un cierto número de capacidades humanas, entre las que se incluyen el arte, la música, la informática, el lenguaje, las matemáticas y el ejercicio físico. También se atiende a la comprensión que los alumnos tienen de sí mismos y de los demás.

Evaluación de los enfoques basados en diferentes tipos de inteligencia Tanto las teorías de Sternberg como las de Gardner resultan de gran utilidad, pues han llevado a los profesores a pensar de forma más abierta acerca de los elementos que dan forma a la inteligencia. Además, han motivado a los educadores a desarrollar programas que formen a los estudiantes en diferentes campos. Estos enfoques también han aumentado el interés en evaluar la inteligencia y el aprendizaje en el aula de formas innovadores que van más allá de las típicas tareas estandarizadas y convencionales (Birney y otros, 2005; Kornhaber, Fierros y Veenema, 2004). Una de las formas en las que se lleva a cabo dicha evaluación es el análisis del archivo de tareas de aprendizaje de los alumnos.

Sin embargo, algunos críticos señalan que la identificación de áreas como la inteligencia musical (en la teoría de Gardner) carece de base. De esta manera, se preguntan si pueden existir otras áreas de capacidades de las que Gardner se haya olvidado. Por ejemplo, a pesar de que existen brillantes jugadores de ajedrez, boxeadores, escritores, políticos, abogados, religiosos y poetas, no existe la inteligencia ajedrecística, ni la inteligencia boxística, etc. Otros señalan que no se han llevado a cabo las investigaciones necesarias que permitan afirmar que los tres tipos de inteligencia señalados por Sternberg o los ocho tipos de Gardner constituyen la mejor manera de caracterizar la inteligencia.

Existe también un cierto número de psicólogos que apoyan el concepto ideado por Spearman de *g* (inteligencia general), y muchos sostienen que los enfoques basados en diferentes tipos de inteligencia han exagerado la importancia del concepto de inteligencias específicas (Johnson y otros, 2004). Así, por ejemplo, Nathan Brody (2000), experto en inteligencia, afirma que los individuos que destacan en una actividad intelectual concreta tienen más posibilidades de destacar también en otras tareas. De esta manera, los individuos que memorizan listados de cifras con facilidad presentan más probabilidades de ser capaces de resolver problemas verbales y de distribución espacial.

Controversias y otros aspectos de la inteligencia El campo de la inteligencia también presenta sus propias controversias. A continuación, nos centraremos

en los aspectos relacionados con la herencia y el entorno, el origen étnico y la cultura, y el uso apropiado e inapropiado de los test de inteligencia.

Herencia y medio Una de las áreas que mayor polémica suscitan dentro del estudio de la inteligencia trata la influencia que ejercen la genética y el medio sobre la inteligencia. A pesar de que, como ya indicamos en el Capítulo 3, resulta difícil delimitar estas influencias, numerosos psicólogos han intentado aclararlo.

En el ámbito de la genética y la inteligencia, la discusión se ha centrado en conocer en qué medida nuestra inteligencia presenta una base genética. Por un lado, Arthur Jensen (1969) afirmó que la inteligencia constituye, fundamentalmente, una característica heredada, y que el medio posee una relevancia mínima. Jensen analizó las investigaciones realizadas sobre la inteligencia, basadas sobre todo en comparaciones entre gemelos idénticos y bivitelinos, y que empleaban el coeficiente de inteligencia como baremo. Los gemelos idénticos presentan exactamente la misma estructura genética. De ahí que Jensen pensara que, si la inteligencia está motivada genéticamente, los coeficientes de inteligencia de los gemelos idénticos deberían parecerse más que los de los gemelos bivitelinos.

Los estudios sobre la inteligencia de gemelos idénticos analizados por Jensen mostraban una correlación media de 0,82, una asociación positiva muy elevada. Por otro lado, las investigaciones con gemelos bivitelinos daban como resultado una correlación media de 0,50, una correlación positiva moderadamente elevada. Aunque la diferencia de 0,32 resulta significativa, en un análisis de investigaciones más reciente en el que se incluyeron muchos de los estudios publicados desde el primer análisis realizado por Jensen, se determinó que la diferencia existente en la correlación media de inteligencia entre gemelos idénticos y bivitelinos ascendía a 0,15, notablemente inferior al resultado obtenido por Jensen (Grigorenko, 2000) (véase la Figura 10.8).

Jensen también comparó la correlación existente entre los coeficientes de inteligencia de los gemelos idénticos que habían sido criados juntos con la de los que se habían criado separados. En el caso de los que habían sido criados juntos, la correlación hallada fue de 0,89, mientras que para los que se habían criado separados, la correlación ascendía a 0,78, de lo que se desprende una diferencia de 0,11. Según Jensen, si los factores medioambientales fueran más importantes que los genéticos, esta diferencia debería haber sido mayor.

Los estudios sobre adopción no han llegado a conclusiones claras sobre la importancia relativa de la herencia en la inteligencia. En la mayor parte de los estudios sobre adopción, los investigadores pretenden determinar si el comportamiento de los niños adoptados se asemeja más al de sus padres biológicos o al de sus padres adoptivos. Según una investigación, los niveles educativos alcanzados por los padres biológicos servían para predecir con mayor fiabilidad el coeficiente intelectual de los niños que los niveles educativos alcanzados por los padres adoptivos (Scarr y Weinberg, 1983). Debido a la estrecha relación genética existente entre los niños adoptados y sus padres biológicos, se puede deducir que la herencia desempeña un papel más importante que el entorno. No obstante, los estudios sobre adopción también han determinado la existencia de influencias medioambientales. De esta manera, el coeficiente intelectual de los niños aumentaba una media de 12 puntos cuando se les trasladaba a vivir en una familia adoptiva con un entorno más favorable que el que tenían hasta ese momento (Lucurto, 1990).

¿Cuánta influencia ejerce la herencia en la inteligencia? Con el concepto de heredabilidad se pretende delimitar la influencia de la herencia y del entorno en una población determinada. La **heredabilidad** es la proporción de la varianza en una muestra poblacional que se atribuye a causas genéticas. El índice de heredabilidad se halla utilizando técnicas correlacionales. De esta manera, el grado máximo de heredabilidad es 1,00, y las correlaciones iguales o superiores a 0,70 indican la presencia de una fuerte influencia genética. Un comité de prestigiosos investigadores reunidos por la Asociación Americana de Psicología (APA) llegó a la con-

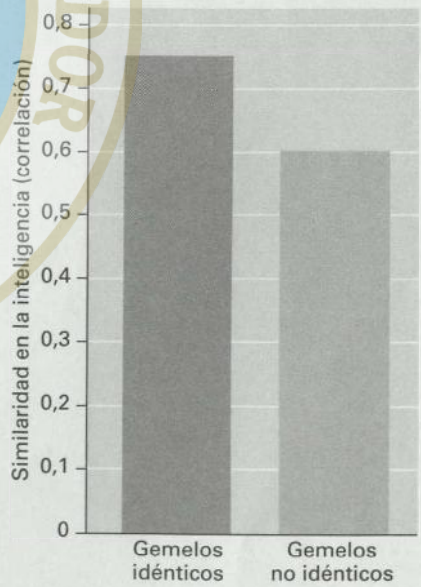


FIGURA 10.8 Correlación entre los resultados de los test de inteligencia y el tipo de gemelos

La gráfica representa un resumen de los resultados obtenidos en diversas investigaciones que han comparado los resultados de los test de inteligencia de gemelos idénticos y no idénticos (bivitelinos). Se ha hallado una diferencia aproximada de 0,15, con una mayor correlación para los gemelos idénticos (0,75) y una correlación inferior para los gemelos bivitelinos (0,60).

clusión de que, en la adolescencia tardía, la heredabilidad de la inteligencia asciende a 0,75 aproximadamente, lo que es señal de una fuerte influencia genética (Neisser y otros, 1996).

Con respecto a la heredabilidad, no podemos olvidar que este concepto se refiere a un grupo específico (muestra poblacional), *no* a individuos (Okagaki, 2000). Los investigadores emplean este concepto con el fin de describir por qué las personas son diferentes, pero la heredabilidad no hace referencia a los motivos por los que un individuo concreto, como cada uno de nosotros, presenta una inteligencia determinada, ni tampoco establece diferencias *entre* grupos.

La mayor parte de los estudios realizados sobre la herencia y el medio no incluyen entornos que difieran de forma radical. De esta manera, no sorprende que muchos estudios genéticos señalen que el entorno supone una influencia muy poco relevante en la inteligencia (Fraser, 1995).

El índice de heredabilidad también presenta sus puntos débiles, pues su fiabilidad depende totalmente de los datos utilizados en su cálculo y de las interpretaciones que se realizan a partir de esos datos, los cuales, en su práctica totalidad, provienen de test de inteligencia convencionales. Algunos expertos consideran que los resultados de estos test no son el mejor indicador de la inteligencia (Gardner, 2002; Sternberg, 2002). Además, el índice de heredabilidad parte de la base de que es posible considerar que las influencias genéticas y medioambientales son factores separables y que cada uno de ellos posee un grado concreto de influencia. Los genes existen siempre en un entorno, y su actividad se ve modificada por el entorno.

Hoy en día, la mayor parte de los investigadores se muestran de acuerdo al afirmar que la herencia no determina la inteligencia de forma tan relevante como señaló Jensen (Grigorenko, 2000; Sternberg y Grigorenko, 2004). Para la mayoría de los individuos, esto implica que los cambios en el entorno pueden modificar de forma notable sus resultados en test de inteligencia (Campbell y otros, 2001). A pesar de que la carga genética siempre puede influir en la capacidad intelectual de un sujeto, los factores medioambientales y las oportunidades con las que cuentan tanto niños como adultos también son decisivas (Sternberg y Preiss, 2005).

Durante la realización de un estudio, los investigadores accedieron a los hogares de los sujetos y observaron en qué medida los padres de familias que dependían económicamente de las ayudas sociales y de familias de nivel socioeconómico medio se comunicaban y hablaban con sus hijos de menor edad (Hart y Risley, 1995). Se halló que era más probable que los padres de nivel socioeconómico medio se comunicaran con sus hijos de menor edad a que lo hicieran los padres de familias que dependían de los servicios sociales. Además, se estableció que el grado de comunicación de los padres con sus hijos en los primeros tres años de vida estaba relacionado con los resultados obtenidos por los niños en los test de inteligencia Stanford-Binet realizados a la edad de 3 años. Cuanta mayor fuera la comunicación de los padres con sus hijos, mayor era el coeficiente intelectual de los niños.

La escolarización también influye en la inteligencia (Ceci y Gilstrap. 2000; Christian, Bachnan y Morrison, 2001). La mayor influencia se ha detectado en los casos en que se ha paralizado la educación escolar de grupos numerosos de niños durante largos períodos de tiempo, lo que da lugar a niveles de inteligencia más bajos. En un estudio se analizó la inteligencia de niños sudafricanos cuya escolarización se retrasó cuatro años por falta de docentes (Ramphal, 1962). Al compararlos con niños de pueblos cercanos que sí habían contado con profesores, los niños que se habían escolarizado tarde mostraban un descenso de 5 puntos en su coeficiente intelectual por cada año de retraso.

Otro posible efecto de la educación puede observarse en que los resultados obtenidos en test de inteligencia en todo el mundo son cada vez más altos (Daley y otros, 2003; Flynn, 1999). El nivel de los resultados se ha incrementado a un ritmo tan rápido que un elevado porcentaje de los individuos a los que se consi-

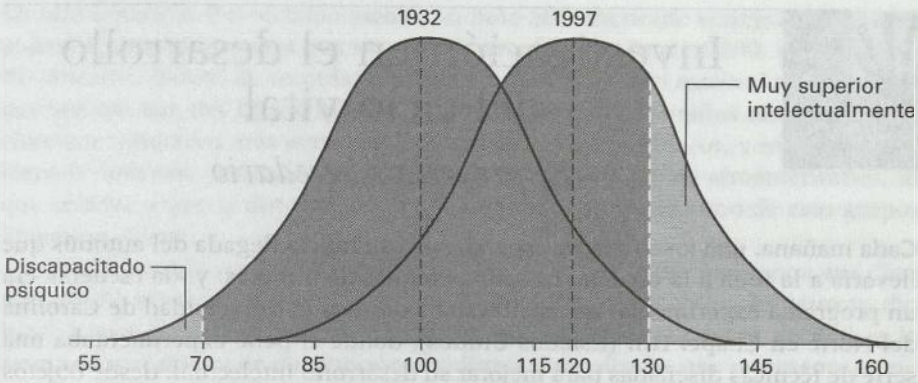


FIGURA 10.9 Incremento en la inteligencia (CI) desde 1932 a 1997

Según los resultados del test de inteligencia Stanford-Binet, los niños estadounidenses son cada vez más inteligentes. Los resultados de un grupo evaluado en 1932 forman una curva normal en la que la mitad de los resultados se sitúan por debajo de 100 y la otra mitad por encima de ese valor. Según las investigaciones, si un grupo de niños realizara ese mismo test hoy en día, la mitad obtendría resultados por encima de 120 en la escala utilizada en 1932. Muy pocos entrarían en la categoría de «discapacitado psíquico», a la izquierda, y aproximadamente una cuarta parte estaría en la categoría de inteligencia «muy superior» a la media.

deraba de inteligencia media a comienzos del siglo XX, estarían hoy en día por debajo de la media (Howard, 2001) (véase la Figura 10.9). Si una muestra significativa de individuos realizara en la actualidad el test Stanford-Binet empleado en 1932, aproximadamente una cuarta parte de ellos obtendría resultados que los clasificarían como poseedores de una inteligencia superior, una denominación que normalmente recibe menos del 3 por 100 de la población (Horton, 2001). Dado que este incremento se ha producido en un período de tiempo relativamente corto, no puede deberse a causas hereditarias, sino a factores medioambientales como la cantidad de información que recibimos. Este incremento del nivel de los resultados obtenidos en test de inteligencia en todo el mundo que se ha producido en un breve período de tiempo ha recibido el nombre de *efecto Flynn*, en reconocimiento del investigador que lo descubrió, James Flynn.

Debemos recordar que las influencias medioambientales son complejas (Neisser y otros, 1996; Sternberg, 2001). Crecer rodeado de «ventajas», por ejemplo, no es garantía de éxito. Los niños de familias con un alto nivel de vida pueden acceder más fácilmente a excelentes colegios, libros, viajes y apoyo escolar, pero tal vez no valoren todas estas oportunidades y, por tanto, no desarrollen la motivación necesaria para aprender y obtener mejores resultados. De la misma forma, ser «pobre» o provenir de un entorno «desfavorecido» no siempre equivale a «estar condenado al fracaso».

Cada vez con mayor frecuencia, los investigadores se interesan en alterar el entorno temprano de niños que se enfrentan al riesgo de presentar una inteligencia disminuida (Blair y Ramey, 1996; Ramey, Ramey y Lanzi, 2001; Sternberg y Grigorenko, 2000). La atención se centra más en la prevención que en actuar cuando el problema ya existe. A muchos padres con ingresos bajos les resulta difícil proporcionar un entorno que estimule intelectualmente a sus hijos. Por ello, el desarrollo intelectual de un niño puede verse beneficiado por la aplicación de programas que enseñen a los padres a ser más sensibles a las necesidades de sus hijos y mejores maestros, así como por la existencia de servicios de apoyo como guarderías de calidad, etcétera.

Según un reciente análisis de las investigaciones realizadas sobre intervención temprana en el entorno: 1) las intervenciones de alta calidad basadas en centros se asociaban con aumentos en la inteligencia de los niños y de sus resultados escolares; 2) las intervenciones obtienen los mejores resultados cuando se trabaja con niños de un nivel económico inferior o con niños cuyos padres apenas recibieron educación escolar; 3) los beneficios de las intervenciones también se aprecian durante la adolescencia, pero no son tan evidentes como en la niñez temprana o a comienzos de la educación primaria, y 4) los programas que continúan aplicándose en la niñez intermedia y tardía obtienen los mejores resultados a largo plazo (Brooks-Gunn, 2003). Para leer más sobre las influencias medioambientales en la inteligencia, consulta el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

El proyecto Abecedario

Cada mañana, una joven madre esperaba con su hija la llegada del autobús que llevaría a la niña a la escuela. La «niña» tenía sólo 2 meses, y «la escuela» era un programa experimental que se llevaba a cabo en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (Estados Unidos), donde el bebé experimentaba una serie de técnicas diseñadas para mejorar su desarrollo intelectual: desde objetos brillantes que pendían frente a sus ojos cuando sólo contaba con meses de edad a actividades de aprendizaje lingüístico y matemático cuando ya tenía alrededor de un año y medio (Wickelgren, 1999). La madre de la niña presentaba un coeficiente intelectual de 40 y no podía leer carteles ni calcular cuánto debían devolverle en un comercio. Su abuela tenía un coeficiente igualmente bajo.

Hoy, ya con 20 años de edad, el coeficiente intelectual de aquella niña supera en 80 puntos al obtenido por su madre cuando el bebé tenía 2 meses. Muchos no están de acuerdo en que el coeficiente intelectual pueda alterarse de una forma tan evidente, pero el entorno puede constituir un factor decisivo que influya en la inteligencia de un niño. Como señala el genetista del comportamiento Robert Plomin (1999), incluso aquellas características estrechamente relacionadas con la herencia genética (como la inteligencia) pueden ser alteradas a través de ciertas intervenciones.

La niña a la que nos referíamos tomó parte en un programa de intervención básica (*Abecedarian Project*, proyecto Abecedario) realizado en la Universidad de Carolina del Norte bajo la dirección de Craig Ramey y su equipo (Ramey y Campbell, 1984; Ramey y Ramey, 1998; Ramey, Ramey y Lanzi, 2001). En este proyecto se dividieron aleatoriamente 111 niños de corta edad provenientes de familias de ingresos reducidos y con bajos niveles de educación escolar en dos grupos: un grupo de intervención, que recibió servicios de cuidados infantiles a tiempo completo todo un año junto con atención médica y acceso a servicios sociales, y un grupo de control, que recibió atención médica y acceso a servicios sociales, pero no servicios de cuidados infantiles. Estos cuidados incluían actividades lúdicas y didácticas destinadas a mejorar las destrezas lingüísticas, motoras, sociales y cognitivas.

El programa obtuvo resultados muy positivos. Así, al alcanzar los 3 años de edad, la mejora en el coeficiente intelectual de los niños era evidente. A esa edad, los sujetos del grupo experimental mostraban coeficientes intelectuales normales con una media de 101, lo que los situaba 17 puntos por encima del grupo de control. Los resultados de un seguimiento reciente parecen indicar que estos beneficios son duraderos. Más de una década después, con 15 años de edad, los niños del grupo de intervención aún mantenían una ventaja en sus coeficientes intelectuales de 5 puntos sobre los niños del grupo de control (97,7 frente a 92,6) (Campbell y otros, 2001; Ramey, Ramey y Lanzi, 2001). También obtuvieron mejores resultados en test estandarizados de lectura y matemáticas, y era menos probable que repitieran un curso en la escuela. Además, los mayores avances en el coeficiente intelectual se produjeron en niños cuyas madres tenían coeficientes especialmente bajos (por debajo de 70). A la edad de 15 años, estos niños presentaban una ventaja de 10 puntos sobre un grupo de niños cuyas madres tenían coeficientes por debajo de 70 pero que no recibieron los servicios de cuidados infantiles antes señalados.

Origen étnico y cultura En los Estados Unidos, los niños afroamericanos e hispanos obtienen resultados más bajos en los test convencionales de inteligencia que

los niños blancos. Por término medio, un niño afroamericano consigue de 10 a 15 puntos menos en esos test que un niño de raza blanca (Brody, 2000; Lynn, 1996). No obstante, hemos de recordar que hablamos de *resultados medios*. Las estimaciones indican que del 15 por 100 al 25 por 100 de todos los niños afroamericanos obtienen resultados más altos que la mitad de los niños blancos, y muchos niños blancos obtienen resultados más bajos que la mayoría de los afroamericanos, lo que se debe a que la distribución de los resultados para cada uno de esos grupos étnicos se solapa.

La publicación en Estados Unidos del libro *The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life* (1994), obra de Richard Herrnstein y Charles Murray, dio lugar a una gran controversia. Hemos de recordar que una curva de Bell es la forma de una gráfica de distribución estadística normalizada, que representa a una muestra poblacional grande clasificada de acuerdo con alguna característica común, como el peso, los gustos en cuanto a moda o el coeficiente intelectual. Herrnstein y Murray advirtieron que las predicciones realizadas para cualquier individuo que se basaban exclusivamente en su coeficiente intelectual no resultaban útiles. Las débiles correlaciones existentes entre el coeficiente intelectual y el éxito laboral sólo poseen un valor predictivo cuando se aplican a muestras muy numerosas. Sin embargo, según los autores mencionados, dentro de grandes muestras resulta evidente la enorme influencia que ejerce el coeficiente intelectual sobre las sociedades humanas. En el libro se afirma que asistimos a la creación, dentro de la sociedad estadounidense, de una extensa subclase social de individuos con desventajas intelectuales y con capacidades cognitivas que nunca podrán adaptarse a las exigencias de la mayoría de ocupaciones laborales. Los autores consideran que esta subclase, formada principalmente por afroamericanos, puede verse abocada a depender de los servicios sociales públicos y a vivir en un entorno marcado por la pobreza y la delincuencia debido a sus limitaciones.

Las opiniones manifestadas en este libro han sido objeto de numerosas críticas. Es cierto que la puntuación media obtenida por individuos afroamericanos en test de inteligencia es inferior a la obtenida por individuos blancos. Sin embargo, tal y como hemos señalado con anterioridad, muchos expertos dudan de la capacidad de los test de inteligencia para medir con exactitud la inteligencia de una persona.

Al disponer los afroamericanos de mayores oportunidades sociales, económicas y educativas, la diferencia en los resultados obtenidos por los niños de dicha comunidad y los blancos en los test de inteligencia ha comenzado a disminuir, lo que es especialmente obvio en el contexto universitario, donde los estudiantes afroamericanos y los blancos suelen encontrarse en un entorno más similar que durante los años de la educación primaria y secundaria (Myerson y otros, 1998). Además, cuando los niños de familias afroamericanas de pocos recursos son adoptados por familias con un estatus socioeconómico medio, los resultados que obtienen en los test de inteligencia se asemejan más a las medias nacionales para niños de estatus socioeconómico medio que las obtenidas por niños con un estatus socioeconómico bajo (Scarr y Weinberg, 1983).

Un factor que puede influir en los resultados obtenidos en los test de inteligencia es la **amenaza del estereotipo,** que se define como el estado de ansiedad que sufre un individuo cuando considera que su comportamiento puede confirmar un estereotipo negativo atribuido al grupo al que se pertenece (Steele y Aronson, 2004). Así, por ejemplo, cuando individuos afroamericanos realizan un test de inteligencia, la posibilidad de confirmar con los resultados el repetido estereotipo de que los afroamericanos son «intelectualmente inferiores» puede hacerles sentir un cierto grado de ansiedad. En una investigación, se pidió a un grupo de estudiantes afroamericanos y blancos que realizaran la sección de capacidad verbal del examen estadounidense GRE (*Graduate Record Examinations*, prueba necesaria para acceder a estudios de postgrado) (Steele y Aronson, 1995). Se comunicó a la mitad de los estudiantes de cada grupo étnico que la investigación se centraría en la evaluación de su capacidad intelectual, mientras que a la otra mitad se le dijo que

los investigadores pretendían crear un nuevo tipo de test, que podría no ser fiable ni válido (por tanto, no serviría para establecer sus capacidades intelectuales). Los resultados de los estudiantes blancos fueron igualmente altos en ambos casos. Sin embargo, los estudiantes afroamericanos obtenían peores resultados cuando pensaban que el test se utilizaría para evaluar su capacidad intelectual, y resultados tan altos como los de los estudiantes blancos cuando pensaban que el test se encontraba en fase de desarrollo y que, por tanto, podría no ser fiable ni válido.

Otras investigaciones han venido a confirmar la existencia de la amenaza del estereotipo. Los estudiantes afroamericanos obtienen peores resultados en los test estandarizados si consideran que se les va a evaluar. Si, por el contrario, piensan que el test carece de validez, obtienen resultados similares a los de los estudiantes blancos (Aronson, 2002; Aronson y otros, 1999; Aronson, Fried y Good, 2002).

No obstante, algunos investigadores opinan que se ha exagerado la importancia de la amenaza del estereotipo al intentar explicar las diferencias en los resultados obtenidos de estos test (Sackett, Hardison y Cullen, 2004).

Muchos de los primeros test de inteligencia presentaban sesgos culturales, por lo que favorecían a los individuos de medios urbanos más que a los provenientes de un entorno rural, a los de clase media antes que a los de las clases más desfavorecidas y a los blancos antes que a pertenecientes a minorías étnicas (Miller-Jones, 1989). El estándar utilizado en los primeros test de inteligencia estaba basado, casi de forma exclusiva, en niños blancos de clase media, y algunos ítems presentaban prejuicios culturales. Por ejemplo, en uno de los primeros test, se preguntaba qué se debía hacer si se encontraba a un niño de 3 años solo en la calle. La respuesta «correcta» era «llamar a la policía», pero resulta improbable que los niños provenientes de entornos desfavorecidos seleccionen esta respuesta, pues pueden haber tenido experiencias negativas con la policía. De igual manera, los niños de entornos rurales pueden no seleccionar dicha respuesta si la presencia de la policía no es un hecho común en el área en la que viven. En las versiones actuales de los test de inteligencia se intenta reducir estos sesgos culturales.

Sin embargo, incluso en los casos en los que los ítems sean adecuados, los test de inteligencia presentan otra complicación: debido a que muchos ítems son de naturaleza verbal, algunas minorías pueden encontrar dificultades a la hora de comprender qué se pide en cada pregunta.

Los **test culturalmente adaptados** son test de inteligencia que pretenden eliminar toda forma de sesgos cultural. Se han diseñado dos tipos. El primero incluye ítems comunes a los niños de cualquier entorno socioeconómico y étnico. Por ejemplo, se puede preguntar en qué se diferencia un pájaro de un perro, basándose en la presunción de que ambos animales son conocidos por cualquier niño. El segundo tipo de test culturalmente adaptado elimina todas las preguntas verbales. La Figura 10.10 muestra un ejemplo de tarea del test de matrices progresivas de Raven. A pesar de que este tipo de pruebas se ha diseñado con el objetivo de eliminar cualquier sesgo cultural, los individuos que han recibido una mayor educación aún obtienen mejores resultados que los que poseen una educación menor.

¿Por qué resulta tan difícil diseñar un test culturalmente adaptado? La mayoría de los test tienden a reflejar los valores de la cultura dominante (Aiken, 2003; Greenfield y otros, 2003). Si el test obliga a respetar límites de tiempo, perjudicará a los grupos para los que el tiempo no es importante. Si los idiomas son distintos, las mismas palabras pueden tener significados diferentes para diferentes grupos lingüísticos. Incluso las imágenes pueden perjudicar a ciertos grupos, ya que algunas culturas están menos familiarizadas con los dibujos y las fotografías que otras (Anastasi y Urbina, 1996). A veces, dentro de la misma cultura, existen grupos diferentes que pueden tener actitudes, valores o motivaciones distintas, lo que podría afectar a los resultados que obtengan en test de inteligencia. Los ítems que preguntan por qué los edificios se deben construir con ladrillos perjudican a los niños en cuyo entorno no hay casas de ladrillos. Las cuestiones sobre vías de fe-

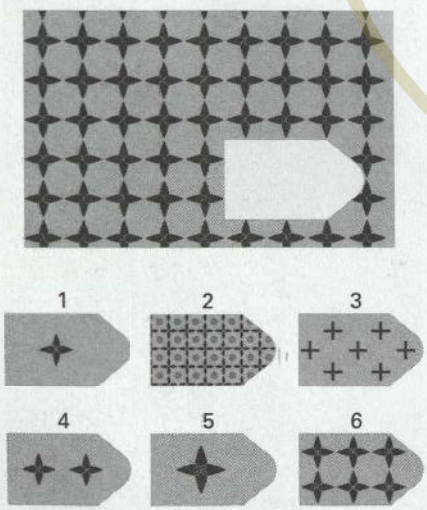


FIGURA 10.10 Ejemplo de un ítem del Test de matrices progresivas de Raven
Los individuos que realizan el test observan una matriz con un patrón de símbolos, como el que aparece en la parte superior de la figura, y luego deben completar la matriz con la selección adecuada de entre un grupo de símbolos, como los que aparecen bajo la matriz.

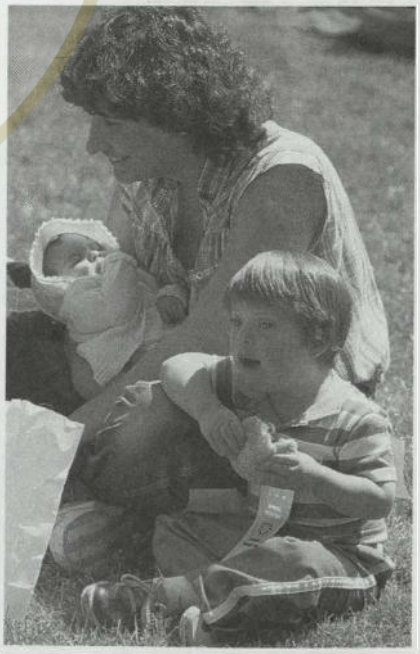
rrocarril, calefacción, estaciones del año, distancias entre ciudades, etc., pueden perjudicar a aquellos grupos menos familiarizados con dichos contextos.

Los intentos realizados para diseñar test sin sesgos culturales indican que, con probabilidad, los test de inteligencia convencionales presentan dichos prejuicios, aunque aún no se ha conseguido crear un test completamente libre de este tipo de dificultad. También resulta importante considerar que el concepto de inteligencia varía de una cultura a otra (Benson, 2003; Cole, 2005; Serpell, 2000). Así, por ejemplo, en las culturas occidentales se tiende a relacionar la inteligencia con el razonamiento y las destrezas para pensar, mientras que en las culturas orientales se considera que la inteligencia es la capacidad de los miembros de una comunidad para desempeñar un determinado rol social de forma eficaz (Nisbett, 2003). Según una investigación, el concepto de inteligencia de los estudiantes taiwaneses de origen chino se centraba en comprender a los demás y relacionarse con ellos, incluyendo la capacidad para decidir cuándo mostrar o no mostrar la inteligencia propia (Yang y Sternberg, 1997).

Robert Serpell (1974, 1993, 2000) ha investigado el concepto de inteligencia en comunidades rurales africanas desde los años setenta, hallando que los individuos de estas comunidades, especialmente aquellas en las que la educación de estilo occidental no es frecuente, no establecen límites claros entre ser inteligente y ser socialmente competente. En las zonas rurales de Zambia, por ejemplo, el concepto de inteligencia incluye ser listo, pero también responsable. Elena Grigorenko y sus colegas (2001) también se han ocupado del concepto de inteligencia en el África rural. Así, hallaron que los miembros de la comunidad Luo en Kenya consideraban la inteligencia de cuatro maneras: 1) inteligencia académica; 2) cualidades sociales como el respeto, la responsabilidad y la consideración; 3) pensamiento práctico, y 4) comprensión. En otra investigación realizada en la misma comunidad, los niños que obtenían resultados más altos en un test de conocimientos sobre plantas medicinales (un área de la inteligencia práctica) solían obtener peores resultados en test de inteligencia académica (Sternberg y otros, 2001). Estos resultados indican que la inteligencia práctica y la académica pueden desarrollarse de forma autónoma y que, incluso, pueden entrar en conflicto. Los resultados también apuntan que los valores de una cultura pueden influir en el rumbo del desarrollo de un niño. De esta manera, en un contexto transcultural, la inteligencia depende en gran medida del entorno.

Uso apropiado e inapropiado de los test de inteligencia Los test psicológicos son herramientas y, al igual que todas las herramientas, su eficacia depende del conocimiento, la capacidad y la integridad de quien las emplea. Se puede utilizar un martillo para construir una precioso mueble de cocina, o también para amenazar o herir a alguien durante un atraco. Al igual que el martillo, los test psicológicos pueden emplearse con fines positivos, pero también pueden manipularse con propósitos inadecuados. A continuación, presentamos algunas advertencias sobre el coeficiente intelectual que pueden resultar útiles para evitar el riesgo de utilizar negativamente la información sobre la inteligencia de un niño:

- *Evitar los estereotipos y las expectativas.* Resulta preocupante que los resultados obtenidos en un test de inteligencia den lugar a la creación de estereotipos y expectativas sobre los estudiantes. También es frecuente que se generalice de forma indiscriminada basándose en un determinado coeficiente intelectual. Los test de inteligencia deberían considerarse la medida de una actuación puntual, y no una capacidad inamovible, pues los cambios que ocurren durante el desarrollo y las experiencias que se viven en un entorno estimulante pueden conseguir que aumente la inteligencia de un alumno.
- *Comprender que el coeficiente intelectual no es el único indicador de competencia.* Otra fuente de preocupación con respecto a los test de inteligencia es su uso como única y principal forma de evaluación de la competencia. Un coeficiente inte-



Niño con síndrome de Down. *¿Por qué desarrollan ciertos niños síndrome de Down? ¿Cómo se clasifica este síndrome dentro del campo del retraso mental?*

lectual alto no constituye el más elevado de los valores humanos. Tal y como hemos visto en este mismo capítulo, resulta importante considerar no sólo la competencia intelectual de los estudiantes en áreas como la destreza verbal, sino también sus habilidades creativas y prácticas.

- *Ser precavido al interpretar el valor de un coeficiente intelectual.* Al evaluar la inteligencia de un niño, resulta más sensato pensar que la inteligencia está formada por una serie de áreas. No podemos olvidar los distintos tipos de inteligencia descritos por Sternberg y Gardner. Además, al tomar en consideración las distintas áreas de la inteligencia, se descubre que cada niño presenta, al menos, uno o más puntos fuertes.

Los niveles extremos de la inteligencia Se han empleado los test de inteligencia con el fin de descubrir posibles indicios de retraso mental o de sobredotación intelectual, los niveles extremos de la inteligencia. En ocasiones, se han utilizado los test de inteligencia de forma errónea con dicho objetivo. Teniendo en cuenta que no deberían usarse los test de inteligencia como el único indicador del retraso mental o de la sobredotación, analizaremos a continuación la naturaleza de ambos extremos intelectuales.

Retraso mental El **retraso mental** es una condición caracterizada por una capacidad mental limitada en la que un individuo presenta un coeficiente intelectual bajo, normalmente inferior a 70, según un test de inteligencia tradicional, así como dificultad para adaptarse a la vida diaria. Aproximadamente cinco millones de estadounidenses entran dentro de dicha definición.

Existen diferentes clasificaciones del retraso mental. Cerca del 89 por 100 de los individuos con retraso mental entran en la categoría intermedia, pues presentan coeficientes de 55 a 70. Aproximadamente el 6 por 100 presenta un retraso moderado, con coeficientes de 40 a 54. Estos individuos pueden poseer un nivel de capacidades de segundo grado y pueden mantenerse a sí mismos durante la edad adulta desempeñando ciertos tipos de trabajos. Un 3,5 por 100 de los individuos con retraso mental se incluyen en la categoría de retraso severo, con coeficientes de 25 a 39. Estas personas aprenden a hablar y pueden llevar a cabo tareas muy simples, pero bajo un alto grado de supervisión. Menos del 1 por 100 de los individuos presenta un coeficiente inferior a 25. Se les incluye dentro de la categoría del retraso mental profundo, por lo que necesitan supervisión constante.

El retraso mental puede deberse a causas orgánicas o tener un origen social y cultural.

- El **retraso de origen orgánico** es un tipo de retraso mental causado por alteraciones genéticas o daño cerebral. El término «orgánico» hace referencia a los tejidos u órganos corporales, por lo que en los casos de retraso de origen orgánico existe cierto daño físico. El síndrome de Down, una forma de retraso mental, se produce cuando existe un cromosoma de más en la composición genética de un individuo. Se desconoce la causa de ese cromosoma extra, pero su presencia puede deberse al estado de salud o la edad del óvulo o del esperma. La mayor parte de los afectados por el retraso de origen orgánico presentan coeficientes entre 0 y 50.
- El **retraso de origen cultural-familiar** constituye un déficit mental en el que no existe evidencia de daño cerebral, aunque el coeficiente intelectual de los individuos oscila entre 50 y 70. Los psicólogos sospechan que este tipo de déficit mental es la causa de una variación normal que distribuye a los individuos a lo largo de la escala de coeficientes intelectuales por encima de 50, lo que se combina con el crecimiento en un entorno intelectual por debajo de la media.

Sobretodación intelectual Siempre ha existido gente con capacidades y éxitos que superan a los de los demás: el niño listo en clase, la estrella olímpica, el mú-

sico nato. Los individuos con **sobredotación intelectual** poseen una inteligencia superior a la media (un coeficiente de 130 o superior) y/o presentan un talento especial para alguna actividad. En lo que respecta a los programas para este tipo de niños, la mayor parte de los sistemas escolares identifican a los niños que presentan una superioridad intelectual y aptitudes académicas. No obstante, se tiende a ignorar a los niños con talento en un arte visual o dramático (artes plásticas, teatro, danza), en los deportes o que presentan cualquier otra aptitud especial (Olszewski-Kubilius, 2003; Smith, 2005; Winner, 2000).

Se ha sugerido que existe una relación entre la sobredotación y los problemas mentales, un vínculo que no se ha podido demostrar. Según estudios recientes, los individuos superdotados suelen ser más maduros, presentar menos problemas emocionales que los demás y vivir en un entorno familiar positivo (Davidson, 2000; Feldman, 2001).

¿Cuáles son las características de los niños superdotados? Lewis Terman (1925) estudió a 1.500 niños cuyo coeficiente intelectual según la escala Stanford-Binet rondaba 150. Existe la creencia popular de que los niños superdotados presentan problemas de adaptación, pero Terman concluyó que esos niños eran superdotados no sólo académicamente, sino que también se adaptaban bien a la sociedad. Muchos de esos niños llegaron a ser doctores de prestigio, abogados, profesores universitarios y científicos.

Ellen Winner (1996) identificó tres criterios que caracterizan a los niños superdotados, tanto en el arte y la música como en áreas más académicas:

1. *Precocidad.* Los niños superdotados son precoces, ya que comienzan a dominar un campo concreto antes que otros niños de su misma edad. Les cuesta menos aprender nuevos aspectos de ese campo que a otros niños. En general, la precocidad de estos niños se debe a su alta capacidad innata para destacar en uno o varios campos específicos.
2. *Marcar su propio ritmo.* Los niños superdotados aprenden de forma cualitativamente distinta a los niños sin esa capacidad. Se marcan su propio ritmo porque necesitan muy poca ayuda o colaboración por parte de adultos para aprender. En general, suelen resistirse a cualquier tipo de indicación explícita. Descubren cosas por sí mismos y resuelven sus problemas de forma original.
3. *Afán por dominar un campo concreto.* Los niños superdotados tienden a comprender el campo para el que presentan una capacidad especial. Muestran un interés profundo y obsesivo así como la capacidad para centrarse. No necesitan que sus padres les empujen, sino que se motivan de forma autónoma, afirma Winner.

¿Proviene la sobredotación de la herencia genética o es producto del entorno? Posiblemente, provenga de ambos factores. Según los expertos que estudian la sobredotación, los individuos suelen recordar ciertas señales que indicaban la existencia de una particular capacidad para un área concreta a edades tempranas, tanto antes como al principio de la escolarización (Howe y otros, 1995). Este hecho hace referencia al importante papel que desempeñan las capacidades innatas en la sobredotación. Sin embargo, se ha descubierto que todos los individuos que destacan por su genialidad en las artes, las matemáticas, las ciencias y los deportes provienen de familias que los han apoyado fervientemente y tienen años de estudios y prácticas a sus espaldas (Bloom, 1985). Una característica importante de los individuos que se convierten en expertos en un campo concreto es la práctica voluntaria. Así, un estudio concluyó que los mejores músicos ensayaban de forma voluntaria dos veces más a lo largo de su vida que otros músicos de menos éxito (Ericsson, Krampe y Tesch, 1993).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Explicar los cambios cognitivos en la niñez intermedia y tardía

REVISA

- ¿Cuáles son las características del estadio de pensamiento operacional concreto según Piaget? ¿Cuáles son las contribuciones de Piaget y qué críticas se plantean a su teoría?
- ¿De qué forma se efectúa el procesamiento de la información en la niñez intermedia y tardía?
- ¿Qué es la inteligencia? ¿Cuáles son algunas de las distintas formas de inteligencia? ¿Qué cuestiones surgen en relación con la inteligencia?

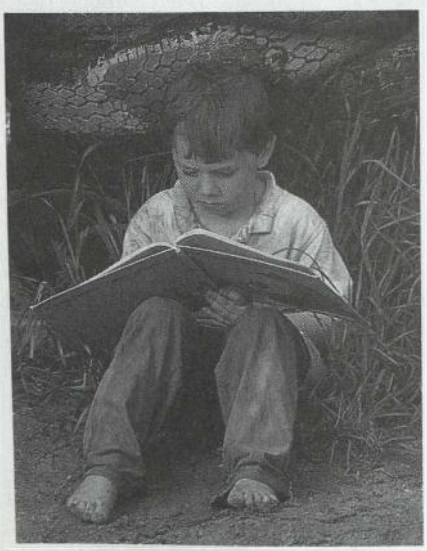
REFLEXIONA

- En la actualidad, existen CD-ROM que permiten a los padres calcular el coeficiente intelectual de sus hijos y comparar el rendimiento escolar de los niños con lo que se espera para un estudiante de su curso. ¿Qué problemas pueden surgir cuando los padres realizan a sus hijos un test de inteligencia?

4 DESARROLLO LINGÜÍSTICO

Vocabulario y gramática | Lectura | Bilingüismo

Cuando comienzan su educación escolar, los niños adquieren nuevas destrezas que les permiten aprender a leer y escribir, como un creciente uso del lenguaje y el aprendizaje del concepto de palabra y de cómo reconocer sonidos y hablar sobre ellos (Berko Gleason, 2003). A esta edad, los niños deben aprender el *principio alfabético*, es decir, que las letras del abecedario representan sonidos del lenguaje. Con el desarrollo que se produce durante la niñez temprana y tardía, tienen lugar también cambios en el vocabulario y la gramática (Hoff, 2003).



¿Cuáles son los principales métodos de enseñanza de la lectura a los niños?

Vocabulario y gramática

Durante la niñez intermedia y tardía, la forma en que la que los niños seleccionan las palabras varía. Si se pide a un niño que diga lo primero que se le ocurra tras escuchar una palabra, los preescolares suelen responder con otra palabra que, con frecuencia, acompaña en una oración al término escuchado. Así, cuando se les pide que respondan a la palabra *perro*, el niño puede decir *ladra*, o ante la palabra *comer* el niño puede decir *el almuerzo*. Aproximadamente a los 7 años de edad, los niños comienzan a responder con una palabra que pertenece a la misma categoría gramatical que el término empleado como estímulo. Por tanto, ante la palabra *perro*, el niño puede responder con *gato* o *caballo*, y ante la palabra *comer*, ahora puede decir *beber*. Esta reacción demuestra que el niño ha comenzado a clasificar su vocabulario en categorías gramaticales (Berko Gleason, 2003). Este proceso de categorización se vuelve más sencillo con el incremento del vocabulario. De la misma manera, poseer un vocabulario extenso facilita el aprendizaje de la lectura. Los niños que comienzan la educación primaria con un vocabulario reducido pueden encontrarse con dificultades cuando comiencen a aprender a leer (Berko Gleason, 2003).

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1826
QUITO

Los avances en la gramática son parecidos. Durante la educación primaria, gracias a la mejora que se produce en su razonamiento lógico y su capacidad analítica, los niños ya son capaces de entender construcciones como el uso adecuado de los comparativos (*mayor, mejor, peor*) y del subjuntivo («si *fueras* presidente...»). Durante los años de la educación primaria, los niños muestran una mayor capacidad para comprender y utilizar estructuras gramaticales complejas, como la siguiente oración: *El niño que besó a su madre llevaba un sombrero*. También aprenden a utilizar el lenguaje con una mayor conexión, por lo que producen discursos más coherentes. Además, comienzan a ser capaces de relacionar oraciones para crear descripciones, definiciones y relatos con sentido. Los niños deben ser capaces de realizar estas tareas oralmente antes de que se les considere preparados para realizarlas por escrito.

Lectura

Antes de aprender a leer, los niños aprenden a utilizar el lenguaje para hablar de objetos que no están presentes, aprenden qué es una palabra y también aprenden a reconocer sonidos y a hablar sobre ellos (Berko Gleason, 2003). ¿Cómo se debería enseñar a leer a los niños? En la actualidad, la discusión entre los expertos se centra en las diferencias existentes entre el método lingüístico global y el método basado en la fonética.

El **método global** afirma que la enseñanza de la lectura debería realizarse de forma simultánea al aprendizaje natural de la lengua. En algunas clases en las que se sigue este enfoque, se enseña a los niños a reconocer palabras enteras o, incluso, oraciones completas, y a hacer uso del contexto para deducir el significado de las palabras. Además, los materiales de lectura han de ser completos y tener significado. Es decir, al comenzar la enseñanza de la lectura, los niños deberían tener acceso a materiales completos, como narraciones o poemas con el fin de que aprendan a comprender la función comunicativa del lenguaje. En el método global, la lectura se combina con la comprensión oral y la escritura. A pesar de que existen distintas variantes de los programas lingüísticos generales, la mayoría se basan en el principio de que la lectura debería integrarse con otras habilidades y áreas, como las ciencias puras o las ciencias sociales, y que deben utilizarse materiales reales. De esta manera, una clase puede leer periódicos, revistas o libros, y luego escribir y discutir sobre lo que han leído.

Por el contrario, el **método basado en la fonética** afirma que, al enseñar a leer, deberían enseñarse también los principios básicos de la fonética y las reglas para reproducir de forma oral los signos escritos. Al comenzar la enseñanza de la lectura, deben utilizarse materiales simplificados. Los niños pueden tener acceso a material de lectura más complejo, como libros o poemas, sólo después de haber aprendido las reglas de correspondencia entre los fonemas y los grafemas que se emplean para representarlos.

¿Cuál de los dos enfoques es el mejor? Los niños pueden verse beneficiados con la aplicación de ambas técnicas (Smith, 2004a). Las investigaciones han demostrado que el método basado en la fonética debería emplearse en la enseñanza de la lectura, pero también se ha probado que el método global resulta beneficioso (Fox y Hull, 2002; Heilman, Blair y Rupley, 2002; Silva y Martins, 2003). La enseñanza del conocimiento sobre los fonemas resulta más eficaz cuando se combina con la lectura y la escritura, se presenta de forma sencilla y se lleva a cabo en grupos reducidos y no en clases completas (Stahl, 2002).

Al igual que otras destrezas importantes, la lectura exige tiempo y esfuerzo (Popp, 2005). En un estudio nacional llevado a cabo en Estados Unidos, los niños en el cuarto curso de educación primaria obtenían mejores resultados en la prueba nacional de lectura cuando leían once o más páginas al día en la escuela o para hacer los deberes (Evaluación Nacional del Progreso Educativo, 2000) (véase la Figura 10.11). Los alumnos de profesores que les hacían leer mucho cada día eran

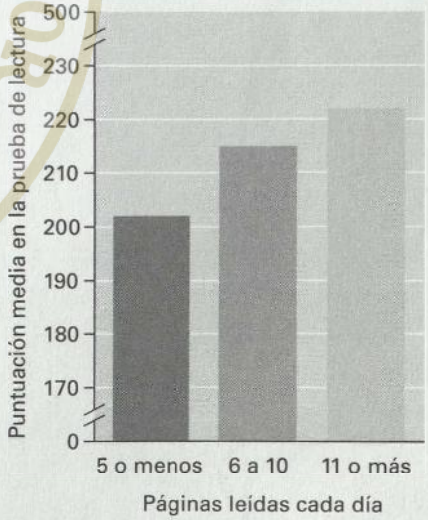


FIGURA 10.11 Relación entre la capacidad lectora y el número de páginas leídas al día

En un reciente análisis de la situación de la lectura en el cuarto curso de la educación primaria llevado a cabo en Estados Unidos dentro del programa nacional de Evaluación del Progreso Educativo (2000), la lectura de más páginas al día en el colegio o como parte de los deberes, se relacionaba con mejores resultados en una prueba de lectura con resultados que oscilaban entre 0 y 500.

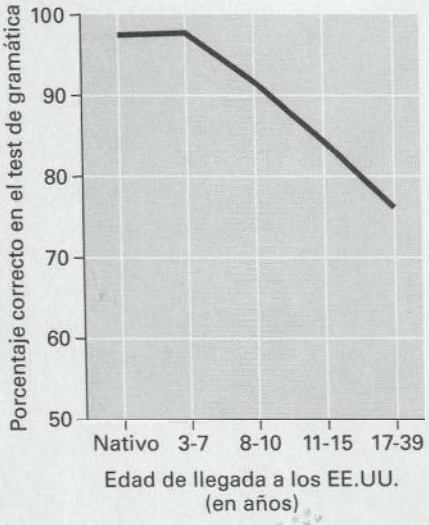


FIGURA 10.12 Dominio de la gramática y edad al llegar a Estados Unidos

En un estudio, individuos provenientes de China y Corea realizaron una prueba de gramática inglesa diez años después de haber llegado Estados Unidos (Johnson y Newport, 1991). Aquellos que habían llegado antes de los 8 años de edad poseían mejores conocimientos gramaticales que los que habían llegado al país más tarde.

estudiantes con una mayor capacidad lectora que los alumnos de profesores que no pedían que sus alumnos leyesen tanto.

Bilingüismo

El aprendizaje de un segundo idioma resulta más sencillo para los niños que para los adolescentes o los adultos. Los adultos progresan más rápidamente al principio, pero su dominio final del segundo idioma no es tan profundo como el de los niños. Por ejemplo, durante una investigación, se pidió a adultos chinos y coreanos que habían emigrado a los Estados Unidos con edades distintas que realizaran una prueba de conocimientos gramaticales del inglés (Johnson y Newport, 1991). Los que habían comenzado a aprender inglés entre los tres y los siete años obtenían resultados similares a los de los hablantes nativos, pero aquellos que habían llegado a los Estados Unidos durante la niñez tardía o la adolescencia y que comenzaron a aprender inglés en esa etapa, obtenían resultados más bajos. La capacidad de los niños para pronunciar un segundo idioma con un acento adecuado disminuye con la edad, especialmente después de los 10-12 años (Asher y Garcia, 1969). Por tanto, las investigaciones han demostrado que el contacto temprano con un segundo idioma resulta óptimo y sirve para asegurar que tanto la lengua materna como el nuevo idioma que se aprende no se verán afectados (Lesaux y Siegel, 2003; Lessow-Hurley, 2005; Petitto, Kovelman y Harasymowycz, 2003).

En Estados Unidos, los estudiantes se encuentran en una posición retrasada con respecto a sus congéneres de otros países desarrollados con respecto al aprendizaje de un segundo idioma. Por ejemplo, en Rusia el sistema educativo se divide en diez cursos que se corresponden aproximadamente con los 12 cursos del sistema estadounidense. En Rusia, la escolarización comienza a los siete años, y los alumnos empiezan a estudiar inglés en el tercer curso. Debido a la importancia que se da al inglés en las escuelas rusas, hoy en día la mayor parte de los rusos de menos de 40 años son capaces de hablar algo de inglés.

Tal vez, los estudiantes estadounidenses no sólo estén perdiendo la oportunidad de adquirir una destreza al no aprender un segundo idioma (Soltero, 2004). El *bilingüismo*, es decir, la capacidad para hablar dos idiomas, influye positivamente en el desarrollo cognitivo infantil (Gibbons y Ng, 2004). Aquellos niños que hablan dos idiomas con fluidez obtienen mejores resultados que sus compañeros monolingües en pruebas de control de la atención, formación de conceptos, razonamiento analítico, flexibilidad cognitiva y complejidad cognitiva (Bialystok, 1999, 2001). Además, son más conscientes de las estructuras del lenguaje escrito y oral, y advierten más fácilmente errores gramaticales o de significado, unas destrezas que benefician a su capacidad lectora (Bialystok, 1993, 1997).

En la actualidad, la educación bilingüe es objeto de debate. Para conocer más datos al respecto, puedes leer el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

La educación bilingüe

En Estados Unidos, unos diez millones de niños provienen de hogares en los que el inglés no es la primera lengua. ¿Cuál es la mejor forma de enseñar a estos niños?

Durante las dos últimas décadas, la estrategia elegida ha sido la educación bilingüe, en la que se enseña a los niños inmigrantes en su lengua materna, al

tiempo que se introduce el inglés de forma gradual (Adamson, 2004; Brisk, 2005; Díaz-Rico, 2004; Farr, 2005). Los defensores de este tipo de educación afirman que si los niños que desconocen el inglés reciben clases sólo en este idioma, se retrasará su progreso en las asignaturas académicas. Así, se preguntan de qué forma pueden los niños de 7 años aprender aritmética o historia en inglés cuando no hablan este idioma.

Otros autores critican la educación bilingüe, afirmando que, como resultado de estos programas, los hijos de inmigrantes no aprenden inglés, lo que los sitúa en una situación permanente de desventaja dentro de la sociedad estadounidense. Desde que en 1998 la educación bilingüe desapareció de las escuelas californianas tras un referéndum, varios estados han aprobado leyes que declaran al inglés como lengua oficial, con lo que las escuelas ya no están obligadas a impartir clases a los niños de minorías étnicas en otros idiomas. Sin embargo, se han presentado recursos contra muchas de las mencionadas leyes, y la decisión está ahora en manos de los tribunales de justicia estatales.

Al analizar los resultados obtenidos por los programas de educación bilingüe, ¿qué han hallado las investigaciones? Generalmente, los estudios realizados apoyan la educación bilingüe porque: 1) los niños presentan dificultades en una asignatura cuando se imparte en un idioma que no comprenden, y 2), cuando ambos idiomas se emplean de forma integrada en el aula, los niños aprenden el segundo idioma con una mejor disposición y participan de forma más activa en las clases (Hakuta, 2000, 2001).

Algunos investigadores señalan que, con demasiada frecuencia, se piensa que los hijos de inmigrantes sólo necesitan un año de educación bilingüe. Sin embargo, los estudios demuestran que, en general, estos niños precisan de tres a cinco años para desarrollar fluidez al hablar inglés, y siete años para dominar la lectura en este idioma (Hakuta, Butler y UIT, 2000). Además, resulta importante reconocer que la capacidad de los niños inmigrantes para aprender inglés está determinada por las variaciones individuales. Aquellos niños que provienen de entornos socioeconómicos más bajos se encuentran con mayores dificultades que los que tienen un estatus socioeconómico más elevado (Hakuta, 2001). De esta manera, los niños inmigrantes, especialmente los que provienen de entornos socioeconómicos más bajos, pueden necesitar más años de educación bilingüe que los que reciben en la actualidad.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Analizar el desarrollo lingüístico en la niñez intermedia y tardía

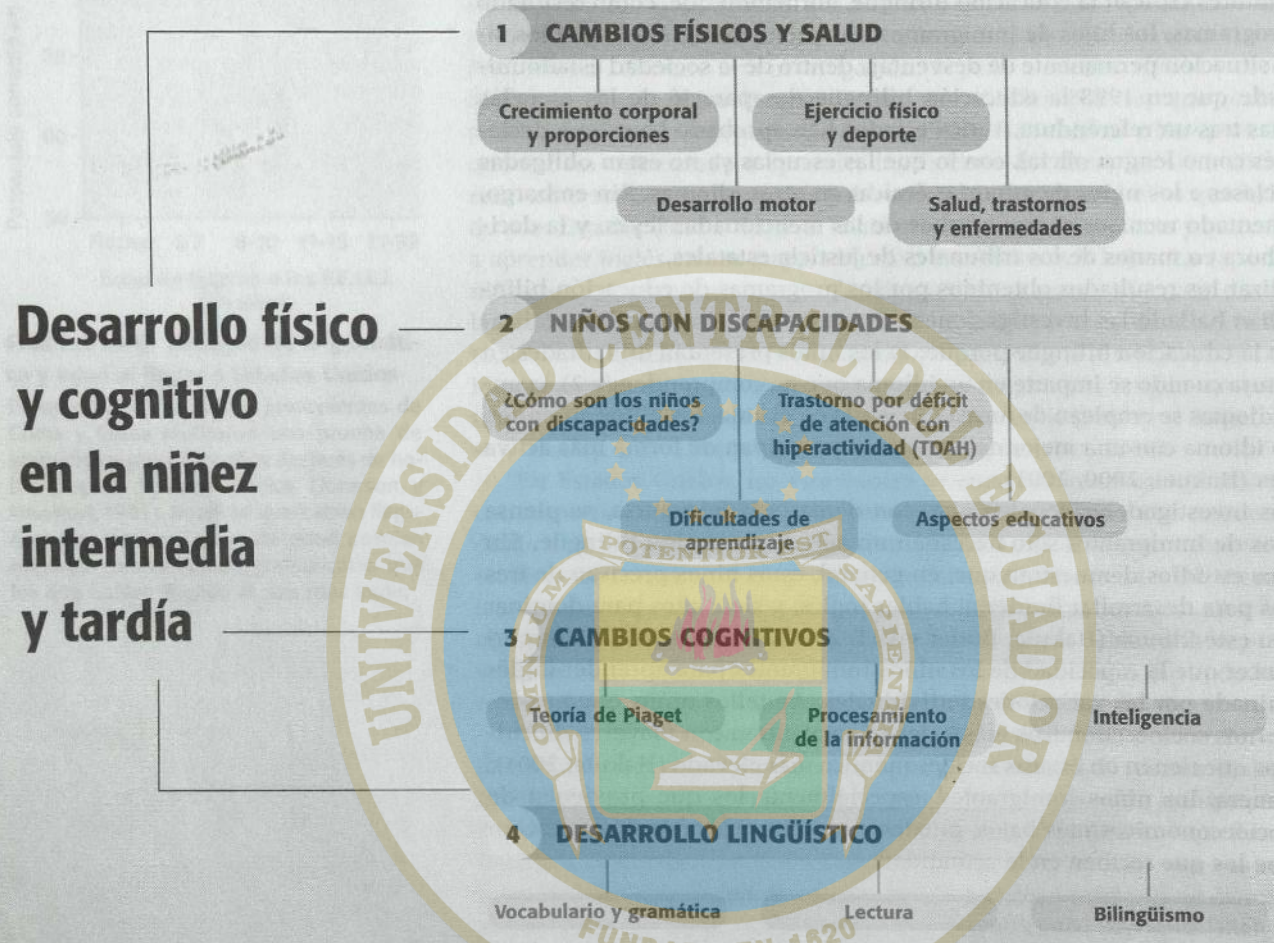
REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los cambios en el vocabulario y la gramática que se producen en la niñez intermedia y tardía?
- ¿Qué debate existe al tratar la forma en la que se debe enseñar a los niños a leer y escribir?
- ¿Qué es la educación bilingüe? ¿Qué cuestiones surgen al tratar la educación bilingüe?

REFLEXIÓN

- ¿Cuáles son los factores más relevantes a la hora de utilizar un enfoque equilibrado para enseñar a leer?

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Describir los cambios físicos y la salud en la niñez intermedia y tardía*

- Durante la niñez intermedia y tardía se produce un crecimiento corporal lento y regular. Los niños crecen una media de 5 a 7 centímetros al año y también aumentan su masa muscular y su fuerza. Entre los cambios más pronunciados en el crecimiento y las proporciones corporales se encuentra la disminución del diámetro craneal y de la cintura, así como de la longitud de las piernas con respecto a la altura del cuerpo.
- Durante la niñez intermedia y tardía, el desarrollo motor es mucho más gradual y coordinado. Los niños controlan cada vez más sus cuerpos y pueden permanecer sentados y atender durante períodos más largos. No obstante, su rutina diaria debería estar basada en la actividad física. Las destrezas motrices mejoran notablemente gracias al aumento de la mielinización del sistema nervioso central, lo que se refleja en un desarrollo de la escritura. Los niños destacan normalmente en destrezas de motricidad gruesa y las niñas, en las de motricidad fina.
- La mayoría de los niños estadounidenses no realizan el suficiente ejercicio físico. La participación de los niños en actividades deportivas puede tener consecuencias tanto positivas (ejercicio y autoestima) como negativas (presión para vencer y daños físicos).
- En general, la niñez intermedia y tardía es un período de excelente salud. La causa más frecuente de daños graves y de fallecimiento en la niñez intermedia y tardía son los accidentes de tráfico, que suelen ocurrir en las cercanías

del hogar o de la escuela. El cáncer es la segunda causa más frecuente de muerte infantil (tras los accidentes). La leucemia es el tipo de cáncer infantil más frecuente. La obesidad da lugar a riesgos serios para la salud de los niños. El aumento de los índices de obesidad en niños se relaciona con dietas poco variadas, ejercicio insuficiente y hábitos alimenticios poco adecuados.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Identificar a los niños con distintos tipos de discapacidades y tratar los aspectos relacionados con su educación*

- Se calcula que el 10 por 100 de los niños estadounidenses con discapacidades recibe educación o atención especial. Se considera que algo más de la mitad de estos estudiantes presenta algún tipo de dificultad de aprendizaje. En la clasificación federal del gobierno estadounidense, el trastorno por déficit de atención con discapacidad se considera una dificultad en el aprendizaje.
- Una dificultad en el aprendizaje presenta tres elementos: 1) un coeficiente de inteligencia mínimo; 2) presencia de dificultades significativas en un área académica, especialmente en las relacionadas con la lectura o con las matemáticas, y 3) no inclusión en la definición de los individuos afectados por desequilibrios emocionales severos, trastornos sensoriales y/o déficit neurológicos específicos o de los individuos que provengan de entornos en los que se habla otro idioma. La dislexia constituye una categoría dentro de las dificultades en el aprendizaje que consiste en la presencia de serias dificultades a la hora de leer y escribir.
- El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) constituye un trastorno en el que los niños afectados muestran una o más de las siguientes características a lo largo de un período determinado: 1) falta de atención; 2) hiperactividad, y 3) impulsividad. Este trastorno se diagnostica cada vez con mayor frecuencia.
- En los Estados Unidos se han aprobado varias leyes con el fin de asegurar que los niños con discapacidades reciben una educación pública, gratuita y adecuada, y servicios adaptados. En 1975, el Decreto 94-142 denominado «Ley sobre la educación de todos los niños discapacitados», establecía que todos los estudiantes con discapacidades debían recibir una educación pública, gratuita y adecuada. En 1990, el Decreto 94-142 sufrió un cambio de denominación y pasó a llamarse «Ley para la Educación de individuos con discapacidades». Un plan de educación individualizada (IEP) es un documento escrito en el que se señala el programa específicamente diseñado para un estudiante con discapacidad. El concepto de entorno sin restricciones (LRE) hace referencia a un contexto lo más parecido posible al medio en el que reciben su educación los niños sin discapacidades. El término *inclusión* se refiere al hecho de educar a un niño con necesidades educativas especiales durante toda la jornada en la misma aula que los niños sin discapacidades.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Explicar los cambios cognitivos en la niñez intermedia y tardía*

- Piaget señaló que el pensamiento operacional concreto era característico de los niños con edades comprendidas entre los 7 y los 11 años. Este tipo de pensamiento implica operaciones, conservación, clasificación, seriación y transitividad. El pensamiento aún no es tan abstracto como en etapas posteriores del desarrollo. Las ideas de Piaget se han aplicado de forma generalizada a la educación. Algunas voces críticas cuestionan las estimaciones realizadas por Piaget sobre los niveles de competencia en distintas etapas del desarrollo, su concepto de los estadios cognitivos y otras de sus ideas. Los **neo-piagetianos** afirman que ciertas ideas de Piaget son acertadas, aunque sus teorías necesitan ser objeto de una revisión considerable. Así, estos expertos dan mayor importancia a cómo los niños procesan la información, a las estrategias, la velocidad del procesamiento de la información y la división de los problemas cognitivos en pasos más precisos.
- Durante la niñez intermedia y tardía se produce un desarrollo de la memoria a largo plazo al que contribuyen el conocimiento y la pericia. Los niños pueden emplear ciertas estrategias para mejorar su memoria, como la creación de imágenes y la elaboración. La teoría del trazo difuso trata de explicar los cambios que se producen en la memoria durante el desarrollo.
- El pensamiento crítico consiste en pensar de manera reflexiva y productiva, así como en evaluar los resultados. Preocupa la falta de pensamiento crítico en las escuelas. El pensamiento creativo es la capacidad para pensar acerca de un asunto de forma novedosa e inusual, y para aplicar soluciones originales a los problemas. Guilford estableció una diferenciación entre pensamiento convergente y divergente. Con el fin de estimular el pensamiento creativo de los niños, pueden emplearse diversas estrategias, como por ejemplo la tormenta de ideas (*brainstorming*). La metacognición es la cognición sobre la propia cognición, es decir, poseer conocimientos sobre el conocimiento. La mayoría de los estudios sobre metacognición se han centrado en la metamemoria. Para Pressley, el objetivo de la educación debe ser enseñar a los estudiantes un repertorio amplio de estrategias.
- La inteligencia consiste en la capacidad para resolver problemas y en la habilidad para adaptarse a las experiencias diarias de la vida y para aprender de ellas. Las investigaciones sobre inteligencia con frecuencia se centran en las diferencias entre individuos y en la evaluación de la inteligencia. Binet y Simon desarrollaron el primer test de inteligencia. Binet creó el concepto de edad mental y Stern el de coeficiente de inteligencia (CI), es decir, EM/EC × 100. La escala Stanford-Binet distribuye la inteligencia de acuerdo a una curva normal. Las escalas Wechsler se emplean para evaluar la inteligencia y proporcionan un coeficiente general así como

un coeficiente verbal y manipulativo. Spearman propuso que los individuos poseen una inteligencia general (*g*) y tipos específicos de inteligencia práctica. Gardner considera que existen ocho tipos de inteligencia: verbal, matemática, espacial, corporal-kinestésica, musical, interpersonal, intrapersonal y naturalista. Los enfoques basados en la existencia de inteligencias múltiples han ampliado el concepto de inteligencia, pero algunos críticos señalan que las investigaciones realizadas sobre estos enfoques aún no han alcanzado el prestigio necesario. Los aspectos relacionados con la inteligencia son la herencia y el medio, el origen étnico y la cultura, y el uso apropiado e inapropiado de los test de inteligencia. En cuanto a la influencia de la herencia y el medio, la similitud genética puede explicar por qué los gemelos idénticos muestran una correlación más estrecha en los test de inteligencia que los gemelos bivitelinos. Según algunos estudios, el coeficiente intelectual de los niños adoptados se acerca más al de los padres biológicos que al de los padres adoptivos. Los resultados de muchas investigaciones demuestran que existe un elevado componente de heredabilidad en la inteligencia, aunque esta idea es criticada por algunos expertos. En las últimas décadas, el nivel de los resultados obtenidos en test de inteligencia ha aumentado de forma considerable en todo el mundo, lo que se ha denominado el efecto Flynn. Este hecho prueba la influencia del entorno en la inteligencia. Las investigaciones de Ramey mostraron los efectos positivos de los programas de cuidados infantiles con componente educativo centrado en la inteligencia. La definición de inteligencia varía de una cultura a otra. Los primeros test de inteligencia favorecían a los individuos blancos de estatus socioeconómico medio sobre los individuos de entornos menos favorecidos. Los test de inteligencia pueden presentar sesgos culturales contra ciertos grupos porque no están familiarizados con el lenguaje estándar que se evalúa en el test o con la situación en la que se realiza la prueba. Resulta probable que los test reflejen los valores y las experiencias de la cultura dominante. En Estados Unidos, los hijos de familias afroamericanas e hispanas obtienen resultados inferiores que los niños blancos en los test de inteligencia estandarizados. El retraso mental se caracteriza por un coeficiente intelectual bajo así como por dificultad para adaptarse a la vida diaria. El retraso mental puede clasificarse como retraso de origen orgánico o de origen cultural-familiar. Un niño con sobredotación presenta una inteligencia por encima de la media y/o un talento específico para alguna actividad. Los niños con sobredotación se caracterizan por su precocidad, su individualidad y su afán por dominar un campo concreto del saber.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Analizar el desarrollo lingüístico en la niñez intermedia y tardía*

- En lo que respecta al desarrollo del vocabulario y de la gramática, durante esta etapa los niños se vuelven más analíticos y lógicos en su comprensión de las palabras y las reglas gramaticales. En la gramática, los niños muestran una mayor comprensión de los comparativos y del subjuntivo. Cada vez utilizan con mayor capacidad estructuras gramaticales complejas y pueden crear relatos coherentes.
- En la actualidad, se produce un debate acerca de la enseñanza de la lectura que enfrenta al método global con el método basado en la fonética. Este último defiende la enseñanza de reglas fonéticas y la utilización de materiales de lectura simplificados. El método global afirma que la enseñanza de la lectura debería ocurrir de forma simultánea al aprendizaje natural del lenguaje por parte del niño. En este enfoque, el niño recibe materiales de lectura como libros y poemas.
- El objetivo de la educación bilingüe es impartir las diferentes asignaturas a los niños inmigrantes en su lengua materna, al tiempo que se introduce de forma gradual la educación en la lengua del país de acogida. Según las investigaciones realizadas, el bilingüismo no perjudica a la capacidad de expresión en ninguna de las dos lenguas. Las posibilidades de éxito en el aprendizaje de un segundo idioma son mayores durante la niñez que en la adolescencia.


UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

CAPÍTULO 11



Los niños no paran de convertirse en algo que aún no entienden del todo, algo en constante cambio.

ALASTAIR REID
Poeta estadounidense, siglo XX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo socioemocional en la niñez intermedia y tardía

Esquema del capítulo

Objetivos de aprendizaje

DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LA PERSONALIDAD **1**

Analizar el desarrollo emocional y de la personalidad en la niñez intermedia y tardía

El yo
Desarrollo emocional
Desarrollo moral
Género

LA FAMILIA **2**

Describir las relaciones paterno-filiales y la influencia de los cambios sociales en las familias

Las relaciones paterno-filiales
Los cambios sociales y las familias

LOS IGUALES **3**

Identificar los cambios en las relaciones entre iguales en la niñez intermedia y tardía

Amigos
Estatus entre iguales
Cognición social
Acoso escolar *(bullying)*

LA ESCUELA **4**

Examinar la transición de la escuela primaria y los aspectos socioculturales relacionados con la escuela y con el rendimiento escolar

Enfoques contemporáneos sobre el aprendizaje y la evaluación de los estudiantes
La transición a la escuela primaria
Estatus socioeconómico y origen étnico
Comparación transcultural del rendimiento escolar

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Pax, el planeta imaginario

¿Pueden los niños entender conceptos como la discriminación, las desigualdades económicas, la discriminación positiva y la desigualdad salarial? Probablemente no serán capaces si empleamos estos términos, pero ¿podemos crear contextos relacionados con dichos conceptos que los niños puedan entender? Phyllis Katz (1987) pidió a un grupo de alumnos de educación primaria que se imaginaran que habían viajado durante mucho tiempo en una nave espacial hacia un planeta imaginario llamado Pax. La investigadora pidió la opinión de los niños acerca de situaciones diversas protagonizadas por los propios alumnos. Estas situaciones incluían conflictos, desigualdades socioeconómicas y derechos civiles y políticos. Por ejemplo, al tratar los conflictos, se les pidió que determinaran cómo debería actuar un profesor cuando dos alumnos habían empatado para conseguir un premio o cuando dos niños se habían peleado. Entre los dilemas relacionados con las desigualdades económicas se incluían la organización de una excursión cuyo precio no todos los alumnos podían permitirse, una situación de valor comparable en la que los encargados de mantenimiento del colegio cobraban más que los profesores, y una situación de empleo en la que se discriminaba a las personas que tenían lunares en la nariz en vez de rayas de color. Los ítems relacionados con los derechos trataban aspectos como los derechos de las minorías y la libertad de prensa.

Los alumnos de educación primaria reconocieron sin dudas las situaciones injustas, y con frecuencia sugirieron interesantes soluciones para los problemas planteados. Así, por ejemplo, prácticamente todo el grupo pensaba que los profesores deberían cobrar tanto como los encargados de mantenimiento. Sólo dos alumnos afirmaron que los profesores deberían ganar menos, porque están todo el tiempo en un aula o porque limpiar los baños es mucho más desagradable y, por tanto, se merecen un sueldo mayor. Los niños se mostraron especialmente receptivos ante los ítems de desigualdades económicas. Todos excepto uno consideraban que era injusto no ofrecer un empleo a una persona preparada que presentaba una diferencia física (una nariz con lunares en lugar de con rayas). La mayoría recomendaba soluciones de discriminación positiva, esto es, dar el empleo a la persona de la minoría discriminada. Ninguno de los alumnos verbalizó el concepto de libertad de prensa, ni parecían entender que un periódico tenía el derecho de criticar a un gobernante sin que se le castigara por ello. Los niños mencionaron la guerra como el mayor problema de la Tierra, aunque no estaban seguros de si se estaba produciendo alguna en ese momento. Otros problemas mencionados fueron la delincuencia, el odio, la escuela, la contaminación y la maldad. En general, según los niños, la sociedad debía respetar ciertas reglas sensatas, y casi todos mencionaron la necesidad de repartir los recursos y el trabajo con paridad y de prohibir las agresiones.

VISTA PREVIA

Durante la niñez intermedia y tardía, el desarrollo socioemocional de los niños cambia de múltiples formas. Se producen transformaciones en sus relaciones con los padres y con su grupo de iguales, y la escuela adquiere un tono más académico. También se producen cambios importantes en el concepto que tienen de sí mismos y en su desarrollo moral y de género.

1 DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LA PERSONALIDAD

El yo | Desarrollo moral | Desarrollo emocional | Género

En el Capítulo 9 ya examinamos el desarrollo del yo, el desarrollo emocional, el moral y el concepto de género en la niñez temprana. A continuación, nos centraremos en esos mismos aspectos del desarrollo del niño durante la niñez intermedia y tardía.

El yo

¿Cuáles son las características de la auto-comprensión y la autoestima del niño durante los años de la educación primaria?

El desarrollo de la auto-comprensión Durante la niñez intermedia y tardía, la auto-comprensión deja de ser la definición de uno mismo a través de características externas para convertirse en la definición de uno mismo a través de características internas. Los niños de primaria tienden a definirse a sí mismos basándose en características y comparaciones sociales (Harter, 1999). En breve trataremos el concepto de auto-definición.

Durante la niñez intermedia y tardía, los niños no sólo reconocen diferencias entre estados internos y externos, sino que, además, suelen hacer referencia a estados internos al definirse a sí mismos. Por ejemplo, en un estudio, al compararlos con niños de menor edad, resultó mucho más frecuente que los niños de segundo curso de primaria nombraran características psicológicas (como gustos o rasgos de personalidad) al definirse. Sin embargo, era mucho menos frecuente que hicieran referencia a características físicas (como el color de los ojos o las pertenencias) (Aboud y Skerry, 1983). Por ejemplo, Todd, de 8 años de edad, dijo en su descripción de sí mismo: «Soy listo y conocido por todos». Tina, de 10 años, señaló: «Controlo muy bien mis preocupaciones. Antes me enfadaba con facilidad, pero ahora lo llevo mejor. También me siento orgullosa cuando hago bien las cosas en la escuela».

Además del aumento de las características psicológicas en las auto-definiciones que se produce en los años de la educación primaria, también se detecta un incremento de los aspectos sociales del yo en esta etapa del desarrollo. Según una investigación, los niños de primaria solían hacer referencia a grupos sociales en sus descripciones (Livesly y Bromley, 1973). Así, por ejemplo, algunos niños se definían como *scouts*, como católicos o como alguien que tiene dos buenos amigos.

Durante los años de la educación primaria, la auto-comprensión de los niños presenta cada vez mayores referencias a las comparaciones sociales. En esta etapa del desarrollo, los niños tienden a distinguirse de los demás en términos comparativos antes que en términos absolutos. De esta manera, los niños de primaria ya no piensan acerca de lo que hacen o no hacen, sino acerca de qué pueden hacer en comparación con otros. Este cambio en el desarrollo aumenta la tendencia a establecer las diferencias que existen entre uno mismo como individuo y los demás.

La autoestima y el autoconcepto Una autoestima alta y un autoconcepto positivo son factores importantes para el bienestar infantil (Dusek y McIntyre, 2003; Harter, 1999). El concepto de **autoestima** hace referencia a la evaluación global del yo. También se denomina valor propio o autoimagen. Por ejemplo, un

niño puede entender que no es simplemente una persona, sino una *buena* persona. Por supuesto, no todos los niños poseen una imagen global positiva de sí mismos. El **autoconcepto** es la evaluación del yo específica para un área concreta. Los niños pueden evaluarse a sí mismos en diferentes áreas de su vida: en la escuela, en los deportes, en el aspecto físico, etc. En resumen, la *autoestima* hace referencia a la auto-evaluación global, mientras que el *autoconcepto* se refiere a evaluaciones específicas para un área concreta.

Los investigadores no siempre han diferenciado claramente entre ambos conceptos, llegando a utilizarlos como sinónimos o, en otras ocasiones, no definiéndolos con precisión. En nuestro caso, resulta más sencillo estudiar estos conceptos si definimos la autoestima como una auto-evaluación global y el autoconcepto como una auto-evaluación específica para un área concreta.

La autoestima refleja unas percepciones que no siempre se corresponden con la realidad (Baumeister y otros, 2003). Así, por ejemplo, la autoestima de un niño puede reflejar una creencia sobre su inteligencia o su atractivo físico, pero esa creencia no tiene que ser necesariamente exacta. De esta manera, una alta autoestima puede provenir de percepciones acertadas y justificadas de la propia valía y de los éxitos y logros personales, pero también puede ser el fruto de un sentimiento arrogante, prepotente e injustificado de superioridad sobre los demás. De la misma manera, una baja autoestima puede reflejar tanto una percepción acertada de las propias limitaciones, como un sentimiento de inseguridad e inferioridad distorsionado o, incluso, patológico.

Se han relacionado las variaciones en la autoestima con diversos aspectos del desarrollo infantil. Sin embargo, buena parte de las investigaciones realizadas son correlacionales y no experimentales. Como vimos en el Capítulo 2, correlación no equivale a causalidad. Así, si en un estudio correlacional se determina la existencia de un vínculo entre una baja autoestima en los niños con unos malos resultados académicos, los malos resultados podrían ser la causa de la baja autoestima o viceversa (Bowles, 1999).

En realidad, tan sólo existen correlaciones de valor moderado entre el rendimiento escolar y la autoestima, y estas relaciones no parecen indicar que una alta autoestima dé lugar a un mejor rendimiento escolar (Baumeister y otros, 2003). Los esfuerzos realizados para aumentar la autoestima de grupos de estudiantes no siempre han dado lugar a una mejora en sus resultados académicos (Davies y Brember, 1999).

Los niños que presentan una autoestima más alta tienen más iniciativa propia, pero esta característica presenta tanto ventajas como inconvenientes (Baumeister y otros, 2003). Los niños con una alta autoestima tienden a presentar tanto comportamientos prosociales como antisociales.

Cómo aumentar la autoestima de los niños La autoestima puede mejorarse de cuatro maneras: la identificación de las causas que dan lugar a una baja autoestima, el apoyo emocional y la aprobación social, la ayuda para conseguir logros y el apoyo para hacer frente a los problemas (Bednar, Wells y Peterson, 1995; Harter, 1999). A continuación se describe cada una de estas técnicas de intervención:

- *Identificar las causas de una baja autoestima.* Debe intervenirse en las causas de la baja autoestima. Los niños presentan altos niveles de autoestima cuando obtienen buenos resultados en aquellas áreas que les importan. Por ello, se les debería animar a identificar y valorar esas áreas, entre las que se pueden encontrar las capacidades académicas, los deportes, el atractivo físico o la aceptación social.
- *Proporcionar apoyo emocional y aprobación social.* Algunos niños con baja autoestima provienen de familias conflictivas o de un entorno en el que han sido víctimas de abusos o de abandono, situaciones en las que no contaron con ningún tipo de apoyo. En algunos casos, las fuentes alternativas de ánimo

pueden provenir del apoyo de un profesor, un entrenador u otro adulto relevante, o también, de manera más formal, a través de programas específicos, como los programas «Hermano mayor» o «Hermana mayor» que existen en Estados Unidos.

- *Ayudar a conseguir logros.* También la consecución de logros puede contribuir a la mejora de la autoestima de los niños. Por ejemplo, la enseñanza directa de capacidades reales a los niños suele conllevar una consecución de los objetivos establecidos y, por tanto, una mejora de la autoestima. Los niños desarrollan niveles mayores de autoestima porque conocen cuáles son las tareas necesarias para conseguir las metas señaladas, y ya han puesto en práctica esas conductas u otras similares.
- *Ayudar a enfrentarse a los problemas.* Normalmente, la autoestima aumenta cuando los niños tienen un problema e intentan hacerle frente en lugar de evitarlo. El hecho de que el niño se enfrente al problema indica que puede manejar las dificultades de forma realista, honesta y sin tácticas de defensa, lo que da lugar a pensamientos de auto-evaluación positivos que llevan a una aprobación personal y al aumento de la autoestima.

Productividad frente a inferioridad En el Capítulo 2 describimos las ocho fases del desarrollo humano establecidas por Erik Erikson (1968). La cuarta fase, productividad frente a inferioridad, se produce durante la niñez intermedia y tardía. El término *productividad* hace referencia a un aspecto esencial de este período: los niños se interesan en cómo se hacen y funcionan las cosas. Es la edad de Robinson Crusoe, en la que el entusiasmo y la minuciosidad con que Crusoe describe sus actividades estimulan el sentido de productividad que empieza a surgir ahora en los niños. Cuando se apoya a los niños en sus esfuerzos para crear, construir y trabajar —fabricando una maqueta, una pequeña cabaña, arreglando la bicicleta, resolviendo una suma o cocinando— logramos que aumente su sentido de productividad. No obstante, los padres que consideran que los esfuerzos de sus hijos son «travesuras» o «desastres» fomentan que el niño desarrolle un sentimiento de inferioridad.

También contribuye a crear ese sentido de productividad el mundo social del niño que va más allá de la familia, en especial la escuela. Consideremos a los niños con una inteligencia ligeramente inferior a la media: son demasiado inteligentes para estar en clases de educación especial, pero no lo suficientemente brillantes como para asistir a clases para superdotados. Con frecuencia fracasan en sus estudios, por lo que desarrollan un sentimiento de inferioridad. Por el contrario, pensemos en los niños cuyo sentido de la productividad se ve limitado en casa. Ese sentido puede revitalizarse gracias a la labor de unos docentes sensibles y comprometidos (Elkind, 1970).

Desarrollo emocional

En el Capítulo 9 descubrimos que los preescolares mostraban una mayor capacidad para hablar sobre sus propias emociones y sobre las de los demás. También demostraban una mayor comprensión del control y gestión de las emociones con el fin de cumplir con las normas sociales. En la niñez intermedia y tardía también apreciaremos cambios en el desarrollo emocional de los niños (Rubin, 2000; Saarni, 1999).

Cambios en el desarrollo A continuación se presentan algunos cambios importantes en el desarrollo que se producen durante la educación primaria (Kuebli, 1994; Wintre y Vallance, 1994):

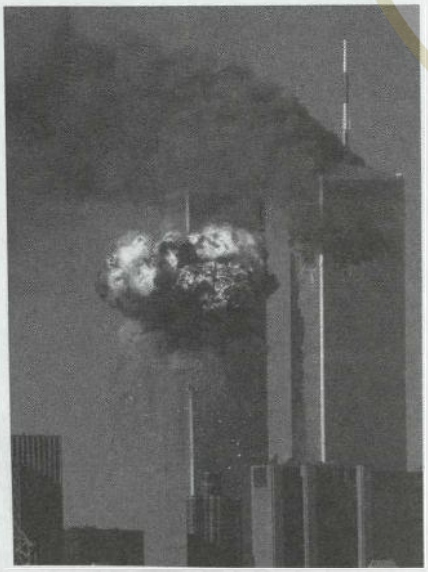
- Una mayor capacidad para entender emociones complejas como el orgullo y la vergüenza (Kuebli, 1994). (Estas emociones se interiorizan y se integran en el sentido de la responsabilidad personal.)

- La comprensión de que se puede experimentar más de una emoción concreta en una situación determinada.
- Una mayor tendencia a tomar en consideración los hechos que dan lugar a una reacción emocional.
- Una notable mejoría en la capacidad para suprimir u ocultar reacciones emocionales negativas.
- El empleo de estrategias personales para reconducir los sentimientos.

Inteligencia emocional Tanto las teorías de Sternberg como de Gardner, que ya examinamos en el Capítulo 10, contienen categorías de inteligencia social. Sternberg la denomina «inteligencia práctica», mientras que Gardner la incluye dentro de las categorías de «inteligencia intrapersonal» e «inteligencia interpersonal». Sin embargo, en los últimos años, el mayor interés en los aspectos sociales de la inteligencia se ha centrado en la inteligencia emocional. Este concepto se propuso, por primera vez, en 1990 como una forma de inteligencia social que comprende la capacidad para controlar las emociones y sentimientos propios y ajenos, para establecer diferencias entre ellos y para usar la información obtenida con el fin de guiar los propios pensamientos y acciones (Salovey y Mayer, 1990). No obstante, el gran interés que despierta la inteligencia emocional hoy en día surgió con la publicación del libro de Daniel Goleman *Inteligencia emocional* (1995). Para Goleman, al determinar la eficacia de un individuo, el coeficiente de inteligencia obtenidos con test estandarizados posee una relevancia menor que la inteligencia emocional. Según Goleman, este concepto comprende cuatro áreas principales:

- *Desarrollo de la atención hacia las propias emociones* (capacidad para separar sentimientos de acciones).
- *Control de las emociones* (capacidad para controlar la ira).
- *Lectura de las emociones* (capacidad para ponerse en la perspectiva del otro).
- *Manejo de las relaciones* (capacidad para resolver problemas en las relaciones).

Algunos colegios han comenzado a desarrollar programas diseñados para ayudar a los niños en su vida emocional. Por ejemplo, una escuela privada cerca de San Francisco (Estados Unidos), llamada *Nueva School*, oferta una clase de «ciencia del yo», cuyo tema principal son los sentimientos, los del niño y los vinculados a las relaciones. Los profesores hablan de asuntos reales, como el daño que se siente cuando te excluyen, la envidia y las faltas de acuerdo que podrían dar lugar a peleas. La lista de contenidos de esta asignatura coincide en muchos aspectos con los componentes que, según Goleman, forman la inteligencia emocional.



¿Cuáles son algunas de las estrategias eficaces que pueden ayudar a los niños a enfrentarse a situaciones traumáticas, como los atentados terroristas ocurridos en Estados Unidos el 11 de septiembre de 2001?

Hacer frente al estrés Aprender a gestionar el estrés es una parte importante de la vida emocional de los niños. Con los años, los niños se muestran capaces de evaluar con mayor precisión una situación estresante y de determinar el grado de control que ejercen sobre ella. Los niños de mayor edad también crean alternativas para hacer frente a esas situaciones y utilizan más estrategias cognitivas. Por ejemplo, los niños mayores poseen una mayor capacidad para dirigir de forma intencionada sus pensamientos hacia algo que causa menos tensión. También mejora su capacidad para crear nuevas perspectivas (es decir, para cambiar la percepción que se tiene de una situación estresante). Por ejemplo, los niños de menor edad pueden sentirse muy decepcionados cuando su profesor no les saluda al llegar al colegio, mientras que los mayores pueden cambiar la perspectiva de esta situación y pensar que el profesor estaba ocupado con otras cosas y por eso se olvidó de saludar.

A los 10 años de edad, la mayor parte de los niños son capaces de utilizar estrategias cognitivas para enfrentarse al estrés (Saarni, 1999). Sin embargo, en aquellas familias caracterizadas por la falta de apoyo y la existencia de graves problemas y traumas, los niños pueden verse tan superados por el estrés que no emplean ninguna de esas estrategias. Los ataques terroristas del 11 de septiembre de

2001 contra las Torres Gemelas en Nueva York y el Pentágono en Washington, motivaron una mayor atención hacia el estudio de cómo ayudar a los niños a enfrentarse a este tipo de acontecimientos (La Greca y otros, 2002; Phillips, Prince y Schiebelhut, 2004). Los niños que poseen varias técnicas para hacer frente a las dificultades se adaptan y funcionan con mayor competencia cuando ocurren acontecimientos traumáticos. A continuación se presentan algunas recomendaciones para ayudar a los niños a gestionar el estrés que surge de este tipo de situaciones (Gurwitch y otros, 2001; págs. 4-11):

- Tranquilizar a los niños y asegurarles que están a salvo. Tal vez haya que realizar esta tarea varias veces.
- Permitir que los niños relaten lo sucedido y escucharlos con paciencia.
- Fomentar que los niños hablen sobre cualquier sensación inquietante o confusa. Debemos comunicarles que es normal experimentar estas sensaciones después de un acontecimiento grave.
- Ayudar a los niños a entender lo que ha ocurrido. Los niños pueden no entender lo que ha ocurrido. Por ejemplo, los niños de menor edad «pueden culparse a sí mismos, creer que ocurrieron cosas que, en realidad, no han pasado, pensar que los terroristas están en la escuela, etc. Con tacto, debemos ayudar a los niños a comprender el acontecimiento de forma realista» (pág. 10).
- Proteger a los niños frente a nuevas situaciones que provoquen miedo o que recuerden el trauma, incluyendo limitar las conversaciones sobre el acontecimiento que se producen delante de los niños.

La vivencia de acontecimientos traumáticos puede hacer que los individuos reflexionen sobre los aspectos morales de la vida. El desamparo y la falta de esperanza pueden bloquear el desarrollo emocional en los casos en los que un niño es testigo de la violencia en zonas de guerra o en áreas marginadas (Garbarino y otros, 1992; Nadar, 2001). A continuación, analizaremos el desarrollo moral de los niños.

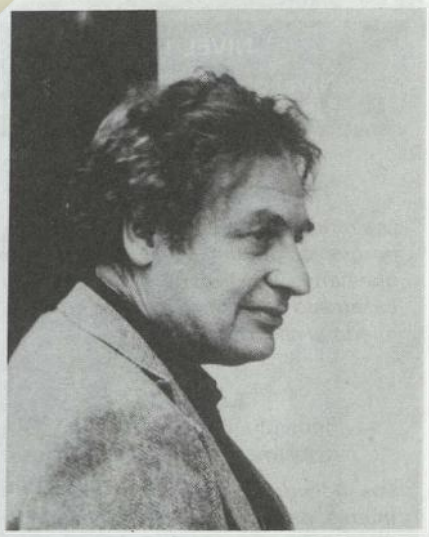
Desarrollo moral

Recordemos la descripción de las teorías de Piaget sobre el desarrollo moral que realizamos en el Capítulo 9. Para Piaget, los niños más pequeños se caracterizan por poseer una moralidad heterónoma. Sin embargo, a los diez años se encuentran ya en un nivel más elevado denominado moralidad «autónoma». Según Piaget, los niños de más edad evalúan las intenciones de un individuo, consideran que las reglas pueden cambiarse y son conscientes de que el castigo no siempre es el resultado de una acción errónea.

Lawrence Kohlberg (1958, 1986) propuso otro importante enfoque del desarrollo moral. Los estadios cognitivos del desarrollo descritos por Piaget (especialmente el preoperacional, el operacional concreto y el operacional formal) forman la base de la teoría de Kohlberg, quien, sin embargo, sugirió que los estadios de Piaget no son los únicos factores que influyen en el desarrollo moral. Así, Kohlber se centró principalmente en la importancia de las oportunidades para adoptar la perspectiva de otros y en la experimentación de los conflictos que surgen entre el estado concreto de pensamiento moral de un individuo y los razonamientos de otra persona que se encuentra en una fase más avanzada.

Kohlberg llegó a estas conclusiones tras 20 años de entrevistas con niños, siguiendo una técnica muy original. Durante las entrevistas, Kohlberg les mostraba una serie de historias cuyos protagonistas debían enfrentarse a distintos dilemas morales. A continuación presentamos el dilema más conocido:

> En Europa, una mujer estaba a punto de morir por culpa de un tipo concreto de cáncer. Existía una medicina que, según los médicos, tal vez podría salvarla. Se trataba de una variante del radio que un farmacéutico de la misma ciudad había descubierto



Lawrence Kohlberg, creador de una innovadora teoría cognitiva y evolutiva del desarrollo moral. *¿Cuáles son las características de su teoría?*

hacía poco tiempo. La fabricación de la medicina resultaba muy cara, el farmacéutico cobraba por ello diez veces más de lo que le costaba producirla: pagaba 200 € por el radio y cobraba 2.000 € por una pequeña dosis de la medicina. El marido de la enferma, Heinz, acudió a todos sus conocidos para pedirles prestado el dinero, pero sólo logró reunir 1.000 €, exactamente la mitad de lo que costaba la medicina. Habló con el farmacéutico y le dijo que su mujer estaba muriéndose y le pidió que le vendiera la medicina más barata o que le dejara pagarla más adelante. Pero el farmacéutico le respondió: «No. Yo he descubierto esta medicina, y pienso sacar provecho de ella». Desesperado, Heinz entró de noche en la farmacia y robó la medicina que le hacía falta a su esposa. (Kohlberg, 1969, pág. 379)

Esta historia es una de las once que Kohlberg creó con el fin de investigar las características del pensamiento moral. Después de leer la historia, el entrevistador hace una serie de preguntas acerca del dilema moral que se plantea. ¿Debería Heinz haber robado la medicina? ¿Fue correcto o erróneo que la robara? ¿Por qué? ¿Es el deber de un marido robar la medicina que su mujer necesita si no puede obtenerla de otra forma? ¿La robaría un buen marido? No existía ninguna ley que limitara el precio de la medicina, por tanto, ¿tenía el farmacéutico el derecho a pedir el precio que quisiera? ¿Por qué? ¿Por qué no?

Los niveles de Kohlberg A partir de las respuestas dadas por los entrevistados ante este y otros dilemas morales, Kohlberg formuló la hipótesis de la existencia de tres niveles en el desarrollo moral, cada uno de los cuales se divide en dos estadios (véase la Figura 11.1).

El **razonamiento preconvencional** constituye el nivel más bajo de razonamiento moral. En este nivel, el bien y el mal se interpretan de acuerdo con recompensas o castigos externos.

- *Estadio 1.* La moralidad heterónoma es la primera etapa del razonamiento preconvencional. En ella, el pensamiento moral suele relacionarse con el castigo. Por ejemplo, los niños piensan que deben obedecer por temor al castigo que recibirían si desobedecen.
- *Estadio 2.* El individualismo, el propósito instrumental y el intercambio constituyen la segunda etapa del razonamiento preconvencional. En ella, los individuos persiguen sus propios intereses, pero permiten que otros también lo

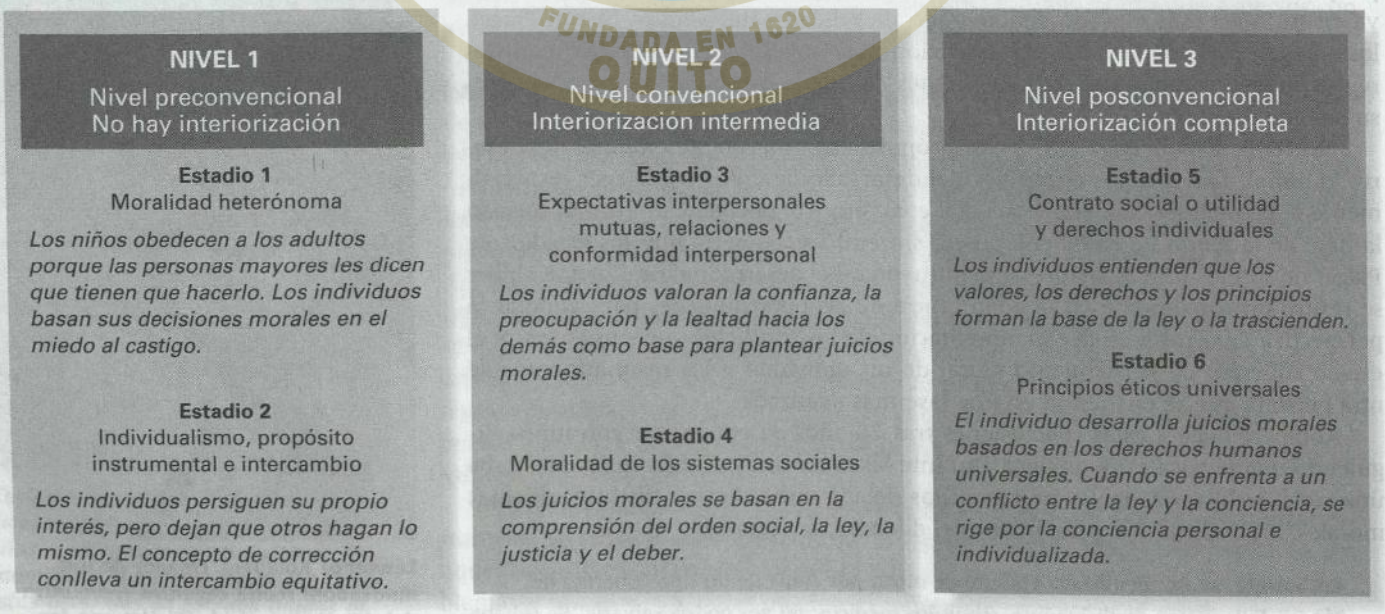


FIGURA 11.1 Los tres niveles y seis estadios del desarrollo moral según Kohlberg

hagan. De esta manera, consideran que lo correcto conlleva un intercambio equitativo. Por ejemplo, si se es agradable con los demás, éstos serán también agradables con nosotros.

El **razonamiento convencional** constituye el segundo nivel (o nivel intermedio) en la teoría de Kohlberg. Los individuos se atienen a ciertos principios (internos), pero existen los principios de otros (externos), como los de los padres o las leyes sociales.

- *Estadio 3.* Este estadio está formado por las expectativas interpersonales mutuas, las relaciones y la conformidad interpersonal. En esta etapa, los individuos valoran la confianza, la preocupación y la lealtad hacia los demás como base para plantear juicios morales. Los niños y los adolescentes suelen adoptar los principios morales de sus padres en este estadio, con el propósito de que sus padres los consideren «un buen chico» o «una buena chica».
- *Estadio 4.* El cuarto estadio de la teoría de Kohlberg se basa en la **moralidad de los sistemas sociales.** En esta etapa, los juicios morales se basan en la comprensión del orden social, la ley, la justicia y el deber. Por ejemplo, los adolescentes pueden deducir que, para que una comunidad funcione de forma efectiva, es necesario que la protejan leyes que todos los miembros deben cumplir.

El **razonamiento posconvencional** constituye el nivel más alto dentro de la teoría de desarrollo moral de Kohlberg. En él, el individuo reconoce caminos morales alternativos, explora todas las opciones y luego decide de acuerdo con un código moral personal.

- *Estadio 5.* Este estadio está formado por el **contrato social o la utilidad y los derechos individuales.** En él, los individuos concluyen que los valores, los derechos y los principios forman la base de la ley o la trascienden. Se evalúa la validez de las leyes y se examinan los sistemas sociales de acuerdo con la intensidad con la que protegen los derechos y principios humanos fundamentales.
- *Estadio 6.* Los principios éticos universales constituyen este sexto estadio de la teoría de Kohlberg. En él, el individuo desarrolla un principio moral basado en los derechos humanos universales. Cuando se enfrenta a un conflicto entre la ley y la conciencia, se rige por la conciencia, aun cuando esta decisión conlleve un riesgo personal.

Para Kohlberg, estos niveles y estadios se producen de forma consecutiva y están relacionados con la edad: antes de los 9 años, la mayor parte de los niños resuelven los dilemas morales de forma preconvencional. En la adolescencia temprana, razonan de forma más convencional. La mayoría de los adolescentes razonan en el estadio 3, con algunos rasgos de los estadios 2 y 4. Al comienzo de la edad adulta, una pequeña proporción de individuos razonan de forma posconvencional. En un estudio longitudinal llevado a cabo a lo largo de 20 años, se detectó un descenso en el uso de los estadios 1 y 2 (Colby y otros, 1983). El cuarto estadio, que no aparece en el razonamiento moral de los niños de 10 años, se identificó en el 62 por 100 del pensamiento moral de los adultos de 36 años. El quinto estadio no apareció hasta la edad de 20 o 22 años y nunca se reconoció como característico de más del 10 por 100 de los individuos. De esta manera, los estadios morales aparecían algo más tarde de lo que Kohlberg había estimado en un primer momento, y el razonamiento en los estadios más elevados, especialmente en el sexto, apenas aparecía. Aunque el sexto estadio se eliminó del manual de determinación de juicios morales de Kohlberg, aún se le otorga una importancia teórica dentro de este esquema de desarrollo moral.

Poco antes de su fallecimiento, Kohlberg valoraba la posibilidad de incluir un séptimo estadio a su teoría, la *perspectiva cósmica*. Este autor consideraba que, en

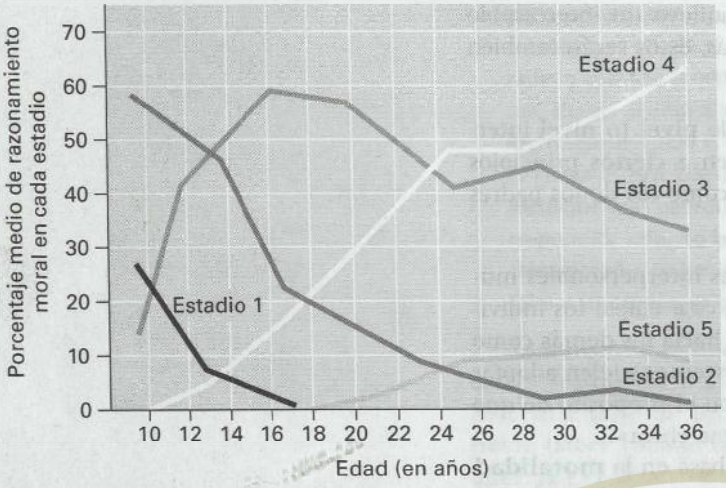


FIGURA 11.2 Edad y porcentaje de individuos en cada estadio de la teoría de Kohlberg

Según un estudio longitudinal realizado con varones de entre 10 y 36 años de edad, a los 10 años el razonamiento moral se encuentra en el estadio 2 (Colby y otros, 1983). De los 16 a los 18 años, el tipo más frecuente de razonamiento moral es el estadio 3, y el cuarto estadio se convierte en el más frecuente entre los 23 y los 25 años. El quinto estadio no aparece hasta los 20 o 22 años de edad, y nunca caracteriza a más de 10 por 100 de los individuos. En este estudio, los estadios morales aparecen algo más tarde de lo que Kohlberg había señalado, y el estadio 6 no se identificó en ningún individuo.

este elevado estadio del razonamiento moral, los individuos trascendían las consideraciones de la justicia y se consideraban no sólo parte de la humanidad, sino del conjunto del universo (Kohlberg y Ryncarz, 1990). En este estadio, los individuos reflexionan acerca de cuestiones como ¿por qué hay que seguir principios morales?, ¿por qué se debe ser justo en un mundo que parece injusto? El séptimo estadio se relaciona con la importancia de la trascendencia personal en la filosofía y la religión orientales. Los individuos que razonan en este estadio son conscientes de que, al integrarse en el universo, todo está conectado, por lo que las acciones de una persona afectan a todos los demás, y las consecuencias de esas acciones repercuten también en quien las llevó a cabo.

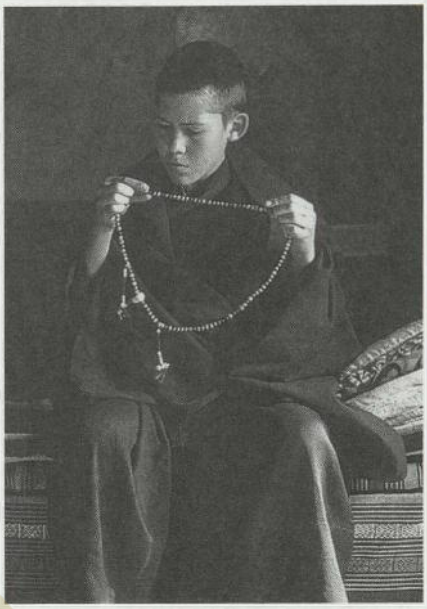
Críticas a la teoría de Kohlberg La teoría de Kohlberg dio lugar a debates, investigaciones y críticas (Lapsley, 2005; Nucci, 2004; Smetana, 2005). Estas últimas se han centrado en la relación entre pensamiento moral y conducta moral, la evaluación del razonamiento moral, la influencia de la cultura y la familia en el desarrollo moral, la poca atención prestada al género, las relaciones y la preocupación por los demás, y la falta de una distinción entre razonamiento moral y razonamiento convencional social.

Pensamiento moral y comportamiento moral Se ha criticado la teoría de Kohlberg por centrarse demasiado en el pensamiento moral y no lo suficiente en el comportamiento moral. En ocasiones, las razones morales pueden constituir un refugio para el comportamiento inmoral. Tanto los políticos y los directivos de grandes compañías como los desfalcadores de bancos se adhieren a las más elevadas virtudes morales cuando se refieren a dilemas morales, pero su propio comportamiento puede ser inmoral. En Estados Unidos, basta con recordar los recientes escándalos financieros que protagonizaron las compañías Enron y WorldCom para hallar nobles principios morales de la mano de conductas inmorales. Nadie desea la existencia de una nación de tramposos y ladrones capaces de razonar a un nivel posconvencional. Tanto los tramposos como los ladrones pueden saber qué es lo correcto, pero seguir llevando a cabo acciones incorrectas.

Tras los atentados terroristas en Estados Unidos del 11 de septiembre de 2001 y los conflictos de ahí surgidos, resulta especialmente interesante analizar cómo las acciones más atroces pueden aparecer bajo un manto de virtudes morales, y por qué este hecho puede resultar especialmente peligroso. Según Albert Bandura (1999, 2002), investigador en el campo de la cognición social, los individuos no suelen llevar a cabo conductas dañinas hasta que han sido capaces de justificar moralmente sus acciones ante sí mismos. En este proceso de justificación moral, la conducta inmoral se vuelve personal y socialmente aceptable al afirmar que sirve al interés general y moral. En numerosas ocasiones a lo largo de la historia, quienes han cometido acciones dañinas han manipulado la teología con el fin de convertirse en enviados divinos. Bandura utiliza como ejemplo a los extremistas islámicos, quienes consideran su *jihad* (guerra santa) una forma de autodefensa frente a pueblos tiránicos y decadentes que intentan esclavizar al mundo islámico.

Evaluación del razonamiento moral Para algunos expertos en desarrollo, la calidad de las investigaciones de Kohlberg es discutible, y consideran que debería prestarse más atención a la forma en la que se evalúa el desarrollo moral (King y Mayhew, 2002; Thoma, 2002). Así, por ejemplo, James Rest (1986; Rest y otros,

1999) afirma que deberían emplearse métodos variados para recolectar datos sobre el pensamiento moral, en vez de basarse sólo en un único método en el que se pide a los individuos que reflexionen sobre dilemas morales hipotéticos. Rest también señaló las dificultades que surgen al puntuar las historias empleadas por Kohlberg. Para evitar este problema, Rest desarrolló su propio método de medida del desarrollo moral, denominado «Prueba de definición de criterios» (*Defining Issues Test*), con la que se intenta determinar qué criterios morales resultan de importancia crucial para los individuos en una situación determinada. En esta prueba, se entrega a los sujetos una serie de dilemas y una lista con definiciones de los aspectos más relevantes que aparecen en esos dilemas (Kohlberg no hacía uso de este tipo de lista). En la historia de Heinz y el farmacéutico, por ejemplo, se podría preguntar a los sujetos si las leyes de la comunidad deben respetarse en esta situación, o si Heinz debería estar dispuesto a arriesgarse a ser herido o a que lo detuvieran por robo. También se les puede pedir que creen una lista de los valores más importantes que rigen la interacción humana. En esta prueba, se emplean seis historias y se pide a los participantes que valoren la importancia de cada criterio decidiendo qué debería hacerse en cada caso. Luego se les pide que creen una lista de los cuatro criterios que consideren más importantes. Para Rest, este método posee una mayor validez y fiabilidad que el método de Kohlberg a la hora de evaluar el pensamiento moral (Rest y otros, 1999).



Para muchos budistas, este muchacho nepalí de 14 años es la sexta persona más santa del mundo. *¿De qué manera puede apartarse el razonamiento moral de este chico de las predicciones realizadas por Kohlberg en su*

Cultura y desarrollo moral Según algunos autores, las ideas de Kohlberg presentan prejuicios culturales (Banks, 1993; Miller, 2005; Tappan, 2005; Wainryb, 2005). Una revisión de 45 investigaciones sobre desarrollo moral realizadas en 27 entornos culturales distintos apoyó la universalidad de los cuatro primero estadios de la teoría de Kohlberg, aunque se advirtió que la diversidad cultural poseía una mayor importancia en los estadios quinto y sexto (Snarey, 1987). Según esta revisión de investigaciones, el grado de relación existente entre el razonamiento moral y la cultura es mucho mayor de lo que señaló Kohlberg. Además, el sistema de determinación de Kohlberg no reconoce la existencia de razonamientos morales a niveles altos en ciertos grupos culturales (Snarey, 1987). Ejemplos de razonamientos morales que no se encuadrarían en niveles altos según el sistema de Kohlberg son los valores relacionados con la equidad comunal y la felicidad colectiva en Israel, la unidad de todas las formas de vida, que se consideran sagradas, en la India, y la relación entre el individuo y la comunidad en Nueva Guinea. Según el sistema de Kohlberg, estos ejemplos de razonamiento moral no se encuadrarían en los niveles más altos porque no se centran en los derechos de los individuos ni en los principios abstractos de la justicia. Otro estudio evaluó el desarrollo moral de 20 monjes budistas adolescentes en Nepal (Huebner y Garrod, 1993). El concepto de justicia, básico en la teoría de Kohlberg, no poseía tal importancia según las ideas morales de los monjes, y sus preocupaciones acerca de la prevención del sufrimiento y del papel de la compasión no se incluyen en la teoría de Kohlberg.

Familias y desarrollo moral Kohlberg consideraba que los procesos familiares no desempeñan ningún papel importante en el desarrollo moral de los niños. Como ya se mencionó, este autor afirmaba que, normalmente, las relaciones paterno-filiales se basan en la autoridad y apenas proporcionan a los niños oportunidades para realizar intercambios o tomar perspectiva. Kohlberg señaló que dichas oportunidades son más probables en las relaciones de los niños con sus iguales (Brabeck, 2000).

¿Subestimó Kohlberg la importancia de las relaciones familiares en el desarrollo moral? Numerosos expertos en desarrollo infantil consideran que Kohlberg no valoró adecuadamente la contribución de las relaciones familiares al desarrollo moral. Estos autores afirman que la *disciplina inductiva*, que utiliza el razonamiento y dirige la atención de los niños hacia las consecuencias que sus acciones pueden tener para los demás, ejerce una notable influencia en el desarrollo moral

(Hoffman, 1970). También señalan que los valores morales de los padres influyen en el desarrollo de los pensamientos morales de los niños (Gibbs, 1993). Sin embargo, la mayor parte de los expertos en desarrollo coinciden con Kohlberg y Piaget al afirmar que también los iguales desempeñan un importante papel en el desarrollo del razonamiento moral.

Género y la perspectiva de la preocupación por los demás Carol Gilligan (1982, 1992, 1996) afirma que la teoría de Kohlberg se basa en reglas masculinas que dan gran importancia a principios abstractos, subestimando las relaciones con los demás o la preocupación por otros individuos. La teoría de Kohlberg aplica una **perspectiva de la justicia,** que constituye una perspectiva moral que se centra en los derechos del individuo: las personas, desde su individualidad, toman decisiones morales de forma independiente. Por el contrario, Gilligan defiende el concepto de **perspectiva de la preocupación por los demás,** es decir, una perspectiva moral que considera a los individuos de acuerdo con las conexiones que mantienen con otros, centrándose en la comunicación interpersonal, las relaciones y la preocupación que se demuestra por los demás. Según Gilligan, Kohlberg restó demasiada importancia al papel de esta segunda perspectiva en el desarrollo moral, posiblemente porque Kohlberg era un hombre, llevó a cabo la mayor parte de sus investigaciones con varones, cuyas respuestas empleó como modelo para su teoría.

Tras realizar un gran número de entrevistas a niñas de entre 6 y 18 años, Gilligan (1992, 1996) descubrió que las niñas interpretan los dilemas morales de forma constante basándose en las relaciones humanas y en sus observaciones de lo que dicen y hacen otras personas (Gilligan, 1992, 1996). Según Gilligan, las niñas poseen la capacidad de identificar con sus sentidos los diferentes ritmos que se perciben en las relaciones y, a menudo, son capaces de seguir patrones de sentimientos.

Gilligan considera que las niñas alcanzan un punto crítico en su desarrollo al llegar a la adolescencia. Normalmente, cuando tienen 11 o 12 años, perciben que su gran interés por la intimidad no se valora en una cultura dominada por los hombres, a pesar de que la sociedad valora la capacidad de preocupación y altruismo de las mujeres. El dilema surge cuando las niñas deben elegir entre una serie de opciones que las hacen parecer egoístas, por un lado, o sin personalidad, por otro. Gilligan considera que, cuando las adolescentes se enfrentan a este dilema, tienden a silenciar sus «características singulares».

La afirmación realizada por Gilligan de que existen diferencias sustanciales de género en los juicios morales es puesta en duda por un meta-análisis (un análisis estadístico que combina los resultados de numerosos estudios distintos) (Jaffee y Hyde, 2000). Según este estudio, de forma general, tan sólo una pequeña diferencia en el razonamiento basado en la perspectiva de la preocupación por los demás favorecía a las mujeres, pero esta diferencia de género era más evidente en la adolescencia que en la niñez. En los casos en los que se producían diferencias, éstas se explicaban mejor cuando se atendía a las características del dilema, y no al género (por ejemplo, tanto los hombres como las mujeres tendían a aplicar el razonamiento basado en la perspectiva de la preocupación por los demás en dilemas relacionados con aspectos interpersonales, pero empleaban el razonamiento basado en la perspectiva de la justicia al tratar dilemas sociales).

Los investigadores han determinado que las mujeres consideran que los dilemas morales vinculados a la preocupación por los demás y a las relaciones son más notables o morales, lo que no ocurre en el caso de los hombres (Eisenberg y Morris, 2004). Un reciente estudio apoya esta idea al hallar que las mujeres consideraban más relevantes los dilemas prosociales (Wark y Krebs, 2000). En otra reciente investigación se determinó que, al tratar las citas entre adolescentes, las chicas utilizaban el razonamiento basado en la preocupación por los demás en mayor medida que los chicos de la misma edad (Weisz y Black, 2002).

Razonamiento convencional social Según algunos investigadores y teóricos, resulta importante diferenciar entre el razonamiento moral y el razonamiento convencional social, una distinción que, en su opinión, Kohlberg no estableció de forma adecuada (Helwig y Turiel, 2004; Smetana, 2005; Smetana y Turiel, 2003; Turiel, 1998, 2003, 2005). El **razonamiento convencional social** se centra en los pensamientos relacionados con el consenso y las convenciones sociales. Por el contrario, el razonamiento moral trata cuestiones éticas. Las reglas convencionales se crean para controlar las irregularidades conductuales y mantener el sistema social. Son reglas arbitrarias y dependen del juicio individual. Así, por ejemplo, utilizar cubiertos al comer es una regla social convencional, al igual que alzar la mano en clase para preguntar u opinar.

Por el contrario, las normas morales no son arbitrarias ni se establecen por capricho, ni tampoco surgen del consenso social. Estas normas son obligatorias, se aceptan de forma unánime y presentan un cierto grado de impersonalidad (Turiel, 1998). De esta manera, las normas relacionadas con la mentira, las trampas, los robos y el daño físico a las personas son normas morales porque su violación supone un ataque a los estándares éticos que existen independientemente del consenso y de las convenciones sociales. En resumen, los juicios morales se relacionan con el concepto de justicia, mientras que los juicios sociales convencionales constituyen conceptos de organización social.

Comportamiento prosocial y altruismo En el comportamiento moral de los niños pueden aparecer actuaciones negativas y antisociales —como mentir, hacer trampas o robar— o un *comportamiento prosocial*, esto es, los aspectos positivos del comportamiento moral, como mostrar empatía hacia alguien o actuar de forma altruista (Carolo, 2005; Hoffman, 2002). A pesar de que las teorías de Kohlberg y Gilligan se han centrado principalmente en los aspectos cognitivos y de pensamiento del desarrollo moral, el estudio del comportamiento moral prosocial presta más atención a los aspectos conductuales (Grusec, Davidov y Lundell, 2002).

El **altruismo** es el interés por ayudar a alguien sin que ello redunde en beneficio propio. Existen numerosos ejemplos de altruismo en las actuaciones humanas: el esforzado trabajador que dona 5 € a una ONG, los conciertos de rock destinados a recaudar fondos para luchar contra el hambre, ayudar a las poblaciones campesinas o investigar sobre el SIDA, y también el niño que recoge a un gato herido y lo cuida.

William Damon (1988) identificó una secuencia en el desarrollo del altruismo de los niños, especialmente cuando se trataba de la capacidad para compartir. Durante los tres primeros años de vida, se comparte no por empatía, sino porque el rito social se considera divertido o por mera imitación. Luego, aproximadamente a los cuatro años, se toma de conciencia de la empatía y se produce una mayor motivación por parte de los adultos, y ambos factores se combinan para crear en el niño la sensación de que debe compartir con los demás. Esta obligación hace que el niño comparta aunque no lo perciba como la mejor forma de divertirse. Sin embargo, la mayor parte de los niños de cuatro años no son angelitos que lo comparten todo. Los niños consideran que deben compartir, pero no siempre piensan que deben ser igual de generosos hacia los demás que hacia sí mismos.

Al comenzar la educación primaria, los niños empiezan a expresar ideas más objetivas acerca del concepto de justicia. Resulta normal escuchar cómo los niños de seis años emplean la palabra *justo* como sinónimo de *igual*. En los últimos cursos de primaria, los niños consideran que la equidad también se refiere al tratamiento especial que algunos se merecen.

Entre los factores que guían el altruismo de los niños no se incluye uno que para muchos adultos podría ser el principal: la motivación de obedecer la autoridad de un adulto. Numerosos estudios han demostrado que la autoridad de los adultos ejerce poca influencia en la motivación de los niños para compartir (Eisenberg, 1982). Tanto los consejos como los estímulos por parte de los padres fomen-

tan la aparición de una tendencia que incita a compartir, pero los estímulos más inmediatos que llevan a ese comportamiento provienen de la interacción y las discusiones con los compañeros.

El comportamiento prosocial se produce con mayor frecuencia en la adolescencia que en la niñez, aunque incluso durante los años de la educación preescolar se pueden encontrar ejemplos de preocupación por los demás y de apoyo a alguien que lo pasa mal (Eisenberg y Fabes, 1998; Eisenberg y Morris, 2004). El apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital» se centra en un estudio que examina la consistencia y el desarrollo del comportamiento prosocial.



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

La consistencia y desarrollo del comportamiento prosocial

Nancy Eisenberg y sus colegas (1999) realizaron un estudio con 32 individuos desde que contaban 4 o 5 años de edad hasta que llegaban a la juventud. Se les evaluó en once ocasiones utilizando numerosos procedimientos, entre los que se incluían observaciones, entrevistas, e informes de los padres y de los compañeros. En los centros de educación preescolar a los que asistían estos niños, las observaciones del comportamiento prosocial se centraron en las conductas de compartir, ayudar y ofrecer apoyo. En la escuela primaria, los niños tuvieron la oportunidad de donar de forma anónima a una ONG para personas necesitadas una cantidad de dinero que se les había entregado (40 centavos de dólar). También se evaluó su comportamiento de ayuda en tareas como darles la oportunidad de ayudar al encargado de la investigación a recoger clips para papel que se habían caído al suelo. En los últimos años de la educación primaria, durante la adolescencia y en los primeros años de la juventud, los sujetos de la investigación realizaron test personales con listados de ítems centrados en el altruismo.

Los resultados indicaron que los comportamientos prosociales observados durante los años de la educación preescolar (compartir, ayudar y ofrecer apoyo) se relacionaban con el comportamiento prosocial de los sujetos durante la educación primaria y en la juventud temprana. Estos datos apoyan la idea de que el comportamiento prosocial tiende a ser estable desde los primeros años de la niñez hasta, al menos, la primera etapa de la juventud.

Género

En el Capítulo 9, analizamos las influencias biológicas, cognitivas y sociales que afectan al desarrollo del género. El género es un aspecto tan dominante en la identidad de un individuo que, a continuación, seguiremos analizando el papel que desempeña en el desarrollo del niño, y nos centraremos en los siguientes aspectos relacionados con el género: los estereotipos de género, las similitudes y diferencias y la clasificación de roles de género.

Estereotipos de género Los **estereotipos de género** son categorías amplias que reflejan nuestras impresiones y creencias sobre los hombres y las mujeres. Las investigaciones han demostrado que los estereotipos de género se encuentran muy difundidos (Lenton y Blair, 2004). En un amplio estudio llevado a cabo con estudiantes universitarios de 30 países, los sujetos consideraron que los hombres eran

dominantes, independientes, agresivos, orientados hacia el éxito y resistentes, mientras que las mujeres eran maternales, dependientes, con menos autoestima y siempre dispuestas a ayudar en épocas de dificultades (Williams y Best, 1982). Otros estudios indican que los estereotipos de género se encuentran ampliamente extendidos (Arima, 2003; Best, 2001; Bigler, Averhart y Liben, 2003).

Según un estudio posterior, en los países con un mayor nivel de desarrollo, tanto las mujeres como los hombres se consideraban más similares a los individuos del género opuesto, mientras que esta tendencia no aparecía en los hombres y mujeres de países menos desarrollados (Williams y Best, 1989). En los países desarrollados, resultaba más probable que las mujeres asistieran a la universidad y que trabajaran fuera del hogar. De esta manera, tanto los estereotipos como las diferencias reales de comportamiento pueden disminuir cuando aumenta la igualdad entre los sexos. En esta investigación, era más probable que las mujeres percibieran la existencia de similitudes entre los sexos que los hombres (Williams y Best, 1989). Asimismo, la percepción de la igualdad entre sexos era mayor en países de mayoría cristiana que en sociedades musulmanas.

Similitudes y diferencias de género A continuación examinamos algunas de las diferencias existentes entre los sexos, sin olvidar que: 1) las diferencias son medias, es decir, no se considera al total de las mujeres frente al total de los hombres; 2) incluso en los casos en los que se identifican diferencias, suele producirse un solapamiento entre ambos sexos, y 3) las diferencias pueden deberse, esencialmente, a factores biológicos, socioculturales o a ambos. En primer lugar, analizaremos las similitudes y diferencias físicas, y luego nos centraremos en las similitudes y diferencias cognitivas y emocionales.

Desarrollo físico Desde el mismo momento de la concepción, la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, y las mujeres presentan menos tendencia que los hombres a sufrir desórdenes físicos o mentales. Los estrógenos fortalecen el sistema inmunológico, con lo que, por ejemplo, las mujeres poseen una mayor resistencia a las infecciones. Las hormonas femeninas hacen que el hígado produzca más colesterol «bueno», consiguiendo de esta manera que los vasos sanguíneos femeninos sean más elásticos que los de los hombres. La testosterona, por otro lado, fomenta la síntesis de lipoproteínas de baja densidad, que obstruyen los conductos sanguíneos. Los hombres presentan un riesgo dos veces superior a las mujeres de padecer enfermedades coronarias. Además, los altos niveles de estrés aceleran el proceso de coagulación en los hombres y también aumentan la tensión arterial. Las mujeres presentan aproximadamente el doble de grasa corporal que los hombres, y ésta se concentra sobre todo alrededor de los senos y en las caderas. En los hombres, la grasa suele acumularse en el abdomen. Por término medio, los hombres suelen ser un 10 por 100 más altos que las mujeres, ya que las hormonas masculinas inducen al crecimiento de los huesos, mientras que las femeninas detienen ese crecimiento en la pubertad.

¿Influye el género en la estructura y en el funcionamiento cerebrales? Los cerebros humanos son muy similares, tanto los de hombres como los de mujeres (Halpern, 2001). Sin embargo, las investigaciones realizadas han hallado ciertas diferencias entre los cerebros de hombres y los de mujeres (Goldstein y otros, 2001; Kimura, 2000). A continuación se presentan algunas de estas diferencias:

- Una zona del hipotálamo responsable del comportamiento sexual es mayor en los hombres que en las mujeres (Swaab y otros, 2001).
- Ciertas áreas del cuerpo calloso, el haz de tejidos que conecta ambos hemisferios cerebrales, son mayores en las mujeres que en los hombres (Le Vay, 1991).
- Una zona del lóbulo parietal que controla las destrezas viso-espaciales es mayor en los hombres que en las mujeres (Frederikse y otros, 2000).

- Las zonas del cerebro relacionadas con la expresión de las emociones muestran una mayor actividad metabólica en las mujeres que en los hombres (Gur y otros, 1995).

Desarrollo cognitivo En una revisión clásica de las diferencias de género, Eleanor Maccoby y Carol Jacklin (1974) llegaron a la conclusión de que los hombres poseen mejores capacidades matemáticas y viso-espaciales (las capacidades que los arquitectos necesitan para diseñar las formas y dimensiones de los edificios), mientras que las mujeres presentaban mejores capacidades verbales. Más adelante, Maccoby (1987) se replanteó sus anteriores conclusiones acerca de diversas dimensiones del género. Afirmó que la acumulación de resultados de investigaciones parece indicar en la actualidad que las diferencias verbales entre los hombres y las mujeres han desaparecido prácticamente, pero que las diferencias viso-espaciales y matemáticas aún existen.

Algunos expertos en el género, como Janet Shibley Hyde (2004; Hyde y Mezulis, 2001), consideran que se han exagerado las diferencias cognitivas existentes entre los hombres y las mujeres. Por ejemplo, Hyde señala que existe un considerable solapamiento en las distribuciones de los resultados obtenidos por hombres y mujeres en las tareas matemáticas y viso-espaciales.

Según un estudio llevado en Estados Unidos («Evaluación nacional de avances en la educación, 2001»), los niños obtenían resultados ligeramente superiores a las niñas en matemáticas y ciencias. En términos generales, no obstante, las chicas superaban a sus compañeros masculinos, especialmente en capacidad lectora (véase la Figura 11.3). Otra reciente investigación llevada a cabo en Estados Unidos reveló que las chicas presentaban una mejor capacidad de expresión escrita que los chicos en los cursos cuarto, octavo y duodécimo (cuarto de primaria, segundo de secundaria y segundo de bachillerato en el sistema español), y que esta diferencia entre géneros se ampliaba gradualmente a lo largo de toda la educación escolar (Coley, 2001; «Evaluación nacional de avances en la educación estadounidense», 1998).

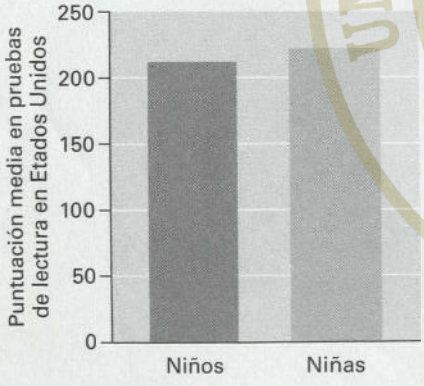


FIGURA 11.3 Puntuaciones en pruebas de lectura obtenidas por niños y niñas de cuarto de primaria en Estados Unidos

Según la Evaluación nacional del progreso educativo realizada en 2000 en Estados Unidos, las niñas obtenían mejores resultados en pruebas de lectura en el cuarto curso de primaria («Evaluación nacional del progreso educativo», 2001). Un estudio previo había indicado que esta diferencia entre géneros también se detecta en el caso de estudiantes de segundo de secundaria y segundo curso de bachillerato («Evaluación nacional del progreso educativo», 1988). En esta evaluación, la capacidad lectora se puntuaba en una escala de 0 a 50.

Desarrollo socioemocional El género se ha estudiado de manera profunda en tres áreas del desarrollo socioemocional: agresión, auto-regulación de las emociones y comportamiento prosocial.

Una de las diferencias de género más recurrentes hace referencia al hecho de que los niños sean más agresivos físicamente que las niñas, característica que se detecta en todas las culturas y que aparece desde muy temprano en el desarrollo del niño (Ostrove, Keating y Ostrove, 2004; White, 2001). La diferencia de agresión física es especialmente evidente cuando se provoca a los niños. Para explicarla, se han señalado tanto factores culturales como biológicos. Estos últimos comprenden las expectativas culturales, los modelos de comportamiento establecidos por adultos y por el grupo de iguales, y los agentes sociales que premian la agresión en los chicos y la castigan en las chicas.

A pesar de que los chicos se muestran de forma repetida más agresivos físicamente que las chicas, ¿pueden las chicas mostrar tanta o más agresión verbal (por ejemplo, con gritos) que los chicos? Cuando se examina la agresión verbal, las diferencias de género suelen desaparecer o, en ocasiones, se hacen más evidentes en las chicas (Eagly y Steffen, 1986). Resulta mucho más probable que las chicas, y no los chicos, participen en lo que se denomina *agresión relacional*, en la que se incluyen comportamientos como hacer que los demás desarrollen una opinión negativa de un individuo concreto difundiendo rumores maliciosos sobre ese individuo o ignorar a una persona con la que uno se siente enfadado (Crick y otros, 2004; Underwood, 2003, 2004).

Una importante destreza es la capacidad para regular y controlar las emociones y el comportamiento (Eisenberg, 2001). Los hombres suelen mostrar un menor grado de auto-regulación que las mujeres, lo que puede dar lugar a problemas de

comportamiento (Eisenberg y otros, 2002). En una investigación, se relacionó el bajo nivel de auto-regulación con recurrir más a la agresión, molestar a los demás, reaccionar de manera exagerada ante la frustración, cooperar poco y mostrarse incapaz de retrasar la recompensa por un comportamiento determinado (Block y Block, 1980).

¿Existen diferencias de género en el comportamiento prosocial? Las mujeres se consideran a sí mismas más prosociales y empáticas, y participan más frecuentemente en comportamientos prosociales que los hombres (Eisenberg y Morris, 2004). Por ejemplo, una revisión de trabajos de investigación estableció que, a lo largo de la niñez y de la adolescencia, las mujeres participaban en más comportamientos prosociales (Eisenberg y Fabes, 1998). La mayor diferencia entre géneros se advertía en el comportamiento amable y considerado, y la menor diferencia, en la conducta de compartir.

Ya hemos analizado en este capítulo la teoría de Carol Gilligan, según la cual las mujeres son más sensibles que los hombres en lo relativo a las relaciones y que, además, poseen mejores destrezas relacionadas con las relaciones. En el Capítulo 15, «Desarrollo socioemocional en la juventud», analizaremos en profundidad el campo del género.

Clasificación de roles de género Hasta no hace mucho, se aceptaba que se debía educar a los niños para ser masculinos y a las niñas para ser femeninas, y que los niños están hechos de «lagartijas y bichos» y las niñas de «azúcar, estrellas y todas las cosas bellas». A continuación examinaremos esta clasificación de los niños y niñas en «masculinos» y «femeninas».

En el pasado, se esperaba que un niño normal fuera independiente, agresivo y fuerte. Una niña normal debía ser dependiente, maternal y no estar interesada por la fuerza. Las características masculinas se consideraban sanas y positivas para la sociedad, mientras que las femeninas eran tachadas de inútiles.

En la década de los setenta, se propusieron alternativas a las nociones de masculinidad y feminidad debido a la mayor insatisfacción de hombres y mujeres con los límites que les imponían los estereotipos de género. En lugar de definir la masculinidad y la feminidad como una secuencia en la que más de un aspecto significa menos del otro, se propuso que los individuos podían poseer rasgos masculinos y femeninos. En esta idea se basó el desarrollo del concepto de **androginia**, es decir, la presencia de características positivas tanto masculinas como femeninas en la misma persona (Bem, 1977; Spence y Helmreich, 1978). El niño andrógino puede ser firme (masculino) y maternal (femenino). La niña andrógina puede ser fuerte (masculino) y sensible a las emociones de los demás (femenino). En una reciente investigación, se confirmó que los cambios sociales hacen que las mujeres presenten una mayor asertividad (Spence y Buckner, 2000). Otro estudio determinó que los hijos varones eran más andróginos que sus padres (Guastello y Guastello, 2003).

Expertos en género, como Sandra Bem, afirman que los individuos andróginos son más flexibles, eficaces y poseen una mejor salud mental que los individuos masculinos o femeninos. Sin embargo, decidir cuál es la clasificación de roles de género adecuada depende del contexto hasta cierto punto. Por ejemplo, en las relaciones más cercanas, las orientaciones femenina y andrógina pueden resultar más beneficiosas dada la naturaleza expresiva de este tipo de relaciones. Según una reciente investigación, las niñas y los individuos que puntuaban alto en feminidad mostraban un mayor interés en preocuparse por los demás que los niños y los individuos que puntuaban alto en masculinidad (Karniol, Groz y Schorr, 2003). No obstante, las orientaciones masculina y andrógina pueden ser las más apropiadas en el mundo académico tradicional y en el sector laboral debido a las exigencias por conseguir logros que caracterizan a ambos contextos.

Para William Pollack (1999), la actual preocupación acerca de la forma en la que se educa a los chicos siguiendo patrones masculinos tradicionales constituye

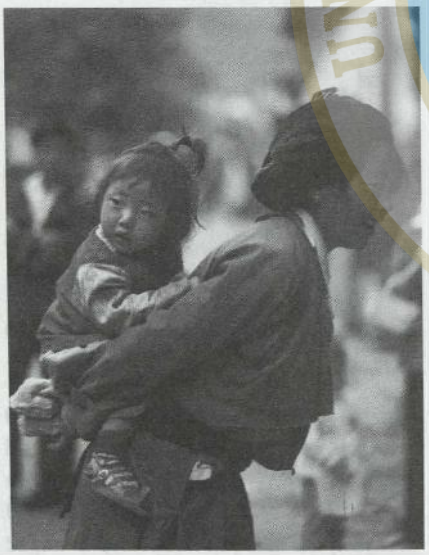
una auténtica «crisis de los muchachos», tal y como afirma en su libro *Real Boys*. Pollack señala que, aunque se ha hablado mucho del «varón sensible», apenas se han realizado actuaciones para cambiar lo que este autor denomina el «código de los muchachos», unas reglas que, a lo largo del crecimiento, indican a los varones más jóvenes que no deberían mostrar sus emociones. Según Pollack, con demasiada frecuencia se educa a los chicos para que no expresen sus sentimientos y para que actúen con dureza. Los muchachos aprenden este código en muchos contextos diferentes: el parque, el patio del colegio, el aula, los campamentos, las reuniones con amigos, etc. También los padres, compañeros, entrenadores, profesores y otros adultos contribuyen a transmitir estas reglas. Pollack y otros autores apuntan que los chicos se beneficiarían si se les educara para expresar sus preocupaciones y su angustia, en vez de reprimirlas, y para aprender a regular más eficazmente su agresividad.

El género en contexto El concepto de clasificación de los roles de género comprende una categorización del individuo basada en los rasgos de la personalidad. Sin embargo, resulta conveniente considerar la personalidad desde una perspectiva basada en la interacción entre al persona y la situación y no como un conjunto de rasgos (Galambos, 2004). De esta manera, en nuestro análisis de la clasificación de los roles de género, señalamos la manera en que los diferentes roles de género pueden resultar más adecuados según sea el contexto o situación en la que se produzcan.

Con el fin de apreciar la importancia de considerar el género dentro de un contexto, analizaremos el comportamiento y los sentimientos de ayuda. Según los estereotipos, las mujeres ayudan más y mejor que los hombres, un rasgo que, sin embargo, depende de la situación. Resulta más probable que las mujeres dediquen voluntariamente parte de su tiempo a ayudar a niños con problemas personales y a presentar un comportamiento basado en el cuidado de otros. No obstante, en aquellas situaciones en las que los hombres experimentan la sensación de competencia y en las que existe cierto riesgo, es más probable que sean los hombres quienes presten ayuda (Eagly y Crowley, 1986). Por ejemplo, resulta más frecuente que sea un hombre quien se detenga y ayude a alguien parado en el arcén de una carretera con una rueda desinflada. De esta manera, en un reciente estudio se determinó que los varones se muestran más dispuestos a ayudar cuando el contexto presenta características masculinas (MacGeorge, 2003).

«Ella muestra sus emociones; él, no». Este es el estereotipo. Sin embargo, al igual que las diferencias relativas al comportamiento de ayuda, las diferencias emocionales entre hombres y mujeres dependen de la emoción concreta que se experimente y del contexto en el que se dan muestras de ella (Shields, 1991). Los hombres suelen expresar más furia hacia los extraños que las mujeres, especialmente si se trata de otros hombres, ya que sienten que se les plantea un reto. Además, también es más probable que expresen esa furia con agresividad. Normalmente, las diferencias emocionales entre hombres y mujeres surgen en contextos en los que se acentúan los roles y las relaciones sociales. Por ejemplo, las mujeres suelen analizar sus emociones centrándose en las relaciones y es más frecuente que expresen miedo o tristeza.

La importancia de considerar el género en un contexto determinado se vuelve más evidente al analizar el comportamiento que la cultura describe como propio de la mujer o del hombre en distintos países en todo el mundo (Denmark, Rabinowitz y Sechzer, 2005; Gibbons, 2000). Mientras que la androginia o las similitudes entre el comportamiento masculino y femenino se aceptan cada vez más en los Estados Unidos, en otros países los roles de género siguen basándose en el sexo. Por ejemplo, en muchos países de Oriente Próximo, sigue existiendo una gran diferencia entre el trabajo que realizan los hombres y el que llevan a cabo las mujeres. Así, se educa a los varones para que trabajen en el contexto público, mientras que las mujeres deben hacerlo en la esfera privada de la casa y en la educación



En China, normalmente se educa a los hombres y a las mujeres para comportarse, sentir y pensar de forma diferente. Las antiguas tradiciones patriarcales basadas en la supremacía del varón aún no han desaparecido, y las mujeres chinas todavía perciben salarios inferiores a los de los hombres. Además, en las zonas rurales (como el pueblo de Lixian, en Sichuán, que se muestra en la foto), la supremacía del hombre aún controla las vidas de muchas mujeres.

de los hijos. El Islam, religión mayoritaria en muchos países de Oriente Próximo, dicta que el deber de un hombre es mantener a su familia, y el de la mujer, cuidar de su familia y de su hogar. De igual manera, la cultura china ha estado tradicionalmente dominada por el hombre, y sigue estándolo. A pesar de que las mujeres chinas han logrado ciertas mejoras en su situación, el papel del hombre sigue siendo dominante, y la mayoría de los hombres del país se muestran muy reacios a aceptar el comportamiento andrógino o la igualdad entre los sexos.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Analizar el desarrollo emocional y de la personalidad en la niñez intermedia y tardía

REVISA

- ¿Qué cambios se producen en el yo durante la niñez intermedia y tardía?
- ¿De qué forma cambian las emociones durante la niñez intermedia y tardía?
- ¿Cuál es la teoría de Kohlberg sobre el desarrollo moral y qué críticas se han planteado a esta teoría? ¿De qué manera se desarrollan el comportamiento prosocial y el altruismo durante la niñez intermedia y tardía?
- ¿Cuáles son algunos de los aspectos más importantes del género en la niñez intermedia y tardía?

REFLEXIONA

- ¿Cuál es tu opinión ante la siguiente situación? Un hombre al que sentenciaron a diez años de cárcel por haber vendido una pequeña cantidad de *cannabis* se escapó de prisión a los seis meses del comienzo de su condena. Lo detuvieron 25 años más tarde. Ahora tiene alrededor de 50 años y ha sido un ciudadano ejemplar. ¿Se le debería volver a encarcelar? ¿Por qué? ¿En qué estadio de Kohlberg debería encontrarse tu respuesta?

2 LA FAMILIA

Las relaciones paterno-filiales

Los cambios sociales y las familias

A partir de los años de la niñez intermedia y tardía, los padres comienzan a pasar mucho menos tiempo con sus hijos. Según un estudio, cuando los niños tenían entre cinco y doce años, los padres dedicaban menos de la mitad del tiempo a su cuidado y educación o a leer, charlar o jugar con ellos, que cuando los niños eran más pequeños (Hill y Stafford, 1980). Este descenso en la interacción paterno-filial se acentúa en familias en las que los padres han recibido poca educación. A pesar de que pasan menos tiempo con sus hijos durante la niñez intermedia y tardía que durante la niñez temprana, los padres siguen desempeñando un papel muy importante como agentes socializadores en la vida de los niños. ¿Cuáles son algunos de los aspectos más importantes de la relación entre padres e hijos durante la niñez intermedia y tardía?

UNIVERSIDAD GENERAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Las relaciones paterno-filiales

La interacción entre padres e hijos durante la niñez temprana se centra en aspectos como los buenos modales, los horarios para acostarse, el control del temperamento, las peleas con los hermanos y compañeros, el comportamiento con respecto a la comida, la autonomía para elegir la ropa, y la búsqueda de atención. A pesar de que algunos de estos aspectos (como las peleas y la reacción ante las medidas disciplinarias) siguen presentes durante los años de la educación primaria, a los siete años de edad ya han surgido nuevos factores (Maccoby, 1984) como, por ejemplo, la decisión de si los niños deberían llevar a cabo ciertas tareas y si deberían recibir dinero por ello; enseñar a los niños a entretenerse solos, en vez de depender de los padres para todo, y controlar las vidas de los niños fuera del ambiente familiar, es decir, en la escuela y con los amigos.

Los aspectos relacionados con la educación escolar resultan especialmente importantes para las familias durante la niñez intermedia y tardía (Collins, Madsen y Susman-Stillman, 2002). Así, las dificultades en la escuela son la principal razón por la que los niños reciben atención especializada durante estas edades. Los niños deben aprender a relacionarse fuera del contexto familiar de forma habitual con adultos, que interactúan con el niño de forma muy diferente a la de los padres. Durante la niñez intermedia y tardía, esta interacción supone un mayor control formal y está orientada a la consecución de logros.

Normalmente, en esta etapa evolutiva, imponer ciertas normas de disciplina resulta más fácil para los padres que durante la niñez temprana, y también puede ser más sencillo que durante la adolescencia. Durante la niñez intermedia y tardía, el desarrollo cognitivo de los niños ha madurado hasta el punto de que ya es posible razonar con ellos acerca de cómo evitar conductas erróneas y de qué manera controlar el comportamiento. En la adolescencia, el razonamiento de los niños se vuelve más complejo, y resulta más improbable que acepten la disciplina impuesta por los padres. Además, los adolescentes exigen un mayor grado de autonomía, lo que produce más dificultades para los progenitores. Los padres de niños de educación primaria utilizan menos los castigos físicos que los de preescolares. Por otra parte, los padres de alumnos de primaria suelen emplear la retirada de privilegios, los comentarios dirigidos a la autoestima del niño o creados con el fin de aumentar el sentimiento de culpabilidad del menor, así como indicaciones que recalcan el hecho de que el niño es el único responsable de sus actos.

Durante la niñez intermedia y tardía, parte del control pasa de los padres al niño, aunque el proceso es gradual y suele implicar el *reparto de la responsabilidad*, y no el ejercicio del control exclusivamente por parte del niño o de los padres. El mayor paso hacia la autonomía no ocurre hasta que el niño alcanza 12 años. Durante la niñez intermedia y tardía, los padres siguen supervisando y ejerciendo el control, al tiempo que se permite que los niños lleven a cabo una auto-regulación ocasional de su comportamiento. Este reparto de la responsabilidad constituye un período de transición entre el estricto control paterno de la niñez temprana y la reducción, cada vez mayor, de la supervisión que se produce durante la adolescencia.

Los cambios sociales y las familias

Tal y como señalamos en el Capítulo 9, cada vez es mayor el número de niños que crecen en familias con padres divorciados, con madres que trabajan o con progenitores homosexuales. Sin embargo, existe toda una serie de importantes cambios en la composición de la vida familiar que afectan especialmente a los niños durante la niñez intermedia y tardía. El índice de divorcios aumenta y numerosos padres vuelven a contraer matrimonio (Marsiglio, 2004). Lleva tiempo que una persona se case, tenga hijos, se divorcie y vuelva a casarse de nuevo, por lo que son más los alumnos de primaria y secundaria que viven en nuevas estructuras familiares que los que podemos encontrarnos en centros de educación infantil.

Nuevas estructuras familiares El número de matrimonios entre personas que ya tienen hijos ha aumentado de forma constante en los últimos años, al igual que la tasa de divorcios. Además, el índice de divorcios es un 10 por 100 mayor en las parejas que se han vuelto a casar que en aquellas que son primeros matrimonios (Cherlin y Furstenberg, 1994). Debido a los cambios en el estado civil de sus padres, aproximadamente la mitad de los hijos de padres divorciados verá cómo uno de sus padres vuelve a casarse dentro de los cuatro años posteriores a la separación.

En algunos casos, la nueva familia puede haberse creado a raíz del fallecimiento de uno de los cónyuges. Sin embargo, la gran mayoría de estas familias proceden de un divorcio.

Los tres tipos más frecuentes de estructuras en estas nuevas familias son: 1) con padrastro, 2) con madrastra, y 3) combinado o complejo. En las familias con padrastro, la madre suele tener la custodia de los niños y vuelve a contraer matrimonio, con lo que introduce a un padrastro en las vidas de sus hijos. En las familias con madrastra, es el padre quien tiene la custodia y se vuelve a casar, con lo que aparece la figura de una madrastra en las vidas de sus hijos. Por último, en el tipo combinado o complejo, ambos padres tienen hijos de anteriores matrimonios que viven juntos en una nueva estructura familiar.

Las investigaciones realizadas han hallado que las relaciones de los niños con el progenitor que tiene su custodia (la madre en las familias con padrastro y el padre en las familias con madrastra) son normalmente mejores que con el padrastro o la madrastra (Santrock, Warshak y Sitterle, 1998). Además, los niños que viven en una nueva estructura familiar simple (con padrastro o madrastra) se adaptan mejor que los que viven en un tipo familiar complejo (combinado) (Anderson y otros, 1999; Hetherington y Kelly, 2002).

Al igual que en las familias con padres divorciados, los niños que viven en nuevas estructuras familiares presentan más problemas de adaptación que los que se educan en familias de padres no divorciados (Hetherington, Bridges e Isabella, 1998). Dichos problemas se parecen a los que sufren los niños en familias con padres divorciados, esto es, problemas escolares y bajos niveles de autoestima, por ejemplo (Anderson y otros, 1999). Sin embargo, al igual que en el caso de los hijos de padres divorciados, resulta importante señalar que la mayoría de los niños que crecen en estas nuevas estructuras familiares no presentan problemas. Según un reciente estudio, el 20 por 100 de los niños que vivían en estas familias mostraban problemas de adaptación, frente a un 10 por 100 en el caso de niños que crecían en familias en las que no se había producido un divorcio (Hetherington y Kelly, 2002; Hetherington y Stanley-Hagan, 2002).

En cuanto a la edad de los niños, los investigadores han determinado que los primeros años de la adolescencia son una etapa especialmente difícil para la formación de una nueva familia (Anderson y otros, 1999). Esto puede deberse a que las circunstancias que surgen de la nueva situación familiar acentúan los conflictos de los adolescentes acerca de su identidad, sexualidad y autonomía.

Niños sin suficiente supervisión familiar Tal y como señalamos en el Capítulo 9, el hecho de que ambos padres trabajen fuera de casa no tiene por qué afectar negativamente a los niños. Sin embargo, existen niños en este tipo de familias que merecen especial atención: los niños sin suficiente supervisión familiar. Normalmente, estos niños no ven a sus padres desde que se van a la escuela por la mañana hasta las 6 o 7 de la tarde. Estos niños independientes pasan de dos a cuatro horas al día sin supervisión adulta durante la semana escolar. En las vacaciones, no obstante, pueden pasar días enteros sin vigilancia, cinco días a la semana.

Según una reciente investigación en la que se estudiaron los casos de 819 niños de entre 10 y 14 años de edad, el cuidado fuera de casa, tanto supervisado como sin supervisión, se relacionaba con la delincuencia, el consumo de drogas y alcohol y los problemas escolares (Coley, Morris y Hernández, 2004). En otro estu-

dio, se entrevistó a más de 1.500 niños sin suficiente supervisión familiar (Long y Long, 1983), y se llegó a la conclusión de que una ligera mayoría había vivido experiencias negativas relacionadas con su situación. Algunos de estos niños pueden crecer demasiado rápido, presionados por la responsabilidad que deben asumir. ¿De qué manera utilizan estos niños la falta de límites y de estructuración durante las horas que pasan solos? Sin límites ni supervisión paterna, estos niños suelen verse involucrados en situaciones problemáticas con mayor facilidad, posiblemente en robos, actos de vandalismo o comportamientos violentos con un hermano. El 99 por 100 de los delincuentes juveniles en el condado de Montgomery, Maryland (Estados Unidos) eran niños sin suficiente supervisión familiar. Joan Lipsitz (1983), en su declaración ante el Comité Americano sobre la Infancia, la Juventud y las Familias, afirmó que la falta de supervisión adulta sobre los niños después de la jornada escolar constituía uno de los mayores problemas sociales de la actualidad. Lipsitz lo denominó el «problema de las tres a las seis», ya que durante ese período de tiempo se producía el mayor número de llamadas en busca de ayuda especializada al Centro para la Adolescencia de Carolina del Norte, del que Lipsitz era directora. Además, según una encuesta realizada en 1987 en Estados Unidos, los profesores señalaban que este tipo de circunstancias constituían el principal motivo de problemas escolares (Harris, 1987).

A pesar de que este tipo de niños pueden presentar una mayor vulnerabilidad ante los problemas, sus experiencias varían enormemente, al igual que las experiencias de todos los niños con padres que trabajan fuera de casa (Belle, 1999). Los padres deben prestar especial atención a las formas de controlar la vida de sus hijos de forma eficaz. Las diferencias halladas entre diferentes casos de niños sin supervisión familiar parecen indicar que el control paterno y la existencia de unos padres estrictos ayudan al niño a enfrentarse más eficazmente a las experiencias de la falta de supervisión, especialmente a la hora de no dejarse llevar por la presión de los amigos (Galambos y Maggs, 1989; Steinberg, 1986). Según un estudio, la asistencia a un programa extra-escolar que incluya actividades académicas, lúdicas y de apoyo está relacionada con unos resultados escolares y una adaptación escolar mejores, comparados con otros tipos de supervisión en horario extra-escolar (como el control no continuo de un adulto o la autonomía) (Posner y Vandell, 1994). Los expertos recomiendan que estos programas tengan un personal cariñoso y que apoye a los niños, una estructura flexible y relajada, actividades variadas y que ofrezca oportunidades para interactuar positivamente con los encargados o con otros niños (Pierce, Hamm y Vandell, 1997).

En Estados Unidos, un reciente estudio analizó cinco tipos de cuidado infantil fuera de la escuela (programas para antes y después del horario escolar, actividades extraescolares, cuidado por parte del padre, cuidado por parte de un individuo no adulto, normalmente un hermano o hermana mayor) con el fin de determinar su posible relación con los resultados académicos obtenidos por los niños al finalizar el primer curso de la educación primaria («Red de investigación sobre el cuidado infantil a edades tempranas» del Instituto Nacional Estadounidense para la Salud Infantil y el Desarrollo Humano, NICHD). «Los niños que, de forma continuada, participaron en actividades extraescolares durante la educación infantil y el primer curso de educación primaria obtenían mejores resultados en pruebas estandarizadas de matemáticas que los niños que no participaron en dichas actividades. No se pudo relacionar la participación en otros tipos de cuidado infantil fuera de la escuela con el rendimiento del niño en el primer curso» (pág. 280). Los padres que matriculan a sus hijos en actividades extraescolares pueden estar más orientados hacia la consecución de logros y esperan de sus hijos un mayor rendimiento que los padres que no hacen uso de dichas actividades.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Describir las relaciones paterno-filiales y la influencia de los cambios sociales en las familias

REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los aspectos más importantes de las relaciones paterno-filiales en la niñez intermedia y tardía?
- ¿Cuáles son algunos de los cambios sociales en las familias que influyen en el desarrollo infantil?

REFLEXIONA

- ¿Cómo era tu relación con tus padres cuando ibas a la escuela primaria? ¿De qué manera crees que influyó en tu desarrollo?

3 LOS IGUALES

Amigos | Cognición social | Estatus entre iguales | Acoso escolar *(bullying)*

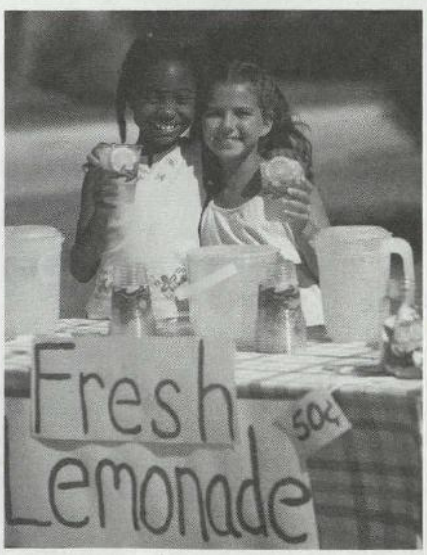
Durante la niñez intermedia y tardía, los niños pasan cada vez más tiempo con sus iguales. En primer lugar, analizaremos las amistades de los niños, y luego nos dedicaremos a otros aspectos de las relaciones entre iguales.

Amigos

«Mi mejor amiga es simpática, honesta y puedo confiar en ella. Le puedo contar mis mayores secretos, porque sé que no se los va a contar a nadie. Tengo otros amigos, pero ella es mi mejor amiga. Conocemos nuestros sentimientos y no nos hacemos daño. Nos ayudamos cuando tenemos problemas. Le ponemos apodos graciosos a la gente y nos reímos mucho. Hacemos listas de los chicos más feos o de los más estúpidos. Compartimos algunas de estas cosas con otros amigos, pero no todas.» Ésta es la descripción de una amistad que realiza una niña de diez años. Refleja la creencia de que los niños se interesan en compañeros concretos, no en cualquier otro niño. Además, desean compartir sus preocupaciones, intereses, informaciones y secretos con esos compañeros.

¿Por qué son tan importantes las amistades para los niños? Las amistades realizan seis funciones (Gottman y Parker, 1987):

- *Compañía.* La amistad proporciona a los niños un compañero cercano y de juegos, alguien que quiere pasar el tiempo con ellos y que se une para colaborar en actividades.
- *Estimulación.* La amistad ofrece información interesante, emoción y diversión.
- *Apoyo físico.* La amistad proporciona tiempo, medios y ayuda.
- *Apoyo al yo.* La amistad ofrece la esperanza de contar con ayuda, motivación y críticas constructivas, que ayudan al niño a mantener una imagen personal de eficacia, atractivo y validez.
- *Comparaciones sociales.* La amistad proporciona al niño información acerca de su posición frente a otros y acerca de si sus actuaciones están bien encaminadas.



¿Cuáles son algunas de las funciones de las amistades infantiles?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

- *Intimidad y afecto.* La amistad brinda la oportunidad de una relación cercana basada en el cariño y la confianza hacia otro individuo, una situación en la que uno puede dar a conocer su intimidad.

Durante más de tres décadas, Willard Hartup (1996, 2000; Hartup y Abecassis, 2004) ha estudiado las relaciones y la amistad entre compañeros. Recientemente llegó a la conclusión de que los amigos suponen intermediarios cognitivos y emocionales desde la infancia y durante toda la vida. Los amigos pueden fomentar la autoestima y la sensación de bienestar. A pesar de que tener amigos puede suponer una ventaja en el desarrollo, no todas las amistades son iguales (Bagwell, 2004). Los individuos no coinciden en el tipo de compañía que mantienen, es decir, en quiénes eligen como amigos. Las ventajas en el desarrollo se producen cuando los niños tienen amigos que les apoyan y que poseen habilidades sociales. Sin embargo, no beneficia al desarrollo que las amistades sean coercitivas o se basen en la existencia de conflictos (Berndt, 2002).

Un estudio longitudinal realizado a lo largo de dos años puso de relieve recientemente la importancia de la amistad (Wentzel, Barry y Caldwell, 2004). Los alumnos de sexto de primaria que no tenían un amigo participaban menos en comportamientos prosociales (colaboración, compartir, ayudas a otros), obtenían notas más bajas y presentaban más desequilibrios emocionales (depresión, bajo grado de bienestar) que los niños que sí tenían uno o más amigos. Dos años más tarde, ya en el segundo curso de secundaria, los estudiantes que no habían tenido un amigo al acabar la educación primaria aún daban muestras de mayores desequilibrios emocionales.

Dos de las características más frecuentes de la amistad son la intimidad y la similitud. La **intimidad** consiste en la posibilidad de dar a conocer lo más íntimo y los pensamientos privados. Las investigaciones han demostrado que las amistades íntimas pueden no aparecer hasta la adolescencia temprana (Berndt y Perry, 1990). Además, a lo largo de la infancia, los amigos se parecen mucho en lo que respecta a la edad, el sexo, la raza y muchos otros factores. Los amigos suelen presentar actitudes similares hacia la escuela, aspiraciones parecidas, y una orientación hacia objetivos muy relacionados.

Estatus entre iguales

El término estatus sociométrico se emplea para describir el grado de aceptación de los niños por parte del grupo de iguales. Normalmente, el estatus sociométrico se calcula pidiendo a los niños que nombren a los compañeros con los que simpatizan más y a aquellos que no les caen tan bien.

Los expertos en desarrollo han distinguido cinco tipos de estatus entre iguales (Wentzel y Asher, 1995):

- A los **niños populares** suelen definirlos como mejores amigos y normalmente gustan a todos sus compañeros.
- Los **niños medios** reciben una cantidad intermedia de opiniones tanto positivas como negativas de sus compañeros.
- Los **niños ignorados** no suelen ser definidos como «mejores amigos», pero tampoco dejan de gustar al resto de sus compañeros.
- Los **niños rechazados** rara vez son «mejores amigos» de otros niños y no gustan a muchos de sus compañeros.
- Los **niños controvertidos** suelen ser considerados «mejores amigos» por algunos y no gustar a otros.

Los niños populares poseen ciertas habilidades sociales que contribuyen a su grado de aceptación. Los investigadores han determinado que estos niños apoyan a los demás, escuchan con atención, mantienen abiertos los canales de comunicación con sus compañeros, son felices, se muestran tal como son, actúan con entu-

siasmo y preocupación por los demás, y confían en sí mismos sin llegar a ser engreídos (Hartup, 1983; Rubin, Bukowski y Parker, 1998).

Los niños ignorados apenas interactúan con sus compañeros y con frecuencia se les considera tímidos. Normalmente, los niños rechazados suelen presentar problemas más graves de adaptación a lo largo de su vida que los niños ignorados (Parker y Asher, 1987). Por ejemplo, según un reciente estudio con alumnos de educación infantil, los niños rechazados apenas participaban en las actividades del aula, solían expresar su deseo de no ir a la escuela y comunicaban con mayor frecuencia que se sentían solos (Buhs y Ladd, 2002). En otra investigación se evaluó a 112 chicos durante un período de siete años desde el quinto curso de primaria hasta el final de la educación secundaria (Kupersmidt y Coie, 1990). A la hora de predecir si un niño rechazado podía llevar a cabo algún tipo comportamiento delictivo o abandonar el colegio durante la adolescencia, se detectó que las agresiones hacia otros niños durante la educación primaria constituían un factor determinante. Según otro estudio de reciente realización, los alumnos del tercer curso de primaria que mostraban un alto grado de agresividad y eran rechazados por sus compañeros, presentaban mayores niveles de comportamientos delictivos durante la adolescencia y la juventud (Miller-Johnson, Coie y Malone, 2003).

John Coie, en un reciente análisis (2004, págs. 252-253), propuso tres razones por las que los niños varones agresivos y rechazados por sus compañeros presentaban problemas en las relaciones sociales:

> En primer lugar, los chicos agresivos son más impulsivos, y les cuesta mantener la atención. Por ello, suelen mostrar un comportamiento disruptivo tanto en las actividades que se realizan en el aula como en juegos en grupo que exijan concentración. En segundo lugar, los chicos agresivos y rechazados reaccionan de forma más emocional. Llegan al enfado con mayor facilidad y, probablemente, les cuesta más calmarse. Por este motivo, suelen enfadarse con sus compañeros y atacarles verbal o físicamente. Por último, los niños rechazados poseen menos habilidades sociales a la hora de hacer amigos y de mantener una relación positiva con sus iguales.

Sin embargo, no todos los niños rechazados son agresivos (Haselager y otros, 2002; Hymel, McDougall y Renshaw, 2004; Sandstrom y Zakriski, 2004). A pesar de que tanto la agresión como otras características relacionadas (impulsividad y comportamiento disruptivo) son la causa del rechazo en aproximadamente la mitad de los casos, también es cierto que entre el 10 y el 20 por 100 de los niños rechazados dan muestras de gran timidez.

¿Cómo se puede enseñar a los niños ignorados y rechazados a interactuar de forma más eficaz con el resto de compañeros? El objetivo de muchos programas educativos para niños ignorados es ayudarles a atraer la atención de sus compañeros de forma positiva y a mantener esa atención planteando preguntas, escuchando de forma cariñosa y amigable y hablando de uno mismo sobre asuntos que interesen a los compañeros. También se les enseña a entrar en los grupos de forma más eficaz. Se puede enseñar a los niños rechazados a evaluar de forma más acertada si las intenciones de sus iguales son negativas (Bierman, 2004). También se puede pedir a estos niños que participen en actividades de dramatización o que conversen sobre situaciones hipotéticas en las que se produzcan encuentros negativos con iguales como, por ejemplo, cuando un compañero se salta la cola y se coloca delante de ellos. En algunos programas, los niños ven vídeos en los que se muestran ejemplos de interacción adecuada entre compañeros. Luego, se les pide que comenten lo que han visto y extraigan sus propias conclusiones (Ladd, Buhs y Troop, 2004).

Cognición social

El concepto de cognición social hace referencia a los pensamientos sobre cuestiones sociales (Lewis y Carpendale, 2004). La cognición social de los niños sobre

sus compañeros adquiere cada vez más importancia al entender las relaciones entre compañeros durante la niñez intermedia y tardía. Especialmente interesantes resultan las formas en las que los niños procesan la información de sus relaciones y conocimientos sociales (Dodge, 2000; Gifford-Smith y Rabiner, 2004).

Un chico se tropieza y derrama el refresco de un compañero, que interpreta el encuentro como un acto hostil y responde de forma agresiva contra el otro chico. Si actos de este tipo se producen de forma repetida, otros compañeros percibirán que el chico agresivo reacciona habitualmente de forma inadecuada. Kenneth Dodge (1983) afirma que los niños pasan por cinco etapas al procesar la información proveniente de su medio social: decodifican las señales sociales, las interpretan, buscan una respuesta, seleccionan la óptima y la pone en práctica. Según Dodge, los chicos agresivos suelen considerar que las acciones de otros chicos son hostiles aún cuando dichas acciones sean ambiguas. Cuando un chico agresivo busca señales que le permitan determinar la intención de un compañero, responden más rápidamente, con menos eficacia y reflexión que los niños que no presentan ese comportamiento agresivo. Estos son algunos de los factores de la cognición social que se creen relacionados con el origen de los conflictos entre niños.

El conocimiento social también se relaciona con la capacidad de los niños para relacionarse con sus compañeros. Una parte importante de la vida social de un niño se basa en la determinación de los objetivos que se desea conseguir en situaciones mal definidas o ambiguas. Los objetivos relacionados con las relaciones sociales, como la forma de iniciar o mantener un vínculo social, también resultan importantes. Para los niños resulta necesario conocer el camino que han de seguir para conseguir la amistad de otros niños. Por ejemplo, como parte de ese camino, resulta útil saber que decir cosas agradables, independientemente de lo que el compañero diga o haga, hará que gustemos más a ese niño.

Acoso escolar (*bullying*)

Un significativo número de niños sufre algún tipo de acoso por parte de otros compañeros en el colegio (DeRosier, 2004; Espelage y Swearer, 2004; Woods y Wolke, 2004). En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos en el que se entrevistó a más de 15.000 alumnos de entre sexto de primaria y cuarto curso de secundaria, aproximadamente uno de cada tres estudiantes afirmó que había participado en situaciones de acoso escolar de forma ocasional o frecuente, como víctima o como acosador (Nansel y otros, 2001). En esta investigación se definía el acoso escolar como el comportamiento verbal o físico destinado a molestar a un individuo con menos poder. Resultaba más probable que los estudiantes varones y los alumnos de los primeros cursos de secundaria se vieran afectados por este tipo de experiencias. Tal y como se muestra en la Figura 11.4, la forma más frecuente de acoso escolar son los comentarios denigrantes sobre el aspecto físico o la forma de hablar. Los niños que afirmaban ser víctimas de acoso escolar presentaban mayores niveles de soledad y una mayor dificultad para hacer amigos, mientras que los que llevaban a cabo el acoso solían obtener calificaciones escolares más bajas, y consumir tabaco y alcohol. Según un reciente estudio llevado a cabo en los Países Bajos con niños de 9 a 12 años de edad, la incidencia de cefaleas, alteraciones del sueño, dolores abdominales, cansancio y depresión era mucho mayor en las víctimas de acoso escolar que en el caso de niños que no experimentaban dicha situación (Fekkes, Pijpers y Verloove-Vanhorick, 2004).

Se han identificado ciertas características comunes a las víctimas del acoso escolar (Dill, Vernberg y Fonagy, 2004; Eslea y otros, 2004; Hanish y Guerra, 2004). Un estudio de reciente realización determinó que las víctimas del acoso escolar solían tener padres exigentes y controladores, pero que mostraban un bajo nivel de receptividad ante sus hijos (Ladd y Kochenderfer-Ladd, 2002). Además, en esta investigación se vinculó la existencia de relaciones paterno-filiales muy



FIGURA 11.4 Incidencia del acoso escolar *(bullying)* en jóvenes estadounidenses

Este gráfico muestra el tipo de acoso escolar que experimentan los jóvenes estadounidenses. Los porcentajes indican el grado de incidencia en el que las víctimas afirmaban haber experimentado un tipo concreto de acoso. En cuanto al género, resulta significativo que, cuando la víctima es un varón, la agresión se caracteriza por la presencia de golpes, bofetadas o empujones en mayor medida que cuando la víctima es una chica.

estrechas con mayores niveles de victimización en el caso de niños varones. Una relación muy cercana y emocionalmente intensa entre los padres y sus hijos varones no siempre da lugar a una mayor independencia de los niños o a que estos estén más seguros de sí mismos. Al contrario: puede ser el origen de dudas sobre las propias capacidades y de preocupaciones que el resto de chicos pueden interpretar como debilidades. Según otra investigación, existe una relación entre el papel desempeñado por los padres en la educación de los hijos y la interacción de éstos con sus iguales, tanto en el caso de las víctimas del acoso escolar como en el de los acosadores (Olweus, 1980). Normalmente, los padres de niños acosadores les rechazaban o eran autoritarios o demasiado permisivos con las agresiones de su hijo, mientras que los padres de las víctimas solían presentar ansiedad y ser sobreprotectores.

Las víctimas de acoso pueden sufrir consecuencias a corto y largo plazo (Baldry y Farrington, 2004; Hay, Payne y Chadwick, 2004; Rigby, 2004). A corto plazo, pueden deprimirse, perder interés en el trabajo escolar o, incluso, evitar ir a la escuela. Estos efectos pueden perdurar durante la edad adulta. Un estudio longitudinal de varones que habían sido víctimas de acoso durante la edad escolar descubrió que, a los 20 años de edad, estos adultos estaban más deprimidos y presentaban niveles más bajos de autoestima que otros individuos de la misma edad que no habían pasado por la experiencia del acoso (Olweus, 1993). El acoso también puede ser indicador de la existencia de un problema en el individuo que lo lleva a cabo. En el estudio mencionado, alrededor del 60% de los chicos a los que se identificó como acosadores en los primeros cursos de la educación secundaria, había sido condenado al menos una vez por cometer un delito (y aproximadamente un tercio había sido condenado tres o más veces) cuando contaban con 20 años de edad, un porcentaje mucho mayor que en el caso de individuos que no habían acosado durante la edad escolar.

Con el fin de reducir la incidencia de acoso en las escuelas, los profesores pueden poner en práctica las siguientes estrategias (Limber, 1997, 2004; Olweus, 1993):

- Hacer que los alumnos de más edad controlen los casos de acoso e intervengan cuando lo detecten.
- Desarrollar reglas que se apliquen en toda la escuela y sanciones que castiguen el acoso y divulgarlas por todo el centro.
- Formar grupos de amistad entre adolescentes que son víctimas de acoso.
- Introducir los conceptos del programa anti-acoso en otros contextos de la comunidad (iglesia, escuela, etc.), en los que los adolescentes tomen parte.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

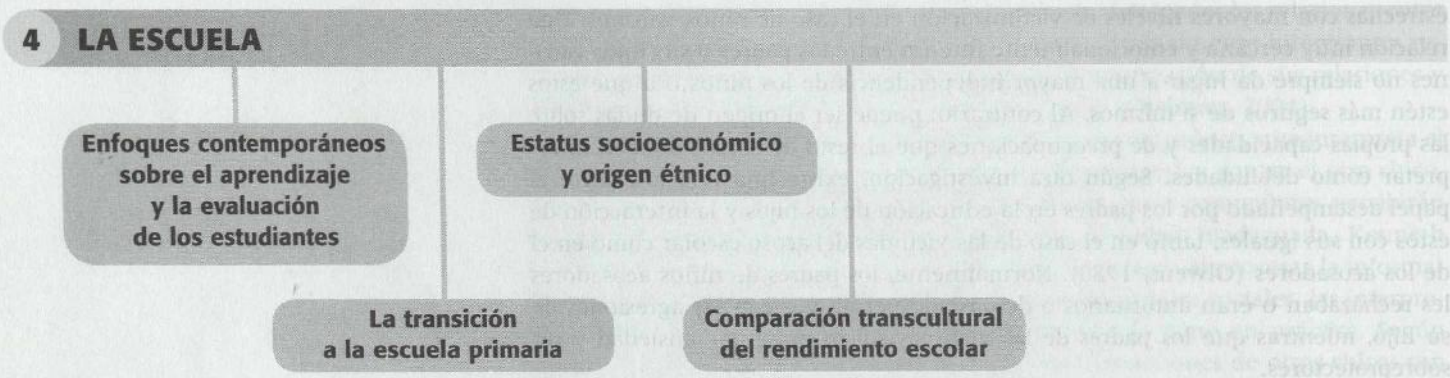
3 Identificar los cambios en las relaciones entre iguales en la niñez intermedia y tardía

REVISA

- ¿Cómo son las amistades de los niños?
- ¿De qué manera influye el estatus entre iguales en el desarrollo de los niños?
- ¿Qué papel desempeña la cognición social en las relaciones entre iguales?
- ¿Cuáles son las características del acoso escolar?

REFLEXIONA

- Si fueras el director de una escuela, ¿qué harías para reducir los casos de acoso escolar?



Resulta justificada la preocupación por la influencia de la escuela en los niños: en el último año del bachillerato, ya habrán pasado 12.000 horas en un aula. Los niños pasan muchos años en escuelas, donde son miembros de una pequeña sociedad en la que existen tareas que se deben cumplir, gente con la que establecer relaciones sociales y reglas que definen y limitan el comportamiento, las emociones y las actitudes.

Enfoques contemporáneos sobre el aprendizaje y la evaluación de los estudiantes

Existe un debate abierto acerca de cuál es la mejor manera de educar a los niños en la escuela, y de cómo debería evaluarse el aprendizaje.

Enfoque de enseñanza directa y enfoques constructivistas El movimiento que defiende una vuelta a lo básico cuenta con prestigiosos defensores que consideran que se debe enseñar aplicando un enfoque de enseñanza directa, esto es, una forma de enseñar centrada en la figura del profesor y caracterizada por la dirección y control ejercidos por el docente, su dominio de la materia, sus expectativas positivas sobre el progreso de sus alumnos y la cantidad de tiempo dedicado a las tareas de aprendizaje.

Sin embargo, en fechas recientes ha surgido un considerable interés en una reforma escolar basada en enfoques constructivistas (Duffey y Kirkley, 2004; McCombs, 2003; Santrock, 2006). Los defensores de los enfoques constructivistas o centrados en el alumno afirman que la enseñanza directa convierte a los niños en individuos que aprenden de forma pasiva y no plantea los retos apropiados que les hagan pensar crítica y creativamente. Por su parte, los defensores de la enseñanza directa señalan que los enfoques constructivistas no prestan la suficiente atención al contenido de la materia, como la historia o las ciencias. También afirman que estos enfoques resultan demasiado relativistas e imprecisos.

Responsabilidad En Estados Unidos, las pruebas de evaluación establecidas por los distintos estados han ido adquiriendo cada vez mayor importancia. Esto se debe a que tanto la opinión pública como el gobierno federal exigen que las administraciones estatales asuman la responsabilidad de controlar el nivel de la enseñanza en las escuelas (Hambleton, 2002; Johnson y otros, 2005). La mayoría de los estados ya han enumerado los objetivos que cada estudiante debería conseguir, o se encuentran en el proceso de identificarlos. Por su parte, se intenta que los profesores utilicen estos objetivos al programar la enseñanza que imparten.

Los creadores de estas normas aseguran que las pruebas escolares establecidas por los estados tendrán efectos positivos, como la mejora en el rendimiento de los alumnos, mayor dedicación a la enseñanza de las asignaturas que se evalúan, expectativas positivas sobre el progreso de todos los alumnos, identificación de escuelas, profesores o equipos directivos con niveles inferiores a la media, así como una mayor confianza en las escuelas como consecuencia de la mejora en los resultados de los exámenes.

El aspecto más evidente de las pruebas establecidas por los estados es la ley federal estadounidense denominada «Que ningún niño se quede atrás» (NCLB, en sus siglas en inglés), que entró en vigor en 2002. Con esta norma, el gobierno de Estados Unidos intenta que tanto las escuelas como los diferentes distritos escolares del país asuman la responsabilidad por el éxito o el fracaso académicos de sus alumnos. De esta manera, los distintos estados que forman el país deben crear sus propios estándares de rendimiento escolar en matemáticas, inglés y ciencias. En el bienio 2005-2006, los estados deberán examinar a todos los estudiantes desde tercero de primaria hasta el segundo curso de la educación secundaria.

Esta ley, no obstante, también ha sido objeto de críticas, y se afirma que tendrá más efectos negativos que positivos (Ambrosio, 2004; FairTest, 2004; Neill, 2003). Una de las críticas planteadas señala que utilizar un único resultado obtenido de un solo examen como indicador del progreso y competencia de un estudiante, supone evaluar un aspecto muy limitado de las capacidades del alumno. Esta misma crítica se plantea en el caso de los test de inteligencia, tal y como señalamos en el Capítulo 10. Con el fin de evaluar de forma más acertada el progreso y el rendimiento de un alumno, muchos psicólogos y educadores señalan que debería aplicarse toda una serie de métodos de medición, como exámenes, cuestionarios, proyectos escolares, carpetas de trabajo, observaciones del trabajo en el aula, etc., en vez de limitarse a considerar únicamente el resultado obtenido en un examen. Además, las pruebas que las escuelas utilizan para evaluar el progreso y el rendimiento de sus alumnos para cumplir con las exigencias de la mencionada ley, no tienen en cuenta destrezas tan importantes como la creatividad, la motivación, la perseverancia, el pensamiento flexible y las habilidades sociales (Droege, 2004). También se critica que los profesores dediquen tiempo de forma excesiva a preparar a sus alumnos para los exámenes, entrenándolos para las pruebas y haciendo que memoricen datos. Todo esto se hace a expensas de una enseñanza constructivista centrada en el estudiante y que se centra en la enseñanza de destrezas de pensamiento a un nivel elevado que los alumnos necesitan para conseguir éxito en sus vidas (Camilli y Monfils, 2004; Hicks y otros, 2004).

A pesar de estas críticas, el Departamento de Educación de Estados Unidos se propone aplicar la norma «Que ningún niño se quede atrás», y las escuelas ya realizan los cambios necesarios para cumplir con las nuevas exigencias legales. En realidad, la mayoría de los educadores son unánimes al apoyar la importancia de las expectativas positivas sobre los alumnos y de que exista un alto nivel educativo (Revelle, 2004). Sin embargo, la discusión se centra en determinar si las pruebas y procedimientos establecidos por la mencionada ley realmente constituyen la forma más adecuada de conseguir ese alto nivel en la educación.

La transición a la escuela primaria

Para la mayoría de los niños, comenzar el primer curso de la educación primaria simboliza el cambio de ser un «niño de casa» a ser un «escolar», una situación en la que surgen nuevos roles y obligaciones. Los niños adoptan un nuevo rol (ser estudiantes), interactúan y desarrollan relaciones con otros individuos que adquieren relevancia, adoptan nuevos grupos de referencia y desarrollan nuevos criterios que les sirven para juzgarse. La escuela les proporciona una fuente de nuevas áreas en las que dar forma a su sentido de la personalidad.

En la actualidad ha surgido una nueva causa de preocupación que concierne a las primeras experiencias escolares de los niños. Cada vez existen más pruebas que demuestran que los comienzos de la escolarización se basan en la recepción de comentarios negativos por parte de los niños. De esta manera, la autoestima de los estudiantes de los últimos años de la educación primaria es menor que al comienzo de esa etapa educativa, y los niños de más edad se consideran menos inteligentes, peores y menos trabajadores que los más pequeños (Blumenfeld y otros, 1981).

Con el fin de evitar estos problemas, los niños deberían tener la oportunidad de diseñar su aprendizaje de forma activa. Analicemos los casos de dos aulas de educación primaria (Katz y Chard, 1989). En una de ellas, los niños pasan la mañana realizando idénticos dibujos de semáforos. El profesor no intenta que los alumnos relacionen esos dibujos con otras áreas en las que ha trabajado la clase. En la otra aula, los niños estudian un autobús de transporte escolar. Escribieron una carta a las autoridades educativas del municipio y le solicitaron que uno de sus autobuses permaneciera aparcado en el colegio durante algunos días. Estudiaron el vehículo, descubrieron las funciones de sus distintos elementos y hablaron sobre las normas de tráfico. Luego, en la clase, construyeron su propio autobús de cartón. Los niños se divirtieron, pero también practicaron la escritura, la resolución de problemas e, incluso, algo de aritmética. Cuando se celebró el día de visitas de padres, la profesora disponía de informes personalizados para cada uno de sus alumnos. Sin embargo, lo que los padres querían ver era el autobús, ya que sus hijos se habían pasado semanas hablando de esa actividad en casa. Muchos expertos contemporáneos de educación consideran que este es el tipo de formación que nuestros niños se merecen. Opinan que los niños deben aprender de forma activa y constructivista, por lo que se les debe enseñar utilizando experiencias concretas y tangibles.

Estatus socioeconómico e identidad cultural

Los niños provenientes de familias con bajos ingresos y de minorías étnicas presentan mayores dificultades escolares que los niños que poseen un nivel socioeconómico medio y son de raza blanca. ¿Por qué? Según los críticos, las escuelas no han llevado a cabo una labor efectiva a la hora de conseguir que los estudiantes de familias con bajos ingresos y de minorías étnicas aprendan a superar los obstáculos que se encuentran en su educación (Cooter, 2004; Scott-Jones, 1995). A continuación, analizaremos el papel desempeñado por el estatus socioeconómico y la identidad cultural en las escuelas.

La educación de los estudiantes provenientes de familias con bajos ingresos Muchos niños que viven en la pobreza se enfrentan a problemas en casa y en la escuela que dificultan su aprendizaje (Books, 2004; Bradley y Corwyn, 2002). En casa, sus padres no siempre establecen unos niveles educativos elevados, no pueden leer con sus hijos o no pueden permitirse materiales o experiencias educativas, como libros o visitas a zoológicos y museos. Tal vez estén desnutridos o vivan en zonas en las que la delincuencia y los actos violentos están a la orden del día. Muchas de las escuelas a las que asisten niños de familias con bajos ingresos poseen también menos recursos que las escuelas situadas en áreas más pudientes (Bradley y Corwyn, 2002). En las zonas más deprimidas, los estudiantes suelen obtener resultados más bajos en las pruebas, notas globales inferiores y sólo un pequeño porcentaje de ellos continúa su educación en la universidad.

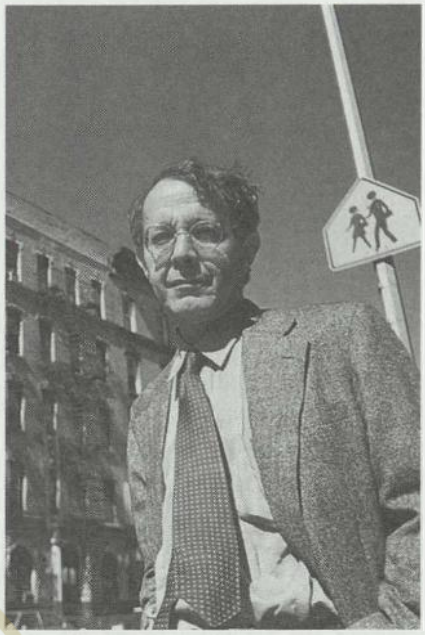
En dichas áreas, resulta más probable que las escuelas fomenten el aprendizaje basado en la memorización, mientras que en las zonas más pudientes, las escuelas suelen tender a mejorar las capacidades de pensamiento de sus alumnos (Spring, 2002). De esta manera, demasiadas escuelas en áreas de bajos ingresos no crean las condiciones necesarias para fomentar un aprendizaje eficaz. Además, sus instalaciones suelen ser anticuadas, estar en mal estado y no contar con el adecuado mantenimiento.

En su libro *Savage Inequalities*, Jonathan Kozol (1991) identificó algunos de los problemas a los que se enfrentan los niños más desfavorecidos tanto en la zona en la que viven como en el colegio. A continuación presentamos algunas de las observaciones que realizó en East Saint Louis, una zona marginal situada en Illinois (Estados Unidos) cuya población es afroamericana en un 98 por 100, carece de servicios de obstetricia, o de recogida periódica de basuras y los empleos disponibles son muy escasos. Casi un tercio de todas las familias viven con menos de 7.500 dólares al año, y un 75 por 100 de sus habitantes dependen de la ayuda

social de una u otra forma. Los bloques de viviendas son edificios semiderruidos, casi esqueléticos. Los vecinos respiran un aire contaminado con productos químicos que proceden de la Compañía Química Monsanto, cercana al barrio. Las aguas residuales suelen inundar las casas, y el plomo de las empresas siderúrgicas cercanas envenena el suelo. La desnutrición de los niños y la violencia son hechos comunes. Los problemas callejeros afectan también a las escuelas, que también se ven inundadas por aguas de las alcantarillas. Las aulas y los pasillos son viejos y desolados, las instalaciones deportivas no son apropiadas. A menudo, los profesores se quedan sin tiza ni papel, el material de los laboratorios de ciencias es de hace más de 30 años, y el sistema de calefacción de la escuela jamás ha funcionado bien. Un profesor de historia tiene 110 alumnos, pero sólo dispone de 26 libros de texto.

Según Kozol, cualquiera que visite lugares como East Saint Louis, incluso por poco tiempo, vuelve profundamente conmocionado. Después de todo, estos niños son inocentes y no han hecho ningún mal. Kozol se centró en la descripción de la vida diaria en un barrio marginal estadounidense y en sus escuelas, en las que la población escolar es principalmente de origen afroamericano o hispano. Sin embargo, tal y como señalamos con anterioridad, también hay muchos niños blancos no hispanos que viven en la pobreza, a pesar de que habiten fuera de las ciudades o en zonas rurales. Kozol afirma que la segregación racial sigue existiendo en muchas escuelas de zonas marginales, que estos centros no disponen de los fondos necesarios y de que, por tanto, no proporcionan a los niños las oportunidades necesarias para que los niños se agrupen de forma eficaz.

Los programas que luchan contra la pobreza tienden a intervenir en dos generaciones de forma simultánea (Huston, 1999; McLoyd, 1998, 1999, 2000). Según esta orientación, se proporcionan servicios tanto a los niños (atención educativa diaria o educación infantil) como a los padres (educación para adultos, programas de alfabetización, perfeccionamiento de capacidades laborales). Las evaluaciones de este tipo de programas indican que son más eficaces con los padres que con los niños (St. Pierre, Layzer y Barnes, 1996). Otro aspecto que no favorece a los niños se advierte al señalar que, cuando estos programas producen efectos beneficiosos, suelen referirse a aspectos de salud, más que a mejoras cognitivas.



En su libro *Savage Inequalities*, Jonathan Kozol (en la foto) describe fielmente los problemas a los que se enfrentan los niños que viven en la pobreza tanto en sus barrios como en la escuela. *¿Cuáles son algunos de estos problemas?*

Origen étnico en las escuelas La segregación racial aún constituye un importante factor que influye en la educación de los niños de color en los Estados Unidos (Simons, Finlay y Yang, 1991). Casi un tercio de niños afroamericanos e hispanos asisten a escuelas en las que el 90 por 100 o más de los alumnos pertenecen a minorías étnicas.

Las experiencias escolares de los estudiantes de diferentes grupos étnicos varían considerablemente (Bennett, 2003; Nelson-LeGall y Kelly, 2001; Sheets, 2005). Resulta menos probable que los estudiantes afroamericanos e hispanos tomen parte en programas de preparación para entrar en la universidad en comparación a los estudiantes blancos no hispanos, o los alumnos americanos de origen asiático. Por otra parte, es mayor la probabilidad de que los afroamericanos o hispanos participen en programas de reducción de daños o de educación especial. Los alumnos americanos de origen asiático suelen elegir las asignaturas de matemáticas avanzadas o de ciencias durante la educación secundaria en una proporción mayor que el resto de minorías étnicas. La probabilidad de ser expulsados de la escuela es dos veces mayor para los afroamericanos que para los hispanos, nativos americanos, o blancos. Las minorías étnicas de color constituyen la mayor parte de los estudiantes en 23 de los 25 distritos escolares más extensos de Estados Unidos, una tendencia que va en aumento (Banks, 2002). Sin embargo, el 90 por 100 de los profesores en las escuelas estadounidenses es de raza blanca no hispana y, según las previsiones, el porcentaje de docentes de minorías étnicas disminuirá aún más en los próximos años.

El antropólogo americano John Ogbu (1989) apuntó la idea de que el sistema educativo americano coloca a los estudiantes de minorías étnicas en una posición

de subordinación y explotación. Ogbu considera que los estudiantes de color, especialmente los afroamericanos e hispanos, poseen menos oportunidades educativas, están rodeados de profesores y grupos directivos de escuelas que no confían en sus capacidades académicas y se enfrentan a estereotipos negativos sobre las minorías étnicas (Ogbu, 2003; Ogbu y Stern, 2001). Según un estudio realizado en colegios de secundaria en zonas predominantemente hispanas de Miami, tanto los profesores hispanos como los blancos consideraban que los estudiantes afroamericanos presentaban más problemas de comportamiento. Sin embargo, esta opinión no coincidía con la de los profesores afroamericanos sobre ese mismo grupo de alumnos (Zimmerman y otros, 1995).

Al igual que Ogbu, la psicóloga de la educación Margaret Beale Spencer (1990) afirma que en las escuelas americanas aún perdura una forma de racismo institucional. Para ella, unos profesores con buenas intenciones, que actúan siguiendo un liberalismo mal entendido, no plantean retos a sus alumnos de color que los motiven a conseguir buenos resultados. Estos profesores aceptan de forma precipitada que dichos estudiantes obtendrán resultados bajos, y en vez de proporcionar unos niveles académicos elevados, emplean el cariño y el afecto.

A continuación presentamos algunas las estrategias para mejorar las relaciones entre alumnos con distintos orígenes étnicos (Santrock, 2006):

- *Convertir la clase en un aula puzle.* Las autoridades educativas pidieron a Eliot Aronson, por aquel entonces profesor en la Universidad de Tejas en Austin, que sugiriera ideas para reducir la creciente tensión racial en las escuelas. Aronson (1986) desarrolló el concepto de «aula puzle», en la que los estudiantes con diferentes orígenes étnicos trabaja en grupos de colaboración que crean las distintas partes de un proyecto para alcanzar un objetivo común. Aronson empleó el término «puzle» porque para él esta técnica se parecía a un grupo de estudiantes que colaboran para colocar las diferentes piezas que dan forma a un rompecabezas. ¿De qué manera funciona este sistema? Los deportes de equipo, las representaciones teatrales y las actuaciones musicales constituyen buenos ejemplos de contextos en los que los alumnos colaboran para conseguir un objetivo común.
- *Fomentar los contactos personales positivos entre alumnos de diferente orígenes étnicos.* El contacto, por sí solo, no mejora las relaciones entre personas diferentes. Por ejemplo, en Estados Unidos, los programas de transporte escolar que buscaban la integración de alumnos de minorías étnicas en escuelas predominantemente blancas, o viceversa, no han logrado reducir los prejuicios ni mejorar las relaciones interétnicas (Minuchin y Shapiro, 1983). Lo verdaderamente importante es lo que ocurre una vez los niños llegan a la escuela. Al intentar mejorar las relaciones interétnicas, resulta beneficioso compartir las preocupaciones, los éxitos, los fallos, las estrategias para hacer frente a los problemas, los intereses y otro tipo de información personal con personas de otras razas y culturas. Cuando esto ocurre, se concibe al resto de personas como individuos, y no como un grupo culturalmente heterogéneo.
- *Fomentar que los estudiantes adopten la perspectiva del otro.* Los ejercicios y actividades que ayudan a los estudiantes a comprender las perspectivas ajenas pueden mejorar las relaciones interétnicas. Este método permite que los estudiantes «se pongan en la piel» de los compañeros de diferentes culturas y que experimenten lo que se siente ante las actitudes justas e injustas.
- *Ayudar a los alumnos a pensar de forma crítica y a mejorar su inteligencia emocional en asuntos de índole cultural.* Los estudiantes que aprenden a pensar crítica y profundamente acerca de las relaciones interétnicas presentan menos prejuicios (Koppelman y Goodhart, 2005). Para poseer una mayor inteligencia emocional, es necesario comprender las causas de los sentimientos personales, ser capaces de controlar la furia, escuchar a los demás y estar motivados para compartir y colaborar.

- *Reducir los prejuicios.* Los profesores pueden reducir los prejuicios colocando en sus aulas imágenes de niños de grupos étnicos y culturales distintos, seleccionando juegos y actividades de clase que fomenten la comprensión de otras culturas, ayudando a los alumnos a combatir los estereotipos y colaborando con los padres.
- *Considerar que la escuela y la comunidad forman un equipo que apoya los esfuerzos del profesor.* James Comer (1988; Comer y otros, 1996) considera que un enfoque comunitario y de equipo constituye la mejor forma de educar a los niños. El Proyecto *COMER* por el Cambio (*Comer Project for Change*) contiene tres importantes aspectos: 1) un equipo de control y gestión que desarrolla un plan escolar general, una estrategia de evaluación y un plan de desarrollo de los profesores; 2) un equipo de salud mental o de apoyo escolar, y 3) un programa para padres. Comer señala que la comunidad escolar al completo debería presentar una actitud de colaboración y no de enfrentamiento.
- *Ser un mediador cultural eficaz.* Los profesores pueden desempeñar un importante papel como mediadores culturales si siguen las siguientes estrategias: advertir contenidos racistas en los materiales o en la interacción del grupo de clase, aumentar sus conocimientos sobre los diferentes grupos étnicos, percibir las actitudes étnicas de los niños, considerar de forma positiva a los estudiantes de color, y conseguir que los padres de color colaboren y ayuden al profesor en la educación de los niños (Jones y Fuller, 2003; Taylor y Whittaker, 2003).

Comparación transcultural del rendimiento escolar

Los niños estadounidenses están más orientados hacia la consecución de logros que sus congéneres de otros países. Sin embargo, en la última década, se han hecho públicos los bajos resultados obtenidos por los estudiantes norteamericanos en matemáticas y ciencias. En una comparativa trasnacional de los resultados obtenidos en estas dos materias por alumnos de 9 a 13 años de edad, Estados Unidos ocupó la decimotercera posición (de un total de 15) en ciencias y la decimoquinta (de un total de 16) en matemáticas (Servicio de pruebas educativas, 1992). En este mismo estudio, los estudiantes coreanos y taiwaneses ocuparon las plazas primera y segunda, respectivamente.

Algunos expertos critican estos estudios comparativos y afirman que, en muchos de ellos, se compara al conjunto de niños estadounidenses con un grupo «selecto» de niños de otros países, especialmente en el caso de las investigaciones con alumnos de educación secundaria. Por tanto, no debe sorprender que los estudiantes americanos obtengan estos resultados. Esta crítica es cierta en el caso de algunos estudios comparativos internacionales. Sin embargo, incluso cuando se compara únicamente al 25 por 100 que consigue los mejores resultados de todos los alumnos, los estadounidenses ascienden algunas posiciones, pero no de forma espectacular (Mullis, 1999). El apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital» contiene más información acerca de las comparaciones transculturales del rendimiento escolar.



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

La educación y el rendimiento escolar de niños estadounidenses y asiáticos

Las investigaciones realizadas por Harold Stevenson (1995, 2000; Stevenson y Hofer, 1999) exploran el origen del bajo rendimiento escolar de los estudiantes

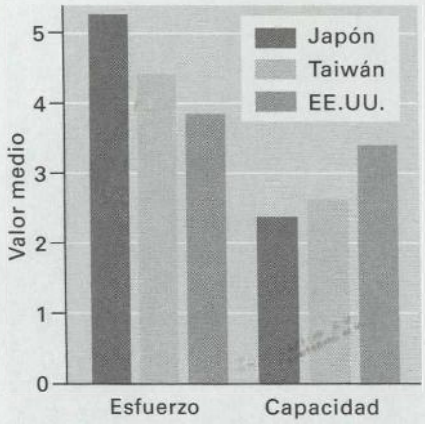


FIGURA 11.5 Creencias de las madres sobre los factores responsables del rendimiento de sus hijos en matemáticas en tres países

Según un estudio, las madres de Japón y Taiwán solían considerar que los resultados obtenidos por sus hijos en la asignatura de matemáticas eran el resultado del esfuerzo realizado más que de la capacidad innata del niño. Por el contrario, las madres estadounidenses solían considerar que dichos resultados se debían a la capacidad innata de sus hijos (Stevenson, Lee y Stigler, 1986). Si los padres opinan que los resultados que sus hijos obtienen en matemáticas se deben a una capacidad innata y estos resultados no son satisfactorios, existen menos probabilidades de que consideren que sus hijos deberían esforzarse más.

estadounidenses. Stevenson y sus colegas han llevado a cabo cinco estudios comparativos transculturales de escolares en Estados Unidos, China, Taiwán y Japón, en los que los estudiantes asiáticos superan de forma continuada el nivel de los norteamericanos. Cuanto más tiempo pasan los alumnos en la escuela, mayor es la distancia entre los resultados de los escolares asiáticos y de los estadounidenses. La diferencia es menor en el primer curso de la educación primaria, y se amplía hasta alcanzar su punto máximo en primer curso del bachillerato (el más avanzado de los cursos estudiados).

Con el fin de ahondar en las razones de estas grandes diferencias transculturales, Stevenson y sus colegas pasaron miles de horas observando clases, así como entrevistando y encuestando a profesores, padres y alumnos. Se halló que los profesores asiáticos dedicaban más tiempo de clase a la enseñanza de las matemáticas que los estadounidenses. Así, en Japón, más de un cuarto del tiempo total que los alumnos pasaban en el aula durante el primer curso de primaria se dedicaba a la enseñanza de las matemáticas, comparado con sólo una décima parte de este tiempo en el mismo curso en Estados Unidos. Asimismo, los estudiantes asiáticos pasaban en la escuela una media de 240 días al año, frente a 178 días en el caso de los alumnos norteamericanos.

Además de que se dedique un tiempo sustancialmente mayor a enseñar matemáticas en las escuelas asiáticas que en las estadounidenses, también se hallaron diferencias entre los padres asiáticos y americanos. Estos últimos tenían expectativas mucho menos positivas con respecto a la educación y a los resultados escolares de sus hijos que los padres asiáticos. Además, los progenitores estadounidenses solían afirmar que los resultados obtenidos por sus hijos en la asignatura de matemáticas se debían a su capacidad innata, mientras que los padres asiáticos tendían a indicar que esos mismos resultados eran el fruto del esfuerzo y la enseñanza (Stevenson, Lee y Stigler, 1986) (véase la Figura 11.5). Resultaba más probable que los estudiantes asiáticos hicieran deberes de matemáticas, y que los padres asiáticos ayudaran a sus hijos en la realización de estas tareas (Chen y Stevenson, 1989).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Examinar la transición de la escuela primaria y los aspectos socioculturales relacionados con la escuela y con el rendimiento escolar

REVISA

- ¿Cuáles son dos de los principales enfoques contemporáneos relativos a la educación de los niños?
- ¿Cómo es la transición a la educación primaria?
- ¿Qué influencia ejercen el estatus socioeconómico y el origen étnico en la educación escolar?
- ¿Qué son las comparaciones transculturales del rendimiento escolar?

REFLEXIONA

- ¿Deberían los estadounidenses preocuparse por el bajo rendimiento de sus estudiantes en matemáticas y ciencias en comparación con los escolares asiáticos? ¿Esperan los americanos muy poco de sus propios estudiantes?

Alcanza tus objetivos de aprendizaje

Desarrollo socioemocional en la niñez intermedia y tardía

1 DESARROLLO EMOCIONAL Y DE LA PERSONALIDAD

- El yo
- Desarrollo moral
- Desarrollo emocional
- Género

2 LA FAMILIA

- Las relaciones paterno-filiales
- Los cambios sociales y las familias

3 LOS IGUALES

- Amigos
- Cognición social
- Estatus entre iguales
- Acoso escolar (*bullying*)

4 LA ESCUELA

- Enfoques contemporáneos sobre el aprendizaje y la evaluación de los estudiantes
- La transición a la escuela primaria
- Estatus socioeconómico y origen étnico
- Comparación transcultural del rendimiento escolar

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Analizar el desarrollo emocional y de la personalidad en la niñez intermedia y tardía*

- El yo interno, el yo social y el yo que se compara socialmente se convierten en factores más importantes durante la niñez intermedia y tardía. El autoconcepto hace referencia a la evaluación del yo específica para un área concreta. La autoestima hace referencia a la evaluación global del yo. También se denomina valor propio o autoimagen. No existe una estrecha relación entre la autoestima y el rendimiento escolar, pero sí entre la autoestima y la iniciativa. Cuatro formas de aumentar la autoestima son: 1) identificar las causas de la baja autoestima; 2) proporcionar apoyo emocional y aprobación social; 3) ayudar a alcanzar logros, y 4) promover la capacidad para hacer frente a los problemas. En la teoría de Erikson, la productividad frente a la inferioridad constituye la cuarta etapa del desarrollo, y es característica de la niñez intermedia y tardía.
- Algunos de los cambios evolutivos relacionados con las emociones que se producen durante la niñez intermedia y tardía, son una mayor comprensión de emociones complejas como el orgullo y la vergüenza, la comprensión de que se puede experimentar más de una emoción en una situación determinada, una mayor tendencia a valorar los hechos que dan lugar a una reacción emocional, una notable mejoría en la capacidad para suprimir u ocultar emociones negativas, y el empleo de estrategias personales para reconducir los sentimientos. La inteligencia emocional constituye una forma de inteligencia social que comprende la capacidad para controlar las emociones y sentimientos propios y ajenos, para establecer diferencias entre ellos y para usar la información obtenida con el fin de guiar los propios pensamientos y acciones. Para Goleman, la inteligencia emocional consta de cuatro áreas principales: el desarrollo de la atención hacia las propias emociones, el control de las emociones, la lectura de las emociones y el manejo de las relaciones. Al crecer, los niños cada vez emplean un mayor número de estrategias cognitivas y de técnicas para hacer frente a los problemas.
- Kohlberg desarrolló una innovadora teoría sobre el razonamiento moral en la que establece que el desarrollo moral se divide en tres niveles (preconvencional, convencional y posconvencional) y seis estadios (dos en cada nivel). Cada estadio se relaciona con una edad concreta y está influenciado por factores como el desarrollo cognitivo, la imitación y el conflicto cognitivo, las relaciones entre iguales y la toma de perspectiva. Esta teoría ha sido objeto de críticas, especialmente de la mano de Gilligan, quien apoya una perspectiva basada en la preocupación por los demás. También se ha señalado que el razonamiento moral no resulta adecuado para predecir el comportamiento moral. Otras críticas se centran en la evaluación del razonamiento moral, y en la influencia de la cultura y la familia en el desarrollo moral. Algunos autores establecen una distinción entre razonamiento moral y razonamiento convencional social. El comportamiento prosocial comprende los aspectos positivos de las conductas morales. El altruismo es el interés por ayudar a alguien sin que ello redunde en beneficio propio. Durante los tres primeros años de vida, el niño no suele compartir por empatía. A partir de los cuatro años de edad, la empatía adquiere mayor relevancia en el acto de compartir. Al comenzar la educación primaria, los niños son capaces de expresar ideas más objetivas acerca de lo que resulta justo.
- Los estereotipos de género están presentes en todo el mundo. Existen ciertas diferencias físicas entre los hombres y las mujeres. Algunos expertos, como Hyde, señalan que las diferencias cognitivas entre ambos sexos se han exagerado. En cuanto a las diferencias socioemocionales, los hombres son más agresivos físicamente, mientras que las mujeres presentan una mejor capacidad de regular sus emociones y mayores grados de comportamiento prosocial. En la actualidad, se desarrolla un debate sobre las similitudes y diferencias existentes entre hombres y mujeres en una serie de áreas distintas. La clasificación de los roles de género se centra en el grado de masculinidad, feminidad o androginia que presentan los individuos. La androginia implica la presencia de características positivas tanto femeninas como masculinas. El género siempre se ha de entender dentro de un contexto determinado.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Describir las relaciones paterno-filiales y la influencia de los cambios sociales en las familias*

- Durante la niñez intermedia y tardía, los padres pasan menos tiempo con sus hijos que en la niñez temprana. Surgen nuevos aspectos en las relaciones paterno-filiales y cambia la concepción de la disciplina. El control se ejerce de forma más conjunta entre padres e hijos.
- Al igual que en familias con padres divorciados, los niños que viven en nuevas estructuras familiares (con padrastro o madrastra) presentan más problemas de adaptación que los que viven en familias cuyos padres no se han divorciado. Sin embargo, la mayoría de los niños en familias con padrastro o madrastra no presentan problemas de adaptación. Los niños sin suficiente supervisión familiar pueden presentar una mayor vulnerabilidad en las horas que siguen a la jornada escolar, es decir, cuando no están sometidos al control de un adulto.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Identificar los cambios en las relaciones entre iguales en la niñez intermedia y tardía*

- La amistad entre niños presenta seis funciones: compañía, estimulación, apoyo físico, apoyo al yo, comparaciones sociales, e intimidad/afecto. La intimidad y la similitud son las características más frecuentes de la amistad.
- Los niños populares son definidos como «mejores amigos» por otros niños y suelen gustar a todos sus compañeros. Los niños medios reciben una cantidad equivalente de opiniones tanto positivas como negativas de sus compañeros. Los niños ignorados no suelen ser definidos como «mejores amigos», pero tampoco disgustan al resto de sus compañeros. Los niños rechazados rara vez son «mejores amigos» de otros niños y no gustan a muchos de sus compañeros. Los niños controvertidos suelen ser considerados «mejores amigos» por algunos compañeros pero no gustan a otros. Resulta más probable que los niños rechazados presenten una serie de problemas en su desarrollo.
- Las capacidades sociales de procesamiento de la información y el conocimiento social son dos factores importantes en la cognición social en las relaciones entre compañeros.
- Un número significativo de niños son víctimas de acoso escolar (*bullying*), lo que puede ocasionar importantes problemas a corto y largo plazo tanto para las víctimas como para los acosadores.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Examinar la transición de la escuela primaria y los aspectos socioculturales relacionados con la escuela y con el rendimiento escolar*

- Los enfoques contemporáneos incluyen la enseñanza directa y el constructivismo. Un equipo de expertos creado por la Asociación Americana de Psicología, la Asociación Americana para la Investigación Educativa y el Consejo Nacional Estadounidense para la Evaluación Educativa, ha propuesto una serie de principios centrados en el alumno desde una perspectiva constructivista. La preocupación de la opinión pública y del Gobierno estadounidense ha dado lugar a la creación de pruebas escolares organizadas por los Estados que presentan tanto ventajas como inconvenientes y que son objeto de debate. El ejemplo más evidente de estas pruebas lo constituye la ley federal «Que ningún niño se quede atrás».
- Causa preocupación el hecho de que los comienzos de la escolarización se basen en la recepción de comentarios negativos por parte de los niños.
- Los niños que viven en la pobreza se enfrentan a problemas en casa y en la escuela que suponen obstáculos en su educación. Resulta importante que los profesores tengan expectativas positivas con respecto al rendimiento de sus alumnos de minorías étnicas, y que fomenten su afán de superación.
- Los niños estadounidenses están más orientados hacia la consecución de logros que los de otros países, pero obtienen peores resultados en matemáticas y ciencias que muchos estudiantes de países asiáticos como China, Taiwán y Japón.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

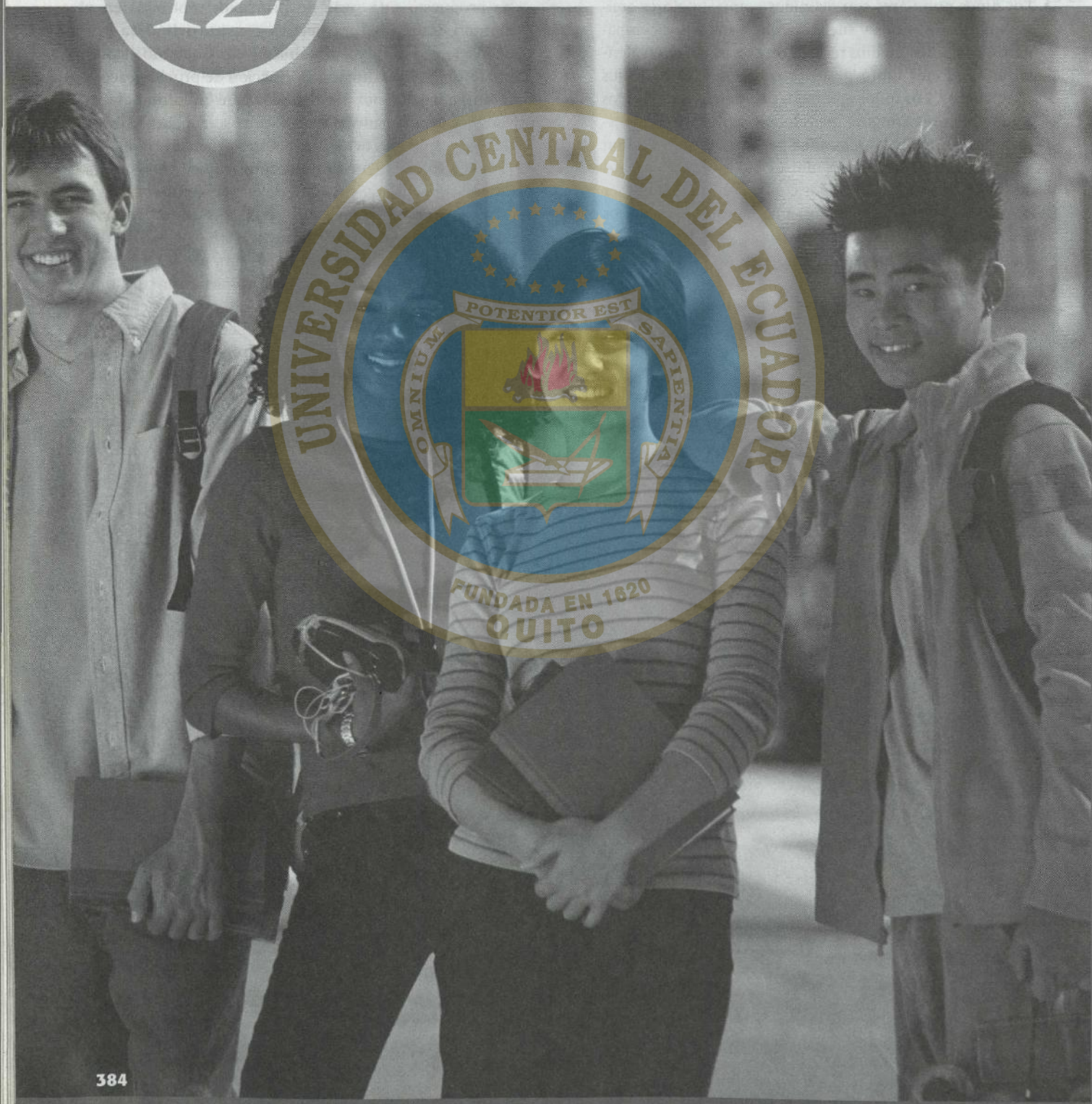
SECCIÓN SEXTA

Adolescencia

CAPÍTULO 12

En la juventud, nos vestimos con el arco iris, y nos lanzamos con toda la fuerza del zodíaco

RALPH WALDO EMERSON
Poeta estadounidense, siglo XIX



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo físico y cognitivo en la adolescencia

Esquema del capítulo		*Objetivos de aprendizaje*
CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA	**1**	**Conocer las características de la adolescencia**
CAMBIOS FÍSICOS Pubertad Sexualidad en la adolescencia El cerebro	**2**	**Describir los cambios relacionados con la pubertad, la sexualidad y el cerebro**
PROBLEMAS DE SALUD EN LOS ADOLESCENTES Uso y abuso de sustancias Problemas y trastornos alimentarios Salud de los adolescentes	**3**	**Identificar los problemas de los adolescentes relacionados con el uso y abuso de sustancias, los trastornos alimentarios y la salud**
COGNICIÓN EN LOS ADOLESCENTES Teoría de Piaget Egocentrismo en la adolescencia Procesamiento de la información	**4**	**Explicar los cambios cognitivos que se producen en la adolescencia**
LA ESCUELA La transición de la escuela primaria a la secundaria Escuelas eficaces para los adolescentes más jóvenes La escuela secundaria Aprendizaje a través de servicios a la comunidad	**5**	**Resumir los aspectos más importantes de la influencia de la escuela en el desarrollo de los adolescentes**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

La mejor y la peor época para los adolescentes de hoy en día

> Hoy en día, los adolescentes viven su mejor y su peor época. Su mundo posee un abanico de posibilidades y perspectivas de futuro inconcebibles hace 50 años: ordenadores, mayor esperanza de vida, acceso a la totalidad del planeta gracias a la televisión, los satélites, los viajes en avión. Pero tal cantidad de conocimiento y de posibilidades de elección también puede ser algo caótico y peligroso. Los temarios educativos oficiales se han adaptado para enseñar acerca de nuevas realidades: el sida, los suicidios de adolescentes, el consumo de drogas y de alcohol, el incesto. Los peligros de la vida adulta, las tentaciones con consecuencias nefastas, se hacen evidentes a los ojos de los niños tan temprano que los ideales de la infancia se destruyen. El *crack*, por ejemplo, posee un poder de adicción mucho mayor que la marihuana, la droga de otra generación. Fragmentos inconexos de violencia se escapan de los televisores de cada hogar para entrar en unas mentes que aún son demasiado jóvenes para comprenderlos. Los mensajes tienen mucho poder, y son contradictorios. Los vídeos musicales sugieren escenas de sexo libre, mientras que las autoridades aconsejan la práctica del «sexo seguro». La televisión hace llegar a la imaginación de los niños una versión estrambótica de la realidad. (Morrow, 1988, págs. 32-33.)

La adolescencia no es una época de rebeldía, crisis, patologías y anomalías. En una definición más acertada, la adolescencia es una etapa de evaluación, de toma de decisiones, de compromiso, de búsqueda de un espacio en el mundo. Hoy en día, muchos de los problemas de los jóvenes no están relacionados con su juventud. Lo que los adolescentes necesitan es acceso a un amplio abanico de oportunidades adecuadas y de apoyo a largo plazo por parte de adultos que se preocupen por ellos (Hamburg y Hamburg, 2004).

VISTA PREVIA

La adolescencia supone una etapa de transición en el ciclo vital del ser humano, un nexo entre la infancia y la edad adulta. Comenzaremos este capítulo analizando algunas características generales de la adolescencia, para examinar a continuación ciertos problemas de los adolescentes y establecer por qué esta etapa posee tanta importancia para la salud de los jóvenes. Luego, describiremos los cambios cognitivos más relevantes que caracterizan a la adolescencia, así como varios aspectos del papel desempeñado por la escuela durante esta etapa.

1 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

Al igual que en el caso de los niños, el desarrollo del adolescente se ve influenciado por factores genéticos, biológicos, ambientales y sociales. Los genes heredados de los padres aún ejercen cierta influencia sobre el pensamiento y la conducta durante la adolescencia, pero la herencia se combina ahora con las condiciones

sociales del entorno del adolescente, esto es, las experiencias familiares, escolares, de amistad, con los compañeros y las citas. Antes de tener una edad entre los diez y los trece años, un adolescente ha experimentado ya miles de horas de interacción con sus padres, compañeros y profesores. Sin embargo, siguen produciéndose nuevas experiencias y tareas del desarrollo. Las relaciones con los padres adoptan una forma distinta, los momentos con los compañeros se vuelven más íntimos, y las citas tienen lugar por primera vez, al igual que la exploración sexual y las posibles relaciones sexuales. Los pensamientos de los adolescentes son más abstractos e idealistas. Los cambios biológicos dan lugar a un mayor interés por el aspecto físico. La adolescencia, por todo ello, representa tanto una continuidad como una discontinuidad con respecto a la niñez.

La preocupación por el desarrollo de los adolescentes ha sido constante por mucho tiempo. En 1904, G. Stanley Hall propuso la visión «tormentosa y de tensión», según la cual, la adolescencia es una etapa turbulenta marcada por el conflicto y las alteraciones en el estado de ánimo. Los adolescentes de hoy en día se enfrentan a exigencias y expectativas, así como a riesgos y tentaciones, que parecen ser más numerosos y complejos que los que vivieron los adolescentes de la generación anterior. Sin embargo, en contra de la creencia popular que define al adolescente como un individuo muy estresado e incompetente, la inmensa mayoría de los adolescentes superan con éxito el cambio de la niñez a la edad adulta. En algunos aspectos, los adolescentes de hoy en día se desarrollan mejor que los de hace una década o dos. En la actualidad, más adolescentes finalizan la educación secundaria, especialmente las chicas afroamericanas de Estados Unidos. La mayor parte de los adolescentes de hoy en día poseen unas relaciones interpersonales y un auto-concepto positivos.

Un estudio multicultural llevado a cabo por Daniel Offer y sus colaboradores (1988) apoyó la idea de que la mayoría de los adolescentes poseen imágenes positivas de sí mismos, lo que contradice el estereotipo según el cual los adolescentes tienen problemas o algún tipo de desequilibrio. Se analizaron las imágenes que de sí mismos tenían numerosos adolescentes de todo el mundo (en Estados Unidos, Australia, Bangladesh, Hungría, Israel, Italia, Japón, Taiwán, Turquía y Alemania Occidental). El 73 por 100 de los adolescentes que participaron en el estudio poseían una imagen positiva de sí mismos. Parecían dirigirse a la edad adulta con la integración sana de sus experiencias previas, con confianza en sí mismos y optimismo ante el futuro. A pesar de que existían algunas diferencias entre los adolescentes, la mayor parte del tiempo se encontraban alegres, disfrutaban de la vida, se consideraban capaces de controlarse, valoraban el trabajo y la escuela, expresaban confianza en su faceta sexual, expresaban sentimientos positivos hacia sus familias, y afirmaban poseer la habilidad para enfrentarse a las tensiones de la vida: no es esta una imagen de la adolescencia que coincida con la perspectiva del estado tormentoso y de tensión.

Las percepciones que la sociedad posee de los adolescentes surgen de la combinación de sus experiencias personales y la visión que reciben de los medios de comunicación, ninguno de los cuales origina una imagen objetiva del desarrollo de un adolescente normal (Feldman y Elliott, 1990). La precipitación a la hora de aceptar las ideas más negativas sobre los adolescentes está seguramente relacionada con la escasa capacidad memorística de los adultos, muchos de los cuales miden su percepción actual de los adolescentes basándose en los recuerdos de su propia adolescencia. Los adultos pueden considerar que los adolescentes de hoy en día son individuos más problemáticos, menos respetuosos, más egoístas, más autoritarios y más atrevidos que ellos mismos cuando tenían esa edad.

Sin embargo, en lo que respecta a gustos y modales, los jóvenes de cualquier generación siempre han parecido radicales, desconcertantes y diferentes de los adultos, distintos en su aspecto, en su comportamiento, en la música que les gusta, en sus peinados, y en la ropa que visten. Resulta profundamente erróneo, no obstante, confundir el entusiasmo que los adolescentes poseen a la hora de probar

nuevas identidades y de disfrutar moderadamente de comportamientos escandalosos con la hostilidad hacia los estándares sociales y paternos. Desde siempre, los adolescentes han probado hasta dónde pueden llegar como forma de aceptar los límites, y no de desafiar los valores de los padres.

A pesar de que la mayoría de los adolescentes experimenta la transición de la niñez a la edad adulta de una forma más positiva que la imaginada por muchos adultos y por los medios de comunicación, sí es cierto que, hoy en día, demasiados adolescentes no disponen de las oportunidades ni del apoyo necesario para convertirse en adultos competentes (Hamburg y Hamburg, 2004; Pittman y Diversi, 2003). En muchos aspectos, los adolescentes actuales crecen en un entorno menos estable que los adolescentes de hace una o dos décadas. Los altos índices de divorcio, de embarazos de adolescentes, y la mayor movilidad geográfica de las familias generan esta falta de estabilidad en las vidas de los adolescentes. En la actualidad, los adolescentes disponen de una amplia gama de estilos de vida a la que acceden a través de los medios de comunicación y, a pesar de que la tasa de consumo de estupefacientes comienza a dar muestras de disminución, el consumo de drogas entre adolescentes es mayor en los Estados Unidos que en cualquier otro país occidental. Muchos de los adolescentes de hoy en día se enfrentan a estas tentaciones, así como a la actividad sexual, a una edad cada vez más temprana (Larson y Wilson, 2004).

En nuestro análisis no hemos tenido en cuenta una importante característica de los adolescentes: no forman un grupo homogéneo. La mayor parte de los adolescentes avanzan con éxito por el largo camino que les lleva a la madurez adulta, pero un grupo demasiado numeroso no lo consigue (Nichols y Good, 2004). Las diferencias étnicas, culturales, de género, socioeconómicas, de edad, de estilos de vida, etc., influyen en la trayectoria vital real de cada adolescente. Surgen, por tanto, distintas imágenes de la adolescencia, que dependen del grupo concreto de adolescentes que se describa (Call y otros, 2003; Compas, 2004; Leventhal y Brooks-Gunn, 2004).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Conocer las características de la adolescencia

REVISA

- ¿Cuáles son las características del desarrollo en la adolescencia?

REFLEXIONA

- ¿En qué medida han cambiado los adolescentes o se han mantenido inalterables a lo largo de los últimos 30 o 40 años?

Tras haber analizado algunas perspectivas históricas sobre la adolescencia y habernos detenido en los adolescentes de hoy en día, centraremos a continuación nuestra atención en los cambios físicos que se producen en la adolescencia, comenzando con los cambios radicales que caracterizan a la pubertad.

2 CAMBIOS FÍSICOS

Pubertad | **Sexualidad en la adolescencia** | **El cerebro**

Un padre señaló que el problema de su hijo adolescente no era crecer, sino no saber cuándo dejar de crecer. Como veremos, existen notables variaciones en cuanto al momento en que se produce el rápido crecimiento de la adolescencia.

Además de los cambios que se producen durante la pubertad, los adolescentes también experimentan cambios relacionados con su sexualidad y su cerebro.

Pubertad

Se puede distinguir entre pubertad y adolescencia. Para la mayoría de nosotros, la pubertad finaliza mucho antes de que se acabe la adolescencia, aunque sí es cierto que la pubertad constituye la señal más evidente del comienzo de la adolescencia. ¿Qué es la pubertad? La **pubertad** constituye un período de rápida madurez física en el que se producen cambios hormonales y corporales que tienen lugar, principalmente, durante la adolescencia temprana.

Imagina a un niño pequeño con las características propias de la pubertad: una niña de tres años con unos senos completamente desarrollados o un niño un poco mayor con una voz grave y masculina. Exactamente eso es lo que veríamos en el año 2250 si la edad a la que se produce la pubertad sigue disminuyendo al mismo ritmo que en la actualidad. En Noruega la **menarquia** (primera menstruación) suele ocurrir alrededor de los 13 años de edad, pero en 1840 ocurría a los 17 años. En Estados Unidos, donde los niños maduran físicamente hasta un año antes que en Europa, la edad media en la que se produce la menarquia ha disminuido de forma significativa desde mediados del siglo XIX (véase la Figura 12.1). Por fortuna, difícilmente veremos a bebés en plena pubertad en el futuro, ya que la disminución apreciada en el siglo pasado se debe, con probabilidad, a unas mejores condiciones sanitarias y de nutrición. Según la información disponible, la menarquia comenzó a ocurrir más tempranamente en la época de la Revolución industrial, un período caracterizado por la mejora en las condiciones de vida y por los adelantos médicos (Petersen, 1979).

Los factores genéticos también influyen en la pubertad, ya que esta etapa no es un mero accidente determinado por el entorno. Ya señalamos que la nutrición, la salud y otros factores influyen en el momento en que comienza la pubertad y determinan ciertas variaciones en su desarrollo; sin embargo, también es cierto que el programa genético básico está intrínsecamente relacionado con la naturaleza del ser humano (Sharp y otros, 2004; Waylen y Wolke, 2004).

La masa corporal constituye otro importante factor que desencadena la pubertad. La menarquia ocurre cuando las chicas presentan un peso relativamente estable. Así, un peso de 49 ± 1,5 kilogramos puede dar lugar a la aparición de la menstruación y ocasionar el fin del crecimiento acelerado característico de la pubertad. Para que se produzca la menarquia y continúe la menstruación, el porcentaje de grasa corporal debe constituir el 17 por 100 del peso total de una chica. Sin embargo, tanto las adolescentes anoréxicas cuyo peso disminuye de forma acentuada como las mujeres que practican ciertos deportes (como la gimnasia) pueden no menstruar (Phillips, 2003).

En resumen, en la lista de factores determinantes de la pubertad se incluyen la nutrición, la salud, la herencia genética y la masa corporal. Hasta ahora, nuestro análisis de la pubertad se ha centrado en los destacados cambios que se producen en esta etapa. Sin embargo, no podemos olvidar que la pubertad no constituye un acontecimiento único y repentino (Archibald, Graber y Brooks-Gunn, 2003). Así, podemos indicar si un chico o una chica está pasando por esta etapa, pero resulta mucho más complicado determinar cuándo comienza y finaliza la pubertad. Con la excepción de la menarquia, que suele producirse en un estadio tardío de la pubertad, no existe ningún hecho único que señale el comienzo de esta etapa. Para los chicos, la aparición de bi-

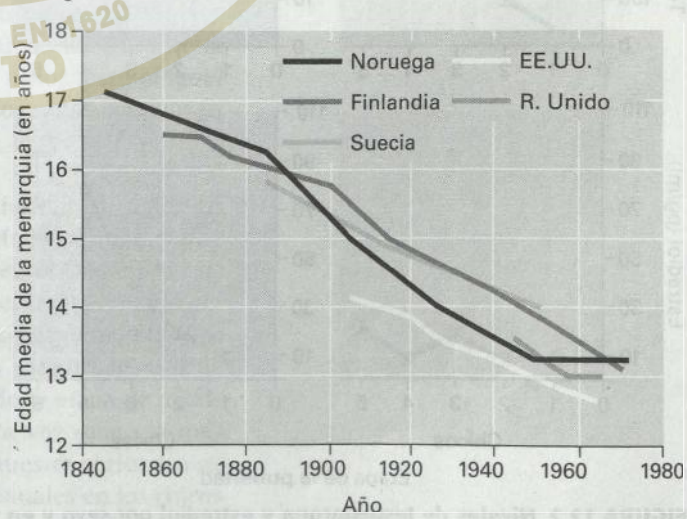


FIGURA 12.1 Edad media para la menarquia en varios países del Norte de Europa y en Estados Unidos de 1845 a 1969
Adviértase el marcado descenso de la edad en la que se produce la menarquia en cinco países distintos. Más recientemente, dicha edad ha tendido a estabilizarse.

FACULTAD DE CULTURA FÍSICA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

gote o el primer sueño *húmedo* pueden marcar el inicio de la nueva fase, pero ambos acontecimientos pueden pasar desapercibidos.

Cambios hormonales Detrás de la aparición del bigote en los chicos y del ensanchamiento de las caderas en las chicas se esconde un enorme flujo de **hormonas,** sustancias químicas de gran potencia segregadas por las glándulas endocrinas y transportadas por todo el cuerpo a través del flujo sanguíneo. La función del sistema endocrino durante la pubertad surge de la interacción entre el hipotálamo, la glándula pituitaria y las gónadas (glándulas sexuales). El **hipotálamo** es una estructura situada en la parte superior del cerebro que controla el hambre, la sed y el sexo. La **glándula pituitaria** es una importante glándula que controla el crecimiento y regula la función de otras glándulas. Las **gónadas** son glándulas sexuales: los testículos en los hombres y los ovarios en las mujeres. ¿Cómo funciona este sistema hormonal? La glándula pituitaria envía una señal a través de las gonadotropinas (hormonas que estimulan los testículos o los ovarios) a la glándula apropiada para que segregue una hormona determinada. Luego, la glándula pituitaria, junto con el hipotálamo, detecta el nivel óptimo de hormonas y responde manteniendo la secreción de gonadotropinas.

La concentración de ciertas hormonas aumenta de forma drástica durante la adolescencia (Auchus y Rainey, 2004; Susman, Dorn y Schiefelbein, 2003; Susman y Rogol, 2004). En el caso de los chicos, la *testosterona* es una hormona asociada con el desarrollo de los genitales, el aumento de la estatura y el cambio en la voz. En las chicas, el *estradiol* es una hormona cuya función está relacionada con el desarrollo de los senos, del útero y del sistema óseo. Según un estudio, durante la pubertad, los niveles de testosterona aumentan 18 puntos en los chicos, pero sólo dos puntos en las chicas. Por su parte, los niveles de estradiol aumentan ocho puntos en las chicas, pero sólo dos en los chicos durante esa misma etapa (Nottelman y otros, 1987) (véase la Figura 12.2). Hay que advertir que tanto la testosterona como el estradiol están presentes en el contenido hormonal de los chicos y de las chicas, pero que la testosterona predomina en el desarrollo masculino durante la pubertad, mientras que el estradiol lo hace en el desarrollo femenino.

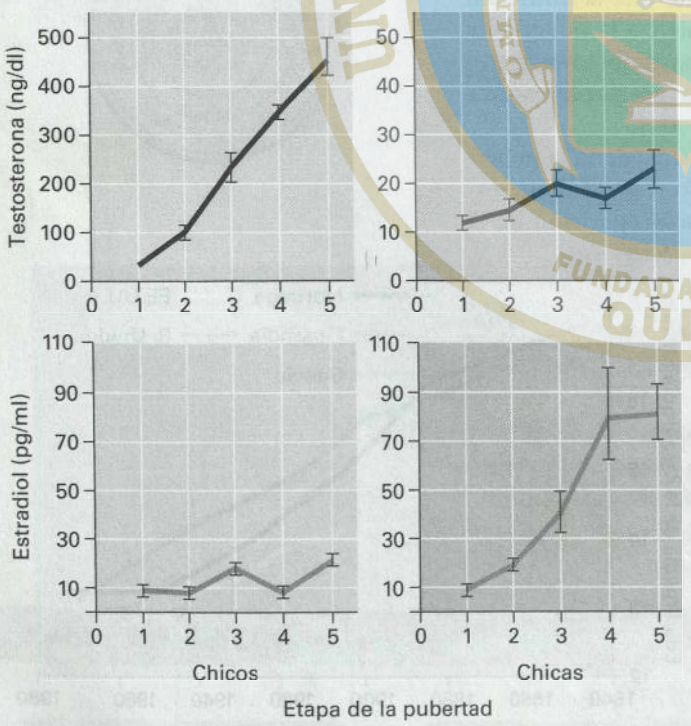


FIGURA 12.2 Niveles de testosterona y estradiol por sexo y en distintas etapas de la pubertad

Las cinco etapas incluyen desde el comienzo temprano de la pubertad (Etapa 1) hasta la fase más avanzada de la pubertad (Etapa 5). Adviértase el considerable aumento de la testosterona en los varones y de estradiol en las chicas.

La influencia de las hormonas, que hacen crecer vello en el pecho de los hombres y acentúan la forma de los senos en las mujeres, puede también hacerse patente en el desarrollo psicológico de los adolescentes (Cameron, 2004; Rowe y otros, 2004). En una investigación realizada con 108 chicos y chicas sin discapacidades con edades comprendidas entre los 9 y los 14 años, se advirtió una mayor concentración de testosterona en los chicos que consideraban poseer altos niveles de competencia social (Nottelmann y otros, 1987). En otro estudio realizado con 60 chicos y chicas sin discapacidades de las mismas edades antes mencionadas, se determinó que las chicas con niveles más elevados de estradiol presentaban una mayor tendencia a la ira y a los comportamientos agresivos (Inoff-Germain y otros, 1988). Sin embargo, las hormonas por sí solas no son las únicas responsables del desarrollo en la adolescencia (Graber y Brooks-Gunn, 2002; Rowe y otros, 2004). Así, por ejemplo, en una investigación se determinó que, frente a los factores hormonales, los elementos sociales influían de dos a cuatro veces más en la tendencia a la ira y a la depresión en chicas adolescentes (Brooks-Gunn y Warren, 1989). El comportamiento y los estados de ánimo también pueden afectar a las hormonas (Paikoff, Buchanan y Brooks-Gunn, 1991). El estrés, las cos-

tumbres alimenticias, la práctica de ejercicio, la actividad sexual, la tensión y la depresión pueden activar o suprimir diversos aspectos del sistema hormonal. En resumen, la relación entre las hormonas y el comportamiento es de una gran complejidad (Susman y Rogol, 2004).

Resulta necesario fijarnos en un aspecto adicional del papel desempeñado por la glándula pituitaria en el desarrollo. Esta glándula segrega gonadotropinas que estimulan los testículos y los ovarios, pero además, a través de la interacción con el hipotálamo, también produce hormonas que dan lugar directamente al crecimiento y maduración del sistema óseo o que producen este crecimiento mediante la interacción con la glándula tiroidea situada en el cuello.

Estatura, peso y madurez sexual El aumento de estatura y peso, así como la madurez sexual, son algunas de las transformaciones físicas más evidentes que se producen durante la pubertad.

Estatura y peso Tal y como se indica en la Figura 12.3, la aceleración en el crecimiento asociada con la pubertad tiene lugar aproximadamente dos años antes para las chicas que para los chicos (Abbassi, 1998). Como media, este proceso de rápido crecimiento comienza a los nueve años de edad para las niñas y a los once para los niños. El momento de máximo crecimiento ocurre a los 11,5 años para las niñas y a los 13,5 para los niños. Durante su crecimiento, la estatura de las niñas aumenta unos ocho centímetros al año, y la de los niños, unos diez centímetros.

Los niños o las niñas que son más bajos o más altos que sus compañeros antes de la adolescencia suelen mantener esa diferencia durante dicha etapa. En nuestra sociedad, existe un estigma asociado a ser un chico de baja estatura. Al comienzo de la adolescencia, las niñas tienden a ser más altas que los niños de su misma edad, pero al finalizar los primeros cursos de la educación secundaria, la mayoría de los chicos han alcanzado esa estatura o, en muchos casos, superan ya a las chicas. A pesar de que la estatura durante la educación primaria es un factor que puede ayudar a predecir la que se alcanzará en la adolescencia, resulta muy probable que la estatura de un individuo no coincida con la de sus compañeros. De esta manera, el 30 por 100 de la estatura que un individuo posee en la adolescencia tardía no está relacionado con la altura que presentaba en los años de la educación primaria.

El ritmo al que los adolescentes ganan peso sigue aproximadamente el mismo calendario del desarrollo que la velocidad a la que aumenta su estatura. El incremento acentuado del peso coincide con el comienzo de la pubertad. Durante la adolescencia temprana, las niñas tienden a pesar más que los niños, pero al igual que con la estatura, aproximadamente a los 14 años de edad los niños comienzan a superar a las niñas también en el peso.

Madurez sexual Piensa acerca del comienzo de tu propia pubertad. De todos los asombrosos cambios que se producían en tu cuerpo, ¿cuál fue el primero que ocurrió? Las investigaciones realizadas han descubierto que, en el caso de la pubertad masculina, el desarrollo se produce en este orden: aumento del tamaño del pene y los testículos, aparición de vello púbico lacio, pequeño cambio en la voz, primera eyaculación (que normalmente ocurre a través de la masturbación o de sueños eróticos), aparición de vello púbico rizado, comienzo de la etapa de máximo crecimiento, aparición de pelo en las axilas, cambios en la voz cada vez más evidentes, y crecimiento de vello facial. En la Figura 12.4 se muestra el ritmo normal y la edad media para el desarrollo de tres características sexuales en los chicos (alargamiento del pene, desarrollo testicular y crecimiento de vello facial), así como del aumento de estatura.

¿Cuál es el orden de aparición de los cambios físicos en las niñas? En primer lugar, aumenta el tamaño de los senos o aparece el vello púbico. Luego, surge pelo en las axilas. Mientras ocurren estos cambios, las niñas crecen y sus caderas se

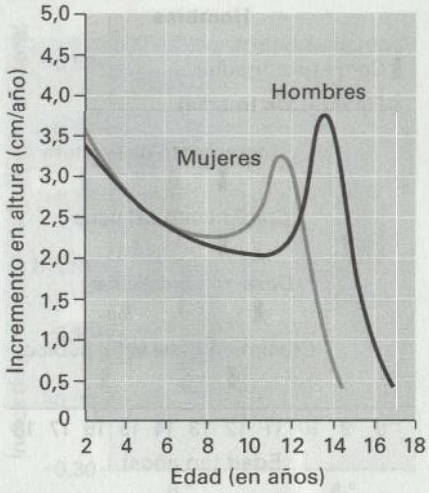


FIGURA 12.3 Crecimiento rápido durante la pubertad

Por término medio, el momento de mayor crecimiento durante la pubertad se produce dos años antes en las niñas (11 años y medio) que en los niños (13 años y medio).

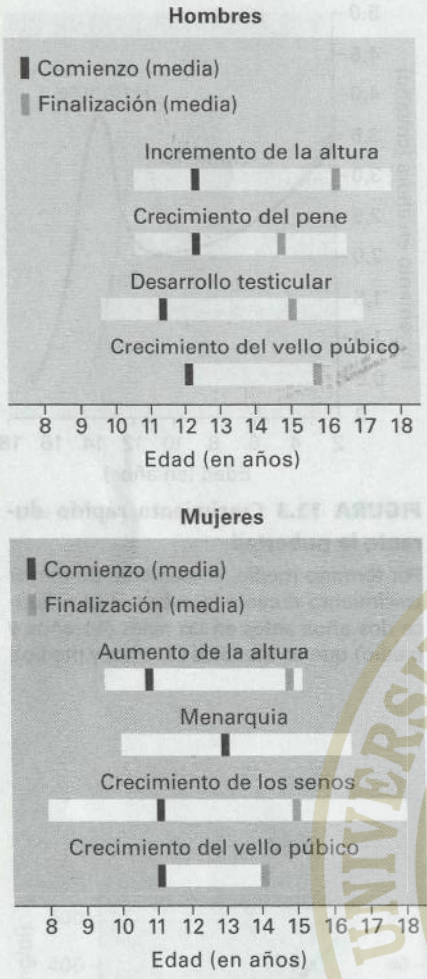


FIGURA 12.4 Rango normal de edad y valores medios del desarrollo de las características sexuales en hombres y mujeres.

ensanchan más que los hombros. La primera menstruación ocurre relativamente tarde en el ciclo de la pubertad. En principio, los ciclos menstruales pueden ser muy irregulares. Durante los primeros años, las niñas no siempre ovulan en cada ciclo menstrual. Algunas no ovulan hasta dos años después del comienzo de las menstruaciones. En el caso de las mujeres, no se producen cambios en la voz comparables con los que tienen lugar en los hombres. Al final de la pubertad, los pechos adquieren una forma redondeada. Dos de los aspectos más evidentes de los cambios en la pubertad femenina son el vello púbico y el desarrollo de los senos. La Figura 12.4 muestra el ritmo normal y la edad media para el desarrollo de tres características sexuales de las chicas (menarquia, desarrollo de los senos y crecimiento del vello púbico), así como del aumento de estatura.

Variaciones individuales Para la mayoría de chicos, la secuencia de cambios característicos de la pubertad puede comenzar a los diez años de edad o, incluso, a los 13 años y medio. Además, puede concluir a los 13 años o a los 17. El segmento de edades es tan amplio que, si comparamos a dos niños de la misma edad cronológica, uno puede terminar la secuencia de cambios de la pubertad antes de que el otro la haya siquiera comenzado. En el caso de las niñas, la edad en la que se produce la menarquia varía incluso más. Se considera normal cuando ocurre entre los nueve y los 15 años de edad.

Imagen corporal Un aspecto psicológico del cambio físico que se produce en la pubertad está comprobado: los adolescentes se preocupan por su cuerpo y desarrollan imágenes individuales de las características de su físico. Tal vez te mirabas en el espejo cada día, o incluso cada hora, para ver si podías detectar algo diferente en tu cuerpo. La preocupación por el aspecto físico es constante a lo largo de la adolescencia, pero se acentúa durante la pubertad, una etapa en la que los adolescentes se muestran más insatisfechos con sus cuerpos que durante la adolescencia tardía (Graber y Brooks-Gunn, 2001; Wright, 1989).

Existen diferencias de género en la percepción que los adolescentes tienen de su propio cuerpo. En general, las chicas se muestran menos contentas con sus cuerpos y poseen más imágenes corporales negativas, comparadas con los chicos, a lo largo de la pubertad (Brooks-Gunn y Paikoff, 1993). Además, mientras se producen los cambios de la pubertad, normalmente las niñas se muestran más insatisfechas con sus cuerpos, tal vez porque aumenta el porcentaje de grasa corporal, mientras que los chicos están cada vez más satisfechos a lo largo de la pubertad, probablemente porque aumenta su masa muscular (Gross, 1984).

Madurez temprana y tardía Algunos individuos entran temprano en la pubertad; otros, más tarde o, también, en su momento justo. Cuando los adolescentes maduran de forma más temprana o tardía que sus compañeros, ¿se perciben de manera distinta con respecto a sus iguales? En el Estudio Longitudinal Berkeley, realizado hace algunos años, los chicos que maduraban más temprano tenían una imagen más positiva de sí mismos y mejores relaciones con sus compañeros que los que maduraban de forma más tardía (Jones, 1965). Los resultados para las niñas que presentaban una madurez temprana eran muy parecidos, pero no tan evidentes como en los chicos. Sin embargo, al volver a estudiar a los chicos con madurez más tardía cuando tenían alrededor de 30 años, éstos habían desarrollado un sentimiento de identidad más marcado que los que experimentaron una madurez temprana (Peskin, 1967). Este hecho puede deberse a que los chicos que maduraron más tardíamente dispusieron de más tiempo para explorar distintas opciones vitales, mientras que los chicos que maduraron antes que sus compañeros continuaron centrándose en los ventajosos cambios físicos que experimentaron, sin prestar la suficiente atención al desarrollo de sus carreras profesionales ni a la consecución de logros concretos.

No obstante, estudios más recientes confirman que, al menos durante la adolescencia, madurar antes que el resto de compañeros constituye una ventaja (Simmons y Blyth, 1987). En el caso de las chicas, los resultados obtenidos por estudios recientes parecen indicar que las niñas con madurez temprana presentan más problemas en el colegio, pero también son más independientes y tienen mejores relaciones con sus compañeros varones que las chicas que maduraban más tarde. El momento en el que se evalúa la madurez también constituye un factor relevante. En el sexto curso de primaria, las chicas tempranamente maduras se mostraban más satisfechas con su cuerpo que las niñas que maduraban más tarde, pero en cuarto de secundaria, la tendencia se invertía (Simmons y Blyth, 1987) (véase la Figura 12.5). Este hecho puede explicarse si tenemos en cuenta que, durante la adolescencia tardía, las chicas que maduran antes son más bajas y fornidas, mientras que las que maduran más tarde son más altas y delgadas y, por tanto, poseen una imagen corporal más próxima al ideal actual de belleza femenina en el mundo occidental: altas y delgadas.

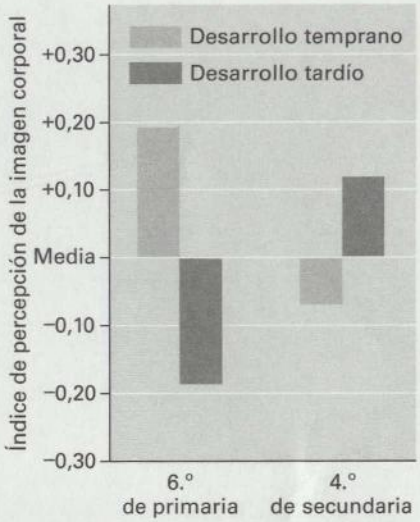


FIGURA 12.5 Percepciones de la imagen corporal propia por parte de chicas adolescentes con desarrollo temprano y tardío en los primeros y últimos años de la adolescencia.

En la última década, un amplio número de investigaciones han descubierto que la madurez temprana aumenta la vulnerabilidad de las niñas ante numerosos problemas (Graber, 2003; Graber y otros, 2004). Resulta más probable que las chicas que maduran antes fumen, beban, estén deprimidas, presenten algún tipo de trastorno alimentario, exijan antes más autonomía de sus padres y tengan amigos de mayor edad. Su desarrollo corporal las hace más atractivas ante los varones, lo que puede dar lugar a que comiencen las citas con chicos o las experiencias sexuales más temprano (Wiesner e Ittel, 2002). Según los resultados obtenidos en un reciente estudio realizado con 1225 chicas provenientes de entornos urbanos que estudiaban en los primeros años de secundaria, las que entraban en la pubertad más temprano presentaban una mayor tendencia a experimentar con el alcohol o el *cannabis* que sus compañeras de minorías étnicas que maduraban más tardíamente (Graber, 2003). En otra investigación se determinó que las chicas que maduraban antes alcanzaban niveles educativos y profesionales inferiores durante la edad adulta (Stattin y Magnusson, 1990). Al parecer, debido a su falta de madurez social y cognitiva, además de su desarrollo físico temprano, las chicas que maduran antes suelen presentar comportamientos problemáticos, y no reconocer las consecuencias a largo plazo de estas actitudes en su desarrollo (Petersen, 1993; Sarigiani y Petersen, 2000).

En la actualidad, algunos investigadores se cuestionan si la influencia de la pubertad es tan relevante como se pensaba (Petersen, 1993). La pubertad influye en algunos adolescentes más que en otros, al igual que ciertos tipos de comportamiento. De esta manera, la imagen corporal, el interés en las citas y la actividad sexual están relacionados con los cambios propios de la pubertad. Estas dudas acerca de la verdadera influencia de la pubertad parecen indicar que, en términos de desarrollo general y de adaptación en el desarrollo del ciclo vital humano, las variaciones de la pubertad (como la madurez temprana o tardía) no son tan drásticas como se considera de forma común. Al examinar los efectos de la pubertad, debemos considerar que la adolescencia comprende cambios cognitivos y socioemocionales, además de físicos. Como en todos los estadios del desarrollo, estos procesos trabajan de forma conjunta para crear lo que somos durante la adolescencia.



El sexo lo impregna casi todo en la cultura estadounidense y se utiliza para vender cualquier producto. *Entonces, ¿por qué nos sorprende que los adolescentes den tantas muestras de curiosidad por el sexo y que se sientan tentados a experimentar?*

Sexualidad en la adolescencia

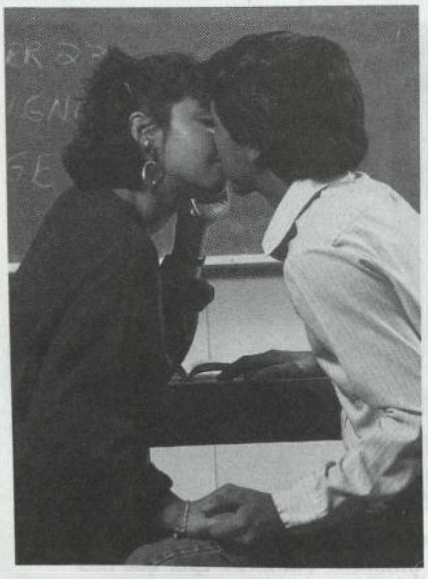
La adolescencia es una etapa de exploración y experimentación sexual, de fantasías y realidades sexuales y de

incorporación de la sexualidad a la propia identidad. Los adolescentes poseen una curiosidad insaciable por conocer los misterios de la sexualidad. Se cuestionan si son sexualmente atractivos, cómo mantener relaciones y cómo serán sus vidas sexuales en el futuro. La mayor parte de los adolescentes consigue desarrollar una identidad sexual madura, pero muchos de ellos viven momentos de vulnerabilidad y confusión en el desarrollo sexual a lo largo de su vida.

La adolescencia constituye un puente entre el niño asexual y el adulto sexual (Feldman, 1999). En todas las sociedades se presta cierta atención a la sexualidad de los adolescentes. En algunas, los adultos controlan y protegen a las adolescentes de los chicos acompañándolas constantemente. Otras sociedades, en cambio, fomentan los matrimonios tempranos. En algunas, como la sociedad estadounidense, se permite un cierto grado de experimentación sexual, a pesar de que no existe acuerdo a la hora de determinar hasta dónde debería llegar esa experimentación.

La televisión contribuye a la cultura sexual, y las investigaciones señalan que la televisión instruye a niños y adolescentes acerca del sexo (Collins y otros, 2004; Galician, 2004; Gruber y Gruber, 2000; Ward y Caruthers, 2001). El contenido sexual es evidente no sólo en los programas televisivos, sino también en los contenidos publicitarios que utilizan las referencias sexuales para vender desde coches a detergentes. Además, muchos adolescentes reciben referencias explícitas al sexo a través de vídeos, letras de canciones o páginas de Internet (Roberts, Henriksen y Foehr, 2004). Según un reciente análisis de varias investigaciones, el consumo frecuente de telenovelas y vídeos musicales está relacionado con una mayor aceptación de actitudes relajadas frente al sexo y con mayores expectativas de ser sexualmente activo.

Debemos recordar que el desarrollo y el interés sexual constituyen aspectos normales del desarrollo de los adolescentes y que la mayor parte de ellos poseen actitudes saludables hacia el sexo y llevan a cabo prácticas sexuales que no dañan su desarrollo. En nuestro próximo análisis de la sexualidad en la adolescencia, nos centraremos en el desarrollo de la identidad sexual, el progreso en los comportamientos sexuales de los adolescentes, los factores de riesgo que dan lugar a problemas sexuales, el uso de anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo en la adolescencia. En el Capítulo 14, «Desarrollo físico y cognitivo en la juventud», analizaremos otros importantes aspectos de la sexualidad: heterosexualidad y homosexualidad, enfermedades de transmisión sexual, abuso y acoso sexual.



¿Cuál es la secuencia del comportamiento sexual en la adolescencia?

Desarrollo de la identidad sexual El dominio sobre los nuevos sentimientos sexuales y la formación de una identidad sexual constituyen procesos con múltiples facetas. Este largo proceso incluye aprender a gestionar los sentimientos sexuales (como la excitación y la atracción sexual), desarrollar nuevas formas de intimidad, y conocer las habilidades necesarias para regular el comportamiento sexual y evitar así consecuencias indeseables (Crockett, Raffaelli y Moilanen, 2003). El desarrollo de la identidad sexual va más allá del mero comportamiento sexual, ya que incluye la interacción con otras identidades también en pleno desarrollo. Las identidades sexuales surgen en el contexto de los factores físicos, sociales y culturales, sin olvidar los límites impuestos por la mayoría de las sociedades al comportamiento sexual de los adolescentes.

La identidad sexual de un adolescente implica la indicación de una orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual) así como actividades, intereses y estilos de conducta (Buzwell y Rosenthal, 1996). Por ejemplo, para algunos adolescentes, el sexo es causa de elevados niveles de ansiedad, mientras que, para otros, esa ansiedad es menor. Algunos dan muestras de mayor excitación sexual que otros, o son sexualmente muy activos, mientras que otros no tienen ningún tipo de actividad sexual. Algunos adolescentes no practican el sexo por haber recibido una educación marcadamente religiosa, mientras que otros pueden practi-

car de forma regular su religión sin que se inhiba su actividad sexual (Thornton y Canburn, 1989).

A pesar de que el desarrollo de la identidad gay o lésbica se ha estudiado ampliamente en el caso de los adultos, existen pocas investigaciones sobre esta identidad en la adolescencia (a la que suele referirse como el proceso de «salir del armario»). Según la creencia común, la mayoría de las personas homosexuales se enfrentan en silencio a la atracción que sienten por individuos de su mismo sexo durante la infancia, no tienen citas con personas del sexo opuesto, y reconocen de forma gradual su homosexualidad en la adolescencia intermedia o tardía (Diamond, 2003). Este patrón evolutivo puede aplicarse a muchos jóvenes, pero no a todos (Diamond y Lucas, 2004). Así, por ejemplo, un gran número de jóvenes no recuerda haberse sentido atraído por individuos de su mismo sexo, por lo que su homosexualidad se manifiesta de forma más inesperada durante la adolescencia tardía (Savin-Williams, 2001). Los estudios realizados también han hallado que la mayoría de los adolescentes que se sienten atraídos por individuos de su mismo sexo también experimentan cierto grado de atracción hacia el sexo opuesto (Garofalo y otros, 1999). Así, aunque algunos adolescentes que se sienten atraídos por individuos de su mismo sexo se enamoran de éstos, otros afirman que sus sentimientos homosexuales son puramente físicos (Savin-Williams, 2001; Savin-Williams y Diamond, 2004).

En definitiva, los jóvenes homosexuales presentan diversos patrones de atracción inicial hacia individuos de su mismo sexo, suelen sentir impulsos bisexuales y pueden experimentar una atracción física o emocional hacia individuos de su mismo sexo, pero no siempre se enamoran de ellos (Diamond, 2003; Savin-Williams y Diamond, 2004). Resulta preocupante el escaso apoyo que los adolescentes homosexuales reciben de sus padres, profesores, orientadores y compañeros. En el Capítulo 14, «Desarrollo físico y cognitivo en la juventud», analizaremos la homosexualidad y la heterosexualidad en mayor profundidad.

Progreso en los comportamientos sexuales durante la adolescencia Los adolescentes experimentan un progreso constante en sus comportamientos sexuales (DeLamater y MacCorquodale, 1979). Normalmente, se comienza con los besos, seguidos de los tocamientos. Luego surge la relación sexual o, en algunos casos, el sexo oral, cuya práctica durante la adolescencia ha aumentado de forma considerable en años recientes. En una investigación, se realizaron preguntas sobre sus experiencias sexuales a 452 individuos con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años (Feldman, Turner y Araujo, 1999). Los resultados obtenidos permitieron describir el siguiente progreso en las conductas sexuales: besos, tocamientos, relación sexual, sexo oral (Feldman, Turner y Araujo, 1999). Los adolescentes varones llevaban a cabo estas prácticas sexuales un año antes que las chicas.

Los siguientes datos, provenientes de una investigación estadounidense sobre adolescentes, aportan más información sobre la progresión de las prácticas sexuales durante la adolescencia (Alan Guttmacher Institute, 1998):

- La mayoría de los adolescentes más jóvenes no han practicado el sexo: ocho de cada diez niñas y siete de cada diez niños son vírgenes a los 15 años de edad.
- La probabilidad de que los adolescentes tengan contactos sexuales aumenta de forma gradual con la edad, pero uno de cada cinco individuos no ha tenido contactos sexuales a los 19 años de edad.
- Para la mayor parte de los adolescentes, la primera relación sexual se produce en los años de la adolescencia intermedia y tardía, aproximadamente ocho años antes del matrimonio.
- Las primeras parejas sexuales voluntarias de la mayoría de las adolescentes son más jóvenes, de la misma edad o mayores en no más de dos años que las

chicas. El 27 por 100 es mayor en tres o cuatro años, y el 12 por 100, mayor en cinco o más años.

En algunas zonas de los Estados Unidos, el porcentaje de adolescentes jóvenes sexualmente activos puede ser aún mayor. En una zona urbana y deprimida de Baltimore, el 81 por 100 de los chicos de 14 años afirmaba haber mantenido relaciones sexuales. Otras investigaciones llevadas a cabo en diferentes zonas marginales y deprimidas han revelado también la mayor frecuencia de las relaciones sexuales tempranas (Clark, Zabin y Hardy, 1984).

En resumen, al final de la adolescencia, la mayor parte de los individuos ya han mantenido relaciones sexuales. Los hombres, los adolescentes afroamericanos o los que viven en zonas marginales parecen ser los más activos sexualmente (Feldman, Turner y Araujo, 1999). A pesar de que el contacto sexual puede constituir una experiencia llena de significado para los adolescentes de mayor edad y madurez, muchos de ellos no están emocionalmente preparados para controlar sus experiencias sexuales, especialmente durante la adolescencia temprana. En un estudio, cuando más pronto en la adolescencia se comenzaban las relaciones sexuales, mayores posibilidades existían de presentar algún tipo de problema de adaptación (Bingham y Crockett, 1996).

El segmento de años dentro del que se produce la iniciación sexual varía considerablemente entre los diferentes países y géneros. Según un reciente estudio, la proporción de mujeres que ya habían tenido contactos sexuales a los 17 años iba del 72 por 100 en Malí al 47 por 100 en los Estados Unidos o al 45 por 100 en Tanzania (Singh y otros, 2000). El porcentaje de varones que habían tenido su primera relación sexual a los 17 años variaba desde el 76 por 100 en Jamaica al 64 por 100 en los Estados Unidos o el 63 por 100 en Brasil.

Factores de riesgo para los problemas sexuales A pesar de que la mayoría de los adolescentes comienzan a ser sexualmente activos en algún momento de la adolescencia, algunos practican el sexo a edades más tempranas (antes de los 16 años) y tienen distintas parejas a lo largo del tiempo (Cavanaugh, 2004). Estos adolescentes son el grupo que peor utiliza los métodos anticonceptivos y, por tanto, presentan un mayor riesgo de sufrir un embarazo o enfermedades de transmisión sexual. La actividad sexual temprana también se relaciona con otros comportamientos de riesgo, como el consumo excesivo de alcohol y drogas, la delincuencia y los problemas escolares (Dryfoos, 1990). Asimismo, los adolescentes que viven en barrios marginales suelen ser más activos sexualmente y presentan mayores niveles de embarazo juvenil que los adolescentes que viven en zonas más pudientes. Además, tal y como mencionamos previamente, los adolescentes afroamericanos participan en actividades sexuales a una edad más joven que los de otros grupos étnicos. De esta manera, para los americanos de origen asiático, el segmento de edad en el que se producen los comportamientos sexuales está mucho más restringido.

Otros dos importantes aspectos que influyen en los factores de riesgo de índole sexual son la auto-regulación, esto es, la capacidad para regular las emociones y comportamientos propios, y la relación entre los padres y los adolescentes. Según un estudio longitudinal, la presencia de un bajo nivel de auto-regulación entre los 12 y 13 años de edad se relacionaba con mayores niveles de comportamientos sexuales de riesgo cuatro años más tarde (Raffaelli y Crockett, 2003). Los resultados de otras investigaciones también han identificado el vínculo existente entre un bajo nivel de auto-regulación y la existencia de comportamientos sexuales de riesgo (Kahn y otros, 2002). Según un reciente estudio, los comportamientos sexuales durante la adolescencia están relacionados con la existencia de un bajo nivel de control por parte de los padres y de una escasa comunicación entre los progenitores y el adolescente (Huebner y Howell, 2003).

Uso de métodos anticonceptivos Si bien la actividad sexual resulta necesaria para la procreación, también es cierto que conlleva riesgos considerables si no se

toman las precauciones necesarias (Kelly, 2004). Los jóvenes se enfrentan a dos tipos de riesgos: los embarazos no previstos ni deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Ambos peligros pueden reducirse notablemente con el empleo de métodos anticonceptivos. A pesar de que el embarazo no es un riesgo para los adolescentes homosexuales, sí deben enfrentarse al peligro que suponen las enfermedades de transmisión sexual, al igual que los jóvenes heterosexuales.

Resulta prometedor que los adolescentes utilicen cada vez más los métodos anticonceptivos. De esta manera, en Estados Unidos, el empleo de estos métodos por parte de las adolescentes en su primer encuentro sexual aumentó del 48 por 100 al 65 por 100 durante la década de los ochenta (Forrest y Singh, 1990). En 1995, el uso de anticonceptivos en el primer contacto sexual alcanzó el 78 por 100. Dos tercios de este porcentaje hacen referencia al uso del preservativo. Una adolescente sexualmente activa que no emplee anticonceptivos posee un 90 por 100 de posibilidades de quedar embarazada en un año (Alan Guttmacher Institute, 1998). El método que se utiliza con mayor frecuencia es la píldora anticonceptiva (44 por 100), seguido por los preservativos (38 por 100). Aproximadamente el 10 por 100 emplea un anticonceptivo inyectable, un 4 por 100 elige la interrupción del coito y un 3 por 100 se decanta por un dispositivo intrauterino (Alan Guttmacher Institute, 1998). Aproximadamente un tercio de las adolescentes que utilizan preservativos, también toman la píldora o practican la interrupción del coito.

A pesar de que el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes va en aumento, muchos adolescentes sexualmente activos no los emplean, o lo hacen de forma irregular (Ford, Sohn y Lekowski, 2001; Singh y otros, 2004; Strong y otros, 2005). Los adolescentes más jóvenes y sexualmente activos suelen tomar menos medidas anticonceptivas que los de mayor edad. Los primeros, además, suelen emplear preservativos o practicar la interrupción del coito, mientras que los mayores se decantan, normalmente, por la píldora o el diafragma. En un estudio, más chicas adolescentes que chicos afirmaban haber cambiado su comportamiento y haber adoptado prácticas sexuales más seguras (Rimberg y Lewis, 1994).

Enfermedades de transmisión sexual Las **enfermedades de transmisión sexual (ETS)** se contraen, principalmente, a través del contacto sexual. Este contacto no se limita al sexo vaginal, sino que incluye también los contactos oral-genitales y anal-genitales.

Cada año, más de tres millones de adolescentes estadounidenses (aproximadamente una cuarta parte de los que poseen algún tipo de experiencia sexual) contraen una enfermedad de transmisión sexual (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Centers for Disease Control and Prevention*, 2004). En un único acto sexual sin protección con una pareja infectada, una chica adolescente tiene un 1 por 100 de posibilidades de contraer el VIH, un 30 por 100 de infectarse de herpes genital y un 50 por 100 de contraer la gonorrea (Glei, 1999). La clamidia (que se puede transmitir por contacto sexual y que infecta los genitales de ambos sexos) es más frecuente entre adolescentes que entre adultos jóvenes (Weinstock, Berman y Cates, 2004). En algunas zonas de Estados Unidos, el 25 por 100 de los adolescentes sexualmente activos han contraído clamidia (Donovan, 1993). Según un estudio transcultural realizado en dieciséis países desarrollados, la incidencia de clamidia era especialmente alta entre los adolescentes de todos los países estudiados (Panchaud y otros, 2000). La gonorrea también es más frecuente entre los adolescentes que entre los adultos jóvenes.

En el Capítulo 14, estudiaremos las enfermedades de transmisión sexual en mayor profundidad. Anteriormente ya mencionamos que, cuando los adolescentes son sexualmente activos y no utilizan métodos anticonceptivos, el embarazo es una posible consecuencia. A continuación, analizaremos las características del embarazo en la adolescencia.

Embarazo en adolescentes En comparativas transculturales, Estados Unidos seguía teniendo uno de los mayores índices de embarazos entre adolescentes del

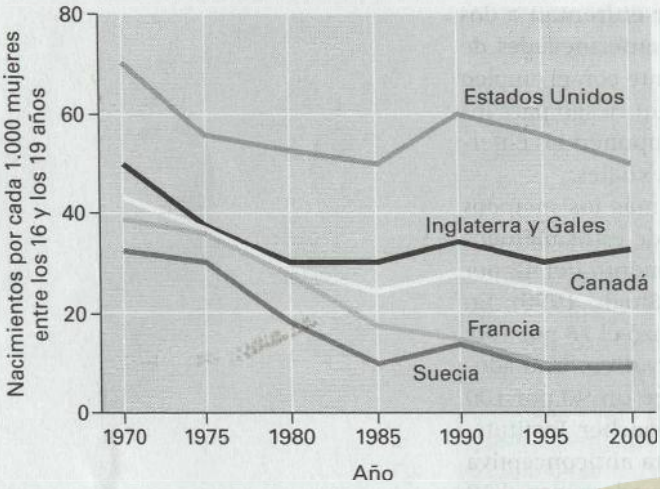


FIGURA 12.6 Comparación transcultural de los índices de embarazos entre adolescentes

mundo desarrollado, a pesar de que se produjo un descenso considerable en la década de los noventa (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Centers for Disease Control and Prevention*, 2002) (véase la Figura 12.6). La tasa de embarazos en adolescentes de los Estados Unidos supera en ocho puntos al índice registrado en los Países Bajos. A pesar de que los jóvenes estadounidenses no son más activos sexualmente que los holandeses, la incidencia de embarazos entre adolescentes es notablemente superior en Estados Unidos.

No obstante, se detectan tendencias prometedoras en el índice de embarazos en adolescentes de Estados Unidos. En el año 2002, los partos de madres adolescentes disminuyeron a un mínimo histórico (Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2004). Asimismo, el índice de embarazos en adolescentes ha disminuido en un 21 por 100 desde 1991, un descenso que puede deberse al mayor uso de anticonceptivos, el temor a las ETS, como el sida, y la prosperidad económica que caracterizó a la década de los noventa, que puede haber retrasado el momento en que las adolescentes formaban una familia con el fin comenzar a trabajar. El descenso más pronunciado en el índice de embarazos en Estados Unidos en los años noventa se detectó en las chicas con edades comprendidas entre los 15 y los 17 años, aunque aún preocupa la alta tasa de embarazos que se advierte entre las adolescentes hispanas (Child Trends, 2001).

Resultan preocupantes las consecuencias del alto índice de embarazos entre adolescentes estadounidenses, una situación que provoca riesgos para la salud del niño y de la madre. Los hijos de madres adolescentes suelen pesar menos al nacer —un factor determinante en la mortalidad infantil— así como presentar problemas neurológicos y enfermedades durante la infancia (Dryfoos, 1990). Además, las madres adolescentes suelen abandonar sus estudios. A pesar de que muchas madres adolescentes retoman su educación académica más adelante, generalmente no alcanzan el nivel económico de las mujeres que retrasan la maternidad hasta que tienen más de veinte años. Según un estudio longitudinal, los hijos de mujeres que habían sido madres por primera vez en la adolescencia obtenían resultados escolares más bajos y presentaban mayores problemas de comportamiento que los hijos de mujeres que habían sido madres durante la edad adulta (Hofferth y Reid, 2002).

Sin embargo, las consecuencias negativas para la madre y el bebé no surgen tan sólo del embarazo (Hillis y otros, 2004; Leadbetter y Way, 2001). Normalmente, las madres adolescentes provienen de familias con escasos ingresos (Hoffman, Foster y Furstenberg, 1993; Mehra y Agrawal, 2004). Además, muchas madres adolescentes no son buenas estudiantes antes de quedar embarazadas. En una reciente investigación se estableció que las madres adolescentes solían presentar con mayor frecuencia antecedentes de problemas de comportamiento, menores niveles educativos y un estatus socioeconómico inferior durante la infancia que las mujeres que eran madres a una edad más tardía (Jaffee, 2002). No obstante, según este estudio, la maternidad temprana acentuaba las dificultades relacionadas con estos factores de riesgo.

No podemos olvidar, sin embargo, que no todas las adolescentes que tienen un hijo viven en la pobreza y obtienen malos resultados escolares. De esta manera, si bien el embarazo en adolescentes constituye una circunstancia de alto riesgo y, en general, a las chicas que no quedan embarazadas les va mejor, algunas madres adolescentes obtienen buenos resultados académicos y se desenvuelven de forma positiva (Ahn, 1994; Barnet y otros, 2004; Whitman y otros, 2001). Se necesita realizar mayores esfuerzos para ayudar a las chicas embarazadas y a las madres adolescentes a mejorar sus oportunidades educativas y ocupacionales. Además, las

madres adolescentes también necesitan ayuda para conseguir que se cuide a su hijo de forma adecuada mientras ellas estudian y para planificar su futuro.

El cerebro

Además de los cambios físicos relacionados con la pubertad y la sexualidad, el cerebro de los adolescentes también experimenta numerosas transformaciones. Nuestros conocimientos del desarrollo cerebral durante esta etapa son aún limitados, pero, con probabilidad, los adelantos tecnológicos nos permitirán avanzar significativamente en la descripción de los cambios evolutivos que se producen en este órgano durante la adolescencia (Keating, 2003, 2004). ¿Qué sabemos al respecto en la actualidad?

En el Capítulo 8, «Desarrollo físico y cognitivo en la niñez temprana», indicamos que la reducción del número de sinapsis continúa produciéndose a lo largo de la adolescencia tardía. Además, se detectan aumentos bruscos en la actividad eléctrica cerebral a las edades de 9, 12 y 15 años, y entre los 18 y los 20 años. Estos aumentos pueden indicar la existencia de cambios en el desarrollo cognitivo. Durante la pubertad, se incrementa la actividad neuronal que utiliza la dopamina como neurotransmisor, mientras que la actividad con serotonina disminuye (Walker, 2002). ¿Cuál es el significado de estos cambios? Los científicos aún lo desconocen, pero algunos han apuntado la posibilidad de que el mayor riesgo de sufrir problemas mentales, como la esquizofrenia, durante la adolescencia y la juventud puede deberse al aumento en la actividad de la dopamina.

Uno de los descubrimientos recientes más asombrosos acerca del cerebro adolescente está relacionado con los cambios evolutivos que se producen en las áreas del cerebro responsables de las emociones y de las funciones cognitivas superiores. La *amígdala* es una región cerebral que controla el procesamiento de la información sobre las emociones; el córtex prefrontal posee una especial importancia en las funciones cognitivas superiores (LeDoux, 2002). La amígdala madura antes que el córtex prefrontal (véase la Figura 12.7).

En un estudio, los investigadores emplearon un sistema de creación de imágenes por resonancia magnética funcional con el fin de determinar si la actividad cerebral de los adolescentes (de 10 a 18 años de edad) se diferenciaba de la actividad cerebral de los adultos (de 20 a 40 años de edad) durante el procesamiento de información relacionada con las emociones (Baird y otros, 1999). Los sujetos de la investigación observaron imágenes de caras que expresaban temor mientras se utilizaba el sistema de creación de imágenes mencionado. Cuando los adolescentes (especialmente los más jóvenes) procesaban la información emocional, la actividad cerebral era más pronunciada en la amígdala que en el córtex prefrontal, al contrario de lo que ocurría en el caso de los adultos. Los investigadores interpretaron estos hallazgos apuntando la posibilidad de que los adolescentes respondieran de forma más «visceral» a los estímulos emocionales, mientras que los adultos tienden a responder de una forma más racional y razonada. La explicación de estos resultados se centraba también en que el córtex prefrontal madura más tarde que la amígdala.

De esta manera, las investigaciones realizadas indican que la última zona del cerebro que madura es el córtex prefrontal, un área que controla la planificación, el establecimiento de prioridades, la supresión de los impulsos y la valoración de las consecuencias que pueden tener las propias acciones (Rubia y otros, 2000). Así, la región cerebral encargada de frenar el comportamiento arriesgado e impulsivo y de inducir a pensar antes de actuar aún está formándose durante la adolescencia (Casey, Giedd y Thomas, 2000; Giedd, 2004; Giedd y otros, 1999). Sin embargo, aún hacen falta más investigaciones que aclaren estos hallazgos de posibles cambios evolutivos en la actividad cerebral y sus relaciones con el pensamiento y el comportamiento adolescentes (Keating, 2004).

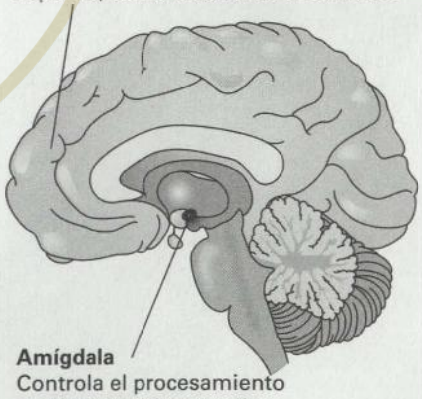


FIGURA 12.7 Cambios evolutivos en el cerebro de los adolescentes

La amígdala, parte del cerebro que controla el procesamiento de la información sobre las emociones, madura antes que el córtex prefrontal, un área que controla la toma de decisiones y otras funciones cognitivas de alto nivel. *¿Cuáles son algunas consecuencias que estos cambios cerebrales pueden tener en el comportamiento de los adolescentes?*

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Describir los cambios relacionados con la pubertad, la sexualidad y el cerebro

REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los aspectos fundamentales de la pubertad?
- ¿Cuáles son algunos aspectos relevantes de la sexualidad en la adolescencia?
- ¿Qué cambios se producen en el cerebro durante la adolescencia?

REFLEXIONA

- En tu caso, ¿la pubertad se produjo tarde o temprano? ¿De qué manera afectó el momento de comienzo de la pubertad a tu desarrollo posterior?

3 PROBLEMAS DE SALUD EN LOS ADOLESCENTES

Uso y abuso de sustancias | **Problemas y trastornos alimentarios** | **Salud de los adolescentes**

Además de los problemas relacionados con la sexualidad a los que nos hemos referido, en la adolescencia también pueden surgir otras dificultades como el abuso de sustancias y los trastornos alimentarios, situaciones que trataremos en este capítulo. En el Capítulo 13 nos centraremos en los problemas relacionados con la delincuencia juvenil, la depresión y el suicidio. En la siguiente sección también analizaremos cómo influye la adolescencia en la aparición de comportamientos relacionados con la salud.

Uso y abuso de sustancias

Las décadas de los años sesenta y setenta estuvieron marcadas por el aumento en el consumo de drogas ilegales. Durante los momentos de inestabilidad social y política de esos años, muchos jóvenes se refugiaron en el *cannabis*, los estimulantes y las sustancias alucinógenas. También se advirtió un aumento del consumo de alcohol entre los adolescentes (Robinson y Greene, 1988). En años recientes se han recogido datos más precisos acerca del consumo de drogas por parte de los adolescentes (Fields, 2005).

Tendencias en el consumo de drogas Cada año desde 1975, Lloyd Johnston, Patrick O'Malley y Gerald Bachman (2001), que trabajan en el Instituto de Investigaciones Sociales (*Institute of Social Research*) en la Universidad de Michigan, Estados Unidos, han controlado cuidadosamente el consumo de drogas por parte de los estudiantes de bachillerato en los institutos públicos y privados estadounidenses. Desde 1991, también han realizado muestreos del consumo de estupefacientes entre los alumnos de los cursos segundo y cuarto de la educación secundaria. Esta investigación se ha denominado «Monitoring the Future Study» (Estudio de monitorización del futuro) y, en 2003, obtuvo datos de 50.000 alumnos aproximadamente en cerca de 400 institutos de educación secundaria.

El consumo de drogas por parte de los estudiantes de secundaria estadounidenses descendió en los años ochenta, pero comenzó a incrementarse a comienzos de la década de los noventa. Desde 1998, el consumo de estupefacientes por parte de alumnos de bachillerato ha disminuido levemente (Johnston, O'Malley y Bachman, 2004). En la Figura 12.8 se muestra la tendencia en el consumo de

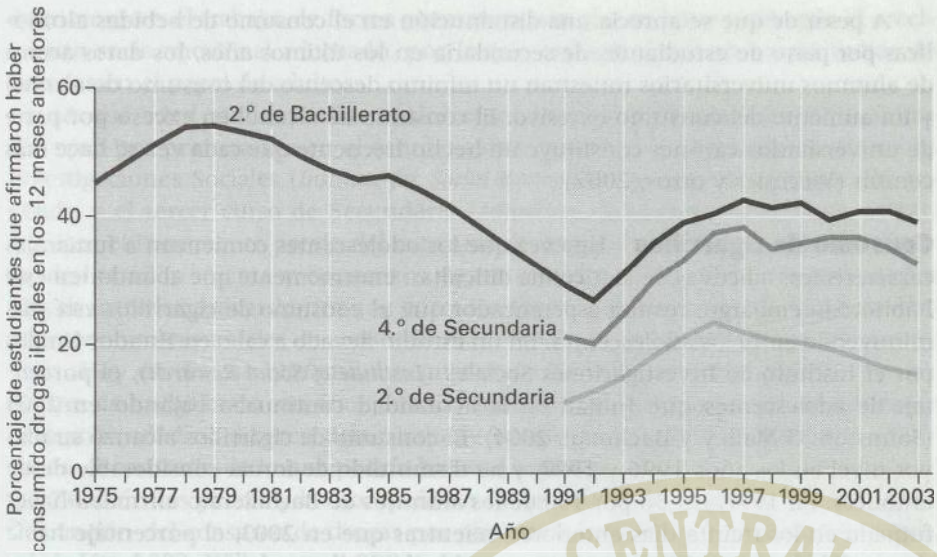


FIGURA 12.8 Tendencias en el consumo de drogas entre los estudiantes de 2.° y 4.° de secundaria y 2.° de bachillerato.

Esta gráfica muestra el porcentaje de estudiantes de segundo y cuarto de secundaria y de 2.° de bachillerato que afirmaron haber consumido algún tipo de droga ilegal en los 12 meses anteriores dentro del período de 1991 a 2003 en el caso de los estudiantes de 2.° y 4.° de secundaria, y de 1975 a 2003 en el caso de los alumnos de 2.° de bachillerato (Johnston, O'Malley y Bachman, 2004).

sustancias ilegales por parte de estudiantes de bachillerato estadounidenses entre 1975 y 2003. La leve disminución en el consumo que se detecta en años recientes se ha atribuido a factores como la existencia de una mayor percepción del peligro que suponen las drogas. Además, los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 tuvieron un efecto aleccionador sobre los jóvenes.

No obstante, a pesar de este reciente descenso en el consumo de estupefacientes, Estados Unidos sigue siendo el país occidental con el mayor índice de consumo entre los adolescentes. Además, el estudio de la Universidad de Michigan posiblemente da cifras inferiores a las reales en el porcentaje de adolescentes que consumen drogas, ya que no refleja a los alumnos que han abandonado los estudios. Éstos presentan mayores niveles de consumo de drogas que los alumnos que siguen con su educación escolar.

Alcohol ¿Se halla muy extendido el consumo de alcohol entre los adolescentes? En Estados Unidos, este consumo ha descendido entre los alumnos de los cursos segundo y cuarto de secundaria y de segundo curso de bachillerato que afirmaban haber consumido alguna bebida alcohólica en los treinta días previos a la encuesta (Johnston, O'Malley y Bachman, 2004). En el caso de los estudiantes del segundo curso de secundaria, el consumo de bebidas alcohólicas en los treinta días previos descendió de un 26 por 100 en 1996 hasta un 20 por 100 en 2003. Entre los años 2001 y 2003, el consumo de alcohol por parte de los alumnos del cuarto curso de secundaria en los treinta días previos descendió de un 39 por 100 a un 35 por 100. Por último, en el caso de los alumnos del segundo curso de bachillerato, el consumo alcanzaba un 72 por 100 en 1980, pero había disminuido hasta 47 por 100 en 2003. El consumo excesivo y acelerado de alcohol (definido en las investigaciones de la Universidad de Michigan como el consumo de cinco o más bebidas alcohólicas seguidas en las dos semanas previas) por parte de alumnos del segundo curso de bachillerato disminuyó de un 41 por 100 a un 31 por 100 en 2003. En el caso de los alumnos de los cursos de secundaria mencionados, el consumo excesivo y acelerado de alcohol también ha descendido en los primeros años del siglo XXI (7 por 100 de los alumnos de segundo y 18 por 100 de los estudiantes de cuarto curso de secundaria afirmaron haberse emborrachado alguna vez en los treinta días previos a la investigación). Al analizar el consumo excesivo y acelerado de alcohol se aprecia un patrón relacionado con el sexo, ya que esta forma de consumo es más frecuente entre varones que en el caso de las chicas. En 1997, un 39 por 100 de los alumnos varones de bachillerato afirmaba haberse emborrachado en las dos semanas anteriores, frente a un 29 por 100 en el caso de las chicas.

A pesar de que se aprecia una disminución en el consumo de bebidas alcohólicas por parte de estudiantes de secundaria en los últimos años, los datos acerca de alumnos universitarios muestran un mínimo descenso del consumo de alcohol y un aumento del consumo excesivo. El consumo de alcohol en exceso por parte de universitarios varones constituye un hecho frecuente que cada vez se hace más común (Wechsler y otros, 2002).

Consumo de cigarrillos Una vez que los adolescentes comienzan a fumar, las características adictivas de la nicotina dificultan enormemente que abandonen este hábito. Sin embargo, resulta esperanzador que el consumo de cigarrillos esté disminuyendo entre los adolescentes. En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos por el Instituto de Investigaciones Sociales (*Institute of Social Research*), el porcentaje de adolescentes que fuman en la actualidad continuaba bajando en 2003 (Johnston, O'Malley y Bachman, 2004). El consumo de cigarrillos alcanzó su mayor nivel en los años 1996 y 1997, y ha disminuido de forma considerable desde entonces. En 1997, un 36 por 100 de los alumnos de Bachillerato afirmaba haber fumado en los treinta días anteriores, mientras que en 2003, el porcentaje había descendido hasta un 24 por 100. Una tendencia similar se detecta en el caso de los alumnos de segundo y cuarto cursos de secundaria (de 30 por 100 en 1996 a 17 por 100 en 2003 y de 21 por 100 en 1996 a 10 por 100 en 2003 respectivamente).

Pueden hallarse una serie de razones que expliquen este descenso en el consumo de cigarrillos por parte de la juventud estadounidense. Podemos mencionar, por ejemplo, el aumento del precio del tabaco, la disminución en los anuncios de cigarrillos que llegan a los adolescentes, la existencia de más campañas anti-tabaco y un aumento en la publicidad negativa acerca de las compañías tabaqueras. Desde mediados de la década de los noventa, un porcentaje cada vez mayor de adolescentes afirman considerar que fumar resulta peligroso, muestran su desacuerdo con el consumo de cigarrillos, aceptan cada vez menos el hecho de estar rodeados de fumadores, y prefieren salir con personas que no fumen (Johnston, O'Malley y Bachman, 2004).

Una reciente investigación analizó los factores de riesgo que podían llevar al consumo habitual de tabaco durante la adolescencia (Tucker, Ellickson y Klein, 2003). Entre estos factores se incluían el tener un amigo que fumara, estar poco motivado hacia los estudios y no sentirse lo suficientemente apoyado por los padres.

Un reciente estudio puso en evidencia los devastadores efectos del consumo de tabaco a una edad temprana. Así, se determinó que fumar durante la adolescencia provoca cambios genéticos permanentes en los pulmones y aumenta para siempre el riesgo de padecer un cáncer de pulmón, incluso si se deja el hábito (Weincke y otros, 1999). Estos daños eran menores en los individuos que habían comenzado a fumar cuando ya tenían más de 20 años. Uno de los descubrimientos más notables de este estudio señala que el comienzo del consumo de tabaco a una edad temprana resultaba un factor más importante a la hora de predecir los daños genéticos que la cantidad de cigarrillos consumidos.

El papel del desarrollo, los padres y los compañeros La mayor parte de los adolescentes comienzan a consumir drogas en algún momento de su desarrollo, tanto si ese consumo se limita al alcohol, la cafeína y los cigarrillos, o si se extiende al *cannabis*, la cocaína y otras drogas duras. Resulta especialmente preocupante el uso de drogas por parte de los adolescentes como forma de huir del estrés, lo que puede interferir con el desarrollo de las capacidades necesarias para enfrentarse al estrés y para tomar decisiones de forma responsable. Los investigadores han descubierto que el consumo de drogas durante la infancia y la adolescencia temprana da lugar a efectos más negativos a largo plazo en el desarrollo de un comportamiento responsable y eficaz que cuando ese consumo se produce en la adolescencia tardía (Newcomb y Bentler, 1989). Al utilizar las drogas como medio para escapar del estrés, muchos adolescentes adoptan roles adultos, como el

matrimonio o el trabajo, de forma prematura, sin que se haya producido el crecimiento socioemocional adecuado, por lo que experimentan un mayor índice de fracasos en el papel de adultos.

¿A qué edad comienzan los adolescentes a consumir drogas? En 1991, se incluyeron por primera vez en el estudio sobre consumo de drogas del Instituto de Investigaciones Sociales (*Institute for Social Research*) muestras de alumnos del segundo y el tercer curso de Secundaria (Johnston, O'Malley y Bachman, 1992). Durante el incremento previo del consumo de drogas en los Estados Unidos (finales de los años sesenta y comienzos de los setenta), dicho consumo era mucho mayor entre los universitarios que entre los alumnos de bachillerato, quienes, a su vez, presentaban niveles de consumo más elevados que los estudiantes de secundaria. Hoy en día, no obstante, los niveles de consumo de universitarios y estudiantes de bachillerato son semejantes, y los niveles detectados en los adolescentes de menor edad no difieren demasiado de los que presentan los adolescentes mayores, al contrario de lo que podría haberse esperado.

También los padres y los compañeros desempeñan un importante papel en la prevención del consumo de drogas por parte de los adolescentes (Hotton y Haans, 2004; Litt, 2003; Wills y otros, 2004). Las relaciones positivas con los padres y con otros individuos son importantes para reducir ese consumo (Borawski y otros, 2003; Little y otros, 2004; Wood y otros, 2004). En una investigación llevada a cabo recientemente, se relacionó el control y seguimiento por parte de los padres con una menor incidencia de comportamientos problemáticos por parte de los adolescentes, incluyendo el consumo de sustancias (Fletcher, Steinberg y Williams-Wheeler, 2004). En otro estudio se determinó que una menor participación de los padres, la presión por parte del grupo de iguales y la relación con amigos problemáticos eran factores vinculados con mayores índices de consumo de estupefacientes entre los adolescentes (Simons-Morton y otros, 2001). Según un reciente estudio llevado a cabo en Estados Unidos, resultaba más probable que los padres que se involucraban más a la hora de establecer límites (desde a dónde iban sus hijos adolescentes después del colegio hasta qué podían ver en Internet o en televisión) tuvieran hijos que no consumían drogas (Centro Nacional sobre Adicción y Abuso de Sustancias, *National Center on Addiction and Substance Abuse*, 2001). Los resultados obtenidos en una investigación longitudinal establecieron la existencia de un vínculo entre el inicio del consumo de drogas a una edad temprana con ciertos factores presentes durante la niñez temprana (Kaplow y otros, 2002). En los años de la educación infantil, entre los factores de riesgo que predisponían hacia el consumo de drogas en el futuro se incluyen el ser varón, ser hijo de un consumidor de drogas, tener padres con un bajo nivel de razonamiento verbal y presentar pocas habilidades para solucionar problemas en el ámbito social. Para saber más acerca de un programa diseñado para reducir el consumo de alcohol y tabaco por parte de adolescentes, puedes leer el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

Evaluación de un programa de acción familiar destinado a reducir el consumo de alcohol y de tabaco entre los adolescentes más jóvenes

Se han llevado a cabo pocos estudios para determinar si los programas de acción familiar pueden ayudar a reducir el consumo de alcohol y tabaco entre los adolescentes más jóvenes. En una reciente investigación realizada en Estados Uni-

dos, se entrevistó a 1.326 familias con hijos adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 14 años (Bauman y otros, 2002). Tras la primera entrevista, los participantes se dividieron aleatoriamente en dos grupos: el experimental, cuyos sujetos participarían en el programa «Family Matters» (*La familia sí importa*) y el grupo de control, que no tomarían parte en dicho programa (Bauman y otros, 2002).

Ésta es la descripción del programa «Family Matters» (Bauman y otros, 2002, pág. 36-37). Este programa «comprende el envío sucesivo de cuatro libretas informativas a las familias así como conversaciones telefónicas con educadores sanitarios tras cada envío. Dos semanas después de que los miembros de la familia hayan leído la libreta y realizado las actividades destinadas a afianzar sus contenidos, un educador sanitario se pone en contacto telefónico con los padres con el fin de conseguir la participación de todos los miembros de la unidad familiar, responder cualquier pregunta y recabar información». La primera libreta informativa, titulada «Por qué importa la familia», trata las consecuencias negativas para la familia del abuso de sustancias por parte de los adolescentes. En el segundo documento enviado a las familias, llamado «Conseguir que la familia importe a los adolescentes», el contenido se centra en «la supervisión, el apoyo, las habilidades comunicativas, el apego, el tiempo que se pasa en familia, los logros en el ámbito escolar, la reducción de circunstancias conflictivas y en fomentar una mejor comprensión de la adolescencia». En la tercera libreta, titulada «Las reglas sobre el alcohol y el tabaco importan a toda la familia», se pide a los padres que «enumeren aquellos comportamientos propios que pueden fomentar, de forma involuntaria, que sus hijos consuman tabaco o alcohol; indiquen las reglas que pueden influir en el consumo de dichas sustancias por parte de sus hijos y planteen formas de realizar un seguimiento de este consumo. Luego, los miembros adultos de la familia y el adolescente se reúnen para acordar reglas y sanciones relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco por parte del menor». En el último documento enviado a las familias participantes, «Influencias ajenas a la familia que también importan», el contenido se centra en «lo que el adolescente puede hacer para plantar cara a la presión de los iguales y de los medios de comunicación que puede llevarle a consumir alcohol o tabaco». Así, por ejemplo, «en una actividad, los padres y el adolescente discuten qué se debería hacer si un amigo ofrece alcohol o tabaco. En otro ejercicio, los miembros de la familia ven sus programas de televisión favoritos y discuten acerca de los mensajes relacionados con el tabaco y el alcohol».

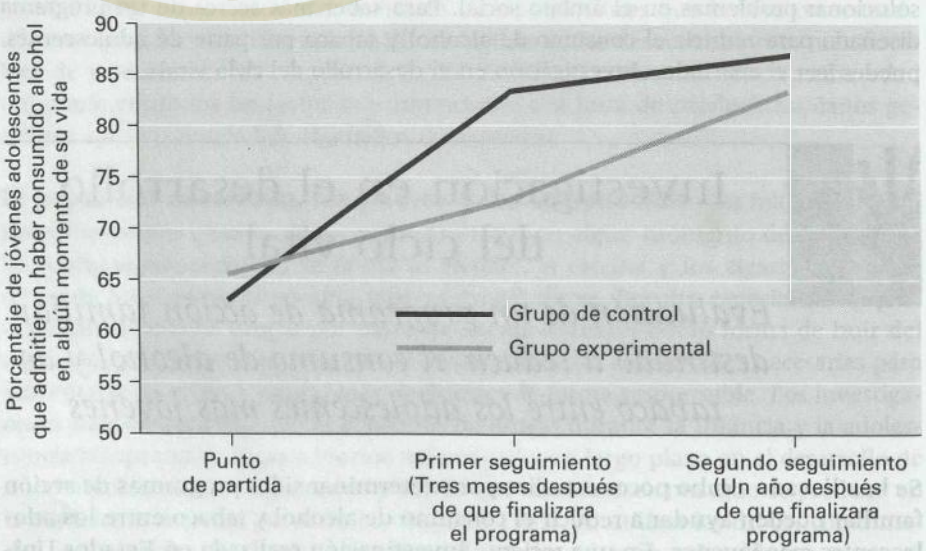


FIGURA 12.9 Porcentaje de adolescentes jóvenes en el programa «Family Matters» que afirmaron haber consumido alcohol

Ha de advertirse que en el punto de partida (antes de que comenzara el programa), los adolescentes jóvenes que participaban en el programa «Family Matters» (grupo experimental) y los que no participaron en el programa (grupo de control) presentaban aproximadamente los mismos niveles de consumo de alcohol en algún momento de su vida (algo mayores en el caso del grupo experimental). Sin embargo, tres meses después de que finalizara el programa, los sujetos del grupo experimental presentaban niveles de consumo inferiores, y esta disminución aún era evidente un año después de finalizado el programa, aunque en menor medida.

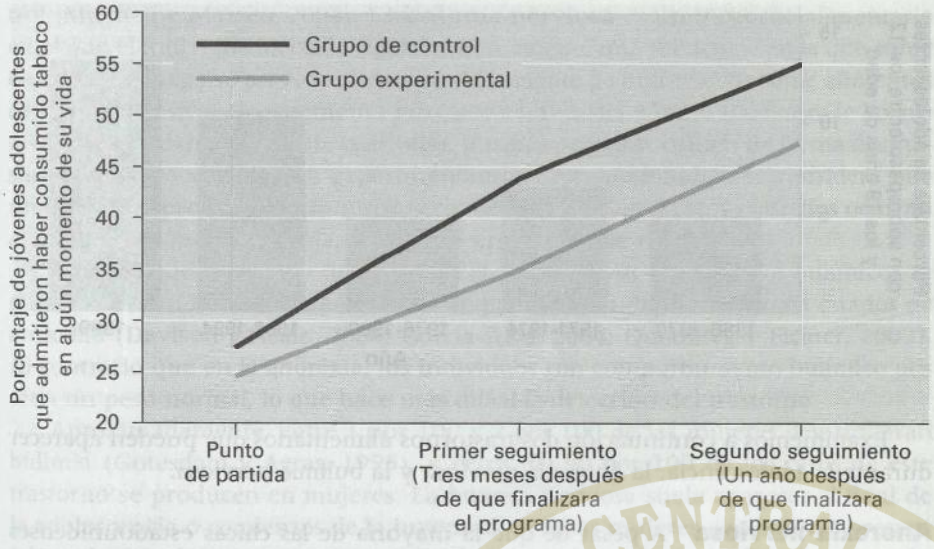


FIGURA 12.10 Porcentaje de adolescentes jóvenes en el programa «Family Matters» que afirmaron haber consumido tabaco

Ha de advertirse que en el punto de partida (antes de que comenzara el programa), los adolescentes jóvenes que participaban en el programa «Family Matters» (grupo experimental) y los que no participaron en el programa (grupo de control) presentaban aproximadamente los mismos niveles de consumo de tabaco en algún momento de su vida (algo mayores en el caso del grupo de control). Sin embargo, tres meses después de que finalizara el programa, los sujetos del grupo experimental presentaban niveles de consumo inferiores, y esta disminución aún era evidente un año después de finalizado el programa.

Tanto a los tres meses como un año después de que el grupo experimental hubiera completado el programa, se realizaron entrevistas de seguimiento a los padres y adolescentes participantes. Tal y como se muestra en las Figuras 12.9 y 12.10, los adolescentes que tomaron parte en el programa «Family Matters» presentaban unos índices de consumo de alcohol y tabaco menores a los tres meses, y también un año después de que concluyera el programa.

El consumo de sustancias representa un grave problema durante la adolescencia. Tal y como veremos a continuación, los trastornos alimentarios también pueden convertirse en un riesgo serio para los adolescentes, especialmente para las chicas.

Problemas y trastornos alimentarios

Cada vez con mayor frecuencia, los trastornos alimentarios se han convertido en un grave problema durante la adolescencia (Gowers y Bryant-Waugh, 2004; Irwin, 2004; Polivy y otros, 2003). A continuación reseñamos los resultados de algunas investigaciones relacionadas con estos desórdenes:

- Las chicas que presentaban ideas negativas acerca de sus cuerpos durante la adolescencia temprana tenían más probabilidades de desarrollar trastornos alimentarios dos años después de la investigación, que las adolescentes que no tenían esas ideas (Attie y Brooks-Gunn, 1989).
- Las relaciones negativas entre los padres y los adolescentes se relacionaban con un aumento de las dietas en las adolescentes en un período de un año (Archibald, Graber y Brooks-Gunn, 1999).
- Las chicas que se encontraban en la transición de la pubertad y que eran sexualmente activas con sus novios, tenían más probabilidades de hacer dieta o de presentar pautas propias de los trastornos alimentarios (Caufmann, 1994).
- Las chicas que se esforzaban por parecerse a las imágenes femeninas que aparecían en los medios de comunicación tenían más probabilidades de preocuparse profundamente por su peso (Field y otros, 2001).
- Las adolescentes que veían la televisión cuatro horas o más al día presentaban más probabilidades de sufrir sobrepeso que las chicas que veían la televisión menos de cuatro horas al día (Dowda y otros, 2001).
- Desde la década de los años sesenta, el sobrepeso ha venido afectando a cada vez más adolescentes (véase la Figura 12.11).

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

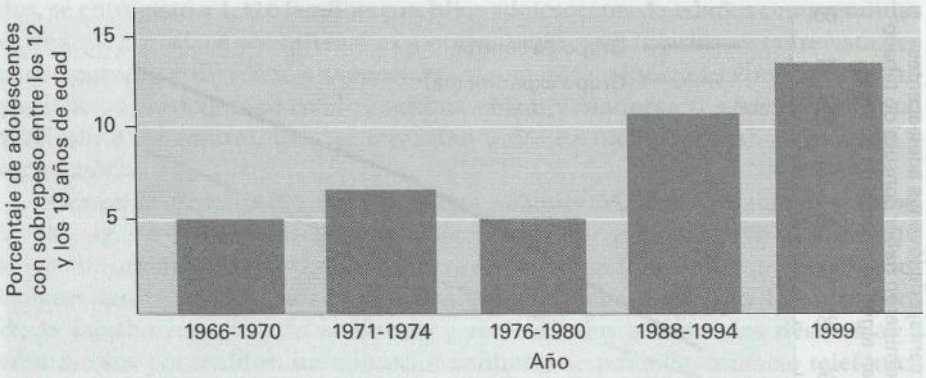


FIGURA 12.11 Aumento de la obesidad entre adolescentes de 1968 a 1999 en los Estados Unidos

En este estudio, el sobrepeso se determinó de acuerdo con el índice de masa corporal, que se calcula mediante una fórmula basada en la altura y el peso (Centro Nacional Estadounidense de Estadísticas Sanitarias, 2000). Entre 1968 y 1999 se advierte un notable incremento del porcentaje de adolescentes con sobrepeso.

Examinemos a continuación dos trastornos alimentarios que pueden aparecer durante la adolescencia: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Anorexia nerviosa A pesar de que la mayoría de las chicas estadounidenses han seguido un régimen de adelgazamiento alguna vez, algo menos del 1 por 100 llega a padecer anorexia nerviosa (Walters y Kendler, 1994). La **anorexia nerviosa** es un trastorno alimentario que se basa en la búsqueda de la delgadez a través de la privación de alimentos. La anorexia constituye un grave trastorno que puede producir la muerte (Agras y otros, 2004). Las tres principales características de este desorden son las siguientes:

- Presentar un peso corporal inferior al 85 por 100 del peso normal para su edad y altura.
- Presentar un profundo miedo a ganar peso, un temor que no disminuye cuando se pierde peso.
- Poseer una imagen distorsionada del propio cuerpo (Polivy y otros, 2003; Striegel-Moore y otros, 2004). Incluso cuando su delgadez es extrema, se ven demasiado gordas. Nunca consideran que están lo suficientemente delgadas, especialmente en el abdomen, las nalgas y los muslos. Normalmente se pesan con frecuencia, se toman sus medidas corporales y se observan críticamente en los espejos (Seidenfeld, Sosin y Rickert, 2004).

Normalmente, la anorexia nerviosa comienza a mitad de la adolescencia, y suele aparecer después de un episodio de dietas o tras algún tipo de situación de estrés. Este trastorno es diez veces más frecuente en las chicas que en los chicos. Cuando este trastorno se produce en hombres, los síntomas y las demás características (como los conflictos familiares) son normalmente semejantes a los que aparecen en las mujeres (Olivardia y otros, 1995).

La mayor parte de las anoréxicas son adolescentes blancas o chicas jóvenes con una buena educación, de familias de clase media o alta que son competitivas y acostumbradas a lograr buenos resultados (Schmidt, 2003). Las chicas se fijan objetivos muy elevados, sufren ansiedad por miedo a no ser capaces de alcanzarlos y se preocupan mucho por lo que los demás piensen de ellas (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1993). Incapaces de cumplir con todas esas expectativas, dirigen su atención a algo que sí pueden controlar: su peso.

La imagen que transmite la moda en la cultura americana, que se basa en la idea de que «lo delgado es bello», contribuye a que aumente la incidencia de la anorexia nerviosa (Hsu, 2004; Polivy y otros, 2003). Esta imagen se refleja en el dicho que afirma que «nunca se puede ser demasiado rica, ni estar demasiado delgada». Los medios de comunicación divulgan la imagen de que la delgadez es bella al elegir a las modelos de moda, a las que muchas adolescentes quieren imitar.



La anorexia nerviosa se ha convertido en un problema cada vez mayor para las adolescentes y las adultas jóvenes. ***¿Cuáles son las posibles causas de este trastorno?***

Bulimia nerviosa Mientras los pacientes anoréxicos controlan su alimentación restringiendo lo que comen, los afectados por bulimia no pueden ejercer ese con-

trol (Mitchell y Mazzeo, 2004). La **bulimia nerviosa** es un trastorno alimentario en el que el individuo afectado sigue continuamente una secuencia en la que come en exceso y luego se provoca el vómito. El paciente de bulimia consume alimentos de forma excesiva y luego intenta purgarse a través del vómito o del uso de laxantes. A pesar de que, de forma ocasional, muchas personas comen de forma desmesurada y luego se purgan o experimentan con esta posibilidad, se considera que un individuo presenta un trastorno serio de bulimia sólo si estos episodios ocurren al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.

Al igual que en el caso de los anoréxicos, la mayor parte de los bulímicos se obsesionan con la comida, temen al sobrepeso y están deprimidos o en estados de ansiedad (Davison y Neale, 2004; Garcia-Alba, 2004; Quadflieg y Fichter, 2003). Al contrario que en la anorexia, los individuos con comportamiento bulímico poseen un peso normal, lo que hace más difícil la detección del trastorno.

Aproximadamente, entre 1 por 100 y 2 por 100 de las mujeres desarrollarán bulimia (Gotesdam y Agras, 1995), y cerca del 90 por 100 de los casos de este trastorno se producen en mujeres. La bulimia nerviosa suele aparecer al final de la adolescencia o comienzos de la juventud. Muchas mujeres con bulimia presentaban cierto sobrepeso cuando comenzó el trastorno y los episodios de comer en exceso suelen comenzar en medio de un período de dieta. Según un reciente estudio realizado con chicas adolescentes, la práctica frecuente de regímenes de adelgazamiento, la presión por ser delgada, la exagerada atención que se presta a la apariencia física, la falta de aceptación del propio cuerpo, los síntomas de depresión, la baja autoestima y un escaso nivel de apoyo social son indicadores que servían para predecir la aparición de una conducta de consumo compulsivo de alimentos dos años más tarde (Stice, Presnell y Spangler, 2002). Al igual que con la anorexia nerviosa, cerca del 70 por 100 de los individuos que desarrollan bulimia nerviosa se recuperan (Agras y otros, 2004; Keel y otros, 1999).

Centrémonos a continuación en cómo influye la adolescencia en el desarrollo de la salud.

Salud de los adolescentes

¿Cuál es la importancia de la adolescencia en el desarrollo de la salud? ¿Cuáles son las principales causas de muerte en la adolescencia?

La adolescencia: un momento crítico para la salud La adolescencia supone un momento crítico para la adopción de comportamientos relacionados con la salud (Blum y Nelson-Mnari, 2004; Roth y Brooks-Gunn, 2000; Spear y Kulbok, 2001). Muchos de los factores relacionados con hábitos poco saludables y con la muerte temprana en la edad adulta comienzan en la adolescencia. La adopción temprana de patrones de conducta saludables, como el consumo de comida con bajo contenido en grasas y colesterol y la práctica regular de ejercicio físico, no sólo produce beneficios inmediatos para la salud, sino que contribuye a que se atrasen o eviten las causas más importantes de minusvalías prematuras y de mortalidad en la edad adulta: enfermedades cardiovasculares, trombosis, diabetes y cáncer (Jamner y otros, 2004; Jessor, Turbin y Costa, 1998; Sylvia, 2004).

En una comparativa de los comportamientos relacionados con la salud de adolescentes de 28 países, se descubrió que los jóvenes estadounidenses practicaban menos ejercicio y comían más comida basura que los adolescentes de la mayor parte de los países que se compararon (Organización Mundial de la Salud, 2000). Tan sólo dos tercios de los jóvenes norteamericanos practicaban ejercicio al menos dos veces a la semana, frente al 80 por 100 o más de los adolescentes en Irlanda, Austria, Alemania y Eslovaquia. Resultaba más probable que los adolescentes americanos consumieran alimentos fritos y menos probable que comieran frutas o verduras que los jóvenes de la mayor parte de los países comparados. Los alimentos consumidos por los adolescentes estadounidenses eran similares a los elegidos

por jóvenes en Inglaterra. Los niños de 11 años en Estados Unidos tenían tantas probabilidades como los europeos de fumar, pero era menos probable que los norteamericanos fumaran a los 15 años.

Resulta relevante mencionar las diferencias étnicas que se aprecian en los niveles de participación en actividades deportivas de los adolescentes estadounidenses (Frenn y otros, 2003; Sanchez-Johnsen y otros, 2004; Saxena, Borzekowski y Rickert, 2002). En un reciente estudio, se examinaron anualmente los hábitos de actividad física de más de mil chicas afroamericanas y otras tantas blancas (no hispanas) desde que tenían 9 o 10 años de edad hasta que cumplían 18 o 19 años (Kimm y otros, 2002). En este estudio no se incluyó a los varones porque su objetivo era determinar las razones por las que la obesidad era más frecuente entre las mujeres afroamericanas que entre las mujeres blancas no hispanas. A la edad de 9-10 años, la mayor parte de las chicas afirmaban participar en algún tipo de actividad física fuera del colegio. Sin embargo, a los 16-17 años de edad, el 56 por 100 de las chicas afroamericanas y el 31 por 100 de las blancas ya no tomaban parte en ningún tipo de actividad física en su tiempo libre. Al llegar a los 18-19 años, estos porcentajes eran 70 por 100 y 29 por 100 respectivamente. En resumen, los niveles de actividad física realizada por las chicas disminuyen notablemente durante la adolescencia, una tendencia más evidente en el caso de las chicas afroamericanas que en el de las adolescentes blancas no hispanas (Kimm y Obarzanek, 2002).

La preocupación por la salud de los adolescentes no se centra únicamente en la nutrición y el ejercicio físico, sino que también se ha desarrollado un interés especial por conocer los patrones del sueño en los adolescentes (Carskadon, 2002, 2004; Voelker, 2004). Este interés se centra en la creencia de que muchos adolescentes no duermen lo necesario, de que existen fundamentos fisiológicos que explican el deseo de los adolescentes para acostarse más tarde y dormir más por las mañanas, y de que estos descubrimientos influyen en las horas en las que los adolescentes aprenden más eficazmente en la escuela (Dahl y Lewin, 2002). Según una reciente investigación realizada con 2.259 adolescentes estadounidenses con edades comprendidas entre los 11 y los 14 años de edad, la falta de sueño se asocia con menores niveles de autoestima y mayores niveles de depresión (Fredriksen y otros, 2004).

Mary Carskadon y sus colaboradores (Carskadon, 2002, 2004; Acebo y Carskadon, 2002; Carskadon, Acebo y Jenni, 2004) han llevado a cabo numerosos estudios sobre los patrones del sueño en los adolescentes. Descubrieron que los adolescentes dormirían una media de nueve horas y 25 minutos si tuvieran la oportunidad de dormir cuanto quisieran. La mayor parte de los adolescentes duermen bastante menos de nueve horas, especialmente durante la semana escolar. Esta situación crea una falta de sueño que los adolescentes intentan compensar los fines de semana. Los estudios también revelaron que los adolescentes de más edad están más somnolientos durante el día que los más jóvenes, por lo que se esbozó la teoría de que este hecho no se debía a factores como el trabajo académico o las presiones sociales. Según estas investigaciones, el reloj biológico de los adolescentes experimenta un cambio en las fases hormonales con la edad que retrasa el momento del despertar en una hora aproximadamente. Este cambio se debe al retraso en la aparición nocturna de la hormona melatonina, que se segrega en la glándula pineal del cerebro. La melatonina se segrega a las 21:30 aproximadamente en los adolescentes más jóvenes, y una hora más tarde en los adolescentes de más edad.

Carskadon apuntó la posibilidad de que las horas demasiado tempranas a las que comienzan las clases pueden dar lugar a somnolencia y falta de atención en las clases, así como a malos resultados en los exámenes. Basándose en esta investigación, las escuelas de Edina, Minnesota (Estados Unidos) decidieron comenzar las clases a las 8:30 en lugar de a las 7:25, como era habitual. Tras la adopción del nuevo horario de comienzo, han disminuido los problemas de disciplina y también el número de estudiantes que presentaban algún tipo de enfermedad o de depre-

sión. La administración educativa de Edina afirma que los resultados de los exámenes han mejorado para los alumnos de bachillerato, pero no para los de secundaria. Este descubrimiento parece apoyar la teoría de Carskadon que afirma que los adolescentes de mayor edad se ven más afectados por las horas demasiado tempranas a las que comienzan las clases que los adolescentes más jóvenes.

Muchos profesionales de la salud consideran que, para mejorar el estado de salud, hace falta mucho más que acudir al doctor cuando se está enfermo. Dichos expertos reconocen que el comportamiento de los adolescentes desempeña un papel fundamental a la hora de determinar si los jóvenes desarrollarán problemas de salud o no. Los objetivos son: 1) reducir los comportamientos adolescentes que representan un riesgo para la salud, como el consumo de drogas, la violencia, los contactos sexuales sin protección o la conducción temeraria, y 2) aumentar los comportamientos beneficiosos para la salud, como el consumo de alimentos nutritivos, la práctica de ejercicio físico, el uso de los cinturones de seguridad y dedicar más horas al sueño.

Comportamientos peligrosos La aceptación de los riesgos supone un tipo de comportamiento que hace peligrar la salud de los adolescentes y que aumenta durante la adolescencia. Esto ocurre ya desde la adolescencia temprana:

> [Los individuos] buscan experiencias que hacen surgir sentimientos de gran intensidad. A los adolescentes les agrada la intensidad, la emoción y la excitación. Les atraen los vídeos musicales que impresionan y aturden los sentidos. Además, acuden en masa a ver películas de miedo o sangrientas; son mayoría en las colas de los parques temáticos, esperando a subir a atracciones que aumentarán sus niveles de adrenalina. Durante la adolescencia, el sexo, las drogas, la música muy alta y otras experiencias altamente estimulantes ejercen una mayor atracción. En este período evolutivo, las ansias de aventura, el gusto por el riesgo y el deseo de vivir nuevas experiencias y emociones parecen alcanzar sus niveles más altos. Si bien es cierto que estos patrones de cambios emocionales resultan evidentes en la mayoría de los adolescentes, no podemos obviar la existencia de numerosas diferencias individuales que se aprecian a lo largo de este estadio del desarrollo (Dahl, 2004, pág. 6).

¿Qué puede hacerse para satisfacer la predilección que sienten los adolescentes por el riesgo sin poner en peligro su salud? Lawrence Steinberg, (2004) señala:

> [Una de las estrategias sería limitar] las ocasiones en las que las decisiones inmaduras pueden tener consecuencias negativas. De esta manera, al tratar de reducir entre los adolescentes el consumo de tabaco o drogas, los casos de suicidio, los embarazos y los accidentes de tráfico, ciertas medidas —como aumentar el precio de los cigarrillos, aplicar de forma más estricta las leyes relativas a la venta de alcohol, generalizar el acceso a los servicios de salud mental y de anticoncepción y aumentar la edad legal para conducir— podrían resultar mucho más eficaces que las estrategias destinadas a conseguir que los adolescentes sean más prudentes, menos impulsivos y menos atrevidos.

También resulta importante que los padres, profesores, tutores y otros adultos con responsabilidad sobre los adolescentes, realicen un seguimiento eficaz del comportamiento de los jóvenes (Dahl, 2004). En muchos casos, los adultos dejan de controlar a los adolescentes en un momento demasiado temprano, con lo que se les deja solos ante numerosas situaciones o con el único apoyo de amigos y del grupo de iguales (Masten, 2004). Cuando los adolescentes se encuentran ante situaciones tentadoras y peligrosas con un control mínimo por parte de los adultos, tanto su tendencia a asumir comportamientos arriesgados como su carencia de habilidades de auto-regulación pueden convertirlos en individuos vulnerables ante toda una serie de consecuencias negativas.

Principales causas de fallecimiento en la adolescencia Hoy en día los avances médicos han logrado aumentar la esperanza de vida de los adolescentes si

lo comparamos con la situación que se daba a principios del siglo XX. Sin embargo, siguen existiendo factores que ponen en peligro la vida de los adolescentes.

Las tres causas principales de muerte en la adolescencia son los accidentes, el homicidio y el suicidio (Gould, 2001). Más de la mitad de todas las muertes de adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años se deben a accidentes, y en la mayor parte de estos hechos intervienen automóviles, especialmente en el caso de los adolescentes de más edad. La causa de estos accidentes suele ser la conducción temeraria, con exceso de velocidad, sin respetar la distancia de seguridad o bajo los efectos del alcohol o de otras drogas, y no la falta de experiencia al volante. En cerca del 50 por 100 de las muertes de adolescentes causadas por vehículos de motor, el conductor tenía un nivel de alcohol en sangre de 0,10 por 100, es decir, el doble del nivel permitido en algunos estados americanos. También se apreciaba un alto nivel de intoxicación en los adolescentes que mueren cuando son peatones o mientras utilizan otro tipo de vehículos de recreo.

El homicidio también representa una importante causa de muerte de adolescentes (Centro Nacional de Estadísticas para la Salud, 2004), especialmente en el caso de los jóvenes varones afroamericanos, quienes tienen tres veces más probabilidades de morir por arma de fuego que por causas naturales (Simons, Finlay y Yang, 1991). El 6 por 100 de las muertes en el grupo de edad que comprende los 10-14 años son el resultado de un suicidio, lo que representa una proporción de 1,3 por cada 100.000 habitantes. Desde los años cincuenta, los índices de suicidio entre adolescentes se han triplicado. En el Capítulo 13 analizaremos este aspecto con más profundidad.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Identificar los problemas de los adolescentes relacionados con el uso y abuso de sustancias, los trastornos alimentarios y la salud

REVISA

- ¿Cuáles son algunas de las características del uso y abuso de sustancias por parte de los adolescentes y de los trastornos alimentarios en esta etapa evolutiva?
- ¿Por qué la adolescencia supone un punto crucial para la salud? ¿Cuáles son las causas principales de fallecimiento durante la adolescencia?

REFLEXIONA

- En tu opinión, ¿qué medidas deberían tomarse para reducir el consumo de drogas por parte de los adolescentes?

4 COGNICIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Teoría de Piaget | **Egocentrismo en la adolescencia** | **Procesamiento de la información**

La enorme capacidad de pensamiento de los adolescentes —una habilidad en constante desarrollo— abre nuevos horizontes cognitivos y sociales. A continuación, analizaremos las características del pensamiento adolescente, comenzando con la teoría de Piaget (1952).

Teoría de Piaget

¿Cuáles son las ideas que Jean Piaget expresó sobre el desarrollo cognitivo en la adolescencia? Para responder a esta cuestión, analizaremos el estadio del pensamiento operacional formal de Piaget.

Hemos de destacar que el pensamiento operacional formal es más abstracto que el pensamiento concreto. Los adolescentes ya no se limitan a basar sus pensamientos en las experiencias reales y concretas. Son capaces de crear situaciones verosímiles, hechos que constituyen posibilidades puramente hipotéticas o estrictamente abstractas, y pueden intentar razonar de forma lógica sobre ellas.

La abstracción del pensamiento de los adolescentes en el estadio formal resulta evidente en su capacidad verbal para resolver problemas. Mientras que el individuo que se encuentra en el estadio operacional concreto necesita ver los elementos concretos A, B y C para ser capaz de inferir que, si A = B y B = C, entonces A = C, en el estadio formal, el individuo puede resolver este problema a través de una presentación meramente verbal.



La capacidad de los adolescentes para razonar hipotéticamente y para evaluar lo ideal frente a lo real, puede hacer que participen en manifestaciones como la de la foto, en la que se exigen mejores relaciones étnicas. *¿Qué otras causas pueden resultar atrayentes para la nueva capacidad de los adolescentes de razonar de forma hipotética-deductiva y de pensar de manera idealista?*

Otro indicador de la abstracción propia del pensamiento adolescente es su cada vez mayor tendencia a plantearse el propio concepto de pensamiento. Un adolescente comentó: «Me puse a pensar sobre las razones que me hacían pensar lo que pensaba. Luego, me puse a pensar sobre las razones que me hacían pensar en lo que estaba pensando que pensaba». Este razonamiento resulta abstracto, y lo es, y constituye una de las características de la atención que los adolescentes prestan al pensamiento y la abstracción.

Además de la naturaleza abstracta del pensamiento operacional formal, en la adolescencia surge el pensamiento lleno de idealismo y de posibilidades. Aunque los niños piensan frecuentemente de manera concreta, o de acuerdo con lo que es real y limitado, los adolescentes comienzan a especular sobre características ideales, cualidades que desean ver en ellos mismos y en los demás. Este tipo de pensamientos suele hacer que los adolescentes se comparen con otros tomando esos estándares ideales como criterios. Además, durante la adolescencia, los pensamientos de los individuos suponen con frecuencia viajes fantásticos que se adentran en las posibilidades del futuro. No resulta extraño que un adolescente se muestre impaciente con estos nuevos criterios ideales y que dude a la hora de elegir un parámetro determinado.

Al tiempo que su pensamiento se hace más abstracto e idealista, los adolescentes también piensan de forma más lógica. Así, su manera de razonar comienza a parecerse a la de un científico, diseñando planes para resolver problemas y comprobando de forma sistemática las soluciones. Esta manera de responder a cuestiones se denomina **razonamiento hipotético-deductivo,** que representa el concepto operacional formal planteado por Piaget según el cual los adolescentes poseen la capacidad cognitiva necesaria para desarrollar hipótesis o suposiciones sobre las maneras de resolver problemas como, por ejemplo, una ecuación algebraica. Luego, deducen o concluyen de forma sistemática cuál es la mejor forma de resolver la ecuación. Por el contrario, los niños suelen resolver los problemas utilizando un método basado en el ensayo y el error.

Para dar un ejemplo del razonamiento hipotético-deductivo, modificaremos un juego denominado «Veinte preguntas». Se muestra a los individuos un conjunto de 42 imágenes a color dispuestas en un rectángulo (seis filas con siete imágenes cada una) y se les pide que determinen cuál es la imagen en la que piensa el examinador (es decir, la imagen «correcta»). Sólo pueden realizar preguntas a las que se pueda responder con «sí» o con «no». El objetivo del juego es seleccionar la

imagen correcta planteando el menor número posible de preguntas. Los adolescentes capaces de comprobar hipótesis deductivas formulan un plan y comprueban una serie de hipótesis, lo que reduce considerablemente las posibles respuestas correctas. El plan más efectivo es la estrategia de «partición» (*Pregunta*: ¿Está la imagen correcta en la mitad izquierda del rectángulo? *Respuesta*: No. *Pregunta*: Vale. ¿Está en la mitad superior? Etc.). Si se emplea la estrategia de partición adecuada, se puede determinar la respuesta con siete preguntas o menos. Por el contrario, los individuos que se encuentran en el estadio operacional concreto pueden persistir en el planteamiento de preguntas que comprueban la veracidad de las mismas posibilidades ya eliminadas con las preguntas anteriores. Por ejemplo, pueden preguntar si la imagen correcta está en la primera fila y se les responde que no. Más tarde, pueden preguntar si la imagen correcta es *X*, que se encuentra en la primera fila.

De esta manera, los individuos que presentan pensamiento formal comprueban las hipótesis con preguntas y pruebas que demuestran su buen juicio. Por el contrario, los individuos de pensamiento concreto suelen fallar a la hora de comprender la relación existente entre una hipótesis y una prueba bien seleccionada y adecuada para esa hipótesis, con lo que, tozudamente, conservan ideas que ya han sido desechadas.

En la actualidad se cuestionan algunas de las ideas de Piaget sobre el pensamiento operacional formal (Byrnes, 2003; Eccles, Wigfield y Byrnes, 2003; Keating, 2004; Kuhn, 2000). La variación individual en este tipo de pensamiento es mucho mayor de lo que Piaget señaló. Aproximadamente, sólo uno de cada tres adolescentes jóvenes piensa de manera formal. De hecho, muchos adultos estadounidenses nunca piensan de manera operacional formal, al igual que ocurre en otros ámbitos culturales. La formación en la lógica de las ciencias o las matemáticas constituye una importante experiencia cultural que fomenta el desarrollo del razonamiento formal.

Además, para aquellos adolescentes capaces de pensar de manera formal, la asimilación (incorporación de nueva información a los conocimientos que ya se poseen) domina el desarrollo inicial del pensamiento formal, y el mundo se percibe de manera subjetiva e idealista. En la adolescencia más tardía, cuando se recupera el equilibrio intelectual, estos individuos se acomodan (se adaptan a la nueva información) a la convulsión cognitiva que han experimentado.

Además de pensar de manera más lógica, abstracta e idealista —aspectos que caracterizan el pensamiento formal según Piaget— ¿de qué otras maneras cambia la cognición durante la adolescencia? Una forma importante es el egocentrismo en la adolescencia.



Muchas adolescentes pasan largas horas frente a un espejo, acabando con sprays de laca, barras de labios y botes enteros de cremas. *¿De qué manera puede relacionarse este comportamiento con los cambios que se producen en el desarrollo cognitivo y físico de los adolescentes?*

Egocentrismo en la adolescencia

«¡Díos mío! No lo puedo creer. ¡Socorro! ¡Es demasiado para mí!», grita Tracy desesperada. «¿Qué pasa? ¿Qué pasa?», le pregunta su madre. La chica responde: «Todo el mundo me está mirando». «¿Por qué?», pregunta su madre, y Tracy le responde: «Mira, justo ahí. ¡Ese pelo no se queda en su sitio!». Al momento, la chica corre hacia el lavabo del restaurante. Cinco minutos después, vuelve a la mesa después de haber gastado un bote entero de laca para el pelo.

Egocentrismo en la adolescencia es la conciencia exacerbada de sí mismos que tienen los adolescentes. David Elkind (1976) considera que el egocentrismo en la adolescencia puede dividirse en dos tipos de pensamiento social: la audiencia imaginaria y la fábula personal. El concepto de **audiencia imaginaria** hace referencia a la conciencia exacerbada de los adolescentes que se refleja en su convencimiento de que despiertan en los demás un interés igual al que sienten por ellos mismos. La audiencia imaginaria da lugar a comportamientos que atraen la atención, es decir, constituye un intento de ser notado, visible y estar «en el punto de mira». Los comentarios y el comportamiento de Tracy, que describimos en el pri-

mer párrafo de esta sección, son un reflejo del concepto de audiencia imaginaria. Un adolescente puede pensar que una pequeña mancha en su pantalón es tan visible para los demás como para él mismo, y que otros pueden saber que se ha masturbado. Una adolescente de 2.º de secundaria entra en su clase y piensa que todas las miradas se fijan en su complexión. Sobre todo, los adolescentes se sienten el centro de atención en los primeros años de esta etapa, y consideran que son los actores principales, mientras que todos los demás forman el público.

Según Elkind, la **fábula personal** es la parte del egocentrismo en la adolescencia que da lugar a que el adolescente se considere único e invulnerable. Durante una conversación entre dos chicas de 14 años, Margaret dice: «¿Estás de broma o qué? ¡Yo no me voy a quedar embarazada!». Adam, de 13 años de edad, dice: «Nadie me entiende, sobre todo mis padres. No tienen ni idea de lo que siento». Estos comentarios son una manifestación de la fábula personal. La impresión de ser únicos lleva a los adolescentes a pensar que nadie puede entender sus sentimientos. Por ejemplo, una adolescente piensa que su madre no puede de ninguna manera entender el dolor que siente porque su novio la ha dejado. Como parte de sus esfuerzos por mantener esa sensación de ser únicos, los adolescentes pueden crear una historia sobre ellos mismos llena de fantasía, con lo que se sumergen en un mundo completamente alejado de la realidad. La fábula personal suele ser evidente en los diarios personales de los adolescentes.

Además, los adolescentes suelen manifestar una sensación de invencibilidad, que se hace patente cuando creen que jamás sufrirán experiencias dolorosas (como los accidentes de tráfico con víctimas mortales) que sí pueden ocurrirles a otras personas. Probablemente, esta sensación de invencibilidad es el origen del comportamiento temerario de algunos adolescentes, como la participación en carreras de automóviles, el consumo de drogas, el suicidio o mantener relaciones sexuales sin utilizar anticonceptivos o métodos de protección ante enfermedades de transmisión sexual.



A pesar de que los cursos de educación vial pueden mejorar las habilidades cognitivas y motrices de los adolescentes relacionadas con la conducción, dichos cursos no han resultado eficaces a la hora de reducir el alto porcentaje de accidentes de tráfico en los que se ven envueltos los adolescentes. *¿A qué se debe este hecho?*

Procesamiento de la información

Dos de los cambios más relevantes en el procesamiento de la información durante la adolescencia se relacionan con la toma de decisiones y el pensamiento crítico.

Toma de decisiones La adolescencia constituye una etapa en la que aumenta la toma de decisiones sobre el futuro, los amigos, la universidad, con quién tener una cita, el sexo, comprar un coche, etc. (Byrnes, 1997, 2001, 2003; Galotti y Kozberg, 1996; Jacobs y Klaczynski, 2002; Kuhn, 2000). ¿Son eficaces los adolescentes a la hora de tomar decisiones? Según algunos estudios, los adolescentes de más edad son más eficaces que los más jóvenes, quienes, por su parte, toman decisiones de forma más eficaz que los niños (Keating, 1990). Si los comparamos con los niños, los adolescentes más jóvenes suelen tener opiniones, analizar una situación desde diferentes perspectivas, anticipar las consecuencias de las decisiones y plantearse la credibilidad de la fuente de información.

Poseer la capacidad de tomar decisiones eficaces no significa que esta capacidad se emplee en la vida diaria, un contexto en el que también influye la amplitud de la experiencia que se posea (Jacobs y Klaczynski, 2002; Jacobs y Potenza, 1990; Keating, 1990). Así, por ejemplo, la formación para aprender a conducir mejora las habilidades cognitivas y motoras de los adolescentes hasta alcanzar niveles similares —o, incluso, superiores— a los de los adultos. Sin embargo, esta formación no ha resultado eficaz a la hora de reducir el alto índice de accidentes de tráfico que afecta a los adolescentes (Potvin, Champagne y Laberge-Nadeau, 1988). Un importante campo de estudio es el análisis de cómo los adolescentes toman decisiones en situaciones prácticas.

Una estrategia que puede ayudar a mejorar la capacidad de toma de decisiones de los adolescentes consiste en que los padres permitan que sus hijos partici-

pen en actividades adecuadas de toma de decisiones. En un estudio que se realizó con más de 900 adolescentes jóvenes y en una submuestra de sus padres, resultó más probable que los adolescentes participaran en la toma de decisiones familiares cuando consideraban que ejercían el control sobre su vida y si pensaban que se tendrían en cuenta sus opiniones al tomar una decisión definitiva (Liprie, 1993).

Pensamiento crítico La adolescencia constituye un importante período de transición en el desarrollo del pensamiento crítico (Keating, 1990). Según un estudio realizado con alumnos de quinto curso de primaria, segundo de secundaria y primero de bachillerato, el pensamiento crítico aumentaba con la edad. Sin embargo, sólo se detectaba en 43 por 100 de los individuos, incluso en el caso de los alumnos de mayor edad. Además, muchos adolescentes daban muestras de un sesgo centrado en su interés personal al razonar (Klaczynski y Narasimham, 1998).

Algunos de los cambios cognitivos que permiten la mejora del pensamiento crítico en la adolescencia son los siguientes:

- Aumento de la velocidad, automatización y capacidad de procesamiento de la información, lo que permite utilizar los recursos cognitivos con otros propósitos.
- Mayor amplitud de conocimientos en diversas áreas.
- Aumento de la capacidad para crear nuevas combinaciones de conocimiento.
- Mayor variedad de estrategias o procedimientos para aplicar o adquirir conocimientos, que son empleadas de forma más espontánea. Dichas estrategias incluyen la planificación, la consideración de alternativas y el control cognitivo.

A pesar de que la adolescencia constituye un importante período en el desarrollo de las capacidades de pensamiento crítico, si durante la niñez no se crea una base de habilidades elementales (como la lecto-escritura o las matemáticas), resulta poco probable que las capacidades de pensamiento crítico maduren durante la adolescencia. Además, ese subgrupo de adolescentes que carecen de las habilidades elementales difícilmente mejorará su capacidad de pensamiento durante la adolescencia.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Explicar los cambios cognitivos que se producen en la adolescencia

REVISA

- ¿Cuál es la teoría de Piaget acerca del desarrollo cognitivo durante la adolescencia?
- ¿Qué es el egocentrismo en la adolescencia?
- ¿Cuáles son algunos de los aspectos más importantes de la toma de decisiones y del pensamiento crítico durante la adolescencia?

REFLEXIONA

- Utilizando la teoría de Piaget sobre el desarrollo cognitivo como guía, imagina que un chico de 8 años de edad y otro de 16 años están viendo un congreso político por televisión. ¿De qué manera se diferenciarán sus percepciones de lo que ven? ¿A qué conceptos de la teoría de Piaget harían referencia esas percepciones?

5 LA ESCUELA

- La transición de la escuela primaria a la secundaria
- La escuela secundaria
- Escuelas eficaces para los adolescentes más jóvenes
- Aprendizaje y servicios a la comunidad

Los profundos cambios cognitivos que se producen durante la adolescencia nos llevan a analizar las características de los centros educativos para adolescentes. En el Capítulo 11 ya examinamos distintas ideas acerca de la influencia de la escuela en el desarrollo de los niños. A continuación, nos centraremos de forma más específica en las características de los centros de educación secundaria. Algunas de las cuestiones que trataremos son: ¿cómo es el proceso de transición de la escuela primaria a la secundaria? ¿Qué escuelas son eficaces para adolescentes jóvenes?

La transición de la escuela primaria a la secundaria

En Estados Unidos, la creación de centros para impartir el primer ciclo de la educación secundaria en los años veinte y treinta se basó en los cambios físicos, cognitivos y sociales que caracterizan a la adolescencia temprana, así como en la necesidad de crear más centros educativos capaces de absorber a una población escolar cada vez mayor. Los antiguos institutos de bachillerato (*high schools*) se convirtieron en centros de primer ciclo de secundaria (*junior high schools*), y se crearon nuevos institutos regionales. En la mayor parte de los sistemas educativos estatales, el tercer curso de secundaria presentaba un contenido propio de los niveles superiores aunque estuviera físicamente separado en una estructura escolar que constaba de tres cursos en primaria, tres en el primer ciclo de secundaria, y otros tres en el bachillerato. De forma gradual, el tercer curso de secundaria se reintegró a la etapa de bachillerato, ya que muchas escuelas crearon secciones distintas (*middle high school*) para los cursos primero y segundo de secundaria, y también para el sexto curso de primaria en algunos lugares. La creación de estas nuevas secciones tuvo su origen en el comienzo más temprano de la pubertad que se ha detectado en décadas recientes.

Una preocupación creciente entre los educadores y psicólogos es que los centros en los que se imparten los primeros cursos de secundaria se han convertido en versiones descafeinadas de los institutos de bachillerato, ya que imitan sus programas curriculares y extracurriculares. Los críticos afirman que, en dichos centros, deberían ponerse en práctica actividades específicas que reflejen la amplia variedad de diferencias individuales en el desarrollo biológico y psicológico durante la adolescencia temprana. También señalan que numerosos centros de bachillerato fomentan la pasividad y no la autonomía, y que las escuelas deberían crear diferentes caminos que permitan que los alumnos desarrollen su identidad.

Los expertos en desarrollo se muestran interesados en la transición de la escuela de primaria al instituto de secundaria porque, a pesar de que constituye una experiencia normativa para todos los niños, puede ser una causa de estrés (Eccles, 2000, 2003; Seidman, 2000). ¿Por qué? Dicha transición tiene lugar en un momento en el que se producen otros muchos cambios de forma simultánea tanto en el individuo como en la familia y en la escuela. En estos cambios se incluyen la pubertad y las preocupaciones relacionadas con la imagen corporal; la aparición de, al menos, algunos aspectos del pensamiento operacional formal, incluyendo los consecuentes cambios que se producen en la cognición social; una mayor responsabilidad e independencia junto con una menor dependencia de los padres; el



La transición de la escuela de primaria al instituto de secundaria coincide con numerosos cambios en el desarrollo. *¿Cuáles son algunas de esas transformaciones?*

paso de una estructura limitada al aula a un sistema escolar más grande e impersonal; el cambio de tener un profesor a tener muchos y de un grupo homogéneo y estable de compañeros a otro más heterogéneo; y la existencia de un mayor énfasis en los logros, los resultados y en su evaluación. Esta lista incluye una serie de factores negativos y estresantes, pero la transición también puede conllevar aspectos positivos. Así, resulta más probable que los alumnos se sientan maduros, puedan elegir entre más asignaturas, tengan más oportunidades para dedicar tiempo a los compañeros y a identificar amigos más compatibles, y disfruten de una mayor independencia lejos del control directo de los padres. Además, el trabajo académico puede estimular más su intelecto.

Cuando se produce la transición del colegio de primaria al instituto, los estudiantes experimentan el **fenómeno de «complejo de inferioridad del estudiante»**, esto es, el hecho de perder la posición de superioridad (ser el mayor, más grande y fuerte de los estudiantes de los cursos de primaria) y llegar a la posición inferior (ser el más joven, pequeño y débil de los estudiantes del instituto). Según los investigadores que han estudiado el proceso de transición de la educación primaria a la secundaria, el primer año en la nueva etapa educativa puede resultar difícil para muchos alumnos (Hawkins y Berndt, 1985). Por ejemplo, en un estudio centrado en la transición del último curso de primaria al primero de secundaria, las percepciones que los adolescentes presentaban de la calidad de su vida escolar se hacían más negativas en el primer curso de secundaria (Hirsch y Rapkin, 1987). En ese año, los estudiantes se mostraban menos satisfechos y comprometidos con la escuela y afirmaban que sus profesores no les gustaban. Esta bajada en la satisfacción escolar tenía lugar independientemente del éxito académico de los estudiantes consultados.

Escuelas eficaces para los adolescentes más jóvenes

En 1989, la Carnegie Corporation publicó una evaluación muy negativa de los centros de educación secundaria norteamericanos. En su informe, titulado «Un momento crucial: preparar a la juventud americana para el siglo XXI», se afirmaba que la mayor parte de los adolescentes de menor edad asisten a centros educativos inmensos e impersonales, aprenden los contenidos establecidos en unos currículos escolares aparentemente irrelevantes, confiaban en muy pocos adultos dentro del centro y no disponían de acceso a cuidados sanitarios ni a orientación. Este trabajo de la Carnegie Corporation (1989) incluía las siguientes recomendaciones:

- Desarrollar comunidades educativas más reducidas para disminuir la impersonalidad de los grandes institutos.
- Reducir la proporción actual de alumnos por orientador (varios cientos de estudiantes por orientador, a 10 alumnos por orientador).
- Conseguir que los padres y los líderes comunitarios se involucren en la escuela.
- Desarrollar programaciones escolares que creen alumnos alfabetizados, que comprenden las ciencias y que reconocen la importancia de la salud, la ética y la responsabilidad social.
- Permitir que los profesores trabajen en equipo para enseñar temarios más flexibles que integren distintas disciplinas, en lugar de ofrecer a los estudiantes segmentos de 50 minutos rígidamente separados e inconexos.
- Mejorar la salud y la forma física de los alumnos con más programas escolares específicos y ayudar a que los alumnos que precisan atención médica la reciban.

En resumen, los institutos de educación secundaria de Estados Unidos necesitan drásticos cambios si se pretende que formen a los adolescentes y les ayuden a convertirse en adultos competentes del siglo XXI (Eccles y Roeser, 2005).

La escuela secundaria

En Estados Unidos, la preocupación no se limita a las escuelas secundarias, sino que también se extiende a la educación impartida en los centros de bachillerato. Muchos estudiantes acaban sus estudios de bachillerato con niveles inadecuados en comprensión lectora, expresión escrita y habilidades matemáticas. Es el caso de muchos estudiantes que acceden a la universidad y deben asistir a clases complementarias para alcanzar el nivel de conocimientos necesario. Otros alumnos abandonan la educación secundaria sin titulación y sin poseer las habilidades que les permitan avanzar en el mercado laboral.

Abandono de los estudios En la última mitad del siglo XX, el índice de abandono de los estudios disminuyó de forma general en Estados Unidos (Centro Nacional de Estadísticas Educativas, *National Center for Education Statistics*, 2001). Por ejemplo, en la década de los cuarenta, más de la mitad de los jóvenes americanos con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años no concluían la educación secundaria. En el año 2000, ese porcentaje se había reducido a 10,9 por 100. En la Figura 12.12 se muestra la tendencia seguida en los índices de abandono de estudios desde 1972 hasta 2000. Adviértase que el porcentaje de abandono de los alumnos hispanos sigue siendo elevado (27,8 por 100 de los jóvenes hispanos entre los 15 y los 24 años abandonaron sus estudios en el año 2000). No obstante, el mayor índice de abandonos se registra entre los jóvenes nativos americanos, ya que menos de la mitad concluye su educación en el instituto.

Son numerosas las razones por las que los estudiantes abandonan el instituto (Christensen y Thurlow, 2004). En un estudio, casi 50 por 100 de los jóvenes que abandonaban sus estudios aducían razones relacionadas con el instituto para justificar su decisión. Así, mencionaban que no les gustaba el colegio o que les habían expulsado temporal o definitivamente (Rumberger, 1995). El 20 por 100 de los abandonos (40 por 100 en el caso de los estudiantes hispanos) se debía a razones económicas. Un tercio de las estudiantes dejaba el instituto por razones personales, como un embarazo o por contraer matrimonio.

Una reciente revisión de los programas escolares destinados a reducir el abandono de los estudios estableció que los programas más eficaces eran aquellos que proporcionaban clases de lectura, tutores, orientadores y mentores (Lehrer y otros,

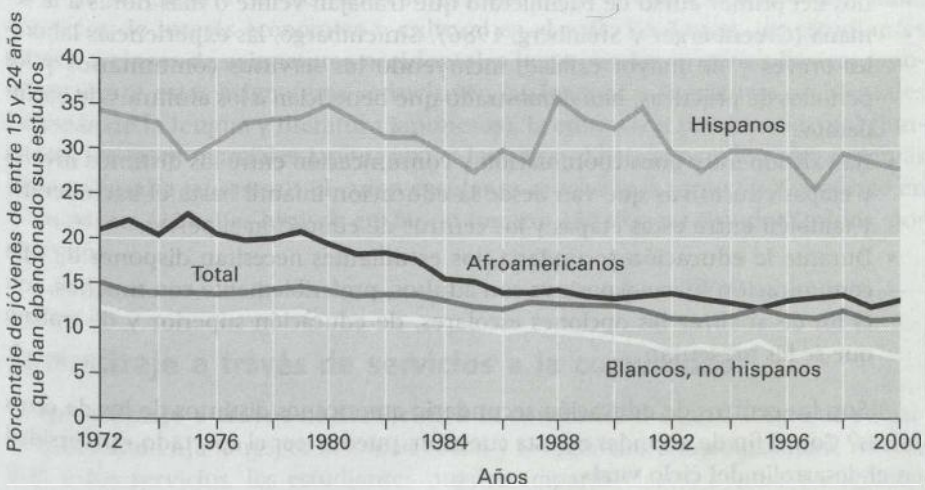


FIGURA 12.12 Tendencias en el índice de abandono de estudios

Desde 1972 hasta el año 2000, el índice de abandono de estudios entre los estudiantes de origen hispano se mantuvo elevado (27,8 por 100 para los jóvenes con edades entre los 15 y los 24 años de edad). En el caso de los estudiantes afroamericanos, el índice fue mayor (13.1 por 100) que entre los estudiantes blancos no hispanos (6,9 por 100) en 2000. Desde los años cuarenta hasta los sesenta, el índice general de abandono de estudios disminuyó de forma notable, pero sólo se ha reducido en menor medida a partir de 1972.

2003). Estos programas creaban unas relaciones y un entorno que inspiraban protección, organizaban sus actividades en bloques y ofrecían a sus alumnos la oportunidad de realizar servicios comunitarios.

Conseguir escuelas eficaces Muchos alumnos que finalizan sus estudios de bachillerato no sólo están poco preparados para acceder a la universidad, sino que tampoco han recibido la formación necesaria para satisfacer las exigencias de un mercado laboral basado en el alto rendimiento. Según una revisión de los métodos de selección de personal de importantes empresas, muchas compañías disponen de listas con las habilidades básicas que sus empleados deben poseer. Por ejemplo, incluyen la capacidad para leer textos de alto nivel, dominar operaciones algebraicas básicas, utilizar ordenadores personales para tareas sencillas, como el procesamiento de textos, resolver problemas semi-estructurados en los que se debe formular una hipótesis y comprobar su veracidad, comunicarse de forma efectiva (oralmente y por escrito), y trabajar en grupo de manera eficaz con personas con orígenes distintos (Murnane y Levy, 1996).

Cada vez más educadores consideran que los centros de bachillerato necesitan que se les encargue una nueva tarea para el siglo XXI, con el fin de solucionar los problemas señalados a continuación (Comisión Nacional Estadounidense sobre el Bachillerato, *National Commission on the High School Senior Year*, 2001):

- Resulta necesario que los alumnos dispongan del apoyo necesario para finalizar el bachillerato con los conocimientos y habilidades que les permitan tener éxito tanto en la educación universitaria como en el mundo laboral. Muchos padres y estudiantes, especialmente los que provienen de entornos desfavorecidos o de minorías étnicas, desconocen el nivel de conocimientos y habilidades necesario para progresar en la universidad.
- Los centros de bachillerato deben tener expectativas positivas acerca del progreso de sus alumnos. En Estados Unidos, resulta preocupante la situación del último curso del bachillerato, que se ha convertido en un año festivo, y no en el curso en el que prepararse para uno de los pasos más importantes en la vida. Algunos estudiantes que acceden a la universidad suelen despreocuparse de las exigencias académicas del último curso del bachillerato. La falta de expectativas positivas perjudica a los estudiantes de cualquier condición social.
- Los alumnos estadounidenses de los últimos cursos de secundaria y de bachillerato dedican demasiado tiempo a desempeñar oficios de escaso nivel. Los investigadores han establecido que, cuando los alumnos del cuarto curso de secundaria trabajan más de catorce horas semanales, se produce una bajada en sus calificaciones escolares. Esta situación se repite en el caso de los alumnos del primer curso de bachillerato que trabajan veinte o más horas a la semana (Greenberger y Steinberg, 1986). Sin embargo, las experiencias laborales breves y de mayor calidad, incluyendo los servicios comunitarios y los períodos de prácticas, han demostrado que benefician a los alumnos de bachillerato.
- Ha existido muy poca coordinación y comunicación entre los distintos niveles y etapas educativas que van desde la educación infantil hasta el bachillerato, y también entre estas etapas y los centros de educación superior.
- Durante la educación secundaria, los estudiantes necesitan disponer de una comunicación fuerte y positiva con adultos, preferiblemente con muchos, con el fin de analizar las opciones escolares, de educación superior y de trabajo que se les presentan.

¿Son los centros de educación secundaria americanos distintos de los de otros países? Con el fin de ahondar en esta cuestión, puedes leer el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Comparaciones transculturales de centros de educación secundaria

Las escuelas de secundaria en distintos países comparten una serie de características comunes, pero difieren en otras (Cameron y otros, 1983). Analizaremos a continuación las similitudes y diferencias existentes entre las escuelas de secundaria de cinco países: Australia, Brasil, Alemania, Japón y Estados Unidos.

La mayoría de los países establecen que la escolarización comience a los 6 o 7 años de edad, y que los niños permanezcan en la escuela hasta que tengan de 14 a 17 años. En Brasil, la educación obligatoria finaliza a los 14 años, mientras que en Rusia dura hasta los 17 años. Tanto en Alemania, Japón y Australia como en Estados Unidos, la educación obligatoria se extiende hasta los 15 o 16 años de edad, aunque algunos estados americanos, como California, han aumentado esa edad hasta los 18 años.

La mayoría de las escuelas secundarias del mundo se dividen en dos o más ciclos, como *middle school* (o *junior high school*) y *high school* en Estados Unidos. Sin embargo, las escuelas alemanas se dividen en tres vías basadas en la capacidad del alumno: 1) la escuela general imparte una educación básica; 2) en la escuela intermedia la educación es más avanzada, y 3) la escuela académica prepara a los estudiantes para acceder a la universidad. Las escuelas alemanas, como la mayoría de los sistemas educativos europeos, imparten una educación clásica, en la que se incluye el estudio del latín o del griego clásico.

En Japón, las escuelas secundarias requieren que se realice una prueba de acceso, lo que no ocurre en ninguno de los otros cuatro países que analizamos. Tan sólo Australia y Alemania disponen de exámenes necesarios para obtener el título al finalizar la educación secundaria.

Estados Unidos es el único país en el que los deportes forman parte del sistema educativo público. Tan sólo algunas escuelas privadas en otros países poseen sus propios equipos deportivos, disponen de instalaciones y organizan eventos.

En Brasil, los alumnos deben estudiar portugués (el idioma oficial), una lengua clásica (latín) y tres lenguas extranjeras (francés, inglés y castellano). Se exige el conocimiento de estos idiomas por el carácter internacional de la población del país y por la importancia del comercio exterior. Los alumnos del primer curso de secundaria en Australia estudian la cría de ovejas y el tejido de la lana, dos áreas de interés económico y cultural en el país. En Japón, los estudiantes asisten a clases de asignaturas occidentales junto con las materias básicas japonesas. Entre estas asignaturas se incluyen las lenguas y literaturas occidentales (además de la lengua y literatura japonesas), la educación física occidental (junto con las artes marciales japonesas) y las artes plásticas occidentales (además de la caligrafía japonesa). El curso escolar es mucho más largo en Japón que en otros países (225 días lectivos en Japón frente a 180 días en Estados Unidos, por ejemplo).

Aprendizaje a través de servicios a la comunidad

El **aprendizaje a través de servicios a la comunidad** es una forma de educación que fomenta la responsabilidad social y los servicios a la comunidad. Al realizar estos servicios, los estudiantes pueden impartir clases, ayudar a ancianos,

trabajar en hospitales, colaborar en centros infantiles o limpiar un descampado para construir una zona de juegos. Un importante objetivo del aprendizaje a través de los servicios a la comunidad es que los estudiantes dejen de centrarse tanto en ellos mismos y se sientan más motivados de ayudar a los demás (Flanagan, 2004; Youniss y otros, 2003). Este tipo de aprendizaje extiende la educación a todo el ámbito comunitario (Hamilton y Hamilton, 2004; Hart, 2005). Una estudiante del primer curso de bachillerato trabajó dando clases de lectura a estudiantes de familias desfavorecidas con niveles de habilidad lectora inferiores a los de su curso escolar. Esta estudiante comentó que, hasta que comenzó a dar estas clases, nunca se había percatado de cuántos jóvenes no habían contado con las mismas oportunidades que ella misma había tenido. Un momento especialmente emotivo ocurrió cuando una niña le dijo: «Quiero aprender a leer como tú para poder ir a la universidad cuando sea mayor». De esta manera, el aprendizaje a través de servicios a la comunidad puede resultar beneficioso no sólo para los estudiantes, sino también para aquellos individuos que reciben su ayuda.

Las investigaciones realizadas señalan que este tipo de aprendizaje resulta positivo para los estudiantes de diversas maneras:

- Sus calificaciones escolares mejoran, se muestran más motivados y se marcan más objetivos (Johnson y otros, 1998).
- Mejoran sus niveles de autoestima (Hamburg, 1997).
- Reflexionan cada vez más acerca de la organización política de la sociedad y del orden moral (Yates, 1995).

La obligatoriedad de los servicios a la comunidad está cada vez más extendida por los centros de educación secundaria y bachillerato. Según una investigación, el 15 por 100 de los distritos escolares más grandes de Estados Unidos ya imponían dicha obligatoriedad (Grupo Nacional sobre los Servicios a la Comunidad, *National and Community Service Coalition*, 1995). A pesar de este aumento, según otro estudio realizado con 40.000 adolescentes, dos tercios afirmaron que nunca habían llevado a cabo ningún tipo de trabajo voluntario para ayudar a otras personas (Benson, 1993). Los beneficios del aprendizaje a través de los servicios a la comunidad, tanto para el voluntario como para el receptor de la ayuda, indican que se debería pedir a más adolescentes su participación en este tipo de programas.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 5

5 Resumir los aspectos más importantes de la influencia de la escuela en el desarrollo de los adolescentes

REVISA

- ¿Cómo se desarrolla la transición de la escuela primaria a la secundaria?
- ¿Cuáles son algunas de las características de las escuelas eficaces para los adolescentes más jóvenes?
- ¿Cuáles son algunos de los aspectos más importantes acerca del abandono de los estudios y de las medidas para mejorar los centros de educación secundaria?
- ¿Qué es el aprendizaje a través de los servicios a la comunidad y de qué manera influye en el desarrollo de los adolescentes?

REFLEXIONA

- ¿Cómo era tu escuela de educación secundaria y bachillerato? ¿De qué manera pueden aplicarse a tu escuela los criterios para conseguir centros eficaces señalados por la Comisión Nacional Estadounidense sobre el Bachillerato y las recomendaciones de la Carnegie Corporation?

Alcanza tus objetivos de aprendizaje

Desarrollo físico y cognitivo en la adolescencia

1 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

2 CAMBIOS FÍSICOS

- Pubertad
- Sexualidad en la adolescencia
- El cerebro

3 PROBLEMAS DE SALUD EN LOS ADOLESCENTES

- Uso y abuso de sustancias
- Problemas y trastornos alimentarios
- Salud de los adolescentes

4 COGNICIÓN EN LOS ADOLESCENTES

- Teoría de Piaget
- Egocentrismo en la adolescencia
- Procesamiento de la información

5 LA ESCUELA

- La transición de la escuela primaria a la secundaria
- La escuela secundaria
- Escuelas eficaces para los adolescentes más jóvenes
- Aprendizaje a través de servicios a la comunidad

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Conocer las características de la adolescencia*

- Muchos de los estereotipos existentes sobre los adolescentes son negativos. La mayoría de los adolescentes actuales avanzan con éxito por el camino que les lleva de la niñez a la edad adulta, a pesar de que muchos de ellos no disponen del apoyo ni de las oportunidades adecuadas. Resulta importante considerar a los adolescentes como un grupo heterogéneo, ya que surgen distintas descripciones de la adolescencia que dependen del grupo específico de jóvenes que se analiza en cada caso.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Describir los cambios relacionados con la pubertad, la sexualidad y el cerebro*

- La pubertad es un período de rápida madurez física que conlleva cambios hormonales y corporales que tienen lugar, sobre todo, en la adolescencia temprana. Los factores determinantes de la pubertad incluyen la nutrición, el estado de salud, la herencia y el peso corporal. La influencia del sistema endocrino en la pubertad se basa en la interacción del hipotálamo, la glándula pituitaria y las gónadas (glándulas sexuales). La testosterona desempeña un papel fundamental en el desarrollo de los varones durante la pubertad, mientras que el estradiol desempeña dicha función en el caso de las chicas. El comienzo del crecimiento durante la pubertad tiene lugar, como media, a los nueve años para las niñas y a los once para los niños. El momento de más cambios ocurre a los once años y medio para las chicas y a los trece años y medio para los chicos. La madurez sexual es un aspecto fundamental de los cambios de la pubertad. La variación individual de estos cambios es muy amplia. Los adolescentes muestran un gran interés por sus cuerpos y su aspecto corporal. Las chicas adolescentes poseen imágenes corporales más negativas que los chicos. La madurez temprana suele beneficiar a los chicos, al menos durante los primeros años de la adolescencia. Las chicas con una madurez más temprana pueden sufrir numerosos problemas en su desarrollo.
- El dominio de los nuevos sentimientos sexuales y la formación de una identidad sexual constituyen procesos con múltiples facetas. Según los datos existentes, en Estados Unidos cuatro de cada cinco individuos ya han tenido contactos sexuales a la edad de 19 años. Los factores de riesgo que crean problemas sexuales son: la pobreza, actividad sexual temprana, bajo nivel de autoregulación, bajo nivel de control por parte de los padres, y bajos niveles de comunicación entre los padres y el adolescente. Ha aumentado el uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes. Más de uno de cada cuatro adolescentes padece alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS). El índice de embarazos en adolescentes estadounidenses es elevado, pero ha disminuido en los últimos años.
- Los aumentos de actividad eléctrica en el cerebro suelen ocurrir a los 9, 12 y 15 años, y también entre los 18 y los 20. Recientemente, los estudios realizados han determinado que el córtex prefrontal, que participa en el procesamiento cognitivo a alto nivel, no ha madurado completamente en la adolescencia, mientras que la amígdala, que controla el procesamiento de la información emocional, ya se ha desarrollado en mayor medida durante esta etapa evolutiva. De esta manera, la región cerebral responsable de frenar el comportamiento arriesgado e impulsivo aún está desarrollándose en la adolescencia.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Identificar los problemas de los adolescentes relacionados con el uso y abuso de sustancias, los trastornos alimentarios y la salud*

- Los años sesenta y setenta se caracterizaron por el aumento del consumo de drogas ilegales en los Estados Unidos. Dicho consumo experimentó una disminución en los ochenta, aumentó a mediados de los noventa y volvió a reducirse a finales de los noventa y disminuyó notablemente en 2003. A pesar de esta reducción, Estados Unidos tiene la tasa más elevada de consumo de drogas por parte de los adolescentes de todas las naciones desarrolladas. El consumo de alcohol representa un serio problema en la adolescencia, aunque los niveles de consumo se han reducido en los últimos años, al igual que los de consumo de tabaco. El consumo de drogas en la niñez y la adolescencia temprana presenta más efectos negativos a largo plazo que cuando se comienza a consumirlas en la adolescencia tardía. Los padres y los compañeros pueden desempeñar importantes labores de apoyo para evitar el consumo de drogas por parte de los adolescentes.
- La incidencia de trastornos alimentarios entre adolescentes ha aumentado, y existe un elevado porcentaje de adolescentes que presentan sobrepeso. Dos de los trastornos alimentarios que pueden aparecer durante la adolescencia son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.
- La adolescencia representa un momento crítico para la salud debido a que muchos de los factores relacionados con hábitos negativos y con fallecimientos a edades tempranas en la edad adulta comienzan en la adolescencia. Resultan preocupantes la mala nutrición, la falta de ejercicio y la existencia de patrones de sueño inadecuados. Los comportamientos peligrosos aumentan durante la adolescencia. Con el fin de reducir las consecuencias que estos comportamientos pueden tener en la salud de los adolescentes, deben limitarse las oportunidades que los jóvenes tienen de dañarse, así como realizar un seguimiento de su comportamiento. Las tres causas principa-

les de muerte en la adolescencia son los accidentes, los homicidios y el suicidio.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Explicar los cambios cognitivos que se producen en la adolescencia*

- El pensamiento operacional formal, cuarto estadio del desarrollo cognitivo según Piaget, es más abstracto, idealista y lógico que el pensamiento operacional concreto. El término «razonamiento hipotético-deductivo» sirve para describir la forma más lógica de pensar que presentan los adolescentes. El pensamiento operacional formal comprende dos fases: la asimilación (primeros años de la adolescencia) y la adaptación (años intermedios en la adolescencia). Existen variaciones individuales en la cognición durante la adolescencia, algo a lo que Piaget no prestó la atención necesaria. Muchos adolescentes jóvenes no piensan de manera operacional formal, sino que aún se encuentran en el proceso de consolidar su pensamiento operacional concreto.
- Elkind definió el concepto de egocentrismo en la adolescencia como una conciencia exacerbada que los adolescentes tienen de sí mismos. Este concepto comprende dos elementos: la audiencia imaginaria y la fábula personal.
- Entre los cambios en el procesamiento de la información que ocurren durante la adolescencia se incluyen una mayor capacidad para tomar decisiones y para pensar de forma crítica. El pensamiento crítico aumenta durante la adolescencia gracias a la mayor velocidad a la que se produce el procesamiento, la automaticidad y la capacidad, así como la existencia de una mayor cantidad de conocimientos y una gama más amplia de estrategias que se aplican de forma espontánea.

5 *Objetivo de aprendizaje 5: Resumir los aspectos más importantes de la influencia de la escuela en el desarrollo de los adolescentes*

- La transición de la escuela primaria a la secundaria coincide con numerosos cambios sociales, familiares e individuales, y representa una situación agobiante para el adolescente. Además, este cambio conlleva el paso de una posición de superioridad a otra de inferioridad.
- En 1989, la Fundación Carnegie recomendó que se realizara un cambio profundo de las escuelas de secundaria estadounidenses. Dicho cambio incluiría la creación de comunidades educativas de menor tamaño, disminuir la proporción de alumnos por orientador y aumentar la participación de los padres y de la comunidad.
- Los índices generales de abandono de estudios disminuyeron considerablemente durante la última mitad del siglo XX, aunque siguen siendo elevados en el caso de los estudiantes hispanos y nativos americanos. Se han propuesto distintas estrategias para mejorar las escuelas de secundaria en Estados Unidos, incluyendo los programas de apoyo y las expectativas positivas.
- El aprendizaje a través del servicio a la comunidad proporciona experiencias educativas que fomentan la responsabilidad social y los servicios comunitarios. Las investigaciones han demostrado que este tipo de aprendizaje beneficia a los estudiantes de diversas maneras.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR FUNDADA EN 1620 QUITO

CAPÍTULO 13



Si te preocupa qué va a ser de esta nueva generación, piensa que va a crecer y a comenzar a preocuparse por la generación más joven que venga.

ROGER ALLEN
Escritor estadounidense contemporáneo

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo socioemocional en la adolescencia

Esquema del capítulo		*Objetivos de aprendizaje*
EL YO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL Autoestima Identidad Desarrollo emocional	1	**Examinar las transformaciones que se producen en el yo y en el desarrollo emocional durante la adolescencia**
LA FAMILIA Autonomía y apego Conflictos entre padres y adolescentes	2	**Describir los cambios que afectan a la relación de los adolescentes con sus padres**
LOS IGUALES Amistades Grupos de iguales Citas y relaciones amorosas	3	**Analizar los cambios que afectan a las relaciones entre iguales en la adolescencia**
CULTURA Y DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA Comparaciones transculturales Origen étnico	4	**Explicar la influencia que ejercen los factores culturales en el desarrollo del adolescente**
PROBLEMAS DE LOS ADOLESCENTES Delincuencia juvenil Depresión y suicidio La interrelación entre los problemas y los programas de prevención e intervención que han tenido éxito	5	**Identificar los problemas que pueden afectar al desarrollo socioemocional de los adolescentes y analizar las estrategias que pueden ayudar a solucionarlos**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
MUNUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Autorretrato de una chica de 15 años

¿Cómo se describen a sí mismos los adolescentes? ¿Cómo te habrías descrito cuando tenías 15 años? ¿En qué aspectos te habrías centrado? A continuación, te presentamos un autorretrato de una chica de quince años (Harter, 1990, pág. 352-353):

> ¿Qué tipo de persona soy? ¡Es difícil de decir! Soy sensible, afable, extravertida, popular y tolerante, aunque también puedo ser tímida, introvertida o, incluso, repelente. ¡Repelente! Me gustaría ser más simpática y tolerante todo el tiempo. Ése es el tipo de persona que quiero ser, y me siento decepcionada cuando no lo soy. Soy responsable, incluso estudiosa de vez en cuando, pero, por otra parte, también soy un poco holgazana, porque no eres popular si pareces una empollona. No suelo tener buenos resultados en el instituto. Soy bastante divertida, sobre todo con mis amigos, y a veces soy escandalosa. En casa, con mis padres, me encuentro más nerviosa, porque esperan que saque sobresalientes. ¡No es justo! Me preocupo por saber cómo debería conseguir notas mejores, pero mis amigos se meterían conmigo. Por eso suelo estar nerviosa en casa, o ser sarcástica, ya que mis padres siempre están encima de mí. Pero no entiendo cómo puedo cambiar de humor tan rápido. ¿Cómo puedo ser divertida ahora, estar nerviosa al minuto y luego ser sarcástica? ¿Cuál de esos caracteres es el mío? A veces siento que actúo de manera falsa, especialmente delante de los chicos. Si pienso que alguno puede invitarme a salir con él, intento actuar de forma diferente, como Madonna. Empiezo a flirtear y a hacerme la graciosa, pero luego todo el mundo, en serio, todo el mundo me mira como si estuviese loca. En esos momentos me doy cuenta y me da vergüenza, y suelo encerrarme en mí misma, y ya no sé quién soy de verdad. ¿Es que sólo intento impresionarlos o qué? De todas maneras, no me importa lo que piensen. No quiero que me importe, en realidad. Sólo quiero saber lo que piensan mis amigos más cercanos, porque con ellos puedo ser yo misma. No puedo serlo con mis padres; ellos no me entienden. ¿Qué saben ellos de la vida de los adolescentes? Aún me tratan como si fuera una niña. Por lo menos, la gente del instituto me trata más como a un adulto, aunque a veces me siento perdida, porque no sé si soy una niña o una mujer adulta. También me preocupa no tener ni idea de lo que quiero ser de mayor. Bueno, tengo muchas ideas. Mi amiga Sheryl y yo hablamos muchas veces de si seremos azafatas, o profesoras, enfermeras, veterinarias, a lo mejor madres o actrices. Sé que no quiero ser ni camarera ni secretaria. ¿Pero cómo se toman estas decisiones? No lo sé. Pienso mucho en mi futuro, pero no llego a ninguna parte. Hay días en los que me gustaría ser inmune a mí misma.

VISTA PREVIA

Durante la adolescencia, el desarrollo socioemocional se caracteriza por las importantes transformaciones que tienen lugar. Estos cambios incluyen los esfuerzos que realiza el adolescente para comprenderse a sí mismo y las variaciones emocionales que experimenta. Las transformaciones también se producen en el entorno social del adolescente: en las relaciones con la familia y el grupo de iguales en distintos contextos culturales. Además, los adolescentes pueden desarrollar problemas socioemocionales, como la depresión y la participación en actos delictivos.

1 EL YO Y EL DESARROLLO EMOCIONAL

Autoestima | Identidad | Desarrollo emocional

El autorretrato de una chica de 15 años que presentamos anteriormente refleja el interés creciente por su imagen, la búsqueda de una identidad y los cambios emocionales que caracterizan a los adolescentes. Antes de estudiar los conceptos de identidad y desarrollo emocional con mayor profundidad, analizaremos los cambios que afectan a la autoestima durante la adolescencia.

Autoestima

Tal y como señalamos en el Capítulo 11, la autoestima hace referencia a la evaluación global del yo, y también se denomina valor propio o autoimagen. Existen discrepancias a la hora de determinar el cambio real que se produce en la autoestima durante la adolescencia y en establecer la existencia de diferencias entre la autoestima de individuos de ambos sexos. Según una reciente investigación, tanto los varones como las chicas presentaban niveles particularmente altos de autoestima en la niñez, pero dichos niveles descendían de forma considerable durante la adolescencia (Robins y otros, 2002). En el caso de las chicas, el nivel de autoestima disminuía más que en el de los chicos. Otro estudio realizado recientemente determinó que el nivel de autoestima presentado por las chicas descendía durante la adolescencia temprana, pero que el de los varones aumentaba en ese mismo periodo (Baldwin y Hoffman, 2002). Según este estudio, se advierte una relación entre la autoestima de los adolescentes y la existencia de unas relaciones familiares positivas. Según otras opiniones, se ha exagerado la influencia que ejercen los cambios evolutivos y las diferencias entre sexos en la autoestima de los adolescentes (Harter, 2002). Por ejemplo, al analizar las investigaciones realizadas sobre la autoestima durante la adolescencia, se concluyó que la autoestima de las chicas era más negativa que la de los varones, pero sólo por una pequeña diferencia (Kling y otros, 1999).

Para explicar la disminución en los niveles de autoestima de las chicas durante la adolescencia temprana, algunas opiniones se han centrado en el hecho de que la imagen que las chicas tienen de sus propios cuerpos es más negativa que la de los chicos. Otra explicación señala el creciente interés que sienten las chicas adolescentes de menor edad por las relaciones sociales, y la incapacidad de la sociedad para premiar adecuadamente ese interés. Para leer más acerca de la autoestima en la adolescencia, consulta el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

La imagen que los adolescentes tienen de sí mismos

En una investigación reciente se examinó la imagen que de sí mismos tenían 675 adolescentes (289 varones y 386 chicas) con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años en Nápoles (Italia) (Bacchini y Magliulo, 2003). Para evaluar esa imagen, se utilizó el cuestionario de autoimagen desarrollado por Offer

(Offer y otros, 1989), que consta de 130 ítems agrupados en 11 escalas que definen cinco aspectos distintos de la imagen que se tiene de uno mismo:

- El *yo psicológico* (compuesto de escalas que evalúan el control de los impulsos, el tono emocional y la imagen corporal).
- El *yo social* (que consta de escalas que evalúan las relaciones sociales, los valores morales y las aspiraciones vocacionales y educativas).
- El *yo de afrontamiento* (compuesto de escalas que miden el control del mundo que les rodea, los problemas psicológicos y la adaptación).
- El *yo familiar* (que consta de una única escala que evalúa los sentimientos de los adolescentes hacia sus padres).
- El *yo sexual* (compuesto de una única escala que examina los sentimientos y actitudes de los adolescentes hacia las cuestiones de índole sexual).

Si los resultados en los cuestionarios superaban los 3,5 puntos en las once escalas, se consideró que los adolescentes poseían imágenes positivas de sí mismos. Por ejemplo, la puntuación media en la imagen corporal fue de 4,2. Los adolescentes poseían una imagen de sí mismos más positiva en los aspectos relacionados con sus aspiraciones vocacionales y educativas (con una puntuación media de 4,8). El resultado más bajo se obtuvo en el control de impulsos (con una puntuación media de 3,9). Estos resultados apoyan la idea que expresamos en el Capítulo 12: los adolescentes se perciben de forma más positiva de lo que comúnmente se cree.

En algunas escalas se hallaron diferencias entre ambos sexos, destacando el hecho de que los varones poseen de forma sistemática una imagen personal más positiva que las chicas. No obstante, hemos de recordar que, tal y como indicamos con anterioridad, a pesar de que las chicas obtienen resultados inferiores en su percepción de sí mismas, sus imágenes personales siguen siendo eminentemente positivas.

Identidad

Con diferencia, la teoría más exhaustiva y provocadora sobre el desarrollo de la identidad es la de Erik Erikson. Como se señaló en el Capítulo 2, el quinto estadio de los ocho en los que Erikson dividía la vida se denominaba «identidad frente a la confusión de la identidad». Este estadio coincide, aproximadamente, con la adolescencia, una etapa en la que el individuo se interesa por saber quién es, cómo es y hacia dónde se dirige.

Durante la adolescencia, las distintas visiones del mundo adquieren una mayor importancia para el individuo, que se adentra, según Erikson (1968) en una «moratoria psicológica», un espacio entre la seguridad de la niñez y la autonomía de la edad adulta. Los adolescentes experimentan con los numerosos roles e identidades que reciben de la cultura que les rodea. Los jóvenes capaces de pasar por esta sucesión de identidades opuestas durante la adolescencia poseen luego una nueva comprensión de su yo que es innovadora y aceptable (Bosma y Kunnen, 2001; Moshman, 1999). Los adolescentes que no resuelven esta crisis de identidad con éxito se muestran confundidos, y sufren lo que Erikson denomina «confusión de la identidad». Dicha confusión puede presentarse de dos formas: los individuos se separan del grupo y se aíslan de los compañeros y de la familia, o bien pierden su identidad en la sociedad.

La identidad constituye un autorretrato constituido por numerosas dimensiones, algunas de las cuales son las siguientes:

- *Identidad vocacional/laboral*, o la vocación y elección laboral de una persona.
- *Identidad política*, o el hecho de que una persona sea conservadora, progresista o de centro.

- *Identidad religiosa*, o las creencias espirituales de un individuo.
- *Identidad de relaciones*, o el hecho de que una persona esté soltera, casada, divorciada, etc.
- *Identidad intelectual y de logros*, o el hecho de que una persona sea intelectual junto con la motivación que presenta un individuo para conseguir logros.
- *Identidad sexual*, o el hecho de que una persona sea heterosexual, homosexual o bisexual.
- *Identidad de género*, o el grado en el que un individuo se considera femenino, masculino o andrógino.
- *Identidad cultural/étnica*, o de qué parte del mundo o de un país es un individuo y con qué intensidad se identifica con su herencia cultural.
- *Identidad de intereses*, o el tipo de actividades que le gusta realizar a una persona, como deportes, música, aficiones, etc.
- *Identidad de la personalidad*, o las características de personalidad de un individuo (como ser introvertido o extravertido, nervioso o tranquilo, amigable u hostil, etc.).
- *Identidad física*, o la imagen corporal de una persona.

Ideas contemporáneas sobre la identidad Las ideas contemporáneas sobre el desarrollo de la identidad nos llevan a tener en cuenta algunas consideraciones importantes. En primer lugar, el desarrollo de la identidad es un proceso largo; en muchos casos, es más gradual y menos drástico de lo que puede suponerse del término crisis, empleado por Erikson. En segundo lugar, el desarrollo de la identidad es un proceso extraordinariamente complejo (Kroger, 2003; Moshman, 2005).

La formación de la identidad no comienza ni concluye en la adolescencia. Empieza con la aparición del apego, el desarrollo de la conciencia del yo y el surgimiento de la independencia en la infancia, y alcanza su última fase cuando se revisa la vida entera y se produce la integración en la vejez. Lo importante acerca de la identidad en la adolescencia, especialmente en la adolescencia tardía, es que, por primera vez, el desarrollo físico, cognitivo y social llegan a un nivel que permite al individuo elegir entre una serie de identidades e identificaciones de la infancia y sintetizarlas para construir una opción viable de avance hacia la madurez adulta. La resolución de la cuestión de la identidad en la adolescencia no indica que la identidad permanezca estable durante el resto de la vida del individuo. Una persona que desarrolla una identidad sana es flexible, se adapta con facilidad y está abierta a los cambios sociales, laborales y en las relaciones. Esta apertura de mente dará lugar a toda una serie de reorganizaciones de las características de la identidad durante la vida de esa persona.

La formación de la identidad no se produce de forma sencilla, y tampoco sucede repentinamente. En lo más básico, supone el compromiso con una cierta vocación, una postura ideológica y una orientación sexual. El proceso de síntesis de todos los componentes de la identidad puede ser largo y extenso, con muchos momentos de negación y afirmación de diferentes roles y facetas. Las identidades se desarrollan poco a poco. Las decisiones no se toman de forma definitiva, sino que hay que volver a planteárselas una y otra vez. Algunas decisiones pueden parecer triviales: con quién salir, romper o no con una pareja, mantener o no relaciones sexuales, consumir drogas, ir a la universidad después del instituto o trabajar, qué alcalde elegir, estudiar o jugar, ser activo políticamente o no, etc. En los años de la adolescencia, las decisiones comienzan a dar lugar a un núcleo que define al individuo como persona, es decir, a su identidad.

Estatus de identidad y desarrollo El psicólogo canadiense James Marcia (1980, 1994) examinó la teoría de Erikson sobre el desarrollo de la identidad y llegó a la conclusión de que resulta importante distinguir entre los conceptos de crisis y compromiso en el desarrollo de la identidad. La **crisis** es el período del desarrollo de la identidad durante el que el adolescente elige entre alternativas

coherentes. La mayor parte de los investigadores emplean el término *exploración* y no el de *crisis*, pero nosotros, respetando la filosofía de la formulación inicial de Marcia, utilizaremos este último término. El concepto de **compromiso** se define como la parte del desarrollo de la identidad en la que el adolescente muestra un interés personal en lo que va a hacer.

El grado en el que se manifiestan la crisis y el compromiso en un individuo sirve para clasificarlo en uno de los cuatro estatus de identidad siguientes (véase la Figura 13.1):

- La **identidad difusa** se presenta cuando los individuos aún no han experimentado una crisis (es decir, que aún no han explorado alternativas coherentes) o no han realizado ningún tipo de compromiso. Estas personas no han optado por una elección ocupacional o ideológica, y además muestran un escaso interés por esos asuntos.
- La **identidad hipotecada** aparece cuando los individuos se han comprometido pero aún no han experimentado una crisis, lo que suele ocurrir cuando los padres transmiten compromisos a sus hijos, sobre todo de una manera autoritaria. En estas circunstancias, los adolescentes no han tenido la oportunidad de explorar distintos enfoques, ideologías ni vocaciones con autonomía.
- La **moratoria de la identidad** surge cuando los individuos se encuentran en medio de una crisis, pero sus compromisos aún no existen o están vagamente definidos.
- El **logro de la identidad** aparece cuando los individuos han pasado por una crisis y ya han adoptado un compromiso concreto.

Analicemos algunos ejemplos de los estatus de identidad de Marcia. Un adolescente de 13 años no ha comenzado a explorar su identidad de forma coherente ni ha realizado compromiso de identidad alguno, por lo que su *identidad es difusa*. Los padres de un chico de 18 años quieren que su hijo sea médico, por lo que el muchacho planea centrarse en las asignaturas médicas en sus primeros años de universidad y aún no ha explorado ninguna otra opción. Su *identidad está hipotecada*. Sasha, de 19 años, aún no está segura de qué camino seguir, pero no hace mucho fue a un centro de orientación en su universidad para recibir información sobre distintas salidas laborales, por lo que su *identidad se encuentra en moratoria*. Marcelo, de 21 años, exploró profundamente numerosas opciones laborales distintas en la universidad, y obtuvo una licenciatura en Ciencias de la Educación. Ahora, espera con ganas su primer año de trabajo como profesor en un instituto, así que su *identidad está lograda*. Estos ejemplos de los distintos estatus de identidad se han centrado en la dimensión vocacional, pero hay que recordar que la identidad global está formada por diversas dimensiones.

Los adolescentes jóvenes se encuentran, sobre todo, en los estadios de la identidad difusa, hipotecada o de moratoria. Al menos tres aspectos del desarrollo de los adolescentes jóvenes resultan importantes para la formación de la identidad: deben estar seguros de que cuentan con el apoyo de sus padres, apreciar la laboriosidad y ser capaces de adoptar posturas de reflexión personal ante el futuro. Algunos investigadores consideran que los cambios más importantes en la identidad se producen en los años de la universidad y no tanto en los primeros años de la adolescencia. Por ejemplo, Alan Waterman (1992) descubrió que, desde los años anteriores al bachillerato y hasta los últimos años de la universidad, se produce un

FIGURA 13.1 Las cuatro categorías de la identidad de Marcia

Postura respecto a ocupación e ideología	Categorías de la identidad			
	Identidad difusa	Identidad hipotecada	Moratoria de la identidad	Logro de la identidad
Crisis	Ausente	Ausente	Presente	Presente
Compromiso	Ausente	Presente	Ausente	Presente

aumento del número de individuos con identidad lograda, junto con una reducción de los que presentan una identidad difusa. Resulta más probable que los estudiantes de los últimos años de carrera presenten una identidad lograda a que la tengan los estudiantes del primer año o de bachillerato. Muchos adolescentes jóvenes tienen una identidad difusa. Estos cambios en el desarrollo se confirman en el caso de las elecciones vocacionales. En cuanto a las creencias religiosas y a la ideología política, pocos universitarios han alcanzado el estatus de identidad lograda, y muchos de ellos se caracterizan por tener una identidad hipotecada o difusa. De esta manera, la progresión temporal de la identidad depende de cada área vital, y a muchos estudiantes universitarios aún les cuesta comprometerse ideológicamente.

Numerosos investigadores sobre los estatus de identidad consideran que un patrón común presente en los individuos que desarrollan identidades positivas es que siguen los denominados ciclos «MAMA» de moratoria-logro-moratoria-logro (las siglas hacen referencia a los términos ingleses *moratorium* y *achievement*) (Marcia, 2002). Estos ciclos pueden darse de forma repetida a lo largo de la vida. Los cambios personales, familiares y sociales hacen que sea inevitable y, al ocurrir esas transformaciones, resulta muy probable que la flexibilidad y las habilidades necesarias para explorar nuevas alternativas y desarrollar nuevos compromisos ayuden a mejorar las capacidades para hacer frente a los problemas.

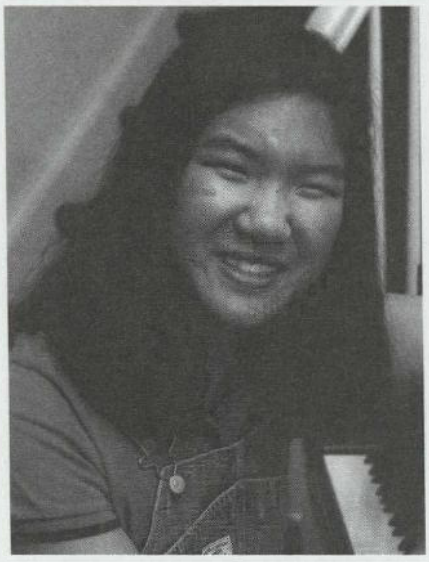
Influencias familiares en la identidad Los padres constituyen importantes figuras durante el desarrollo de la identidad en la adolescencia. En algunos estudios que relacionan el desarrollo de la identidad con los estilos educativos que utilizan los padres, los padres democráticos, que permiten que los adolescentes participen en la toma de decisiones en la familia, fomentan el logro de la identidad. Por el contrario, los padres autocráticos, que controlan el comportamiento de los adolescentes sin darles la oportunidad de expresar sus opiniones, fomentan una identidad hipotecada. Los padres permisivos, que apenas proporcionan orientación a los adolescentes y les permiten tomar sus propias decisiones, fomentan una identidad difusa (Enright y otros, 1980).

Además de estudiar los estilos de educación paternos, los investigadores han examinado el papel desempeñado por la individualidad y la interacción en el desarrollo de la identidad. La existencia de un ambiente familiar que fomente tanto la individualidad como la interacción resulta importante en el desarrollo de la identidad de un adolescente (Cooper y Grotevant, 1989).

- La **individualidad** está formada por dos dimensiones: la *autoafirmación* —la capacidad para tener un punto de vista y comunicarlo— y la *separación* —el uso de patrones de comunicación para expresar las diferencias que nos separan de los demás.
- La **interacción** también está formada por dos dimensiones: la *interacción mutua* —el respeto y la sensibilidad ante las opiniones ajenas— y la *permeabilidad*, es decir, la apertura a las ideas de los demás.

En general, los resultados de las investigaciones revelan que la formación de la identidad mejora gracias a la existencia de unas relaciones familiares que son tanto *individualizadas*, esto es, que permiten al adolescente desarrollar su propio punto de vista, como *interconectadas*, que le proporcionan una base segura desde la que explorar unas esferas sociales en plena ampliación.

Factores culturales y étnicos de la identidad Erikson muestra un especial interés en el papel desempeñado por la cultura en el desarrollo de la identidad. Señala que, en todo el mundo, los grupos étnicos minoritarios luchan por mantener su identidad cultural al tiempo que se mezclan con la cultura dominante (Erikson, 1968). Erikson afirmó que esta lucha para conseguir una identidad inclusiva, es decir, una identidad dentro de una cultura más amplia, ha dado lugar



Michelle Chin, 16 años: «Los padres no entienden lo que los adolescentes necesitan para saber quiénes son, que necesitamos experimentar mucho, tenemos muchos cambios de humor, muchas emociones y dificultades. Como cualquier adolescente, yo me enfrento a una crisis de identidad. Todavía intento averiguar si soy una chica americana de origen chino o una americana con ojos asiáticos».

a la fundación de iglesias, la creación de imperios y el comienzo de las revoluciones a lo largo de la historia.

Para los individuos de minorías étnicas, la adolescencia supone un punto crítico en su desarrollo (Ontal-Grzebik y Raffaelli, 2004; Phinney, 2000; Spencer y otros, 2001). A pesar de que los niños son conscientes de algunas diferencias étnicas y culturales, la mayor parte de los individuos de minorías étnicas se enfrentan por primera vez y de manera consciente a su origen en la adolescencia. Al contrario que los niños, los adolescentes pueden interpretar la información étnica y cultural que reciben, reflexionar sobre el pasado y especular sobre el futuro.

Jean Phinney (1996) definió la **identidad étnica** como un aspecto básico y duradero del yo que incluye la pertenencia a un grupo étnico y las actitudes y sentimientos relacionados con esa pertenencia. De esta manera, para los adolescentes de grupos étnicos minoritarios, el proceso de formación de la identidad posee una dimensión añadida que proviene de la exposición a fuentes de identificación alternativas: su propio grupo étnico y la cultura dominante. Los investigadores han hallado que la identidad étnica aumenta con la edad y que los niveles elevados de dicha identidad se relacionan con actitudes más positivas hacia el propio grupo y también hacia los miembros de otros grupos étnicos (Phinney, Ferguson y Tate, 1997). Muchos adolescentes de minorías étnicas poseen identidades biculturales: se identifican en algunos aspectos con su grupo étnico minoritario y, en otros, con la cultura de la mayoría (Comaz-Diaz, 2001; Phinney y Devich-Navarro, 1997).

La facilidad o dificultad con las que los adolescentes de minorías étnicas alcanzan identidades adecuadas depende de una serie de factores (Ferrer-Wreder y otros, 2002; Wren y Mendoza, 2004). Muchos adolescentes de minorías étnicas han de enfrentarse a situaciones de prejuicios y discriminación, y a barreras que dificultan la consecución de sus objetivos y aspiraciones (Comaz-Diaz, 2001).

En una investigación llevada a cabo en Estados Unidos, se determinó que la exploración de la identidad étnica era más elevada entre los estudiantes universitarios de minorías étnicas que entre los alumnos americanos blancos (Phinney y Alipuria, 1990). En dicha investigación, también se halló que los estudiantes de minorías étnicas que habían reflexionado sobre su origen étnico y que habían resuelto distintos aspectos relacionados con dicho origen presentaban mayores niveles de autoestima que sus compañeros, también de minorías étnicas, que no habían pasado por ese mismo proceso de reflexión. En otra investigación, se estudió el desarrollo de la identidad étnica de estudiantes de cuarto curso de secundaria de origen asiático, afroamericanos, hispanos y blancos (Phinney, 1989). Los adolescentes de los tres grupos étnicos minoritarios se enfrentaban a la misma necesidad de aceptar su identificación étnica en medio de una cultura predominantemente blanca. En algunos aspectos, los adolescentes de los grupos minoritarios consideraban relevante una serie de aspectos para la definición de la identidad étnica. Para los adolescentes americanos de origen asiático, los aspectos más importantes eran la presión para obtener buenos resultados académicos y la preocupación acerca del límite de plazas que podrían dificultar su acceso a buenas universidades. Muchas jóvenes afroamericanas afirmaban ser conscientes de que los patrones de belleza blancos (especialmente el color del pelo y de la piel) no les concernían. Por su parte, los varones afroamericanos mostraban su preocupación por la discriminación laboral y por la necesidad de separarse de la imagen social negativa de los adolescentes afroamericanos. Para los jóvenes hispanos, los prejuicios raciales constituían una frecuente preocupación, al igual que el conflicto de valores entre su cultura hispana y la cultura mayoritaria.

Cada vez en mayor medida, los investigadores han venido determinando que, en el caso de los adolescentes de minorías étnicas, poseer una identidad étnica positiva se relaciona con la consecución de resultados beneficiosos (Fridrich y Flannery, 1995; Umana-Taylor, 2004). Por ejemplo, según un reciente estudio, la identidad étnica se relaciona con un mayor compromiso con los estudios y un

nivel de agresión inferior (Van Buren y Graham, 2003). En otra investigación se determinó que poseer una identidad étnica bien afianzada se relacionaba con la presencia de mayores niveles de autoestima en jóvenes afroamericanos, hispanos y americanos de origen asiático (Bracey, Bamaca y Umana-Taylor, 2004).

El contexto en el vivían los jóvenes de minorías étnicas también influía en el desarrollo de su identidad (Spencer, 1999). En los Estados Unidos, muchos de estos adolescentes viven en zonas urbanas de bajo nivel socioeconómico donde no existe ningún tipo de apoyo para desarrollar una identidad positiva. Muchos jóvenes viven en bolsas de pobreza, rodeados de drogas, bandas y actividades delictivas, y se relacionan con otros jóvenes y adultos que han abandonado la escuela o se encuentran en situación de desempleo. En este tipo de contextos, una organización efectiva y la puesta en marcha de programas juveniles pueden contribuir al desarrollo de una identidad positiva.

Con frecuencia, la identidad étnica cambia en sucesivas generaciones (Phinney, 2003). La identidad de los inmigrantes de la primera generación suele ser estable y no experimenta cambios considerables. Estos individuos pueden desarrollar una identidad relacionada con el país de acogida o no. El grado en el que comienzan a sentirse integrados en su nuevo país parece estar relacionado con el aprendizaje del idioma, el desarrollo de una red social que supere su grupo étnico y la consecución de una mayor competencia cultural en su nuevo entorno. Para los inmigrantes de la segunda generación, la identidad del país de acogida resulta más segura, probablemente porque, en algunos países, la nacionalidad se obtiene al nacer. Con probabilidad, su identidad étnica estará relacionada con la utilización de su propio idioma y la conservación de las redes sociales. Para la tercera generación y las sucesivas, este aspecto adquiere una mayor complejidad. El grado en el que mantienen su identidad étnica se ve influido por numerosos factores históricos, contextuales y políticos que no están relacionados con la aculturación (Ramirez, 2004). Para los grupos étnicos de origen no europeo, el racismo y la discriminación influyen en el mantenimiento de la identidad étnica (Cuellar, Siles y Bracamontes, 2004). Sin embargo, en Estados Unidos, los inmigrantes no europeos suelen desarrollar identidades biculturales (Quintana, 2004; Ramirez, 2004). Es decir, se convierten en estadounidenses pero también mantienen su identidad étnica.

Género y desarrollo de la identidad En el conocido estudio de Erikson (1968) sobre el desarrollo de la identidad, se reflejó la división del trabajo entre los sexos cuando afirmó que las aspiraciones de los varones se orientaban, sobre todo, hacia los compromisos vocacionales e ideológicos, mientras que las de las mujeres se centraban en el matrimonio y la educación de los hijos. En los años sesenta y setenta, los investigadores hallaron datos que apoyaban las afirmaciones de Erikson sobre las diferencias de género en la identidad. Así, las preocupaciones vocacionales constituían un aspecto central de la identidad de los hombres, mientras que la afiliación resultaba más importante para las mujeres. Sin embargo, en las últimas dos décadas, con el desarrollo por parte de las mujeres de más intereses vocacionales, las diferencias entre sexos se están convirtiendo en similitudes entre sexos.

Para algunos investigadores, el orden de los estadios propuestos por Erikson es distinto para los hombres y para las mujeres. Según unos, en los varones, la formación de la identidad precede al estadio de la intimidad, mientras que en el caso de las mujeres, la intimidad se produce antes que la identidad. Estas ideas se corresponden con la creencia de que las relaciones y los vínculos emocionales son más importantes para las mujeres, mientras que la autonomía y los logros resultan más importantes para los varones (Gilligan, 1996). En un estudio, se relacionó el desarrollo en las adolescentes de una conciencia clara del yo con sus preocupaciones por el cuidado mutuo y la respuesta en las relaciones (Rogers, 1987).

La tarea de la exploración de la identidad puede resultar más compleja para las mujeres que para los hombres, ya que las primeras pueden intentar establecer

identidades en más campos que los varones. En el mundo actual, se han incrementado las opciones para las mujeres y, de esta manera, a veces puede resultar confuso y conflictivo, especialmente para las que ansían poder compaginar los roles familiares y laborales (Archer, 1994).

Desarrollo emocional

Durante mucho tiempo, se ha descrito la adolescencia como una etapa caracterizada por los altibajos emocionales (Hall, 1904). En su forma más exagerada, esta visión resulta demasiado estereotipada dado que los adolescentes no se encuentran de manera permanente en un estado de «tensión y estrés». Sin embargo, la adolescencia temprana es un estadio evolutivo en el que los altibajos emocionales se acentúan (Rosenblum y Lewis, 2003; Scaramella y Conger, 2004). Los adolescentes jóvenes pueden verse en la cima del mundo y, un momento más tarde, en las profundidades de la tierra. En muchas ocasiones, la intensidad de sus emociones parece superar con creces el hecho que las origina (Steinberg y Levine, 1997). Los adolescentes jóvenes pueden enfurruñarse mucho, sin saber cómo expresar de manera adecuada sus sentimientos. Con un mínimo de provocación —o sin ella— pueden explotar ante padres o hermanos, lo que tal vez se deba al mecanismo de defensa basado en la proyección de sus sentimientos en otra persona.

Reed Larson y Maryse Richards (1994) determinaron que los adolescentes experimentaban emociones más extremas y transitorias que las de sus padres. Así, frente a sus padres, resultaba cinco veces más probable que los adolescentes afirmaran «sentirse muy felices» y tres veces más probable que definieran su estado de ánimo como «muy triste» (véase la Figura 13.2). Estas conclusiones sustentan la percepción de que los adolescentes tienen un estado anímico alterable y cambiante (Rosenblum y Lewis, 2003).

Además, los investigadores han hallado que, del quinto curso de primaria al tercero de secundaria, la afirmación de sentirse «muy feliz» disminuye en un 50 por 100 para los adolescentes de ambos sexos (Larson y Lampman-Petraitis, 1989). En este mismo estudio, se detectó que resultaba más probable que los adolescentes presentaran estados de ánimo ligeramente negativos a que lo hicieran individuos preadolescentes.

Resulta importante que los adultos reconozcan que los cambios de humor constituyen un aspecto normal de la adolescencia temprana, y que la mayor parte de los adolescentes pasan por esta etapa de alteraciones anímicas y luego llegan a ser adultos competentes. No obstante, en el caso de algunos adolescentes, dichos cambios en el ánimo pueden ser el reflejo de problemas graves. Por ejemplo, los índices de depresión son más elevados para las chicas durante la adolescencia (Nolen-Hoeksema, 2004). Abordaremos en mayor profundidad la depresión más adelante en este mismo capítulo.

Tal y como vimos en el Capítulo 12, «Desarrollo físico y cognitivo en la adolescencia», la pubertad constituye una etapa caracterizada por los cambios hormonales. Las alteraciones hormonales que se producen durante la adolescencia temprana pueden estar relacionadas con la variabilidad de las hormonas en esa misma etapa. Los cambios en el estado de ánimo se vuelven menos extremos al tiempo que los adolescentes van entrando en la edad adulta, y este descenso que se aprecia en las variaciones emocionales puede ser el resultado de la adaptación gradual a los niveles hormonales (Rosenblum y Lewis, 2003).

Las investigaciones realizadas han demostrado que los cambios propios de la pubertad están relacionados con un aumento en las emociones negativas (Archibald, Graber y Brooks-Gunn, 2003; Brooks-Gunn, Graber y Paikoff, 1994; Dorn, Williamson y Ryan, 2002). Sin embargo, la mayoría de los investigadores coinciden al afirmar que la influencia ejercida por los niveles hormonales es pequeña y que, cuando dicha influencia se puede detectar, aparece asociada con otros factores, como el estrés, los patrones alimentarios, la actividad sexual y las relaciones

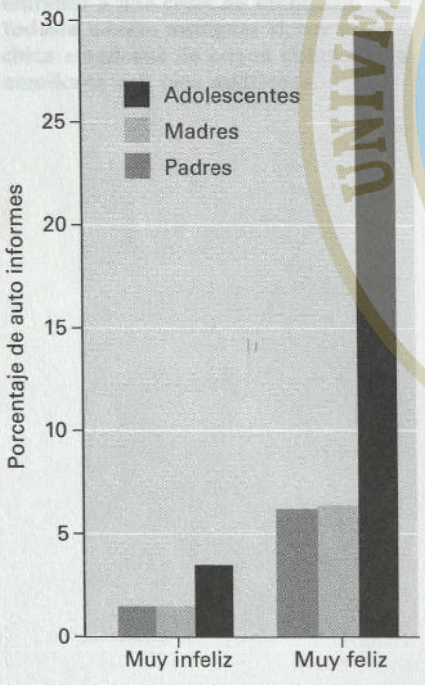


FIGURA 13.2 Emociones extremas que los adolescentes, madres y padres afirmaron sentir según el método de muestreo

En el estudio realizado por Reed Larson y Maryse Richards (1994), se realizó un muestreo aleatorio de un grupo de adolescentes junto con sus madres y padres. Los investigadores determinaron que resultaba más probable que los adolescentes afirmaran experimentar emociones extremas, y menos probable que lo afirmaran sus padres.

sociales (Rosenblum y Lewis, 2003; Susman, Dorn y Schiefelbein, 2003; Susman y Rogol, 2004).

Resulta evidente que las experiencias relacionadas con el entorno pueden ejercer una mayor influencia en las emociones de los adolescentes que los cambios hormonales. Tal y como dijimos en el Capítulo 12, según una investigación, los elementos sociales influían de dos a cuatro veces más en la tendencia a la ira y a la depresión en chicas adolescentes jóvenes (Brooks-Gunn y Warren, 1989). En definitiva, tanto los factores sociales como las experiencias relacionadas con el entorno influyen en la cambiante faceta emocional de los adolescentes.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Examinar las transformaciones que se producen en el yo y en el desarrollo emocional durante la adolescencia

REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los cambios que afectan a la autoestima durante la adolescencia?
- ¿De qué manera se desarrolla la identidad durante la adolescencia?
- ¿Qué factores influyen en el desarrollo emocional durante la adolescencia?

REFLEXIONA

- ¿En qué momento del desarrollo de la identidad te encuentras? En una hoja de papel, escribe una lista de las dimensiones de la identidad (vocacional, político, religioso, relaciones, logros/intelectual, sexual, género, cultural/étnico, intereses, personalidad y físico) en una columna junto al margen izquierdo de la hoja. Luego, escribe los cuatro estatus de identidad (difusa, hipotecada, moratoria y lograda) a lo largo de la parte superior de la hoja. Junto a cada dimensión de la identidad, haz una marca en el espacio adecuado que refleje el estatus de identidad en el que te encuentras. Si has señalado los estatus «difusa» o «hipotecada» para alguna de las dimensiones, reflexiona acerca de lo que necesitas hacer para pasar a un estado de identidad en moratoria en esas áreas.

2 LA FAMILIA

Autonomía y apego

Conflictos entre padres y adolescentes

En el Capítulo 11 ya describimos cómo, durante la niñez intermedia y tardía, los padres pasaban menos tiempo con sus hijos que en la niñez temprana. Además, la disciplina empieza a incluir un mayor uso del razonamiento y de la retirada de privilegios, y se produce un traspaso gradual del control de los padres a los hijos, pero la situación aún permanece dentro de los límites de la regulación conjunta. Entre los aspectos más importantes que influyen en las relaciones familiares durante la adolescencia se encuentran los relacionados con la autonomía y el apego, y con los conflictos entre padres y adolescentes.

Autonomía y apego

La exigencia de autonomía y responsabilidad que plantean los adolescentes molesta e irrita a muchos padres, que ven cómo su hijo adolescente se aleja. Los padres

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO
FACULTAD DE CULTURA FÍSICA BIBLIOTECA

pueden sentir el impulso de ejercer un control más estricto al tiempo que el adolescente busca autonomía y responsabilidad. Pueden surgir intercambios fuertemente emocionales, con cada parte de la discusión insultando, amenazando y haciendo lo que sea necesario para conseguir el control. Los padres pueden parecer frustrados porque esperan que el adolescente les haga caso, pase tiempo con la familia y madure para hacer lo correcto. La mayor parte de los padres anticipan que su hijo adolescentes experimentará alguna dificultad a la hora de adaptarse a los cambios que supone la adolescencia, pero pocos pueden imaginarse y predecir la fuerza que presentan los deseos de los jóvenes de pasar más tiempo con sus amigos y la profunda decisión de los adolescentes de demostrar que son ellos, y no sus padres, los responsables de sus éxitos y fracasos.

La capacidad para conseguir autonomía y controlar las propias conductas en la adolescencia se adquiere a través de las reacciones adecuadas por parte de los adultos ante las ansias juveniles de ejercer el control (Laursen y Collins, 2004; Zimmer-Gemback y Collins, 2003). Al comienzo de la adolescencia, el individuo medio no posee el conocimiento para tomar decisiones maduras y adecuadas en todas las áreas de la vida. Cuando el adolescente exige autonomía, el adulto preparado le concede el control sobre las áreas en las que el adolescente puede tomar decisiones de forma sensata, pero sigue guiando al joven en los campos en los que su conocimiento es más limitado. De forma gradual, los adolescentes adquieren la capacidad para tomar decisiones maduras de forma autónoma.

Las diferencias de género caracterizan la cesión de autonomía durante la adolescencia, ya que, normalmente, a los varones se les concede más independencia que a las chicas. En un reciente estudio, este hecho se confirmó especialmente en familias que presentaban una orientación tradicional sobre el papel del género (Bumpas, Crouter y McHale, 2001).

La autonomía de la que disfruten los adolescentes también se ve influida por las diferencias culturales. Según una investigación, los adolescentes estadounidenses buscaban la autonomía antes que los japoneses (Rothbaum y otros, 2000). En la transición hacia la edad adulta, resulta menos probable que los jóvenes japoneses vivan fuera del hogar paterno a que lo hagan los americanos (Hendry, 1999).

Tal y como señalamos en el Capítulo 7, uno de los aspectos más estudiados del desarrollo emocional en la infancia es el apego seguro a las personas que cuidan del niño. Durante la década pasada, las investigaciones realizadas también han analizado la importancia que el apego seguro pueda tener en las relaciones entre los adolescentes y sus padres (Allen y otros, 2003; Egeland y Carlson, 2004; Sroufe, 2001). Por ejemplo, Joseph Allen y sus colegas (Allen, Hauser y Borman-Spurrell, 1996; Allen y otros, 1998, 2002) determinaron que resultaba menos probable que los adolescentes con apego seguro presentaran comportamientos problemáticos (como la participación en actos delictivos o consumo de drogas) a que lo hicieran los adolescentes con un apego más inseguro. En otra investigación se determinó que los adolescentes con apego seguro poseían mejores relaciones con su grupo de iguales que los adolescentes con apego inseguro (Kobak, 1999; Laible, Carlo y Raffaeli, 2000).

Sin embargo, aunque el apego entre los adolescentes y sus progenitores está relacionado con las consecuencias finales de la adolescencia, no debemos olvidar que dicha relación es moderada, lo que señala que el éxito o el fracaso del apego entre los adolescentes y sus padres no siempre da lugar a un éxito o un fracaso en las relaciones del adolescente con sus iguales (Buhrmester, 2003). Resulta evidente que la existencia de un apego seguro con los padres puede beneficiar al adolescente, ya que fomenta su confianza para establecer relaciones cercanas con otros individuos y crea las bases sobre la que se afianzarán sus habilidades para relacionarse de manera cercana. Sin embargo, una minoría significativa de adolescentes que provienen de familias fuertes que les proporcionan un gran apoyo, encuentran dificultades en sus relaciones con el grupo de iguales por diversas razones, como la falta de atractivo físico, madurar tardíamente y experimentar un choque

cultural o de estatus económico y social. Por otro lado, algunos adolescentes de familias problemáticas hallan en sus relaciones con el grupo de iguales una oportunidad positiva para compensar su difícil situación familiar.

Conflictos entre padres y adolescentes

Aunque el apego a los padres continúa siendo fuerte durante la adolescencia, la conexión no siempre se produce sin problemas. La adolescencia temprana es la etapa en la que el conflicto con los padres supera los niveles presentes durante la niñez. Este incremento puede deberse a una serie de factores: los cambios biológicos de la pubertad, los cambios cognitivos que conllevan un mayor idealismo y razonamiento lógico, las transformaciones sociales centradas en la independencia y la identidad, los cambios que la madurez produce en los padres, y las expectativas que no cumplen ni los padres ni los adolescentes. Los jóvenes comparan a sus padres con un prototipo ideal y luego critican las diferencias que detectan. Una niña de trece años le dice a su madre: «Ése es el traje más hortera que he visto en mi vida. No me lo pondría ni muerta». Los adolescentes exigen explicaciones lógicas para los comentarios y las medidas disciplinarias. Un chico de catorce años le dice a su madre: «¿Qué quieres decir con eso de que tengo que estar en casa a las 10 de la noche porque así se hacen las cosas en esta casa? ¿Por qué hacemos las cosas así entonces?»

Muchos padres observan cómo su hijo adolescente pasa de ser un niño dócil a una persona rebelde, que siempre planta cara y que se resiste a aceptar los estándares de los padres. Cuando esto ocurre, los progenitores tienden a ser más estrictos y a presionar más a los adolescentes para que se sometan a las normas. Normalmente esperan que sus hijos adolescentes se conviertan en adultos de la noche a la mañana, en lugar de comprender que este cambio suele durar de 10 a 15 años. Los padres que reconocen que esta transición lleva tiempo, manejan a los jóvenes de una forma más eficaz y calmada que los progenitores que exigen la conformidad inmediata con las reglas de la edad adulta. La táctica opuesta —dejar que los adolescentes hagan lo que quieran sin control— tampoco es sensata.

En un trabajo, Reed Larson y Maryse Richards (1994) hicieron que varios padres, madres y adolescentes llevaran aparatos buscapersonas durante una semana y que informaran de sus actividades y emociones de forma aleatoria. El resultado constituyó un relato de la realidad diaria que viven las familias con adolescentes. Las diferencias entre las rápidas situaciones reales diarias de cada miembro de la familia daban lugar a potenciales malentendidos y conflictos. Dado que, a menudo, cada miembro prestaba atención a diferentes prioridades, necesidades y factores que causaban estrés, sus realidades solían estar completamente desincronizadas. Incluso en los casos en los que deseaban realizar alguna actividad lúdica juntos, sus intereses no siempre coincidían. Un padre afirmó que a su mujer le gustaba ir de compras; a su hija, jugar con videojuegos y a él, quedarse en casa. A pesar de que el tema central de este estudio eran los riesgos de la vida actual, algunas de las familias con adolescentes eran optimistas y sus vidas estaban coordinadas.

A pesar de que los conflictos con los padres aumentan en la adolescencia temprana, aún no llegan a las proporciones bélicas que G. Stanley Hall predijo a comienzos del siglo XX (Adams y Laursen, 2001; Collins y Laursen, 2004; Holmbeck, 1996; Steinberg y Silk, 2002). En realidad, la mayor parte de los conflictos se relacionan con la vida diaria de las familias, como recoger el dormitorio, vestir adecuadamente, llegar a casa a una hora determinada y no pasarse horas al teléfono. Los conflictos rara vez surgen de problemas más profundos, como las drogas o la delincuencia.

No resulta extraño escuchar a los padres de adolescentes jóvenes plantear la siguiente pregunta: «¿Y esto va a mejorar en algún momento?». Normalmente, todo mejora cuando el adolescente comienza a entrar en la adolescencia tardía. El conflicto con los padres suele aumentar durante la primera parte de la adolescencia, se mantiene estable a lo largo de los años de la educación secundaria y luego

disminuye cuando los adolescentes alcanzan los 17-20 años de edad. Las relaciones entre los padres y los adolescentes adquieren un matiz más positivo si los adolescentes dejan el hogar que si permanece en él y van a la universidad (Sullivan y Sullivan, 1980).

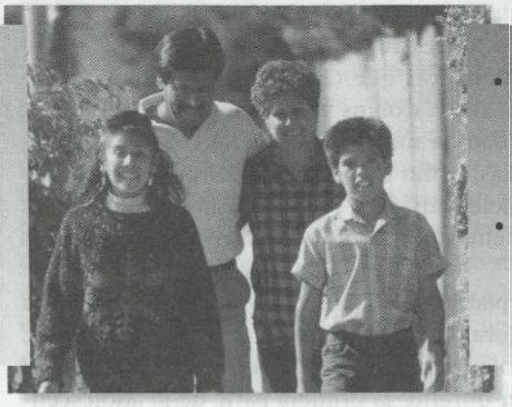
Los conflictos diarios que caracterizan las relaciones entre padres y adolescentes pueden, de hecho, tener una función positiva dentro del desarrollo. Estas disputas de importancia menor y las negociaciones facilitan que el adolescente pase de depender de sus padres a convertirse en un individuo autónomo. Por ejemplo, en un estudio, los adolescentes que expresaron falta de acuerdo con sus padres, exploraban el desarrollo de su identidad de forma más activa que los adolescentes que no daban muestras de esa falta de acuerdo (Cooper y otros, 1982). Como ya se mencionó anteriormente, una forma en la que los padres pueden tratar las exigencias de independencia e identidad de los adolescentes es reconocer que la adolescencia supone una etapa de transición que dura de 10 a 15 años y lleva a la edad adulta, y que no se trata de un cambio que se produce de forma repentina. Además, reconocer que el conflicto y la negociación consecuente pueden desempeñar una función positiva en el desarrollo puede hacer disminuir la hostilidad paterna. Sin embargo, no resulta sencillo comprender los conflictos entre padres y adolescentes (Conger y Ge, 1999).

En resumen, el viejo modelo de relaciones entre padres y adolescentes indica que, cuando los adolescentes maduran, se separan de sus padres y se adentran en un mundo de autonomía lejos de sus progenitores. Este viejo modelo también sugiere que el conflicto entre los padres y los adolescentes es intenso y estresante a lo largo de toda la adolescencia. Sin embargo, el nuevo modelo se centra en el hecho de que los padres son figuras de apego y sistemas de apoyo muy importantes en una etapa en la que los adolescentes exploran un mundo social más amplio y complejo. El nuevo modelo también afirma que, en la mayor parte de las familias, el conflicto entre padres y adolescentes es moderado y no severo, y que las negociaciones diarias y las disputas menores son hechos normales que pueden desempeñar una función positiva en el desarrollo, ya que ayudan al adolescente a pasar de la dependencia propia de la niñez a la independencia de la vida adulta (véase la Figura 13.3).

Sin embargo, es cierto que algunas relaciones entre padres y adolescentes se caracterizan por un alto grado de conflictividad. Una estimación de la proporción de padres y adolescentes que experimentan conflictos prolongados, intensos, repetitivos e insanos hace referencia a una de cada cinco familias (Montemayor, 1982). A pesar de que esta cifra representa una minoría de adolescentes, también indica que de cuatro a cinco millones de familias americanas se enfrentan a serios conflictos que causan mucho estrés entre padres y adolescentes. Además, esta conflictividad prolongada e intensa se asocia con una serie de problemas de los adolescentes: abandono del hogar, delincuencia juvenil, abandono de los estudios,

Viejo modelo

- Autonomía, desapego de los padres; los mundos de los padres y los iguales están aislados.
- Conflictos intensos y estresantes a lo largo de la adolescencia; las relaciones entre los padres y los adolescentes están llenas de estrés y rabia casi diariamente.



Nuevo modelo

- Apego y autonomía; los padres son un sistema de apoyo importante y una figura de apego; los mundos de los padres-adolescentes y los adolescentes-iguales tienen conexiones importantes.
- Los conflictos moderados entre padres y adolescentes son comunes y pueden tener una función positiva en el desarrollo; los mayores conflictos se producen en la adolescencia temprana.

FIGURA 13.3 Viejo y nuevo modelos de las relaciones entre padres y adolescentes.

embarazo y matrimonio tempranos, pertenencia a sectas religiosas y consumo de drogas (Brook y otros, 1990).

Debemos señalar, además, que en ciertas culturas, los conflictos entre padres y adolescentes son menos frecuentes. El psicólogo estadounidense Reed Larson (1999) pasó seis meses en India estudiando a adolescentes de un estatus socioeconómico medio y a sus familias. Larson observó que en este país parecían producirse pocos conflictos entre los padres y sus hijos adolescentes y que se podría describir a muchas familias como «autoritarias» según la categorización de Baumrind. Este investigador también detectó que muchos adolescentes indios no experimentan ningún proceso de ruptura con sus padres, y que los progenitores solían escoger a las parejas con las que sus hijos contraerían matrimonio. Las investigaciones realizadas al respecto también han señalado la existencia de un menor nivel de conflicto entre padres e hijos adolescentes en Japón, comparado con los niveles detectados en Estados Unidos (Rothbaum y otros, 2000).

Hemos señalado que los padres desempeñan papeles muy importantes en el desarrollo del adolescente (Collins y Laursen, 2004). A pesar de que los adolescentes caminan hacia la independencia, aún necesitan permanecer conectados con sus familias (Bradshaw y Garbarino, 2004; Laursen y Collins, 2004; Roth y Brooks-Gunn, 2000). En el «Estudio longitudinal sobre la salud de los adolescentes estadounidenses» (*National Longitudinal Study on Adolescent Health*) (Consejo de Asesores Económicos, *Council of Economic Advisors*, 2000), realizado con más de 12.000 adolescentes, se detectó que aquellos adolescentes que no comían con uno de sus progenitores cinco o más días a la semana presentaban niveles muchísimo más elevados de consumo de tabaco, alcohol y marihuana, participaban en más peleas y comenzaban mucho antes su actividad sexual. Según otro estudio realizado recientemente, cuando los padres realizaban un seguimiento activo del desarrollo de sus hijos adolescentes y les servían como guía, los jóvenes solían presentar con mayor frecuencia unas relaciones positivas con su grupo de iguales y un menor consumo de drogas que en los casos en los que los padres no se involucraban tan activamente (Mounts, 2002).

Resulta más probable que se produzca un desarrollo eficaz durante la adolescencia cuando los padres cumplen con las siguientes indicaciones (Small, 1990):

- Mostrar cariño y respeto mutuo.
- Demostrar un interés continuado en las vidas de sus hijos.
- Reconocer el desarrollo cognitivo y socioemocional de los adolescentes y adaptarse a él.
- Comunicar las expectativas de elevados estándares de conducta y de logros.
- Poseer recursos constructivos para tratar los problemas y las situaciones de conflicto.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Describir los cambios que afectan a la relación de los adolescentes con sus padres

REVISA

- ¿De qué manera se desarrollan la autonomía y el apego en la adolescencia?
- ¿Cuáles son las características del conflicto entre padres e hijos adolescentes?

REFLEXIONA

- ¿Cuánta autonomía te concedieron tus padres durante la adolescencia? ¿Demasiada? ¿Muy poca? ¿Cuál fue la intensidad del conflicto con tus padres en esta etapa? ¿Por qué surgían los conflictos? ¿Actuarías tú de forma distinta a la de tus padres en el caso de tu propia adolescencia? Si fuera así, ¿cómo lo harías?

3 LOS IGUALES

Amistades | Grupos de iguales | Citas y relaciones amorosas

En el Capítulo 11, ya analizamos cómo los niños pasan más tiempo con sus compañeros durante la niñez intermedia y tardía que en la niñez temprana. También señalamos que, durante esa etapa, aumenta la importancia de las amistades y la popularidad en el grupo de iguales constituye una fuente de motivación para la mayor parte de los niños. Además, los avances en el desarrollo cognitivo que se producen durante esta etapa permiten que los niños se muestren más dispuestos a tomar la perspectiva de sus iguales y amigos, y hacen aumentar su conocimiento de las habilidades sociales necesarias para hacer y mantener amistades.

Las relaciones entre iguales desempeñan un papel muy relevante en las vidas de los adolescentes. Cuando piensas en tus años de adolescencia, advertirás que muchos de los mejores momentos los viviste con compañeros: al teléfono, en actividades escolares, en el vecindario, en bailes o tan sólo al salir con tu pandilla. Las relaciones entre iguales también se transforman a lo largo de la adolescencia (Kerr y otros, 2003). Durante la infancia, estas relaciones se centran en gustar a los compañeros y en que nos permitan participar en juegos o conversaciones. Ser ignorado o, incluso peor, rechazado, puede acarrear consecuencias negativas para el desarrollo del niño que, en ocasiones, perduran durante la adolescencia. Desde los comienzos de la adolescencia, los jóvenes normalmente prefieren tener un número reducido de amistades que son de una naturaleza más intensa e íntima que las de los niños de menor edad. Se forman pandillas que influirán decisivamente en las vidas sociales de los adolescentes cuando comienzan a salir juntos.

Amistades

Harry Stack Sullivan (1953) fue el teórico más influyente que ha analizado la importancia de las amistades durante la adolescencia, y sus teorías han perdurado a lo largo de los años. Según Sullivan, se produce un importante aumento de la importancia psicológica y la intimidad de los amigos cercanos durante la adolescencia temprana. Al contrario del marcado énfasis que otros teóricos psicoanalistas han puesto en la importancia de las relaciones entre padres e hijos, Sullivan es de la opinión de que los amigos también desempeñan un importante papel en la formación del bienestar y del desarrollo de niños y adolescentes. En cuanto al bienestar, Sullivan afirmó que todos tenemos una serie de necesidades sociales básicas, incluyendo la necesidad de ternura (apego seguro), compañía divertida, aceptación social, intimidad y relaciones sexuales. El hecho de que estas necesidades se cubran determina profundamente nuestro bienestar emocional. Por ejemplo, si no se cubre la necesidad de compañía divertida, nos aburrimos y deprimimos; si no se realiza la necesidad de aceptación social, presentamos un menor nivel de autoestima.

En términos de desarrollo, cada vez se depende más de los amigos para satisfacer estas necesidades durante la adolescencia. De esta manera, los vaivenes en las experiencias con los amigos dan forma al bienestar de los adolescentes (Berndt, 2002). En particular, Sullivan consideraba que la necesidad de intimidad se intensifica durante la adolescencia temprana, lo que hace que los adolescentes busquen a amigos cercanos. Este autor opinaba que, si los adolescentes no creaban estas amistades más cercanas, experimentarían el dolor de la soledad, junto con un menor grado de autoestima.

Los resultados de varios estudios apoyan muchas de las ideas de Sullivan. Por ejemplo, los adolescentes afirman comunicar información íntima y personal a sus amigos con mayor frecuencia que los niños (Buhrmester, 1998) (véase la Fi-

gura 13.4). También afirman que dependen más de los amigos que de sus padres para satisfacer sus necesidades de compañía, afirmación de la estima personal e intimidad.

A pesar de que la mayoría de los adolescentes desarrollan amistades con individuos de edades cercanas a la suya, algunos encuentran a sus mejores amigos en individuos mayores o más jóvenes. Un temor habitual, especialmente entre los padres, es que los adolescentes con amigos de mayor edad se vean motivados a participar en conductas delictivas o en contactos sexuales tempranos. Los investigadores han hallado que los adolescentes que se relacionan con jóvenes de mayor edad participan en ese tipo de comportamientos con mayor frecuencia, pero no se ha determinado si los jóvenes de mayor edad dirigían a los más jóvenes hacia esas conductas o si los más jóvenes ya presentaban una tendencia hacia los comportamientos señalados antes de entablar amistad con los jóvenes de más edad (Billy, Rodgers y Udry, 1984).

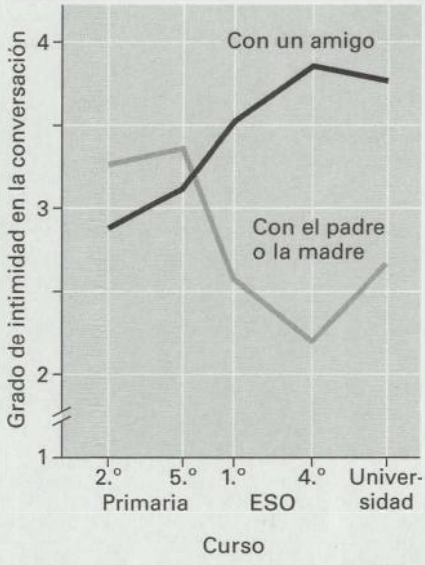


FIGURA 13.4 Cambios evolutivos en las conversaciones de contenido personal e íntimo

Las conversaciones de contenido íntimo con amigos aumentan de forma drástica durante la adolescencia, al tiempo que disminuyen de una forma igualmente drástica las conversaciones con los padres. Sin embargo, este tipo de conversaciones vuelve a hacerse algo más frecuente con los padres durante los años de la educación universitaria. La medida del nivel de intimidad se obtuvo con una escala de cinco puntos que se aplicó a los niños y a los jóvenes. Cuanto mayor fuera la puntuación, mayor sería el grado de intimidad de la conversación. Los datos mostrados en el gráfico representan los valores medios para cada grupo de edad.

Grupos de iguales

¿Cuánta presión soportan los adolescentes para sentirse aceptados por sus iguales durante la adolescencia? Reflexiona sobre las palabras de una adolescente:

> La presión de mis compañeros influye muchísimo en mi vida. Nunca he tenido demasiados amigos, y paso mucho tiempo a solas. Mis amigos son mayores. La mejor amiga que he tenido se parecía mucho a mí porque las dos estábamos tristes y deprimidas muchas veces. Solía actuar de forma más deprimida cuando estaba con ella. La llamaba e intentaba que se notara que estaba más triste de lo que en realidad estaba porque pensaba que a ella le gustaba ese comportamiento. En esa relación, me sentía presionada para ser como ella.

La aceptación de la presión de los compañeros puede ser tanto positiva como negativa. Los adolescentes llevan a cabo distintas formas de conducta de aceptación negativa: uso de lenguaje vulgar, robar, destrozar la propiedad pública y reírse de los padres o de los profesores. Sin embargo, buena parte de la aceptación de la presión por parte de los iguales no resulta negativa y consiste en el deseo de participar en el mundo de los compañeros, lo que se advierte en querer vestir como los demás o en pasar mucho tiempo con los miembros de una pandilla. Estas circunstancias pueden dar lugar a comportamientos prosociales, como los actos que lleva a cabo un club para recaudar fondos por una buena causa.

Los adolescentes más jóvenes aceptan más los estándares de sus iguales que los niños. Los trabajos de investigación realizados han hallado que, en los cursos segundo y tercero de secundaria, la aceptación de los compañeros, especialmente de sus estándares de comportamiento antisocial, alcanza su punto máximo (Leventhal, 1994). En este punto, resulta más probable que los adolescentes colaboren con sus compañeros en el robo de los tapacubos de un coche, que cubran una pared con pintadas o que roben cosméticos de una tienda. Sin embargo, los resultados de las investigaciones realizadas señalan que, frente a los adolescentes japoneses, los estadounidenses presentan mayores probabilidades de presionar a sus iguales para evitar que éstos acepten la influencia de sus padres (Rothbaum y otros, 2000).



La mayoría de los adolescentes se adaptan a los estándares dominantes entre sus iguales. Sin embargo, los adolescentes rebeldes e inconformistas reaccionan contra las expectativas de la corriente dominante de su grupo de iguales de forma deliberada, apartándose de las acciones y creencias de este grupo.

Pandillas y grupos sociales extensos La influencia de las pandillas y los grupos sociales extensos resulta más relevante en las vidas de los adolescentes que en las de

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

los niños (Brown, 2003, 2004). Las **pandillas** son grupos reducidos con un número de miembros que oscila entre los dos y los doce individuos, con una media de cinco a seis miembros, que suelen ser del mismo sexo y de edades cercanas. Las pandillas pueden formarse porque los adolescentes participan en actividades similares, como ser miembro de un club o de un equipo deportivo. Otras se forman por razones relacionadas con la amistad. Varios adolescentes pueden agruparse en una pandilla porque han pasado tiempo juntos y disfrutan estando en la compañía de los demás. Sin ser necesariamente amigos al principio, suelen desarrollar una amistad si permanecen en la pandilla. ¿Qué hacen los adolescentes en estos grupos? Comparten ideas, salen juntos y, con frecuencia, desarrollan una identidad de grupo que les lleva a pensar que su pandilla es mejor que las demás.

Los **grupos sociales extensos** constituyen estructuras más amplias que las pandillas. Con frecuencia, los adolescentes son miembros de uno de estos grupos por causas relacionadas con la reputación, y pueden pasar mucho tiempo juntos o apenas hacerlo. Los grupos sociales extensos son menos personales que las pandillas, y muchos se definen por las actividades en las que participan los adolescentes (como, por ejemplo, los «atletas», buenos en los deportes, o los «drogatas», que consumen drogas) (Brown, 2004).

En un estudio, la pertenencia a un grupo social extenso se asoció con la autoestima de los adolescentes (Brown y Lohr, 1987). Estos grupos incluían a los atletas (orientados hacia los deportes), populares (estudiantes conocidos que dirigían actividades sociales), normales (estudiantes medios que formaban la masa), *drogatas o macarras* (conocidos por el consumo de drogas y otro tipo de actividades delictivas) y los parias (con escasas capacidades sociales o intelectuales). Los atletas y los populares presentaban los mayores niveles de autoestima, todo lo contrario que los *parias*. Un grupo de adolescentes no incluidos en uno de estas estructuras grupales extensas presentaba un nivel de autoestima equivalente al de los atletas y populares: el grupo de los independientes, aquellos para los que pertenecer a una pandilla no era importante. Recuerda que estos datos son correlacionales: la autoestima podría aumentar la posibilidad de que un adolescente perteneciera a un grupo concreto, o bien la pertenencia a un grupo podría hacer aumentar la autoestima del adolescente.

Grupos de adolescentes frente a grupos de niños Los grupos de niños y los de adolescentes se diferencian en varios aspectos importantes. Los miembros de los grupos de niños suelen ser amigos o conocidos del barrio, y sus grupos, normalmente, no están tan organizados como muchos grupos de adolescentes. Durante la adolescencia, los grupos tienden a incluir una gama más amplia de miembros. En otras palabras, los adolescentes que no son amigos ni conocidos del barrio suelen ser miembros del mismo grupo. Intenta recordar el consejo escolar, algún club o el equipo de fútbol de tu instituto. Si fuiste miembro de alguna de estas organizaciones, tal vez recuerdes que estaban formadas por muchas personas a las que no conocías previamente y que constituían grupos más heterogéneos que las pandillas en las que participabas durante la niñez. Por ejemplo, los grupos de iguales en la adolescencia suelen presentar con mayor frecuencia una mezcla de individuos de diferentes orígenes étnicos que los grupos de niños.

Citas y relaciones amorosas

Los adolescentes dedican una considerable parte de su tiempo a tener citas o a pensar acerca de tener citas, una actividad que va más allá de su objetivo inicial de establecer un noviazgo para convertirse en una forma de ocio, una fuente de estatus y de logros, y una situación en la que se puede aprender acerca de las relaciones más cercanas. Sin embargo, hoy en día, una función de las citas sigue siendo la elección de una pareja.

Tipos de citas y cambios en el desarrollo La existencia de citas se caracteriza por una serie de cambios evolutivos (Florsheim, Moore y Edgington, 2003). Según un reciente estudio, el 40 por 100 de los sujetos participantes en la investigación afirmó haber anunciado que sentían atracción por alguien en el sexto curso de primaria (Buhrmester, 2001) (véase la Figura 13.5). Sin embargo, había que esperar hasta el cuarto curso de secundaria para que el 50 por 100 de los adolescentes hubiese tenido una relación amorosa de dos o más meses de duración. En el último curso del bachillerato, el 25 por 100 aún no había tenido ningún tipo de experiencia con estas relaciones. Además, según este estudio, la participación temprana de las chicas en este tipo de relaciones se relacionaba con la obtención de notas inferiores, una menor participación en los debates en clase y la presencia de problemas relacionados con el entorno escolar. Una proporción relativamente alta de los adolescentes que habían tenido citas afirmó que estas relaciones habían durado once o más meses: 20 por 100 en el caso de los jóvenes con 14 años de edad o menos, 35 por 100 para los adolescentes entre 15 y 16 años de edad y casi un 60 por 100 en el caso de los jóvenes entre los 17 y los 18 años de edad (Carver, Joyner y Udry, 2003).

En las primeras relaciones románticas, muchos adolescentes no sienten la motivación de cubrir una necesidad de apego o, incluso, de sexo. Estas primeras relaciones suelen constituir el contexto en el que los adolescentes exploran su atractivo, cómo deberían actuar románticamente con alguien y de qué forma percibe el grupo de iguales esta actividad (Brown, 1999). La necesidad de apego o de mantener relaciones sexuales se convierte en el centro de estas relaciones sólo después de que los adolescentes hayan adquirido algunas competencias básicas en la interacción con parejas sentimentales (Bouchey y Furman, 2003; Furman y Shaeffer, 2003).

En sus primeras exploraciones de las relaciones románticas, los adolescentes de hoy en día suelen sentirse más cómodos dentro de un grupo, y comienzan a salir juntos en grupos con miembros de ambos sexos. A veces sólo quedan en casa de uno de ellos o se organizan para que alguien los acerque a un centro comercial o al cine (Peterson, 1997). Una especial preocupación la generan las citas a una edad muy temprana o el «salir con alguien», que suelen relacionarse con los embarazos de adolescentes así como con problemas en casa o en la escuela (Florsheim, Moore y Edgington, 2003).

En la actualidad existe otra forma de citas: las *cyber-citas*, es decir, los contactos a través de Internet (Thomas, 1998). Una chica de 10 años incluyó este anuncio en una página web:

¡Hola! ¡Busco un cyber-novio! Tengo 10 años, el pelo y los ojos marrones y me gusta nadar, jugar al baloncesto. Además, ¡me encantan los gatitos!

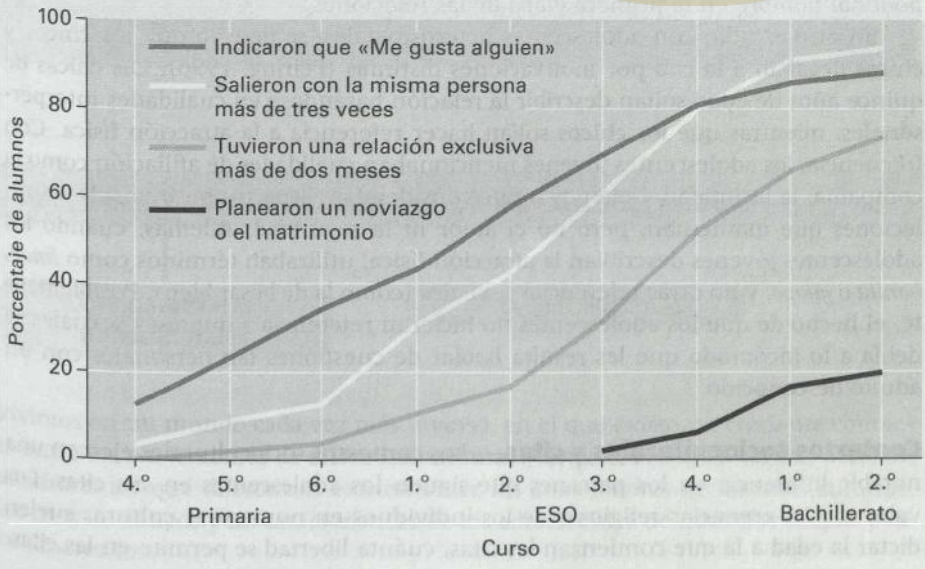


FIGURA 13.5 Edad de inicio de las relaciones amorosas

En este estudio, la afirmación de que «alguien me gusta» se producía en primer lugar, seguida de una serie de salidas (tres o más veces) con la misma persona, tener una relación exclusiva durante más de dos meses y, finalmente, tener proyectos de compromiso o matrimonio (lo que caracterizaba tan sólo a un porcentaje muy reducido de participantes en el último curso del bachillerato) (Buhrmester, 2001).

Este tipo de citas es ya muy frecuente entre los alumnos de secundaria, ya que, en el bachillerato, las citas se convierten en una actividad real. Debe advertirse a estos jóvenes de los peligros potenciales de las citas por Internet y de no saber con certeza quién se encuentra al otro lado de la conexión electrónica.

Las citas de adolescentes homosexuales La mayor parte de las investigaciones acerca de las relaciones amorosas durante la adolescencia se han centrado en los individuos heterosexuales. No obstante, en fechas más recientes, los investigadores han comenzado a estudiar las relaciones amorosas en el caso de los jóvenes homosexuales o bisexuales (Diamond y Savin-Williams, 2003; Savin-Williams y Diamond, 2004).

La mayoría de los jóvenes gays o de las chicas lesbianas han tenido algún tipo de relación sexual con personas de su mismo sexo, frecuentemente con compañeros que están «experimentando» y que luego desarrollan una orientación primordialmente heterosexual. Sin embargo, un número relativamente reducido de estos jóvenes han tenido relaciones amorosas con personas de su mismo sexo, sobre todo debido a que las oportunidades son más limitadas y al hecho de que dichas relaciones pueden generar rechazo social por parte de sus familias o de sus compañeros heterosexuales (Diamond, 2003). Muchos jóvenes homosexuales tienen citas con compañeros del sexo opuesto, lo que puede ayudarles a aclarar su orientación sexual o a ocultarla ante los demás (Savin-Williams y Diamond, 2004). La importancia de las relaciones amorosas para los jóvenes homosexuales fue puesta de manifiesto por una investigación según la cual estos jóvenes consideraban que la ruptura con su pareja del momento constituía el segundo problema que más estrés les producía, sólo por debajo de la comunicación de su orientación sexual a sus padres (D'Augelli, 1991).

Guiones de citas Los **guiones de citas** son los modelos cognitivos que guían la interacción de los individuos durante las citas. En un estudio, se descubrió que en las primeras citas se seguían modelos precisos para cada género (Rose y Frieze, 1993). Los varones seguían un guión activo y tomaban la iniciativa, mientras que las mujeres se guiaban por un modelo más pasivo. El guión masculino incluía iniciar la cita (solicitarla y organizarla), controlar el aspecto público (conducir y abrir las puertas), iniciar la interacción sexual (buscar el contacto físico, tocar y besar). El guión femenino se centraba en el aspecto privado (preocupación por el aspecto, disfrutar de la cita), en participar en la estructura de la cita organizada por el varón (que el hombre la recoja en casa, que le abran las puertas), y responder a las intenciones sexuales del varón. Estas diferencias de género proporcionan más poder al hombre en la primera etapa de las relaciones.

En otro estudio con adolescentes heterosexuales, se detectó que los chicos y chicas llegaban a la cita por motivaciones distintas (Feiring, 1996). Las chicas de quince años de edad solían describir la relación basándose en cualidades interpersonales, mientras que los chicos solían hacer referencia a la atracción física. Con frecuencia, los adolescentes jóvenes mencionaban cualidades de afiliación como la compañía, la intimidad y el apoyo, que consideraban aspectos positivos de las relaciones que mantenían, pero no el amor ni la seguridad. Además, cuando los adolescentes jóvenes describían la atracción física, utilizaban términos como *lindo, bonita* o *guapo*, y no otras referencias sexuales (como la de besar bien). Posiblemente, el hecho de que los adolescentes no hicieran referencia a intereses sexuales se debía a lo incómodo que les resulta hablar de cuestiones tan personales con un adulto desconocido.

Contextos socioculturales y citas Los contextos socioculturales ejercen una notable influencia en los patrones que siguen los adolescentes en sus citas. Los valores y las creencias religiosas de los individuos en numerosas culturas suelen dictar la edad a la que comienzan las citas, cuánta libertad se permite en las citas,

si debe haber un adulto o padres que controlen la situación y cuáles son los roles masculinos y femeninos en las citas. Por ejemplo, las culturas hispana y americana de origen asiático presentan estándares más conservadores en lo relacionado con las citas de los adolescentes que la cultura angloamericana. Las citas pueden dar lugar a conflictos culturales para muchos inmigrantes y sus familias, si provienen de culturas en las que este tipo de encuentros comienzan a una edad más tardía, se permite menos libertad a los adolescentes, se controlan las citas y se limitan especialmente las citas en las que participan las chicas adolescentes. Según un reciente estudio, resultaba menos probable que los adolescentes estadounidenses de origen asiático hubieran mantenido algún tipo de relación amorosa en los 18 meses previos, frente a una mayor probabilidad en el caso de los adolescentes afroamericanos o hispanos (Carver, Joyner y Udry, 2003).

Como parte de una reciente investigación, las jóvenes adultas de origen hispano que vivían en las regiones del medio-oeste de los Estados Unidos reflexionaban sobre sus actitudes hacia las citas y la sexualidad (Raffaeli y Ontai, 2003). Las participantes afirmaron que sus padres habían establecido límites muy estrictos a su participación en actividades románticas. Por consiguiente, muchas de las jóvenes hispanas describían sus experiencias con las citas en la adolescencia como una etapa de tensión y conflictos. Casi la mitad de estas chicas participaban en citas a escondidas de sus padres.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Analizar los cambios que afectan a las relaciones entre iguales en la adolescencia

REVISA

- ¿Qué cambios afectan a la amistad durante la adolescencia?
- ¿Cómo son los grupos de iguales en la adolescencia?
- ¿Cuáles son las características de las citas y de las relaciones amorosas durante la adolescencia?

REFLEXIONA

- ¿Cómo eran tus relaciones con el grupo de iguales durante la adolescencia? ¿De qué grupos formabas parte? ¿De qué manera influían en tu desarrollo? ¿Cómo eran tus citas y tus relaciones amorosas en la adolescencia? Si pudieras realizar cambios en la forma en que viviste tus relaciones con los compañeros durante la adolescencia, ¿qué cambiarías?

4 CULTURA Y DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA

Comparaciones transculturales | **Origen étnico**

Vivimos en un mundo cada vez más diverso, en el que existe un creciente contacto entre los adolescentes de diferentes culturas y orígenes étnicos. En esta sección, analizaremos qué diferencias existen entre los adolescentes de distintas culturas, los ritos iniciáticos y las características de los adolescentes de minorías étnicas y de su desarrollo.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
QUITO

Comparaciones transculturales

¿Cómo son los jóvenes del mundo? ¿Qué tradiciones siguen vigentes para los adolescentes de todos los países? ¿Qué circunstancias alteran las vidas de los adolescentes?

Según algunos expertos, se tiende a considerar la adolescencia desde una perspectiva «eurocéntrica» (Nsamenang, 2002). Otros advierten que los avances en los transportes y las telecomunicaciones han facilitado la extensión de una cultura juvenil global en la que los adolescentes de todos los lugares del planeta visten el mismo tipo de ropa y llevan el mismo estilo de peinado, escuchan la misma música y utilizan las mismas expresiones coloquiales (Schegel, 2000). Sin embargo, resultaría falso afirmar que las diferencias culturales entre adolescentes han desaparecido (Larson y Wilson, 2004).

Analicemos algunas de las diferencias que se aprecian en la adolescencia en distintos lugares del mundo (Brown y Larson, 2002):

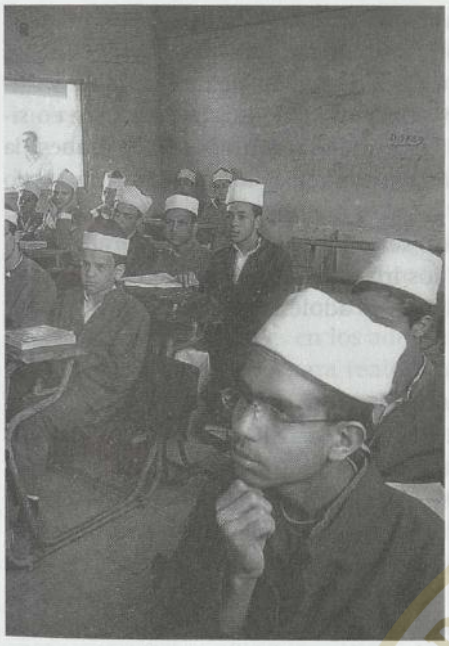
- Dos tercios de los adolescentes indios aceptan que sus padres elijan a su cónyuge (Verma y Saraswathi, 2002).
- En Filipinas, muchas jóvenes adolescentes renuncian a sus perspectivas personales de futuro y emigran a las ciudades con el fin de ganar dinero y de enviarlo a sus familias.
- Los jóvenes sin hogar de Kenia y otras partes del mundo aprenden a sobrevivir en circunstancias caracterizadas por un alto nivel de estrés (Nsamenang, 2002). Abandonados en algunos casos por sus padres, estos jóvenes pueden caer en la delincuencia o la prostitución para cubrir sus necesidades económicas.
- En Oriente Medio, muchos adolescentes no pueden relacionarse con el sexo opuesto, ni siquiera en las escuelas (Booth, 2002).
- Mientras que en Estados Unidos se retrasa la edad del matrimonio en comparación con generaciones anteriores, los jóvenes rusos se casan antes con el fin de legitimar su actividad sexual (Stetsénko, 2002).

De esta manera, en diferentes culturas, la adolescencia constituye una etapa en la que se viven muy distintas experiencias (Larson y Wilson, 2004).

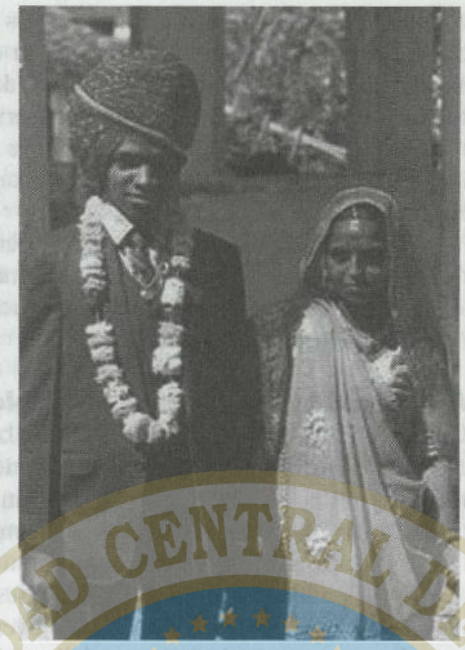
Tradiciones globales y cambios en la adolescencia Los rápidos cambios que se producen a escala global alteran la forma en la que se vive la adolescencia y ofrecen nuevas oportunidades para la salud y el bienestar de los adolescentes, pero también plantean nuevos retos. En todo el mundo, las experiencias vividas por los adolescentes pueden ser distintas según sea su género y las características de sus familias, de sus escuelas o del grupo de iguales (Brown y Larson, 2002; Larson y Wilson, 2004). Sin embargo, existen algunas tradiciones relacionadas con la adolescencia que permanecen invariables en distintas culturas.

Salud Las mejoras en la salud y el bienestar de los adolescentes son evidentes en algunas áreas, pero no en todas. En general, cada vez fallecen menos adolescentes en todo el mundo a causa de enfermedades infecciosas o por desnutrición (Call y otros, 2002; Organización Mundial de la Salud, 2002). Sin embargo, también se detecta un aumento en los comportamientos que ponen en riesgo la salud de los adolescentes (especialmente el uso de drogas ilegales y las prácticas sexuales sin protección) (Blum y Nelson-Mmari, 2004). Además, en muchos países subsaharianos se ha producido un aumento generalizado del índice de infección por el VIH en la población adolescente (Organización Mundial de la Salud, 2002).

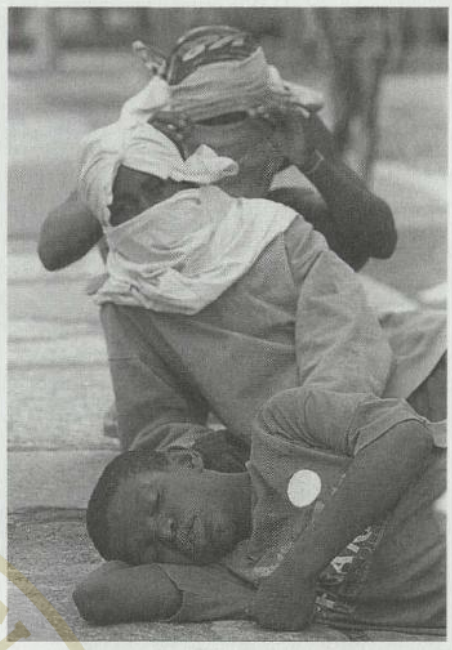
Género En todo el mundo, las vivencias de las chicas y chicos adolescentes siguen siendo bastante distintas (Brown y Larson, 2002; Larson y Wilson, 2004). Con la excepción de algunas zonas como Japón, Filipinas o los países occidentales, los varones siguen disfrutando de mayores oportunidades de acceso a la educación



Escuela musulmana sólo para chicos en Oriente Medio



Adolescentes indios en una ceremonia matrimonial



Jóvenes de la calle en Río de Janeiro

que las chicas. En muchos países, las adolescentes tienen menos libertad para dedicarse a ciertas ocupaciones laborales o para participar en determinadas actividades de ocio. En cuanto a la actividad sexual, las diferencias entre géneros están muy extendidas, sobre todo en India, el sureste asiático, Latinoamérica y los países árabes, donde la actividad sexual de las jóvenes adolescentes está mucho más restringida que en el caso de los varones de la misma edad. Sin embargo, estas diferencias entre géneros parecen ir desapareciendo con el tiempo. En algunos países, las oportunidades educativas y laborales de las mujeres se amplían, y en otras partes del mundo se está relajando el control ejercido sobre las relaciones afectivas y sexuales de las chicas adolescentes.

Familias En algunos países, los adolescentes crecen en familias muy unidas y en medio de un entramado extenso basado en el parentesco «que proporciona una red de conexiones y fomenta la existencia de un estilo de vida tradicional» (Brown y Larson, 2002, pág. 6). Así, por ejemplo, en los países árabes «se transmiten a los adolescentes estrictos códigos de conducta y lealtad» (pág. 6). Sin embargo, en países occidentales como Estados Unidos, los adolescentes crecen cada vez con mayor frecuencia en familias con padres divorciados o con padrastros y madrastras. Además, en estos países la educación por parte de los padres es menos autoritaria que en el pasado.

Escuelas El número de adolescentes escolarizados sigue aumentando, de manera generalizada, en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, los centros escolares en muchas partes del mundo (especialmente África, el sur de Asia y Latinoamérica) aún no ofrecen oportunidades educativas para todos los adolescentes. Por ello, en años recientes ha disminuido el porcentaje de adolescentes latinoamericanos que pueden acceder a la educación secundaria y superior (Welti, 2002). Además, muchas escuelas no proporcionan la formación necesaria para acceder de forma efectiva al mundo laboral adulto.

Los iguales En algunas culturas, durante la adolescencia, el grupo de iguales desempeña un papel más relevante que en otras (Brown, 2004; Brown y Larson, 2002). En la mayor parte de los países occidentales, los amigos y compañeros

constituyen un elemento esencial en las vidas de los adolescentes, y en algunos casos poseen responsabilidades que, en otras circunstancias, desempeñarían los padres. Para los jóvenes sin hogar de Sudamérica, la red de iguales actúa en sustitución de la familia permitiendo la supervivencia en contextos peligrosos y en situaciones de presión. En otras regiones del mundo, como los países árabes, la importancia del grupo de iguales se encuentra mucho más restringida, sobre todo en el caso de las chicas (Booth, 2002).

En definitiva, las vidas de los adolescentes se caracterizan por una combinación de cambios y tradiciones. De esta manera, los investigadores han detectado tanto similitudes como diferencias en las vivencias de los adolescentes en distintos países (Larson y Wilson, 2004).

A qué dedican su tiempo los adolescentes en distintos países Reed Larson y Suman Verma (Larson, 2001; Larson y Verma, 1999) han estudiado de qué manera utilizan los adolescentes el tiempo dedicado al trabajo, las actividades lúdicas y las actividades relacionadas con su desarrollo como, por ejemplo, la escuela. En la Figura 13.6 se resume el tiempo medio dedicado diariamente a distintas actividades por adolescentes en distintas regiones del mundo (Larson y Verma, 1999). Los adolescentes estadounidenses dedican un 40 por 100 menos de su tiempo a las tareas escolares que los jóvenes de los países de Extremo Oriente, lo que se debe, principalmente, a que los adolescentes americanos realizan una menor cantidad de tareas escolares en casa.

En comparación con el resto de adolescentes de países industrializados, los estadounidenses disponen de una mayor cantidad de tiempo de uso discrecional (Larson y Wilson, 2004). Entre el 40 y el 50 por 100 de las horas de vigilia de un adolescente estadounidense (sin contar las vacaciones veraniegas) se utilizan en actividades discrecionales, frente a una cantidad que oscila entre el 25 y el 35 por 100 del tiempo en el caso de los adolescentes de Extremo Oriente y entre el 35 y el 45 por 100 para los jóvenes europeos. Esta cantidad de tiempo libre de uso discrecional de la que disponen los adolescentes estadounidenses puede suponer una ventaja o un inconveniente para su desarrollo, lo que dependerá, obviamente, de cómo se empleen esas horas.

Actividad	Países no industrializados, individuos sin escolarizar	Países industrializados, individuos escolarizados		
		Estados Unidos	Europa	Extremo Oriente
Tareas domésticas	5 a 9 horas	20 a 40 minutos	20 a 40 minutos	10 a 20 minutos
Trabajo remunerado	0,5 a 8 horas	40 a 60 minutos	10 a 20 minutos	0 a 10 minutos
Tareas escolares	—	3 a 4,5 horas	4 a 5,5 horas	5,5 a 7,5 horas
Tiempo total de trabajo	6 a 9 horas	4 a 6 horas	4,5 a 6,5 horas	6 a 8 horas
Ver TV	*Datos insuficientes*	1,5 a 2,5 horas	1,5 a 2,5 horas	1,5 a 2,5 horas
Charlar	*Datos insuficientes*	2 a 3 horas	*Datos insuficientes*	45 a 60 minutos
Deporte	*Datos insuficientes*	30 a 60 minutos	20 a 80 minutos	0 a 20 minutos
Actividades voluntarias organizadas	*Datos insuficientes*	10 a 20 minutos	10 a 20 minutos	0 a 10 minutos
Tiempo libre total	4 a 7 horas	6,5 a 8 horas	5,5 a 7,5 horas	4 a 5,5 horas

Nota: Los datos de la tabla representan la media semanal, incluyendo los días laborales y los fines de semana. No se ha incluido el tiempo dedicado a actividades como la alimentación, la higiene personal o el sueño. Los datos para los países no industrializados y los individuos no escolarizados provienen, principalmente, de núcleos poblacionales agrarios en países en vías de desarrollo.

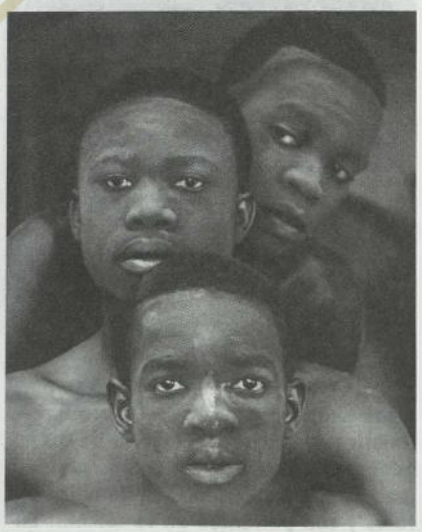
FIGURA 13.6 Ocupación diaria del tiempo por parte de los adolescentes en distintas zonas del mundo

Según Larson (2001), si se aspira a un desarrollo óptimo, el tiempo libre sin organizar del que disponen los adolescentes estadounidenses puede resultar excesivo. Cuando se permite que los adolescentes decidan a qué dedican su tiempo, suelen decantarse por actividades que apenas supongan un esfuerzo, como charlar con amigos o ver la televisión. Si bien es cierto que los momentos de relax y la interacción social constituyen aspectos importantes de la adolescencia, no parece probable que el desarrollo del joven se vea beneficiado si dedica un gran número de horas semanales a este tipo de actividades. Las actividades de tiempo libre voluntarias y estructuradas pueden resultar más positivas para el desarrollo del adolescente que el tiempo libre sin organización, especialmente si los adultos delegan ciertas responsabilidades en los adolescentes, les plantean retos y les proporcionan la orientación necesaria para realizarlas (Larson, 2001).

Ritos iniciáticos Otra de las diferencias en la manera en que se vive la adolescencia en culturas distintas está relacionada con la existencia o no de ritos iniciáticos. En algunas sociedades tienen lugar complejas ceremonias que señalan el paso de los adolescentes hacia la madurez y la consecución del estatus de adulto (Kottak, 2004). Un **rito iniciático** es una ceremonia o ritual que marca la transición de un individuo de un estatus a otro. La mayor parte de los ritos iniciáticos se centran en la adopción del estatus de adulto. En muchas culturas primitivas, los ritos iniciáticos constituyen el camino que deben recorrer los adolescentes para acceder a las prácticas adultas sagradas, al conocimiento y a la sexualidad. Estos ritos suelen constar de prácticas teatrales con el objetivo de facilitar la separación del adolescente de la familia más cercana, especialmente de la madre. La transformación suele caracterizarse por algún tipo de muerte y resurrección rituales, o se produce a través del contacto con el mundo espiritual. A través de rituales compartidos, riesgos y secretos se crean vínculos entre el adolescente y los adultos que le permiten acceder al mundo de la madurez. Este tipo de ceremonias proporciona una entrada señalada y radical en la edad adulta en un momento en el que se ha considerado que el adolescente está listo para el someterse al cambio.

África ha sido escenario de numerosos ritos iniciáticos para adolescentes, especialmente en la zona subsahariana. Sin embargo, debido a la influencia de la cultura occidental, hoy en día muchos de estos ritos están desapareciendo, a pesar de que perduran algunos vestigios y de que aún son comunes en zonas en las que la escolarización es escasa.

¿Existen estos ritos en el caso de los adolescentes occidentales? Evidentemente, no disponemos de ceremonias formales y universales que marquen el paso de la adolescencia a la edad adulta. Ciertas religiones y grupos sociales organizan ceremonias de iniciación que indican que se ha alcanzado un cierto nivel de madurez, como la ceremonia del *bar mitzvah* judía, la confirmación católica o las puestas de largo, por ejemplo. En los Estados Unidos, las ceremonias de graduación al finalizar el bachillerato constituyen la expresión más cercana a un rito de paso, ya que se han convertido en acontecimientos universales para los adolescentes de clase media y para un número cada vez mayor de adolescentes provenientes de familias con escasos recursos. Sin embargo, estas ceremonias no dan lugar a cambios universales, pues muchos graduados siguen viviendo con sus padres, de quienes dependen económicamente, y continúan sin decidir cuál será su vocación o su estilo de vida. Otro rito iniciático para buena parte de los adolescentes americanos lo constituyen las relaciones sexuales (Halonen y Santrock, 1999). Al finalizar la adolescencia, cuatro de cada cinco jóvenes americanos ya ha mantenido relaciones sexuales.



Estos chicos congoleños pintan sus caras como parte de un ritual iniciático para pasar a la edad adulta. *¿Qué tipo de rituales deben pasar los adolescentes occidentales?*

Origen étnico

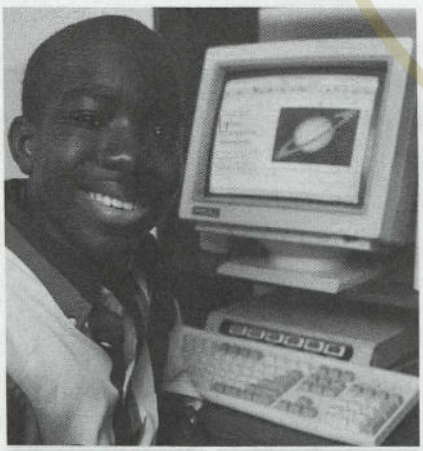
En este capítulo ya estudiamos el desarrollo de la identidad de adolescentes de minorías étnicas. A continuación nos centraremos en otros aspectos del origen

étnico, comenzando con la dificultad que entraña la diferenciación entre origen étnico e influencias socioeconómicas. En primer lugar, analizaremos las características del origen étnico y del estatus socioeconómico. Luego, trataremos las diferencias y la diversidad, para concluir con el estudio de distintos aspectos relacionados con los conflictos de valores, la asimilación y el pluralismo.

Origen étnico y estatus socioeconómico Gran parte de las investigaciones que se han llevado a cabo con adolescentes de minorías étnicas no ha logrado separar las influencias del origen étnico de las que resultan del estatus socioeconómico. Ambos factores pueden relacionarse de forma que se exagera la influencia del origen étnico, porque los individuos que pertenecen a minorías culturales son mayoritarios en los niveles socioeconómicos más bajos de la sociedad americana. En consecuencia, con demasiada frecuencia, los investigadores han utilizado la variable del origen étnico para explicar un cierto desarrollo en la adolescencia que, en realidad, estaba más relacionado con el estatus socioeconómico. Por ejemplo, durante décadas, las investigaciones sobre las diferencias de grupo en la autoestima no tenían en cuenta el nivel socioeconómico de los niños y adolescentes afroamericanos y blancos. Cuando se compara el nivel de autoestima de los adolescentes afroamericanos de clase media con el de los jóvenes de raza blanca del mismo nivel social, las diferencias suelen ser evidentes pero no relevantes, debido a la confusión entre origen étnico y nivel socioeconómico (Scott-Jones, 1995).

Algunos jóvenes de minorías étnicas provienen de un entorno de clase media, pero las ventajas económicas no siempre les permiten escapar de su condición de minoría (Spencer y Dornbusch, 1990). Los adolescentes de minorías étnicas de clase media aún se encuentran con una gran cantidad de prejuicios y discriminación por su pertenencia a un grupo minoritario. Los americanos de origen japonés, a los que con frecuencia se caracteriza como una «minoría modélica» por su marcada orientación hacia los logros y la cohesión de sus familias, también experimentan estrés asociado con su estatus de minoría étnica (Sue, 1990). A pesar de que los adolescentes de minorías étnicas y clase media disponen de más medios para contrarrestar las influencias destructivas del prejuicio y la discriminación, aún no pueden evitar totalmente la influencia omnipresente de los estereotipos negativos que existen acerca de las minorías étnicas.

No todas las familias de minorías étnicas son pobres; sin embargo, la pobreza contribuye a que se produzcan experiencias vitales más estresantes para muchos adolescentes de minorías étnicas (Fox y otros, 2004; Leventhal y Brooks-Gunn, 2004; Schellenach, Leadbetter y Moore, 2004). De esta manera, muchos adolescentes de minorías étnicas se enfrentan a una doble desventaja: 1) el prejuicio y la discriminación debidos a su condición de minoría étnica, y 2) los efectos estresantes de la pobreza.



Jason Leonard, 15 años: «Quiero que América sepa que la mayoría de los adolescentes negros no somos problemáticos, no provenimos de familias rotas y con parientes en la cárcel... En mi relación con mis padres, nos mostramos respeto mutuo y en casa tenemos valores. Tenemos tradiciones que celebramos juntos, incluyendo la Navidad y el *Kwanza*».

Diferencias y diversidad Existen diferencias evidentes entre las distintas minorías étnicas, al igual que entre las minorías étnicas y la mayoría blanca. Reconocer y respetar estas diferencias constituyen importantes aspectos que permiten la convivencia en un mundo multicultural. Las experiencias históricas, económicas y sociales producen diferencias en los grupos étnicos (Coll, Meyer y Brillion, 1995). Los individuos que viven en un grupo étnico o cultural concreto se adaptan a los valores, actitudes y tensiones de esa cultura. Su comportamiento, a pesar de que puede ser distinto al nuestro, es funcional para ellos. Resulta importante que los adolescentes adopten la perspectiva de individuos de grupos étnicos y culturales minoritarios que sean distintos al suyo y reflexionen sobre cuestiones como las siguientes: «Si estuviera en su situación, ¿qué tipo de experiencias tendría?», «¿cómo me sentiría si fuera miembro de ese grupo étnico o cultural?», «¿cómo pensaría y me comportaría si hubiese crecido en ese mundo?». Esta toma de perspectiva suele aumentar la empatía y la comprensión por parte del adolescente de los individuos de minorías étnicas o culturales diferentes a la suya (Gudykunst, 2004; Pang, 2005).

Al estudiar a los adolescentes de minorías étnicas, no podemos olvidar otra importante dimensión de este grupo poblacional: su diversidad (Cauce y otros, 2002; Pedersen, 2004). Los grupos étnicos minoritarios no son homogéneos, ya que incluyen a individuos con diferentes orígenes sociales, históricos y económicos. Por ejemplo, los inmigrantes mexicanos, cubanos y puertorriqueños son hispanos, pero sus razones para emigrar son distintas, provienen de distintos orígenes socioeconómicos en sus países, desempeñan profesiones distintas y se enfrentan a distintos niveles de desempleo en Estados Unidos.

El gobierno federal de Estados Unidos reconoce la existencia de 511 tribus de nativos americanos distintas, cada una de las cuales posee un origen histórico diferente con distintos valores y características. Bajo el término de americanos de origen asiático se incluye a los chinos, japoneses, filipinos, coreanos e inmigrantes del sudeste asiático. Cada uno de estos grupos posee historias y lenguas distintas. La diversidad de los americanos de origen asiático se refleja en sus resultados educativos. Por ejemplo, el 90 por 100 de los americanos de origen coreano termina el bachillerato, pero sólo el 71 por 100 de los adolescentes vietnamitas que viven en Estados Unidos consiguen ese objetivo.

Los índices relativamente elevados de inmigración de minorías étnicas hacen aumentar los porcentajes de población de estos grupos minoritarios que viven en Estados Unidos (McLoyd, 1998, 2000). Dado que los inmigrantes suelen experimentar factores de estrés que no resultan comunes ni significativos para la población que ha residido en el país durante más tiempo (como, por ejemplo, las dificultades lingüísticas, el cambio de entorno y la separación de las redes sociales que servían de apoyo en sus países de origen, los esfuerzos realizados tanto para mantener su identidad como para adaptarse a una nueva cultura, además de los cambios en su estatus socioeconómico), resulta necesario adaptar los programas de intervención con el fin de obtener el nivel adecuado de sensibilización cultural al trabajar con adolescentes inmigrantes y con sus familias (Chun y Akutsu, 2003).

A pesar del aumento en la población inmigrante en Estados Unidos, los psicólogos no se han apresurado a estudiar este tipo de familias. En una reciente investigación se analizaron los valores culturales y las discrepancias culturales entre distintas generaciones de familias inmigrantes (vietnamitas, armenias y mexicanas) y no inmigrantes (afroamericanas y americanas de origen europeo) (Phinney, Ong y Madden, 2000). Los padres daban mucha más importancia a las obligaciones familiares que los adolescentes en todos los grupos culturales, y la discrepancia intergeneracional de valores aumentaba proporcionalmente al tiempo que la familia hubiera residido en Estados Unidos.

Tanto los padres como los adolescentes pueden encontrarse en distintas etapas del proceso de aculturación, lo que puede dar lugar a conflictos relacionados con los valores culturales (Roosa y otros, 2002; Samaniego y Gonzales, 1999; Santisteban y Mitrani, 2003). Las investigaciones demuestran la relación existente entre la aculturación y los problemas de los adolescentes (Gonzales y otros, 2002). Por ejemplo, los jóvenes hispanos con un mayor grado de aculturación en Estados Unidos presentan más problemas de comportamiento, índices más elevados de consumo de drogas y una mayor práctica de actividades sexuales de riesgo que en el caso de los adolescentes hispanos con un menor grado de aculturación (Brook y otros, 1998; Epstein, Botvin y Díaz, 1998).

Conflictos de valores, asimilación y pluralismo Para Stanley Sue (1990), los conflictos de valores surgen con frecuencia cuando los individuos responden a asuntos relacionados con el origen étnico. Estos conflictos de valores han dado lugar a gran número de debates. Según Sue, resulta difícil resolver problemas relacionados con las minorías étnicas si no se identifican de forma adecuada las suposiciones y efectos de los valores enfrentados. Examinemos a continuación uno de esos conflictos de valores —la asimilación frente al pluralismo— con el fin de

determinar de qué manera puede influir en la respuesta de un individuo ante un asunto relacionado con una minoría étnica:

- La **asimilación** es la inclusión de grupos étnicos minoritarios dentro del grupo dominante, lo que suele dar lugar a la pérdida de algunos o de prácticamente todos los comportamientos y valores del grupo étnico. Los defensores de la asimilación suelen argumentar que los grupos minoritarios se identifican más con los valores del grupo mayoritario.
- El **pluralismo** es la coexistencia de grupos étnicos y culturales distintos en una misma sociedad. Los defensores del pluralismo suelen argumentar que se deben mantener y apreciar las diferencias culturales.

Sue considera que una forma de resolver los conflictos de valores relacionados con aspectos socioculturales se basa en conceptualizarlos o redefinirlos de manera innovadora. Por ejemplo, al tratar el conflicto entre asimilación y pluralismo, antes que aceptar sin más que la asimilación resulta necesaria para el desarrollo de habilidades funcionales, una estrategia válida consiste en centrarse en los criterios cambiantes que sirven para considerar que una habilidad es funcional. Otra forma de tratar este dilema consiste en considerar la posibilidad de que el desarrollo de habilidades funcionales no impide la existencia del pluralismo. Por ejemplo, en el aula, un profesor puede recurrir a ejemplos multiculturales cuando imparta ciencias sociales, sin dejar de analizar la cultura del país u otras desde perspectivas culturalmente universales o específicas. Para obtener más información acerca de un programa que proporciona apoyo a jóvenes de minorías étnicas, consulta el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



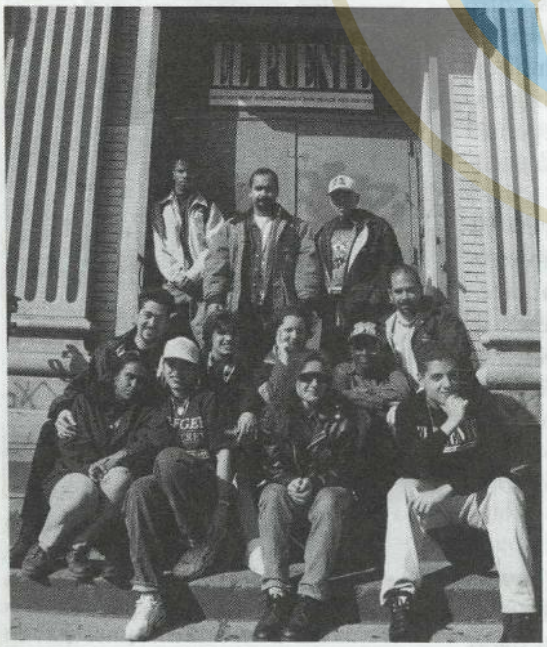
Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

El Puente

El Puente comenzó a funcionar en la ciudad de Nueva York en 1983 por el descontento de la comunidad ante los servicios sanitarios, educativos y sociales que estaban recibiendo los jóvenes (Simons, Finlay y Yang, 1991). El Puente hace hincapié en cinco áreas del desarrollo juvenil: la salud, la educación, los logros, el crecimiento personal y el crecimiento social

La sede de El Puente se encuentra en una antigua iglesia católica al sur de Williamsburg en Brooklyn, un vecindario formado primordialmente por familias latinas de pocos recursos, muchas de las cuales están muy por debajo del límite de la pobreza. El 65 por 100 de los residentes reciben algún tipo de asistencia pública. El vecindario tiene la tasa de abandono escolar más alto de todos los latinos de Nueva York y la tasa de delincuencia más alta de los adolescentes de Brooklyn.

Cuando los jóvenes, de 12 a 21 años, entran por primera vez en El Puente, se entrevistan con un consejero y desarrollan un plan de cuatro meses que incluye los programas en los que están interesados en participar. Al final de los cuatro meses, los jóvenes y los profesionales desarrollan un plan para garantizar la continuidad en la participación. Se ofrecen 26 clases bilingües con asignaturas como arte, teatro, fotografía y danza. Además, como parte del programa El Puente hay un centro médico y deportivo, una escuela nocturna para adultos y centros de salud mental y servicios sociales.



Estos adolescentes participan en el programa *El Puente*, localizado en un vecindario pobre fundamentalmente latino de Brooklyn, Nueva York. *¿Cuáles son las áreas del desarrollo juvenil en las que se centra el programa El Puente?*

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Explicar la influencia que ejercen los factores culturales en el desarrollo del adolescente

REVISA

- ¿Cuáles son algunas de las comparaciones que pueden establecerse entre adolescentes provenientes de distintas culturas? ¿A qué dedican su tiempo los adolescentes de distintas partes del mundo? ¿Qué son los ritos iniciáticos?
- ¿De qué manera influye el origen étnico en el desarrollo durante la adolescencia?

REFLEXIONA

- ¿Cuál es tu origen étnico? ¿Has tenido que enfrentarte alguna vez a estereotipos por tu origen étnico? ¿En qué se diferencia tu identidad de la cultura dominante en tu entorno?

5 PROBLEMAS DE LOS ADOLESCENTES

Delincuencia juvenil | **Depresión y suicidio** | **La interrelación entre los problemas y los programas de prevención e intervención que han tenido éxito**

En el Capítulo 12 ya analizamos ciertos problemas a los que se enfrentaban los adolescentes: el consumo de drogas, la sexualidad, las enfermedades contagiosas y los trastornos alimentarios. A continuación nos centraremos en los problemas que suponen la delincuencia juvenil, la depresión y el suicidio.

Delincuencia juvenil

El término **delincuente juvenil** se aplica a un adolescente que infringe la ley o que presenta un comportamiento que se considera ilegal. Al igual que otras categorías de trastornos, la delincuencia juvenil constituye un concepto muy amplio: las infracciones legales van desde tirar basura a cometer un asesinato. Debido a que, técnicamente, un adolescente se convierte en delincuente juvenil cuando ha sido declarado culpable de un delito por un tribunal, las estadísticas oficiales no reflejan con precisión el número de actos ilegales que cometen los jóvenes. Las estimaciones de ese número en Estados Unidos son muy vagas, pero las estadísticas del FBI indican que al menos un 2 por 100 de los jóvenes se someten a un proceso judicial.

Las estadísticas del gobierno estadounidense revelan que los adolescentes varones participan en ocho de cada diez casos de delincuencia juvenil (Snyder y Sickmund, 1999). A pesar de que la probabilidad de que un joven varón cometa actos delictivos es aún mayor que en el caso de las chicas, en las últimas dos décadas se ha observado un aumento más notable en los actos delictivos perpetrados por chicas adolescentes que por varones de la misma edad (Snyder y Sickmund, 1999). Tanto en el caso de los varones como en el de las chicas, se detectan mayores índices en los delitos relacionados con la propiedad que en otros tipos de actos delictivos (como delitos contra las personas, relacionados con las drogas o con el orden público). Las detenciones de jóvenes varones por haber cometido actos delictivos son aún muy superiores a las de las adolescentes.

Los índices de delincuencia entre los afroamericanos, otros grupos minoritarios y los jóvenes provenientes de familias con escasos recursos son especialmente altos en proporción con el número total de miembros de dichos grupos sociales. Sin embargo, estos grupos poseen menos influencia sobre el proceso de toma de decisiones judiciales en los Estados Unidos y, por tanto, pueden ser declarados culpables con mayor celeridad que los individuos blancos de clase media.

En el Estudio de la Juventud de Pittsburg (Pittsburg Youth Study), una investigación longitudinal realizada con más de 1.500 varones de zonas desfavorecidas, se identificaron tres caminos que conducían a la delincuencia (Loeber y Farrington, 2001; Loeber y otros, 1998; Stoutheimer-Loeber y otros, 2002):

- *Conflicto de autoridad.* Los jóvenes en esta vía se mostraban testarudos antes de los doce años, luego se volvieron desafiantes y evitaban la autoridad.
- *Encubierto.* En este camino se incluían pequeños actos encubiertos, como mentir, seguidos de daños a la propiedad y delincuencia moderadamente seria, para acabar cometiendo delitos graves.
- *Abierto.* En este camino se incluyen las agresiones menores, seguidas de peleas y violencia.

Un aspecto de la justicia juvenil es determinar si los adolescentes que cometen delitos deben ser juzgados como adultos (Steinberg y Cauffman, 2001). En un reciente estudio, juzgar a los adolescentes como adultos aumentaba su índice de delincuencia (Myers, 1999). En este estudio, se evaluaron los casos de más de 500 jóvenes violentos de Pennsylvania (Estados Unidos), un estado que había adoptado una postura de «mano dura». A pesar de que estos delincuentes habían recibido castigos más severos que un grupo de comparación que se mantenía en el juzgado de menores, los primeros solían ser detenidos por la policía de nuevo y con mayor rapidez por haber reincidido en la comisión de delitos tras haber recobrado la libertad. Estos resultados indican que el precio de una mayor seguridad ciudadana a corto plazo conseguida juzgando a adolescentes como si fueran adultos puede, de hecho, aumentar los delitos cometidos a largo plazo.

Causas de la delincuencia ¿Cuáles son las causas de la delincuencia? Se han sugerido muchas razones, incluyendo la herencia genética, los problemas de identidad, la influencia de la comunidad y las experiencias familiares. Erik Erikson (1968), por ejemplo, considera que los adolescentes que no han adoptado roles sociales aceptables durante el desarrollo o que sienten que no pueden cumplir con las exigencias que se les imponen puede decantarse por una identidad negativa. Estos adolescentes pueden encontrar apoyo para su imagen de delincuente en su grupo de iguales, con lo que se da más fuerza a la identidad negativa. Para Erikson, la delincuencia constituye un intento de establecer una identidad, aunque sea una identidad negativa.

A pesar de que, hoy en día, la delincuencia ya no es un fenómeno tan exclusivo de los niveles socioeconómicos bajos como en el pasado, algunas características de la cultura de las clases bajas pueden fomentar los comportamientos delictivos. Las normas de muchos grupos de iguales y de bandas callejeras de clase baja son eminentemente antisociales o contraproducentes en comparación con las normas de la sociedad en general. Meterse en problemas y salir de ellos constituye un patrón de vida para muchos adolescentes en zonas marginales. Estos jóvenes consideran que pueden obtener atención y estatus si llevan a cabo acciones antisociales. Para estos adolescentes, ser «duro» y «masculino» son rasgos propios de niveles superiores, rasgos que suelen medirse por la capacidad que se tiene para cometer delitos y escapar de las consecuencias. Una comunidad con un índice de delitos elevado permite que los adolescentes observen modelos de conducta que participan en actos delictivos. Estas comunidades se caracterizan, normalmente, por la pobreza, el desempleo y el sentimiento de alienación con respecto a la clase media. Dichas comunidades carecen de escuelas de calidad, de fondos suficientes

para financiar la educación y de actividades organizadas para todo el barrio (Sabol, Coulton y Korbin, 2004).

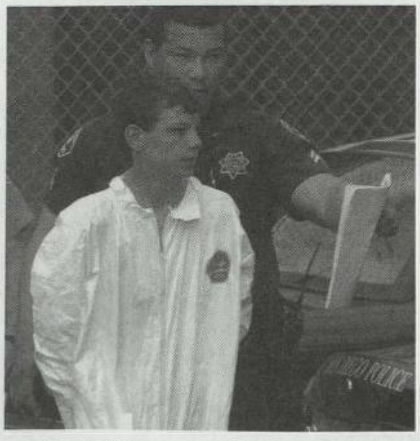
Los sistemas de apoyo familiar también se asocian con la delincuencia (Farrington, 2001; Feldman y Weinberger, 1994). Los padres de delincuentes suelen presentar una menor capacidad para evitar los comportamientos antisociales y para fomentar los comportamientos positivos que los padres de adolescentes que no delinquen. El control de los adolescentes por parte de los padres resulta de vital importancia a la hora de determinar si un adolescente se convertirá en un delincuente (Coley, Morris y Hernandez, 2004; Patterson, DeBaryshe y Ramsey, 1989). Los problemas en el seno de la familia y la disciplina poco coherente e inadecuada también se asocian con la delincuencia (Bor, McGee y Fagan, 2004). Un número cada vez mayor de estudios han demostrado que los hermanos pueden ejercer una notable influencia en la existencia de comportamientos delictivos (Bank, Burraston y Snyder, 2004; Conger y Reuter, 1996). Una reciente investigación determinó que la presencia de altos niveles de hostilidad en las relaciones entre hermanos y la participación de los hermanos mayores en actos delictivos se relacionaban con la participación de los hermanos de menor edad en ese mismo tipo de actividades, tanto en el caso de los varones como de las chicas (Slomkowski y otros, 2001). Además, tener compañeros delincuentes aumenta considerablemente el riesgo de convertirse en delincuente (Henry, Tolan y Gorman-Smith, 2001).

Violencia juvenil En la actualidad, la violencia juvenil es causa de especial preocupación en Estados Unidos (Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Sociales, 2001). En un reciente estudio, el 17 por 100 de los estudiantes de bachillerato afirmaban haber llevado encima una pistola u otro tipo de arma en los 30 días anteriores (Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2000). En este mismo estudio, un pequeño porcentaje (7 por 100) reconoció haber introducido una pistola u otro tipo de arma en el centro educativo. Las armas no aparecen en todos los comportamientos violentos. En el mencionado estudio, el 44 por 100 de los varones y el 27 por 100 de las chicas afirmaron haber participado en una o más peleas.

A finales de los años noventa, la atención de los estadounidenses se centró en una serie de tiroteos acaecidos en diferentes escuelas. En abril de 1999, dos estudiantes del instituto de Columbine, en Colorado, Eric Harris (18 años) y Dylan Klebold (17 años) dispararon y mataron a doce estudiantes, hirieron a 23 y luego se suicidaron. En mayo de de 1998, Kip Kinkel, un muchacho de cierta complexión, entró en la cafetería del instituto Thurston, en Springfield (Oregón) y abrió fuego contra sus compañeros, matando a dos e hiriendo a muchos más. Ese mismo día, la policía se dirigió a casa de Kip y encontró a sus padres muertos, víctimas de la violencia de su hijo.

En 2001, Charles «Andy» Williams, de 15 años de edad, efectuó disparos en el instituto Santana en el sur de California y mató a dos compañeros e hirió a otros trece. Según los estudiantes del centro, Andy era víctima de acoso en el instituto y había hecho chistes el fin de semana anterior a sus violentos planes, pero nadie se tomó en serio lo que decía porque dijo que sólo estaba bromeando.

¿Existe alguna forma en la que los psicólogos puedan predecir si un joven va a volverse violento? Resulta complejo, pero se han determinado ciertos indicadores (Cowley, 1998). Los jóvenes violentos son, mayoritariamente, varones y a muchos los mueven sentimientos de falta de poder. La violencia parece conferirles la sensación de poder. Según un estudio basado en los datos recogidos en el «Estudio Longitudinal de Salud de los Adolescentes en Estados Unidos» (*National Longitudinal Study of Adolescent Health*), el apego seguro a los padres, la vida en una familia intacta y la asistencia a servicios religiosos con los padres se relacionaron con una menor incidencia de comportamientos violentos por parte de adolescentes con edades comprendidas entre los doce y dieciocho años (Franke, 2000).



«Andy» Williams, escoltado por la policía cuando fue arrestado por matar a dos compañeros de clase y herir a otros 13 en el instituto de Santana. ***¿Qué factores pueden contribuir a que los jóvenes se conviertan en asesinos?***

Los tiroteos en las pequeñas ciudades suelen atraer nuestra atención, pero la violencia juvenil está mucho más extendida en las zonas marginales y míseras de las ciudades. La pobreza urbana fomenta la sensación de falta de poder y la ira consecuente. Vivir en la pobreza resulta frustrante, y en muchos barrios marginales los actos violentos son una situación cotidiana. Muchos jóvenes de estas zonas también carecen del apoyo y la supervisión de sus padres (Tolan, 2001).

James Garbarino (1999, 2001) afirma que este tipo de situaciones se caracteriza por una tendencia generalizada a «mirar hacia otro lado». Con frecuencia, los padres no quieren reconocer una realidad que puede resultar alarmante. Harris y Klebold eran miembros de un grupo de individuos marginales denominado «Mafia de la gabardina». Ambos estudiantes habían realizado un vídeo para una asignatura del colegio el otoño anterior al tiroteo en el que se les veía caminando por los pasillos del instituto disparando a otros estudiantes. Se afirmó que, un año antes, se había informado a la comisaría local de policía de que Harris había afirmado de forma pública en Internet que Klebold y él habían construido cuatro bombas. Kip Kinkel estaba obsesionado por las armas de fuego y los explosivos, tenía antecedentes de maltrato a animales y era conocido por su mal temperamento en momentos de enfado. Cuando la policía inspeccionó su habitación, encontró dos bombas fabricadas con tuberías, tres de mayor tamaño e instrucciones para la fabricación de artefactos explosivos que Kip había obtenido en Internet. Parece evidente que existían indicios en las vidas de estos estudiantes que indicaban la existencia de graves problemas, pero aún resulta difícil predecir si jóvenes como éstos convertirán su ira y su frustración en el deseo de asesinar.

Garbarino (1999, 2001) ha entrevistado a numerosos jóvenes homicidas y ha llegado a la conclusión de que nadie sabe con precisión por qué una mínima proporción de los jóvenes mata, pero que puede deberse a la falta de un centro espiritual. En los jóvenes a los que entrevistó, Garbarino halló un vacío espiritual o emocional, por lo que los adolescentes buscaban sus respuestas en la cara oscura de la vida.

Algunas formas de intervención pueden reducir o prevenir la violencia juvenil (Barton, 2004; Consejo Asesor Carnegie sobre Desarrollo en la Adolescencia, *Carnegie Council on Adolescent Development*, 1995). Los esfuerzos de prevención deberían incluir la existencia de escuelas adecuadas para el desarrollo de estos jóvenes, de familias que proporcionen apoyo y de organizaciones juveniles y comunitarias. De forma más concreta, una estrategia prometedora en la prevención de la violencia juvenil consiste en enseñar formas de gestionar los conflictos dentro de los contenidos de educación para la salud que se imparten en los centros de primaria y secundaria. Con el fin de crear recursos para este tipo de programas, la Fundación Carnegie presta su apoyo a una red nacional de profesionales en la prevención de la violencia con sede en el Departamento de Educación de Estados Unidos y vinculada a un centro nacional de investigación de la violencia juvenil que se encuentra en la Universidad de Colorado.

Éstas son algunas de las recomendaciones del Centro de Aprendizaje Social de Oregón (*Oregon Social Learning Center*) para reducir la violencia juvenil (Walker, 1998, pág. 1C):

- *Compromiso para educar a los niños con eficacia en un entorno seguro.* Esta recomendación incluye conseguir que los padres se involucren en prácticas que han demostrado su efectividad a la hora de dar lugar a niños sanos y bien adaptados, como la disciplina coherente y justa que no castigue severamente, el control y la supervisión constantes, técnicas positivas de gestión familiar, participación en la vida diaria del niño, conversaciones diarias acerca de las experiencias del niño y enseñanza de estrategias para resolver problemas.
- *Hacer realidad la prevención.* Con demasiada frecuencia, se habla de estrategias de prevención sin llegar a ponerlas en práctica de manera efectiva.

- Apoyar más a las escuelas que luchan para educar a una población cada vez más diversa en la que se incluyen muchos estudiantes en situación de riesgo.
- Crear relaciones efectivas entre las familias, las escuelas, los servicios sociales, los servicios públicos de seguridad, las iglesias y otras instituciones con el fin de crear las experiencias sociales que proporcionarán a nuestra juventud la oportunidad de desarrollarse de forma positiva.

Depresión y suicidio

¿Cuáles son las características de la depresión en la adolescencia? ¿Qué motivos llevan a un adolescente a suicidarse?

Depresión Resulta más probable que la depresión se produzca en la adolescencia que en la niñez. Además, las adolescentes presentan mayores índices de depresión que los varones (Graber, 2004; Logsdon, 2004; Nolen-Hoeksema, 2004). Algunas de las razones que explican esta diferencia entre géneros son:

- Las mujeres tienden a encerrarse en su depresión y a amplificarla.
- Las imágenes que las mujeres tienen de sí mismas, especialmente de sus cuerpos, son más negativas que las de los hombres.
- Las mujeres se enfrentan a más discriminación que los varones.
- Los cambios hormonales alteran la vulnerabilidad ante la depresión en la adolescencia, especialmente entre las chicas.
- La pubertad se produce antes en las chicas que en los chicos y, en consecuencia, las adolescentes experimentan una acumulación de transformaciones y de experiencias de vida en los años de la educación secundaria, lo que puede aumentar el riesgo de depresión.

Ciertos factores familiares también colocan a los adolescentes en una posición de riesgo de desarrollar una depresión (Eley y otros, 2004; Graber, 2004; Seroczynski, Jacquez y Cole, 2003). Dichos factores incluyen la presencia de uno de los padres con depresión, emocionalmente ausentes, con un alto nivel de conflicto matrimonial y con problemas económicos.

La existencia de relaciones insatisfactorias con los compañeros también se asocia con la depresión (Bearman y Moody, 2004; Prinstein y Aikens, 2004). La falta de una relación cercana como mejor amigo, tener menos contacto con los amigos y sentirse rechazado por los compañeros constituyen factores que pueden aumentar las tendencias depresivas en los adolescentes. La experiencia de transformaciones difíciles o de retos también se relaciona con la depresión en los adolescentes (Compas y Grant, 1993), así como el divorcio de los padres. Además, cuando los adolescentes experimentan la pubertad al mismo tiempo que la transición de la escuela de primaria a la secundaria, pueden deprimirse más que los adolescentes que pasaron la pubertad después de dicha transición.

Suicidio Los comportamientos suicidas resultan extraños en la niñez, pero aumentan en la adolescencia temprana. El suicidio es la tercera causa más importante de muerte entre los adolescentes de trece a diecinueve años en Estados Unidos hoy en día (Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2004). A pesar de que, en décadas recientes, ha aumentado la incidencia del suicidio en adolescentes, aún supone un acto extraño durante esta etapa del desarrollo. En 2001, en Estados Unidos se suicidó uno de cada 10.000 individuos con edades comprendidas entre los 15 y los 24 (Informe Nacional sobre Estadísticas Relacionadas con la Vida, *National Vital Statistics Report*, 2003).

Muchos más adolescentes contemplan la idea del suicidio o lo intentan sin éxito (Borowsky, Ireland y Resnick, 2001; Judge y Billick, 2004). En un reciente estudio nacional, una quinta parte de los estudiantes de bachillerato afirmó haber considerado seriamente la idea del suicidio o haber intentado suicidarse en los

doce meses anteriores a la entrevista. Menos del 3 por 100 informó de un intento de suicidio que había provocado heridas, envenenamiento o sobredosis de estupefacientes que habían recibido atención médica. En este estudio, resultaba más probable que las chicas adolescentes intentaran suicidarse, pero la probabilidad de que el intento de suicidio acabara en fallecimiento era mayor en el caso de los adolescentes varones. Cuando los chicos intentan suicidarse, utilizan medios más letales, como las armas de fuego, mientras que las chicas suelen cortarse las venas de las muñecas o tomar una sobredosis de barbitúricos, hechos que no suelen producir la muerte.

Una cuestión relacionada con el suicidio de adolescentes se centra en si los adolescentes homosexuales se muestran más vulnerables ante las ideas suicidas. Según un estudio realizado con 12.000 adolescentes, aproximadamente el 15 por 100 de los jóvenes homosexuales afirmaron que habían intentado suicidarse, frente a un porcentaje del 7 por 100 en el caso de los jóvenes heterosexuales (Russell y Joyner, 2001). Sin embargo, Richard Savin-Williams (2001) señaló que la probabilidad de que los adolescentes homosexuales cometieran suicidio era sólo ligeramente superior a la de los adolescentes heterosexuales (Savin-Williams, 2001). Este autor afirma que la mayoría de las investigaciones han exagerado los índices de suicidio de adolescentes homosexuales porque tan sólo se han centrado en jóvenes con problemas emocionales que asisten a grupos de apoyo o que se reúnen en centros de acogida para jóvenes homosexuales.

Las experiencias distantes o más recientes también pueden relacionarse con los intentos de suicidio. Un historial familiar de inestabilidad y angustia pueden ser factores presentes. Al igual que la falta de afecto o de apoyo emocional, el exceso de control y la presión para alcanzar los objetivos por parte de los padres durante la niñez son factores relacionados con la depresión. Estas combinaciones de experiencias familiares también pueden constituir factores distantes de los intentos de suicidio. El adolescente puede carecer de amistades que le apoyen. Según un reciente estudio, el aislamiento social estaba relacionado con los intentos de suicidio cometidos por chicas adolescentes (Bearman y Moody, 2004).

Los factores genéticos se relacionan tanto con la depresión como con el suicidio. Cuanto más cercana sea la relación genética de un individuo con una persona que se haya suicidado, mayores probabilidades existen de que ese individuo también cometa un suicidio.

¿Cuál es el perfil psicológico de un adolescente suicida? Estos jóvenes suelen presentar síntomas de depresión (Hallfors y otros, 2004; Kaslow y otros, 2004; Werth, 2004). A pesar de que no todos los adolescentes deprimidos son suicidas, la depresión es uno de los factores más citados en relación con los suicidios de individuos jóvenes, un hecho que también se relaciona con el sentimiento de abandono, la baja autoestima y un elevado sentimiento de culpa (Harter y Whitesell, 2001; O'Donnell y otros, 2004).

La interrelación entre los problemas y los programas de prevención e intervención que han tenido éxito

En este capítulo y en el anterior hemos descrito algunos de los mayores problemas a los que se enfrentan los adolescentes: consumo de drogas, delincuencia juvenil, problemas escolares como el abandono de los estudios, embarazo en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual, depresión y suicidio.

Los adolescentes que se encuentran en una situación de mayor riesgo presentan más de un problema. Los investigadores han hallado que los comportamientos problemáticos en los adolescentes están interrelacionados (Tubman y Windle, 1995). Por ejemplo, el consumo de drogas se relaciona con la actividad sexual temprana, peores calificaciones, abandono de los estudios y delincuencia. Una iniciación sexual demasiado temprana se asocia con el consumo de cigarrillos y de alcohol, el de *cannabis* y otras drogas ilegales, peores notas escolares, abandono de

los estudios y delincuencia. La delincuencia, a su vez, se relaciona con la actividad sexual temprana, los embarazos no deseados, el consumo de drogas y el abandono de los estudios. El 10 por 100 de todos los adolescentes de Estados Unidos presentan comportamientos multi-problemáticos (por ejemplo, los adolescentes que han abandonado los estudios presentan calificaciones más bajas, consumen drogas duras, fuman cigarrillos y *cannabis* y son sexualmente activos, pero no utilizan anticonceptivos). Muchos, aunque no todos, de estos jóvenes en situación de alto riesgo «lo prueban todo». Otro 15 por 100 de los adolescentes participa en muchas de estas conductas, pero con menor frecuencia y con consecuencias menos graves. Estos jóvenes en situación de riesgo elevado suelen presentar dos o tres conductas problemáticas (Dryfoos, 1990).

Además de comprender que muchos adolescentes presentan comportamientos multi-problemáticos, resulta también importante desarrollar programas que reduzcan dichos problemas. Al revisar los programas que han demostrado su efectividad a la hora de prevenir o reducir los problemas de los adolescentes, el investigador Joy Dryfoos (1990) determinó los componentes comunes de todos esos programas de éxito:

1. *Atención intensiva e individualizada.* En estos programas, los niños en situación de alto riesgo se asignan a un adulto responsable, quien proporciona al niño la atención necesaria y considera las necesidades específicas del niño. Este aspecto se produce en numerosos programas. En un proyecto eficaz sobre el consumo de drogas, los participantes tienen siempre a su disposición a un orientador asistencial que les aconseja y los dirige hacia el tratamiento que necesiten.
2. *Enfoques de colaboración en toda la comunidad y entre las instituciones.* La filosofía básica de los programas en toda la comunidad es que se debe disponer de un cierto número de proyectos y servicios distintos. En un proyecto eficaz sobre el consumo de drogas, se implantó una campaña de promoción de hábitos saludables en toda la comunidad, para lo que se emplearon los medios de comunicación locales junto con un currículo escolar sobre el consumo de estupefacientes.
3. *Identificación e intervención tempranas.* Una estrategia eficaz consiste en llegar a los niños y a sus familias antes de que desarrollen problemas o al principio de las dificultades. Un programa de preescolar sirve de modelo para la prevención de la delincuencia, los embarazos, el consumo de drogas y el abandono de los estudios. Organizado y dirigido por la *High Scope Foundation* de Ypsilanti, Michigan (Estados Unidos), el programa Perry Preschool ha tenido efectos positivos y duraderos en los estudiantes. Este programa de enriquecimiento, dirigido por David Weikart, atiende a niños afroamericanos desfavorecidos. Los niños asisten a un programa de alta calidad de dos años de duración y reciben visitas semanales por parte del personal del programa. Basándose en los ficheros policiales, a la edad de 19 años, los individuos que participaron en el programa Perry Preschool presentaban menos probabilidades de haber sido detenidos y habían cometido menos delitos que los del grupo de control. Los estudiantes del programa Perry Preschool abandonaban menos los estudios, y los profesores consideraban que su comportamiento social era más competente que el del grupo de control que no había participado en la experiencia preescolar de enriquecimiento.

Fast Track es un programa que tiene como objetivo prevenir los problemas en la adolescencia (Dodge, 2001; Grupo de Investigación de la Prevención de Problemas de Comportamiento, *Conduct Problems Prevention Research Group*, 2002, 2004). En este programa, se identifica a niños en situación de alto riesgo que muestran problemas de comportamiento en casa y en la guardería. Luego, a lo largo de los años de la educación primaria, estos niños y sus familias reciben

apoyo y formación en técnicas de educación para padres, estrategias de resolución de problemas y métodos para hacer frente a las dificultades, relaciones con el grupo de iguales, ambiente en el aula y currículo escolar, resultados académicos y relaciones entre el hogar y la escuela. Diez profesionales que participan en el programa trabajan con los niños, sus familias y las escuelas para aumentar los factores de protección y reducir las causas de riesgo en las áreas mencionadas. Hasta ahora, los resultados muestran que las intervenciones realizadas han logrado mejorar las prácticas educativas de los padres y las habilidades de los niños para resolver problemas y hacer frente a las dificultades, las relaciones con los compañeros, la capacidad lectora y los comportamientos problemáticos en casa y en la escuela durante los años de la educación primaria frente a un grupo de control de niños en situación de alto riesgo que no fueron objeto de intervención alguna.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 5

5 Identificar los problemas que pueden afectar al desarrollo socioemocional de los adolescentes y analizar las estrategias que pueden ayudar a solucionarlos

REVISA

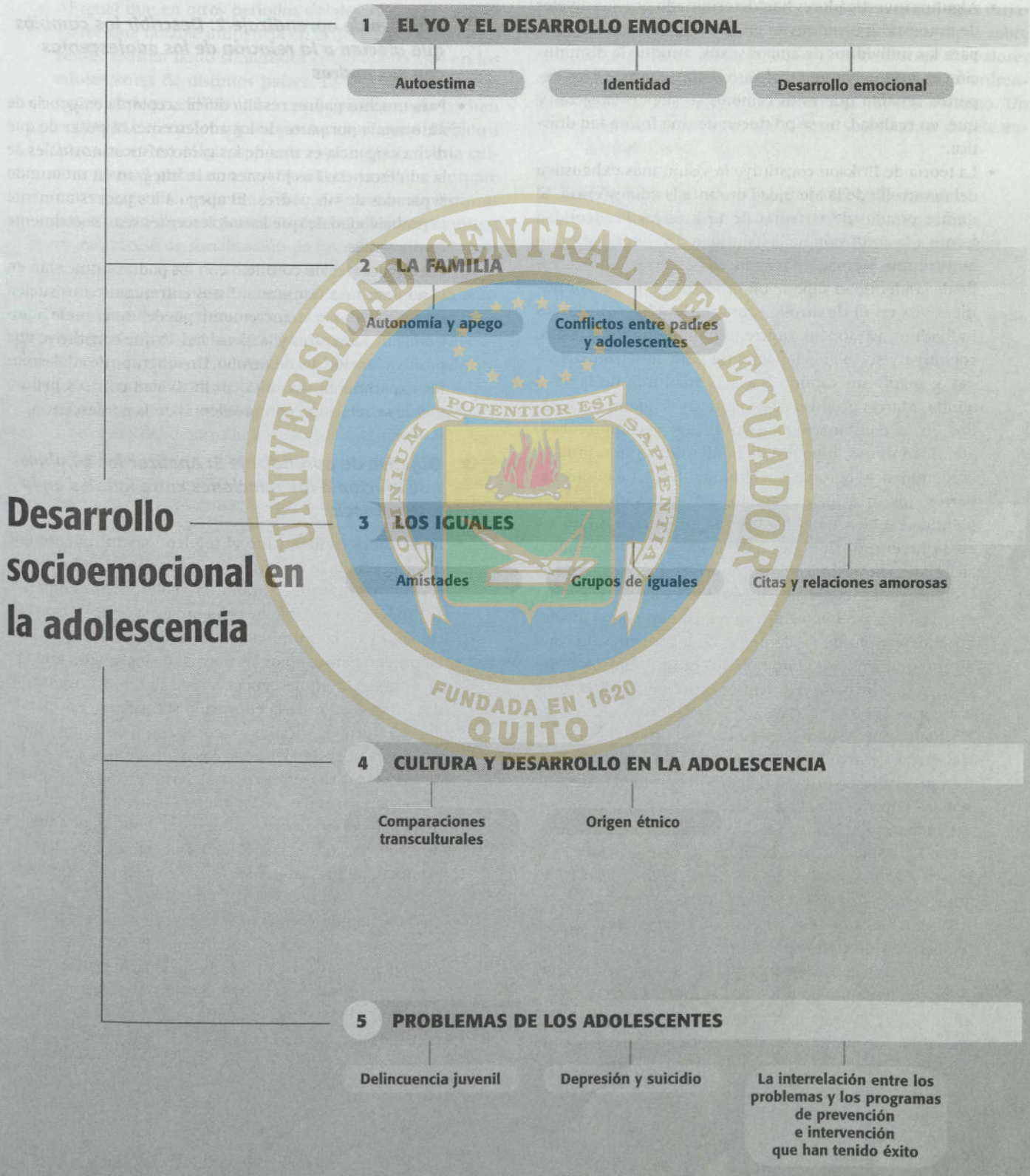
- ¿Qué se entiende por «delincuencia juvenil»? ¿Cuáles son sus causas? ¿Cuáles son las características de la violencia juvenil?
- ¿Cuáles son las características de la depresión y el suicidio durante la adolescencia?
- ¿De qué manera se interrelacionan los problemas de los adolescentes? ¿Cuáles son algunos de los elementos presentes en los programas de prevención e intervención que han tenido éxito con adolescentes?

REFLEXIONA

- Si un adolescente presenta comportamientos de algo riesgo, ¿son las consecuencias de esta elección más graves en la actualidad que en el pasado? Si fuera así, ¿a qué se debe?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM BONORUM MATER
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Examinar las transformaciones que se producen en el yo y en el desarrollo emocional durante la adolescencia*

- Algunos investigadores han determinado que los niveles de autoestima disminuyen en la adolescencia temprana para los individuos de ambos sexos, aunque la disminución es más evidente en el caso de las chicas. Otros expertos señalan que estos cambios se suelen exagerar y que, en realidad, no se producen de una forma tan drástica.
- La teoría de Erikson constituye la visión más exhaustiva del desarrollo de la identidad durante la adolescencia. El quinto estadio de la teoría de Erikson es la identidad frente a la confusión de la identidad. La identidad es un autorretrato formado por numerosas piezas. El desarrollo de la identidad supone un proceso complejo. Por primera vez en el desarrollo, durante la adolescencia, los individuos ya son lo suficientemente maduros física, cognitiva y socioemocionalmente para sintetizar sus vidas y seguir un camino hacia la madurez de la edad adulta. Marcia propuso cuatro estatus de identidad basados en la combinación de conflictos y compromisos: identidad difusa, hipoteca de la identidad, moratoria de la identidad y logro de la identidad. Según algunos expertos, los principales cambios en el desarrollo de la identidad suelen tener lugar en la adolescencia tardía o en la juventud. Con frecuencia, los individuos siguen ciclos de «moratoria-logro-moratoria-logro». Tanto la individualidad como la conectividad en las relaciones entre padres y adolescentes se relacionan con el avance en el desarrollo de la identidad de los jóvenes. Erikson afirmó que, en todo el mundo, los grupos étnicos minoritarios han luchado por mantener su identidad cultural al tiempo que se mezclaban con la cultura mayoritaria. Normalmente, la adolescencia supone un momento crucial en el desarrollo de la identidad de los jóvenes de minorías étnicas. Erikson defendió la existencia de diferencias entre géneros en la identidad, pero algunos investigadores han hallado más similitudes que diferencias entre los géneros. Otros afirman que las relaciones son más relevantes para el desarrollo de la identidad de las adolescentes que para el desarrollo de los chicos.
- Las emociones que los adolescentes experimentan suelen ser de una naturaleza más extrema y fugaz que las que sienten sus padres. Durante su desarrollo a lo largo de la adolescencia temprana, los individuos no suelen afirmar que su estado de ánimo sea «muy feliz». Sin embargo, resulta importante considerar que estos cambios en el estado de ánimo constituyen un aspecto normal de la adolescencia temprana. A pesar de que los cambios propios de la pubertad se asocian con un aumento en las emociones negativas, la influencia de las hormonas no resulta, con frecuencia, significativa. Por el contrario, las experiencias relacionadas con el entorno pueden influir más que los cambios hormonales en las emociones que experimentan los adolescentes.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Describir los cambios que afectan a la relación de los adolescentes con sus padres*

- Para muchos padres resulta difícil aceptar la exigencia de autonomía por parte de los adolescentes, a pesar de que dicha exigencia es una de las características normales de la adolescencia. Los jóvenes no se integran en un mundo separados de sus padres. El apego a los padres aumenta la probabilidad de que los adolescentes sean socialmente competentes.
- Las situaciones de conflicto con los padres aumentan en la adolescencia temprana. Estos enfrentamientos suelen ser moderados, y su incremento puede fomentar la autonomía de los padres y la identidad, lo que constituye una positiva función del desarrollo. Un subgrupo de adolescentes experimenta una alta conflictividad con sus padres, lo que se relaciona con problemas en la adolescencia.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Analizar los cambios que afectan a las relaciones entre iguales en la adolescencia*

- Harry Stack Sullivan fue el teórico más influyente que haya analizado la importancia de la amistad en la adolescencia. Afirmó que, durante la adolescencia temprana, se produce un notable incremento de la importancia psicológica y de la intimidad en las amistades.
- La presión para aceptar las normas de los iguales aumenta durante la adolescencia, especialmente durante los dos últimos años de la educación secundaria. Las pandillas y los grupos sociales extensos adquieren una mayor importancia en las vidas de los adolescentes que en las de los niños. La pertenencia a ciertos grupos —como el de los populares o el de los atletas— está relacionada con unos mayores índices de autoestima. Los independientes también dan muestras de una autoestima elevada. Los grupos de niños son menos formales y heterogéneos que los de adolescentes.
- Las citas adquieren una mayor importancia para muchos adolescentes y pueden desempeñar distintas funciones. Los adolescentes más jóvenes suelen comenzar a salir juntos en grupos con individuos de ambos sexos. Las citas a una edad demasiado temprana causan una especial preocupación, ya que se relacionan con problemas en el desarrollo. Muchos jóvenes homosexuales tienen citas con individuos del sexo contrario, lo que puede ayudarles a aclarar su orientación sexual o a ocultarla ante los demás. Los guiones de citas masculinos son activos, mientras que los femeninos son pasivos. La cultura pue-

de ejercer una notable influencia en las citas en la edad adolescente.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Explicar la influencia que ejercen los factores culturales en el desarrollo del adolescente*

- Al igual que en otros períodos del desarrollo, la cultura ejerce una notable influencia en el desarrollo del adolescente. Existen tanto similitudes como diferencias en los adolescentes de distintos países. La mayor parte de las investigaciones relacionadas con la adolescencia las han realizado expertos europeos y norteamericanos. Debido a los avances tecnológicos, puede estar creándose una cultura juvenil global con características similares, aunque aún existen diferencias entre los adolescentes de distintas culturas. En algunos países, las tradiciones se transmiten en el proceso de socialización de los adolescentes, mientras que en otros, las vivencias de los adolescentes pasan por un momento de profundo cambio. Tanto las tradiciones como los cambios se relacionan con la salud y el bienestar, el género, las familias, las escuelas y las relaciones con el grupo de iguales. Con frecuencia, los adolescentes ocupan su tiempo realizando actividades diversas, que dependen de la cultura en la que vivan. El paso de una etapa del desarrollo a otra (como el hecho de convertirse en adulto) puede marcarse con ceremonias. En las culturas primitivas, los ritos iniciáticos suelen estar bien definidos, al contrario que en el mundo occidental.
- En buena parte de las investigaciones realizadas sobre los adolescentes de minorías étnicas no se ha separado la influencia del origen étnico y la del estatus social. Por ello, los investigadores han basado frecuentemente sus explicaciones en motivos étnicos cuando, en realidad, deberían haberse referido a factores socioeconómicos. A pesar de que no todas las familias de minorías étnicas son pobres, sí es cierto que la pobreza aumenta las situaciones de estrés vividas por los adolescentes con estos orígenes. Existen diferencias reales entre muchos grupos étnicos, así como entre estos grupos y el grupo mayoritario. Reconocerlas resulta esencial para convivir con otros en un mundo diverso y multicultural. Con demasiada frecuencia, las diferencias entre los grupos étnicos y la mayoría blanca se han interpretado como déficit por parte de los grupos minoritarios. Otra importante dimensión de los grupos étnicos minoritarios es su diversidad interna. No se trata de grupos homogéneos, sino que presentan características sociales, históricas y económicas distintas. Si no se reconocen la diversidad y las variaciones individuales, se tiende a crear estereotipos sobre el grupo étnico minoritario. Los conflictos de valores surgen con frecuencia cuando los individuos se enfrentan a cuestiones relacionadas con el origen étnico. Un conflicto de valores relevante se centra en el debate entre asimilación y pluralismo.

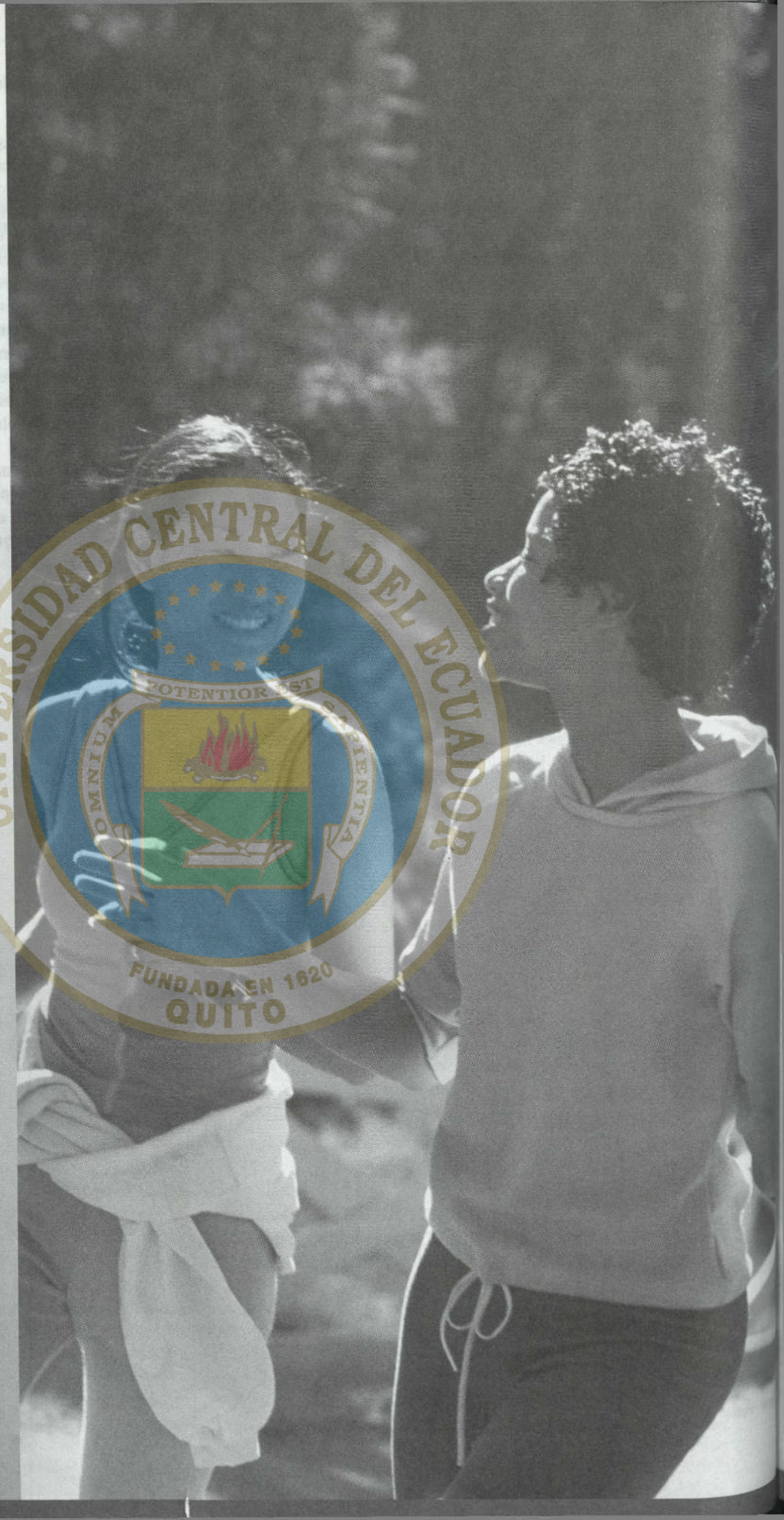
5 *Objetivo de aprendizaje 5: Identificar los problemas que pueden afectar al desarrollo socioemocional de los adolescentes y analizar las estrategias que pueden ayudar a solucionarlos*

- Un delincuente juvenil es un adolescente que viola la ley o que presenta un comportamiento que se considera ilegal. Entre las causas propuestas para explicar la delincuencia se encuentran la herencia, los problemas de identidad, las influencias comunitarias y las experiencias familiares. Resulta preocupante el alto nivel de violencia del que dan muestra los jóvenes.
- Los adolescentes presentan un mayor índice de depresiones que los niños. Los desórdenes emocionales y la depresión son más frecuentes entre las chicas que entre los varones. El suicidio es la tercera causa de muerte de adolescentes en Estados Unidos. Los factores que influyen en el suicidio son tanto próximos (recientes) como distantes (lejanos en el tiempo).
- Los investigadores están descubriendo que los problemas de los adolescentes están interrelacionados. Dryfoos determinó una serie de factores comunes a distintos programas diseñados para prevenir o reducir los problemas de los adolescentes. Estos programas proporcionan atención individual a adolescentes en situaciones de alto riesgo, intervienen en toda la comunidad e incluyen la identificación e intervención tempranas.

SECCIÓN SÉPTIMA

Juventud

CAPÍTULO 14



Cuando puedas hacer algo, o sueñes que puedes hacerlo, da siempre el primer paso. La audacia tiene genio, fuerza y magia.

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE
Dramaturgo y novelista alemán, siglo XIX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIORI EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo físico y cognitivo en la juventud

Esquema del capítulo

LA TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA EDAD ADULTA 1

Convertirse en un adulto

La transición del instituto a la universidad

DESARROLLO FÍSICO 2

Nivel máximo y disminución del rendimiento físico

Alimentación y peso corporal

Ejercicio físico habitual

Abuso de sustancias

SEXUALIDAD 3

Orientación sexual

Enfermedades de transmisión sexual

Abuso sexual y acoso sexual

DESARROLLO COGNITIVO 4

Estadios cognitivos

Creatividad

TRAYECTORIA PROFESIONAL Y TRABAJO 5

Cambios en el desarrollo

Tipos de personalidad

Valores y trayectoria profesional

Control de las expectativas laborales

La influencia del trabajo

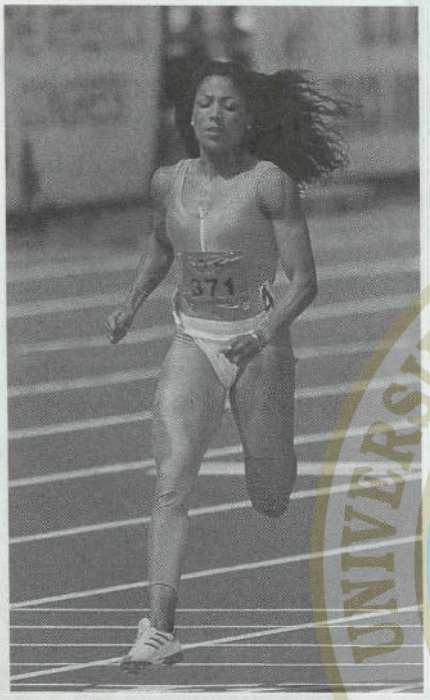
Objetivos de aprendizaje

1. **Describir la transición de la adolescencia a la edad adulta**
2. **Identificar los cambios que se producen en el desarrollo físico de los adultos jóvenes**
3. **Analizar la sexualidad en la juventud**
4. **Describir los cambios cognitivos que se producen en la juventud**
5. **Explicar los aspectos esenciales de la trayectoria profesional y del trabajo en la juventud**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Florence Griffith Joyner



«Cuando has sido la segunda mejor durante tanto tiempo, puedes aceptarlo o intentar llegar a ser la mejor. Yo decidí ser la mejor.» Florence Griffith Joyner, medallista olímpica.

A los 28 años de edad, Florence Griffith Joyner, también conocida por su apodo «Flo-Jo», batió todas las marcas olímpicas y mundiales en las pruebas de 100 y 200 metros lisos. Este hecho resultó especialmente extraordinario porque todas las campeonas anteriores tenían poco más de 20 años. Gracias a un mejor entrenamiento con pesas, a sus hábitos alimentarios y una disciplina personal ejemplar, Florence Griffith pudo alcanzar sus objetivos deportivos a una edad en la que muchos pensaban que ya resultaba imposible. Durante sus años en la universidad, Florence tuvo que compaginar muchas facetas de su vida para alcanzar el éxito. Además de sus estudios universitarios, trabajaba y se desplazaba cada día a la facultad. Esto no le impidió convertirse en campeona de los 200 metros lisos en las pruebas de la Asociación Americana de Atletismo universitario (NCAA), sino que además logró obtener resultados académicos brillantes.

Florence creció en una ambiente de pobreza en la zona de Watts en Los Ángeles (California) y nunca olvidó su pasado. Fue una benefactora de su comunidad, a donde volvía con frecuencia para hablar con los niños y recordarles que debían anteponer sus estudios a los triunfos deportivos.

Desgraciadamente, Florence falleció a la temprana edad de 38 años, tras sufrir un ataque. En un libro escrito por ella misma que se publicó tras su muerte (Griffith Joyner y Hanc, 1999), Florence señalaba la importancia de encontrar una trayectoria profesional que agrade y de comprometerse a ser lo mejor posible en la vida y en el trabajo.

VISTA PREVIA

En este capítulo, analizaremos muchos aspectos del desarrollo físico y cognitivo durante la juventud. Así, trataremos algunas de las áreas que tan importantes resultaban para Florence Griffith: la búsqueda del nivel máximo de rendimiento físico, alcanzar los logros planteados, encontrar la trayectoria profesional adecuada y combinar distintos roles. Con el fin de establecer un vínculo con el capítulo anterior, nos centraremos en primer lugar en la transición de la adolescencia a la edad adulta.

1 LA TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA EDAD ADULTA

Convertirse en un adulto

La transición del instituto a la universidad

Tal y como afirmaba en una de sus canciones Bob Dylan, «¿Por cuántos caminos ha de ir una persona antes de que se le considere una persona?». ¿Cuándo podemos decir que un adolescente se convierte en adulto? En el Capítulo 12 señalamos que resultaba complicado identificar el momento en el que una chica o un chico entran en la adolescencia. Delimitar el momento en el que un individuo se convierte en adulto entraña aún más dificultades.

Convertirse en adulto

La transición de la adolescencia a la edad adulta constituye un período de gran trascendencia (Arnett, 2004; Gutman, 2002; Montgomery y Cote, 2003). Se ha afirmado que la adolescencia comienza debido a la biología y termina por causa de la cultura, es decir, la transición de la niñez a la adolescencia comienza con el proceso de madurez de la pubertad, mientras que el paso de la adolescencia a la edad adulta viene determinado por normas y experiencias de índole cultural.

En todo el mundo, se espera que los jóvenes retrasen su entrada en la edad adulta, sobre todo debido a que la sociedad actual necesita adultos con un mayor nivel educativo y una mejor formación que en generaciones anteriores (Mortimer y Larson, 2002). De esta manera, el proceso de cambio entre la adolescencia y la edad adulta puede resultar largo. El término **adultez emergente** se aplica a esta fase de transición (Arnett, 2000; 2004), que suele ocurrir entre los 18 y los 25 años de edad y que está caracterizada por la experimentación y la exploración. En este punto del desarrollo, muchos individuos aún se hayan buscando la trayectoria profesional que desean seguir, el tipo de identidad que quieren y el estilo de vida que les gustaría adoptar (por ejemplo, permanecer soltero, convivir con alguien o casarse).

En Estados Unidos, se admite de forma generalizada que tener un puesto de trabajo relativamente estable constituye el elemento que marca la entrada en la edad adulta. Este hecho suele producirse cuando el individuo termina su educación académica (bien sea la educación secundaria, la universidad o los estudios post-universitarios o profesionales). Sin embargo, existen criterios que no resultan tan evidentes. La independencia económica es otro factor que identifica al adulto, pero conseguirla suele conllevar un largo proceso. Cada vez con mayor frecuencia, los titulados universitarios viven en el domicilio familiar mientras intentan estabilizar su situación económica. Según un reciente estudio longitudinal, a la edad de 25 años poco más de la mitad de los participantes disfrutaban de una independencia económica completa con respecto a sus familias (Cohen y otros, 2003). No obstante, las conclusiones más llamativas de este estudio hacían referencia a la gran variación que se apreciaba en las trayectorias individuales de los roles adultos en un período de diez años, desde los 17 hasta los 27 años de edad. Durante estos años, los niveles de independencia o dependencia de los participantes ascendían o disminuían de forma repetida.

Para muchos individuos, otro factor que marca la entrada en la edad adulta es la toma de responsabilidad personal. Según un reciente estudio, el mayor grado de responsabilidad constituía un marcador de la condición de adulto (Shulman y Ben-Artzi, 2003). En otra investigación, el 70 por 100 de los estudiantes universitarios afirmaron que ser adulto implicaba aceptar que se es responsable de las consecuencias que tienen las acciones propias, decidir de acuerdo con las creencias y los valores personales y relacionarse con los padres desde la igualdad entre adultos (Arnett, 1995).

¿Puede determinarse una edad específica en la que nos convertimos en adultos? En una investigación se analizó si los individuos que se encontraban en la etapa de la adultez emergente consideraban que ya eran adultos (Arnett, 2000). La mayoría de los individuos con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años no respondieron claramente «sí» o «no», sino que escogieron la respuesta enunciada como «en algunos aspectos sí, en otros no» (véase la Figura 14.1). Según este estudio, hay que esperar hasta que los individuos se acercan a los 30

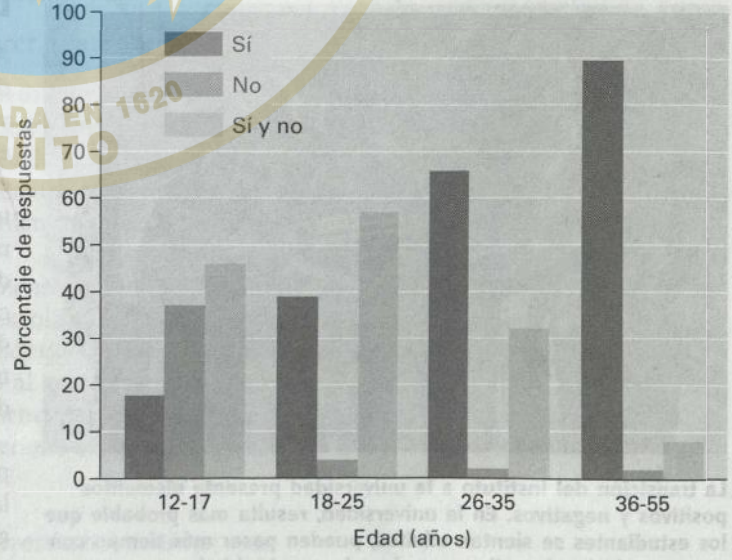


FIGURA 14.1 Percepciones personales de la condición de adulto
En el transcurso de una investigación, se planteó la siguiente pregunta a los sujetos: «¿Considera que ha alcanzado la condición de adulto?». Las respuestas posibles eran «sí», «no» y «en algunos aspectos sí; en otros, no» (Arnett, 2000). Tal y como se indica en el gráfico, la mayoría de los adultos emergentes (de 18 a 25 años de edad) se decantaron por la tercera opción.

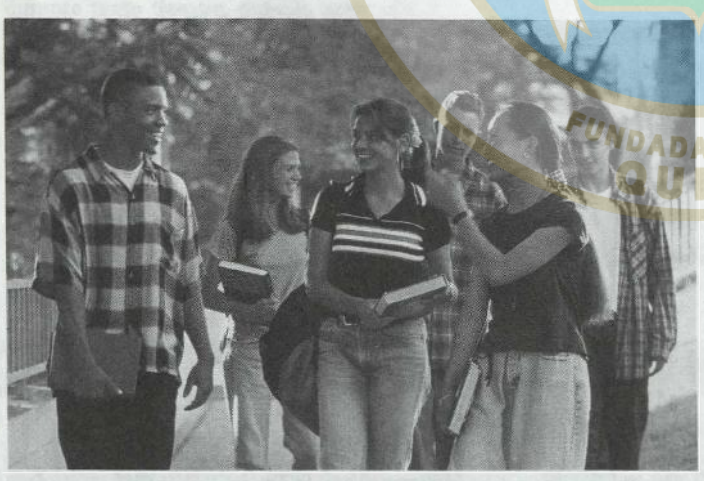
años de edad para que la mayoría de las respuestas indiquen que se ha alcanzado la edad adulta. De esta manera, los adultos emergentes no se consideran ni adolescentes ni adultos en sentido completo.

No obstante, en otra investigación, los individuos con 21 años de edad afirmaron haber alcanzado la adultez cuando tenían 18 o 19 años (Scheer, 1996). En este estudio, los participantes señalaron que la edad adulta venía determinada por la presencia de determinados factores relacionados con el estatus social (nivel económico y titulación/educación) o con la cognición (ser responsable y tomar decisiones de forma independiente). Resulta evidente, por tanto, que para alcanzar la adultez no basta con cumplir una edad determinada.

Las nuevas libertades y responsabilidades propias de la adultez emergente suponen cambios muy importantes para las vidas de los individuos. A pesar de que el paso de la adolescencia a la edad adulta está marcado por el cambio, no podemos olvidar que ambos períodos aún están unidos por un sentido de la continuidad. Así, por ejemplo, según un reciente estudio longitudinal, las opiniones y comportamientos religiosos de los adultos emergentes permanecían particularmente estables y, en menor medida, tampoco se alteraba su actitud hacia las drogas (Bachman y otros, 2002).

Los factores señalados para determinar la condición de adulto pueden aplicarse a los individuos de sociedades industrializadas, sobre todo a los estadounidenses. Sin embargo, ¿podemos considerar que estos criterios también son válidos para los individuos que viven en países en vías de desarrollo? En estos lugares, el matrimonio suele constituir el hecho que marca el comienzo de la edad adulta y, además, suele ocurrir mucho antes que los factores indicados para los individuos estadounidenses (Arnett, 2000, 2004). Asimismo, según un reciente estudio, la mayoría de los universitarios chinos con 20 años o edades cercanas afirmaban que ya habían alcanzado la adultez (Nelson, Badger y Wu, 2004).

Por ello, los individuos alcanzan la edad adulta en algún momento localizado poco antes y después de cumplir los 20 años. Este cambio implica la aceptación de la responsabilidad personal, la toma de decisiones independientes y la obtención de la independencia económica con respecto a los padres (Arnett, 2000, 2004).



La transición del instituto a la universidad presenta elementos positivos y negativos. En la universidad, resulta más probable que los estudiantes se sientan adultos, pueden pasar más tiempo con su grupo de iguales, disponen de más oportunidades para conocer estilos de vida y valores diferentes, y disfrutan de una mayor libertad con respecto al control de sus padres. Sin embargo, la universidad constituye una estructura escolar más amplia e impersonal en la que aumenta la preocupación por los logros y por la evaluación. *¿Cómo se desarrolló tu transición hacia la vida universitaria?*

La transición del instituto a la universidad

Al igual que la transición de la escuela primaria al centro de educación secundaria, la transición del instituto a la universidad también implica cambios y posibles motivos de estrés. En muchos aspectos, se pueden trazar paralelismos entre ambas transiciones. Pasar de ser el mayor del instituto cuando se cursa el último curso de bachillerato a ser un novato en la universidad reproduce el fenómeno de pérdida de estatus que se produjo al comenzar la adolescencia cuando se pasó de ser el grupo de mayor edad y más fuerte de los estudiantes en la escuela primaria a ser el grupo de menor edad y con menos poder en el centro de secundaria.

La transición del instituto a la universidad implica el paso a una estructura académica más amplia e impersonal, la convivencia con compañeros de distintas procedencias geográficas y étnicas, y un mayor énfasis en el rendimiento y en su evaluación.

No obstante, al igual que en el caso de la transición de la escuela primaria a la secundaria, el paso del instituto a la universidad también puede conllevar efectos positivos. Resulta más probable que los estudiantes se sientan mayores, dispongan de más asignaturas entre las que elegir, puedan

pasar más tiempo con sus compañeros, se les presenten más oportunidades para explorar distintos estilos de vida y valores, disfruten de una mayor independencia con respecto a la supervisión paterna y lleven a cabo tareas intelectuales más motivadoras (Santrock y Halonen, 2006).

Estrés En la actualidad, los estudiantes universitarios experimentan mayores niveles de estrés y caen más a menudo en la depresión que en el pasado, según los resultados obtenidos en un estudio llevado a cabo en Estados Unidos con más de 300.000 estudiantes de primer curso en más de 500 centros de educación superior (Sax y otros, 2003). En 2002, el 27 por 100 (en comparación con un 16 por 100 en 1985) afirmó que, con frecuencia, «se sentían agobiados por lo que debían hacer». En 2003, los estudiantes universitarios de primer curso también se sentían más deprimidos si se comparaban sus respuestas con las aportadas por estudiantes universitarios en los años ochenta. La presión para alcanzar el éxito en la universidad, conseguir un buen puesto de trabajo y ganar mucho dinero era causa generalizada de preocupación para estos estudiantes.

Según una investigación, las circunstancias académicas que generan mayores niveles de estrés para los estudiantes eran los exámenes y las pruebas finales, las calificaciones y la competencia, los profesores y el ambiente en las clases, la existencia de demasiadas exigencias, los trabajos escritos, el éxito en lo profesional y en el futuro y tener que estudiar (Murphy, 1996). Por otro lado, las circunstancias personales que mayores niveles de estrés generaban eran las relaciones íntimas, la situación económica, los conflictos con los padres y las expectativas que los progenitores tenían de sus hijos, y los conflictos con los compañeros de habitación.

Examinemos a continuación algunas maneras de hacer frente a estas situaciones de estrés, comenzando por lo que no hay que hacer:

- Reprime lo que sientes para no tener que pensar en ello.
- Tómala con otras personas cuando te sientas enfadado o deprimido.
- No expreses abiertamente tus sentimientos.
- Debes decirte que el problema desaparecerá solo.
- No creas lo que te pasa.
- Intenta reducir la tensión consumiendo alcohol o comiendo más.

Afortunadamente, existen formas más positivas de hacer frente al estrés:

- Considera que las situaciones de estrés suponen un reto que puedes superar en vez de una amenaza que se cierne sobre ti (Steptoe y Ayers, 2005).
- Dispón de buenos recursos para hacer frente a los problemas, como amigos, familia y tutores. Según un reciente estudio, los universitarios de primer curso se adaptaban mejor a su nueva realidad cuando tenían menores niveles de conflicto con la familia (Feenstra y otros, 2001).
- Desarrolla una visión optimista de lo que te ocurre y piensa de forma positiva. Pensar de manera optimista permite sentir que se controla el entorno en vez de dejar que el entorno nos controle. Según una reciente investigación, la existencia de un alto grado de optimismo, evaluado al comenzar el primer semestre en la universidad, se relacionaba con la presencia de menores niveles de estrés y de depresión a lo largo de ese primer período en la universidad (Brisette, Scheier y Carver, 2002).
- Aprende a relajarte.
- Busca apoyo y consejo. La mayoría de los centros universitarios cuentan con un servicio de apoyo con profesionales de la salud mental que pueden mostrarte estrategias eficaces para hacer frente al estrés.

Felicidad ¿Qué factores hacen felices a los estudiantes universitarios? En un reciente estudio realizado con 222 estudiantes universitarios de cuarto curso, se comparó el 10 por 100 de estudiantes que decían ser «muy felices» con los estu-

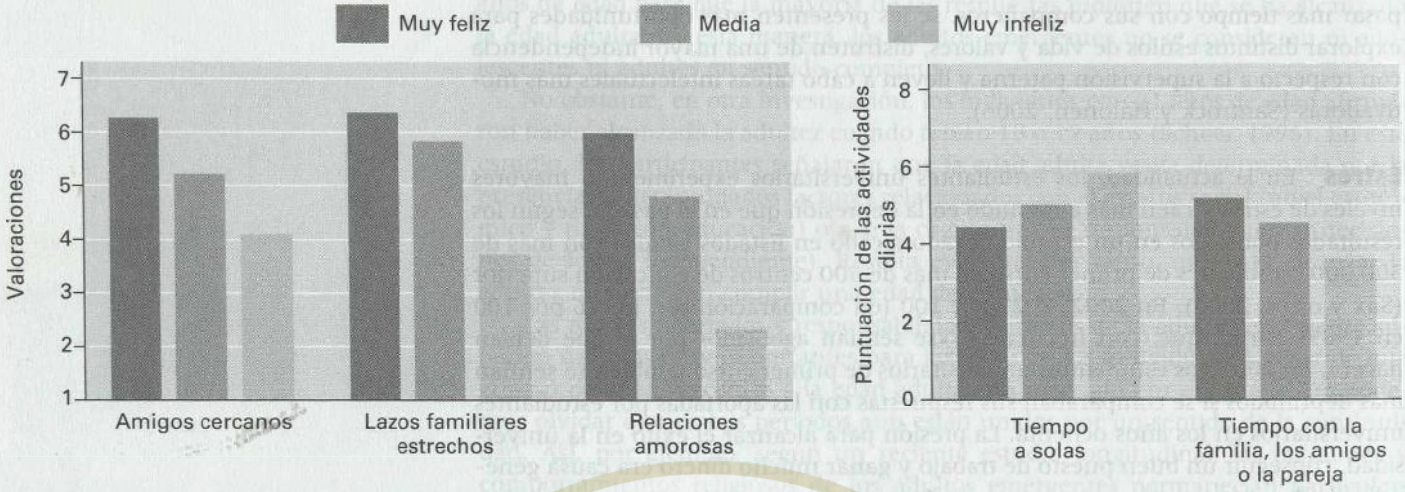


FIGURA 14.2 Características de los estudiantes universitarios con mayor nivel de felicidad

Las valoraciones se realizaron siguiendo una escala de 7 puntos, en la que 1 se encontraba muy por debajo de la media de los estudiantes de la universidad escogida (Universidad de Illinois), y 7 se encontraba muy por encima de la media de esos mismos estudiantes. En el caso de las actividades diarias, las puntuaciones reflejan la media de tiempo dedicado a cada actividad: 1 representa nada de tiempo y 8 representa ocho horas diarias.

diantes medios y que afirmaban sentirse «muy infelices» (Diener y Seligman, 2002). Los estudiantes más felices eran individuos muy sociables, más extraovertidos y tenían relaciones íntimas y sociales más estrechas que los estudiantes menos felices, que solían pasar más tiempo a solas (véase la Figura 14.2).

Educación La población estadounidense alcanza cada vez mayores niveles educativos. En 2001, el 29 por 100 de los individuos con edades comprendidas entre los 25 y los 29 años poseían un título universitario superior, frente a tan sólo un 17 por 100 en 1971 (Departamento de Educación de Estados Unidos, 2003). Se espera que el número total de matrículas en centros universitarios aumente en la próxima década, pues cada vez más estudiantes de bachillerato acceden a la universidad. En las últimas décadas, se ha experimentado un considerable aumento del número de individuos que asistían a clases en centros donde se imparten estudios universitarios de dos años de duración (*community colleges*), y este tipo de centros continúa creciendo en Estados Unidos.

¿Cuáles son los niveles de matrículas en centros universitarios en otras partes del mundo? Canadá presenta el mayor porcentaje de individuos con edades comprendidas entre los 18 y los 21 años de edad matriculados en centros universitarios (41 por 100), seguido de Bélgica (40 por 100), Francia (36 por 100), Estados Unidos (35 por 100), Irlanda (31 por 100) y Nueva Zelanda (25 por 100) (Departamento de Educación de Estados Unidos, 1999). Sin embargo, el mayor aumento en el número de estudiantes universitarios se está produciendo en África: 128 por 100 entre 1980 y 1996.

Estas cifras no incluyen al gran número de individuos que retoman sus estudios y que constituyen un porcentaje cada vez mayor entre los universitarios estadounidenses. Estos estudiantes no accedieron a la universidad al finalizar el bachillerato, o bien no finalizaron sus estudios universitarios, que ahora retoman. En la actualidad, este tipo de estudiantes representa uno de cada cinco universitarios a tiempo completo, y más de dos tercios de los estudiantes universitarios que compaginan sus estudios con otras actividades (Sax y otros, 2003). Muchos de estos estudiantes deben compaginar sus tareas académicas con la vida en pareja, los hijos, un puesto de trabajo o responsabilidades en la comunidad en la que viven.

A pesar de los retos que plantea la vuelta a la vida académica, también es cierto que estos individuos aportan mucho a la universidad como, por ejemplo, sus experiencias vitales, que pueden aplicarse a numerosos aspectos de la vida universitaria.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Describir la transición de la adolescencia a la edad adulta

REVISA

- ¿Qué criterios se aplican para determinar que se es adulto? ¿Cuáles son las características de la adultez emergente?
- ¿Cómo se produce la transición del instituto a la universidad?

REFLEXIONA

- En tu opinión, ¿cuál es el criterio más importante que debe aplicarse para decidir si ya se es adulto? ¿Resulta lógico que se describa la situación de un individuo como «adultez emergente» durante un período de varios años o existe una edad concreta en la que nos convertimos en adultos? Explica tu opinión.

2 DESARROLLO FÍSICO

Nivel máximo y disminución del rendimiento físico | **Ejercicio físico habitual** | **Alimentación y peso corporal** | **Abuso de sustancias**

Para la mayor parte de los individuos, durante la juventud no sólo se alcanza el nivel máximo de forma física, sino que también comienza la disminución del rendimiento físico. Se ha incrementado el interés por la salud que muestran los adultos más jóvenes, con especial atención a la dieta, el peso corporal, el ejercicio y las adicciones.

Nivel máximo y disminución del rendimiento físico

La mayor parte de los individuos alcanzan su nivel máximo de rendimiento físico antes de cumplir los 30 años de edad, sobre todo entre los 19 y los 26 años. Este nivel máximo no sólo se alcanza en el caso del adulto joven medio, sino también en el de deportistas destacados. A pesar de que los deportistas en conjunto siguen obteniendo mejores marcas que sus predecesores (mayor velocidad, mayor altura en los saltos, mayores pesos que se logran levantar), la edad a la que alcanzan su nivel máximo de rendimiento apenas ha sufrido variaciones (Schultz y Curnow, 1988).

La mayoría de los nadadores y gimnastas alcanzan su máximo rendimiento entre los 18 y los 19 años. Los jugadores de golf y los corredores de maratón suelen llegar a ese nivel máximo entre los 28 y los 29 años. En otras modalidades deportivas, se suele llegar al punto de máximo rendimiento entre los 20 y los 25 años.

Durante la juventud no sólo alcanzamos nuestro nivel máximo de rendimiento físico, sino que también gozamos del mejor estado de salud. Muy pocos adultos jóvenes presentan problemas crónicos de salud, y suelen padecer menos resfriados

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST SAPIENTIA QUITO

o problemas respiratorios que cuando eran niños. La mayor parte de los estudiantes universitarios saben cómo evitar las enfermedades y mantener un buen estado de salud. Según un estudio, la valoración que los estudiantes universitarios hacían de actividades beneficiosas para la salud (nutrición, descanso, ejercicio, control del peso, etc.) coincidía casi exactamente con la realizada por profesionales de la enfermería (Turk, Rudy y Salovey, 1984).

A pesar de que buena parte de los estudiantes universitarios saben cómo evitar las enfermedades y mantenerse sanos, no suelen aplicar de forma adecuada la información que poseen a sus vidas. Según los datos obtenidos en una investigación, los universitarios afirmaban que, probablemente, ellos no sufrirían un ataque cardiaco ni tendrían problemas con el alcohol, aunque consideraban que otros estudiantes sí tendrían esos problemas de salud (Weinstein, 1984). Estos universitarios también afirmaron que no existía relación alguna entre el riesgo de sufrir un ataque cardiaco y la cantidad de ejercicio que realizaban, los cigarrillos que fumaban o la carne y productos con un elevado contenido en colesterol que consumían (como, por ejemplo, los huevos), a pesar de que eran capaces de reconocer correctamente que ciertos factores, como los antecedentes familiares, sí influían en el riesgo de padecer dolencias cardiacas. Al parecer, muchos estudiantes universitarios aún poseen creencias poco realistas y excesivamente optimistas sobre los riesgos a los que se enfrenta su salud en el futuro.

En la juventud, muy pocos individuos se detienen a reflexionar sobre la forma en la que sus estilos de vida afectarán a su salud en el futuro. En este estadio evolutivo, muchos jóvenes adultos desarrollan patrones de comportamiento que incluyen no desayunar, no respetar los horarios de las comidas o alimentarse a base de tentempiés durante todo el día, comer de manera excesiva hasta el punto de superar el peso adecuado para la edad que se tenga, fumar de manera moderada o excesiva, consumir alcohol de manera moderada o excesiva, no realizar ejercicio físico y dormir tan sólo unas pocas horas cada noche. Según un estudio en el que se analizó a 7000 individuos de edades comprendidas entre los 20 y los 70 años de edad, estos patrones negativos de estilo de vida se relacionan con la presencia de problemas de salud (Belloc y Breslow, 1972). De acuerdo con el «Estudio longitudinal Berkeley» (*Berkeley Longitudinal Study*), en el que se realizó un seguimiento de los sujetos durante un período de 40 años, la salud física a los 30 años de edad era un indicador de la satisfacción por la vida que se experimentaba a los 70 años de edad, lo que se acentuaba en el caso de los hombres (Mussen, Honzik y Eichorn, 1982).

Existen ciertos peligros ocultos en la consecución de los niveles máximos de rendimiento físico y salud durante la juventud. Los adultos jóvenes pueden utilizar sus recursos físicos para conseguir satisfacción, ya que tienen la capacidad para recuperarse fácilmente del estrés y los esfuerzos físicos excesivos, una situación que, sin embargo, puede llevarles a exigir demasiado a sus cuerpos. Los efectos negativos de este tipo de abuso tal vez no se hagan notar durante la primera parte de la juventud, pero probablemente aparezcan más adelante, durante la madurez temprana o intermedia (Csikszentmihalyi y Rathunde, 1998).

¿De qué manera se relacionan el género y el origen étnico con los comportamientos y creencias saludables durante la juventud? Según un reciente estudio, los estudiantes universitarios varones presentaban más comportamientos que suponían un riesgo para su salud que sus compañeras de estudios (Courtenay, McCreary y Merighi, 2002). De entre los distintos grupos étnicos que tomaron parte en este estudio, los americanos de origen asiático presentaban los comportamientos que más dañaban la salud, debido, principalmente, al consumo de tabaco. Los hispanos, por su parte, mostraban los mayores riesgos relacionados con la alimentación, lo que se debía al consumo excesivo de grasas.

Durante la juventud, no sólo alcanzamos nuestro nivel máximo de rendimiento físico, sino que además, también experimentamos el comienzo del declive en nuestras capacidades físicas. El tono y la fuerza muscular comienzan a mostrar

signos de disminución alrededor de los 30 años de edad. Es el momento en el que aparece la papada y en el que el vientre comienza a hacerse prominente. Quienes acaban de entrar en la treintena suelen quejarse de la disminución en sus capacidades físicas. Así, un treintañero afirma: «Anoche jugué al tenis, y hoy me duelen las rodillas y la zona lumbar. El mes pasado, me dolía el codo. Esto no pasaba hace unos años. Podía jugar todo el día y estar perfecto al día siguiente». Los sistemas sensoriales apenas cambian durante la juventud, pero el cristalino del ojo pierde algo de su elasticidad y le cuesta más adaptar su forma y enfocar objetos cercanos. La capacidad auditiva alcanza su máximo nivel en la adolescencia, permanece constante durante la primera parte de la juventud y luego comienza a disminuir durante el final de esta misma etapa. Además, los tejidos grasos corporales aumentan entre los 25 y los 29 años de edad.

Las perspectivas de salud de los adultos jóvenes occidentales pueden mejorar si se reduce la incidencia de ciertos estilos de vida que resultan perjudiciales, como el consumo excesivo de alimentos, y se fomentan hábitos saludables como una correcta alimentación, la práctica regular de ejercicio y se disminuyen los índices de abuso de drogas (Hahn, Payne y Mauer, 2005; Robbins, Powers y Burgess, 2005).

Alimentación y peso corporal

En los Capítulos 8 y 10 analizamos la obesidad durante la niñez y estudiamos la incidencia de trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia nerviosas en la adolescencia (Capítulo 12). A continuación centraremos nuestra atención en la obesidad durante la edad adulta y en la preocupación cada vez mayor que muchos adultos muestran por seguir un régimen de adelgazamiento.

Obesidad La obesidad constituye un problema de salud grave y generalizado para muchos individuos (Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades, *Center for Disease Control and Prevention*, 2005; Grupo de Trabajo Internacional sobre la Obesidad, *Internacional Obesity Task Force*, 2004; Steiger, Bruce e Israel, 2003). La prevalencia de la obesidad en la población adulta estadounidense aumentó de un 19 por 100 a un 25 por 100 en 2002. Más del 60 por 100 de los adultos estadounidenses sufren sobrepeso u obesidad (Centro Nacional para Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2004). La obesidad está relacionada con la existencia de un mayor riesgo de padecer hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares (Stunkard, 2000). Para aquellos individuos que superan su peso adecuado en un 30 por 100, la probabilidad de morir durante la edad adulta aumenta en un 40 por 100 aproximadamente. El índice de masa corporal, una medición del peso en relación con la altura, suele emplearse para determinar si el peso de una persona es inferior al aconsejable, adecuado, superior al aconsejable o si entra dentro de la categoría de obesidad (véase la Figura 14.3).

¿Cuáles son los factores que se relacionan con la obesidad? Los posibles culpables son la herencia genética, la leptina, el peso basal, los factores medioambientales, el origen étnico y el sexo.

Herencia genética Hasta hace relativamente poco tiempo, los estudios científicos habían subestimado la importancia del componente genético en relación con la obesidad. Algunos individuos tienden por razones genéticas a presentar sobrepeso. Las investigaciones realizadas han demostrado que se puede someter a los animales a una reproducción endogámica para que presenten tendencia a la obesidad (Blundell, 1984). Asimismo, los gemelos humanos idénticos tienen pesos similares, incluso cuando se han criado en ambientes separados (Collaku u otros, 2004). Se estima que la varianza de la masa corporal que puede deberse a factores hereditarios oscila entre el 25 y el 70 por 100.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CULTURA FÍSICA
BIBLIOTECA

Peso (en kg)

Altura (en metros)	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	102	105
1,50	20	21	23	24	25	27	28	29	31	32	33	35	36	37	39	40	41	43	44	45	47
1,53	19	21	22	23	24	26	27	28	29	31	32	33	35	36	37	38	40	41	42	44	45
1,56	18	20	21	22	23	25	26	27	28	30	31	32	33	35	36	37	38	39	41	42	43
1,59	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	30	31	32	33	34	36	37	38	39	40	42
1,62	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	29	30	31	32	33	34	35	37	38	39	40
1,65	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	39
1,68	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1,71	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1,74	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1,77	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
1,80	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	31	32
1,83	13	14	15	16	17	18	19	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	30	31
1,86	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	29	30
1,89	13	13	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29
1,92	12	13	14	15	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	28
1,95	12	13	13	14	15	16	17	17	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	28
1,98	11	12	13	14	15	15	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27

FIGURA 14.3 Cómo determinar el índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) mide el peso en relación con la altura de un individuo. Se considera que un IMC de 25 o superior constituye sobrepeso. Si el IMC es de 30 o superior, se considera que existe obesidad (un IMC de 30 representa, aproximadamente, 14 kilos por encima del peso ideal). Sin embargo, el IMC presenta algunas limitaciones: no tiene en cuenta la masa muscular y puede considerarla como un exceso de grasa o, por el contrario, no tiene en cuenta la grasa corporal presente en individuos que han perdido masa muscular, como, por ejemplo, los ancianos.

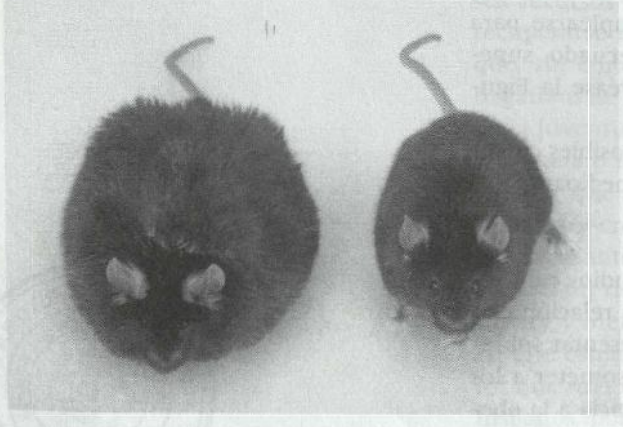


FIGURA 14.4 Leptina y obesidad

El ratón *ob* (a la izquierda) no ha recibido tratamiento alguno, mientras que al ratón de la izquierda se le han suministrado inyecciones de leptina.

Leptina La leptina (del griego *leptos*, «delgado») es una proteína relacionada con la saciedad (la sensación de estar lleno y satisfecho) segregada por las células adiposas que induce a la reducción de la ingesta de alimentos y a un mayor gasto energético (Oberauer y otros, 2001). La leptina actúa como una hormona antiobesidad (Misra y otros, 2001).

Las primeras investigaciones se centraron en una variedad de ratones llamados *ratones ob (obese)* cuyas células adiposas no pueden segregar leptina por una mutación genética. Los ratones *ob* presentan, además, un nivel bajo de metabolismo, consumen más alimentos de los necesarios y ganan peso de forma excesiva. Un gen específico denominado *ob* produce, normalmente, leptina. Cuando se administran inyecciones diarias de leptina a los ratones *ob*, su índice metabólico aumenta, se vuelven más activos y comen menos. En consecuencia, su peso se normaliza. En la Figura 14.4 se muestra un ratón *ob* que no recibió tratamiento con leptina y a otro ratón *ob* que sí recibió dosis de esta proteína. En el caso de los humanos, se ha relacionado la presencia de concentraciones de leptina con el peso, el porcentaje de grasa corporal, la pérdida de

peso durante un único régimen de adelgazamiento y el porcentaje acumulado de pérdida de peso a lo largo de distintos regímenes adelgazantes (Benini y otros, 2001; De Graaf y otros, 2004). En la actualidad, los científicos centran su interés en la posibilidad de que la leptina contribuya a la pérdida de peso en el caso de individuos que padecen obesidad.

Peso basal La cantidad de grasa acumulada en nuestros cuerpos constituye un importante factor que influye en nuestro nivel de peso basal, es decir, el peso que mantenemos cuando no hacemos esfuerzo alguno por perder o ganar peso. La grasa se almacena en las células adiposas. Cuando estas células se llenan, no sentimos sensación de hambre. Al ganar peso —por motivos hereditarios, hábitos alimenticios adquiridos en la infancia o por una ingesta excesiva de alimentos en la edad adulta—, aumenta el número de células adiposas que el cuerpo no siempre puede eliminar. Un individuo con un peso normal presenta de 30 a 40 billones de células adiposas, mientras que un individuo con obesidad puede tener de 80 a 120 billones de este tipo de células. Algunos científicos han sugerido que las células adiposas pueden reducir su tamaño, pero que no desaparecen del cuerpo.

Factores medioambientales El sistema gustativo humano y las preferencias por determinados sabores surgieron en un momento en el que las fuentes estables de alimentos eran escasas. Probablemente, nuestros antepasados desarrollaron un gusto especial por el sabor dulce porque la fruta madura, que concentra grandes cantidades de azúcar (y calorías), era un alimento al que se podía acceder fácilmente. Hoy en día, muchos individuos aún se decantan por los sabores dulces pero, al contrario que nuestros ancestros, que consumían fruta rica en azúcar pero también en vitaminas y minerales, las bebidas refrescantes y el chocolate que tomamos en la actualidad son una fuente de calorías vacías.

Origen étnico y sexo Según un reciente estudio, el peso de las mujeres afroamericanas e hispanas con edades comprendidas entre los 20 y los 40 años aumenta hasta alcanzar niveles propios de la obesidad a un ritmo más rápido que en el caso de las mujeres blancas con las mismas edades. Los varones hispanos llegan a la obesidad más rápido que los blancos o los afroamericanos (McTigue, Garrett y Popkin, 2002). Podemos hallar dos posibles explicaciones para este descubrimiento (Brownell, 2002): puede existir cierta vulnerabilidad biológica a la obesidad que hace que los individuos de algunos grupos étnicos sean más propensos a padecer esta enfermedad. Además, algunos sujetos se encuentran en situación de riesgo de padecer obesidad debido a factores medioambientales, sobre todo cuando disponen de un fácil acceso a comida rápida y de pocas oportunidades para llevar una vida activa.

Regímenes de adelgazamiento Resulta irónico que, al tiempo que aumentan los casos de obesidad, los regímenes de adelgazamiento se hayan convertido en una obsesión para muchos occidentales. Estas dietas suponen un tema de gran interés para muchos grupos distintos en Estados Unidos, incluyendo la opinión pública, los profesionales sanitarios, los políticos, los medios de comunicación y las poderosas industrias de las dietas y de la alimentación. A un lado del debate se encuentran las normas sociales según las cuales un cuerpo bello ha de ser delgado. Este ideal se ve reforzado por los 30 mil millones de dólares anuales conseguidos por la venta de libros, programas y vídeos sobre dietas, y alimentos y píldoras adelgazantes. Por otro lado se encuentran los profesionales de la salud y una minoría, cada vez mayor, de los medios de comunicación. A pesar de que reconocen que los niveles de obesidad son alarmantes, también se muestran preocupados por los elevados índices de recaídas y por la obsesión por la extrema delgadez, que puede llevar a seguir regímenes de adelgazamiento de manera indefinida y, por consiguiente, supone graves riesgos para la salud (Brownell, 2000).

Para muchas personas, la vida es una larga dieta, interrumpida de forma ocasional por un helado cubierto de caramelo caliente o por galletas de chocolate. Son personas que practican la **restricción alimentaria,** es decir, individuos que, de manera constante, limitan la ingesta de alimentos con el fin de controlar su peso. Estas personas suelen estar a dieta, prestan mucha atención los alimentos que toman y tienden a sentirse culpables después de haber consumido dulces en grandes cantidades. Una interesante característica de la restricción alimentaria es que los individuos que la practican tienden a comer de forma desmesurada (es decir, grandes cantidades de alimentos en un espacio breve de tiempo) cuando dejan de seguir un régimen de adelgazamiento (Lowe y Timko, 2004; McFarlane, Polivy y Herman, 1998).

A pesar de que muchos estadounidenses siguen dietas de adelgazamiento de forma regular, pocos logran mantener la pérdida de peso a largo plazo. Algunas opiniones críticas apuntan que no existen dietas eficaces (Wooley y Garner, 1991). Sin embargo, los estudios realizados demuestran que algunos individuos consiguen perder peso sin recuperar luego los kilos perdidos (Brownell y Cohen, 1995). Aún no se ha determinado con seguridad la frecuencia con la que se produce este éxito, ni si existen dietas más eficaces que otras.

En la actualidad, el régimen de adelgazamiento en auge en Estados Unidos es una dieta baja en hidratos de carbono creada por Robert Atkins (1997) y difundida en su libro *La nueva revolución dietética del Dr. Atkins*. Este régimen limita la ingesta de hidratos de carbono a menos del 10 por 100 del total de calorías consumidas, cuando en la dieta habitual de un estadounidense más del 50 por 100 de las calorías totales proviene de alimentos ricos en hidratos de carbono como el pan, las comidas preparadas, el almidón de las verduras y el azúcar de la fruta. En la dieta de Atkins, los individuos pueden consumir tantas proteínas y grasas como deseen. Los estudios de sus efectos a corto plazo han demostrado que con esta dieta se consigue adelgazar (Noakes y Clifton, 2004; Stern y otros, 2004). Sin embargo, existen opiniones contrarias que señalan la falta de estudios sobre las consecuencias de esta dieta a largo plazo y que el método de adelgazamiento de Atkins puede, a la larga, resultar perjudicial para la salud, especialmente para el sistema cardiovascular (Mayo Clinic, 2004). Existe abundante información que indica que los alimentos cuyo consumo se fomenta en una dieta baja en hidratos de carbono (por ejemplo, alimentos ricos en grasas saturadas como la carne, la mantequilla o la nata) incrementan el riesgo de padecer dolencias cardiacas y algunos tipos de cáncer. Además, los alimentos cuyo consumo no se recomienda en este tipo de dietas (como los cereales integrales, las verduras y la fruta), poseen vitaminas, minerales y otros nutrientes que reducen el riesgo de padecer enfermedades coronarias, cáncer y otras dolencias.

Lo que sí se sabe acerca de la pérdida de peso es que los métodos más eficaces son aquellos en los que se incluye la práctica de ejercicio físico (Bray y Champagne, 2004; Kemper, Stasse-Walthuis y Bosman, 2004). El ejercicio no sólo consume calorías, sino que eleva el índice metabólico de un individuo durante varias horas *después* de haberlo realizado (Janssen y otros, 2004). Además, el ejercicio disminuye el peso estabilizado, lo que permite que se mantenga un peso bajo con mayor facilidad (Bennett y Gurin, 1982).

Incluso en los casos en los que las dietas permiten adelgazar, también es cierto que los regímenes pueden suponer riesgos para la salud de la persona que los sigue. Causa de especial preocupación son los ciclos del peso (las dietas yoyó), es decir, la situación que se produce cuando una persona sigue un patrón repetitivo de dieta y recuperación del peso perdido (Wadden y otros, 1996). Las investigaciones realizadas han determinado que existe un vínculo entre los cambios frecuentes en el peso corporal y la aparición de enfermedades crónicas (Brownell y Rodin, 1994). Además, las dietas líquidas y otros métodos basados en la ingesta de una cantidad mínima de calorías están relacionadas con la aparición de daños en la vesícula biliar.

Sin perder de vista estos problemas, cuando las personas con sobrepeso realizan una dieta de adelgazamiento y logran mantenerse en su nuevo peso, disminuyen sus índices de depresión y se reduce el riesgo de padecer una serie de problemas de salud (Christensen, 1996; Wadden y otros, 2004).

Ejercicio físico habitual

En 1961, el presidente estadounidense John F. Kennedy afirmó: «Somos un país que realiza poco ejercicio. Miramos en vez de practicar, conducimos en vez de caminar. Nuestra forma de vida nos priva de la actividad física mínima necesaria para estar sanos». Resulta incuestionable que hoy en día más gente corre, practica el ciclismo y realiza ejercicios aeróbicos que en 1961, pero también es cierto que un número muy elevado de individuos están hundidos en sus sofás, pasando la mayor parte de su tiempo libre frente al televisor o a la pantalla del ordenador.

Una de las principales razones por la que los expertos en salud aconsejan que se practique ejercicio físico es que ayuda a prevenir enfermedades coronarias, diabetes y otras dolencias (Church y otros, 2004; Lane y otros, 2004). A pesar de que el ejercicio destinado a fortalecer los músculos y los huesos o a mejorar la flexibilidad es importante para mantener la forma física, muchos expertos sanitarios enfatizan la importancia del **ejercicio aeróbico,** es decir, el ejercicio continuo (footing, natación o ciclismo, por ejemplo) que estimula la actividad cardiaca y pulmonar.

En ciertas profesiones se realizan esfuerzos físicos más enérgicos que en otras (Howley, 2001). Por ejemplo, los estibadores, que pasan buena parte de su jornada laboral de pie, levantando, empujando y trasladando cargas pesadas, presentan un riesgo inferior en un 50 por 100 de sufrir un ataque cardiaco mortal, frente a otros trabajadores como conductores de grúas u oficinistas, que desempeñan labores con menores exigencias físicas. Según profundas investigaciones realizadas con 17.000 alumnos varones de la Universidad de Harvard, los individuos que practican ejercicio físico de forma vigorosa y regular, presentan menos riesgo de padecer dolencias cardiacas y más probabilidades de permanecer con vida en los años de la adultez intermedia, al contrario que los individuos con un estilo de vida sedentario (Lee, Hsieh y Paffenbarger, 1995; Paffenbarger y otros, 1986).

Algunos expertos han señalado que, sin considerar otros factores de riesgo (tabaquismo, hipertensión, sobrepeso, herencia genética), si se practica el suficiente ejercicio para consumir 2.000 calorías a la semana, se puede reducir el riesgo de padecer un ataque cardiaco en dos tercios, una proporción asombrosa (Sherwood, Light y Blumenthal, 1989). Para consumir 2.000 calorías semanalmente es necesario realizar un esfuerzo considerable, que supera a lo que muchos individuos están dispuestos a hacer. Para consumir 300 calorías al día con ejercicio físico, se debería realizar alguna de las siguientes actividades: nadar o correr durante 25 minutos, caminar durante 45 minutos a una velocidad de poco más de 6 kilómetros por hora, o participar en una clase de aeróbic de media hora de duración.

De manera más realista, los expertos sanitarios recomiendan que los adultos realicen 30 minutos o más de actividad física moderada varios días a la semana (preferiblemente todos los días). Suele recomendarse que se eleve el ritmo cardiaco hasta al menos el 60 por 100 de la frecuencia cardiaca máxima. Sin embargo, tan sólo una quinta parte de los adultos llevan una vida activa a los niveles recomendados de esfuerzo físico. En la Figura 14.5 se muestran ejemplos de actividades físicas que pueden considerarse moderadas o intensas.

Las investigaciones realizadas demuestran que los beneficios del ejercicio físico se advierten no sólo en la salud física, sino también en la mental (Faulkner y Biddle, 2002; King, 2000; Phillips, Kiernan y King, 2001). En concreto, el ejercicio mejora el auto-concepto y reduce los niveles de ansiedad y depresión (Moses y otros, 1989).

Intensidad moderada
Caminar con cierta rapidez (de 5 a 6 km/h)
Montar en bicicleta, para pasear o como forma de transporte (≤ 16 km/h)
Nadar, con esfuerzo moderado
Ejercicios de acondicionamiento físico, calistenia general
Deportes de raqueta, tenis de mesa
Golf, empujar el carrito o llevar los palos
Pasear en canoa (de 2 a 6 km/h)
Cuidado del hogar, limpieza general
Cortar el césped, con cortador eléctrico
Reparaciones en el hogar, pintar

Intensidad elevada
Caminar, con brío, cuesta arriba o con una carga
Montar en bicicleta, con rapidez o a la carrera (> 16 km/h)
Nadar a crol con rapidez
Ejercicios de acondicionamiento físico, máquina de peldaños o elíptica
Deportes de raqueta, tenis o frontenis
Golf, práctica en zona de tiros de salida
Navegar en canoa, con rapidez (≥ 6 km/h)
Cambiar los muebles de sitio
Cortar el césped, con cortador manual
Reparaciones en el hogar, proyectos de envergadura

FIGURA 14.5 Actividades físicas de intensidad moderada e intensa

Las investigaciones que han estudiado los efectos positivos del ejercicio indican que tanto las actividades moderadas como las intensas presentan beneficios físicos y psicológicos (Thayer y otros, 1996). Algunos individuos disfrutan con el ejercicio riguroso e intenso, mientras que otros prefieren practicar rutinas físicas de intensidad moderada. El disfrute o el placer que obtenemos de la práctica de actividades físicas junto con sus beneficios aeróbicos convierten al ejercicio en una de las actividades más importantes de la vida (Corbin y otros, 2005; Fahey, Insel y Roth, 2005).

Las siguientes son algunas estrategias útiles para conseguir que el ejercicio forme parte de nuestras vidas:

- *Reducir el tiempo dedicado a ver la televisión.* En el caso de los estudiantes universitarios, se ha relacionado el consumo excesivo de televisión con la existencia de un mal estado de salud (Astin, 1983). Debemos ocupar parte del tiempo que dedicamos a la televisión con ejercicio físico.
- *Registrar nuestro progreso.* Mantener un registro sistemático del ejercicio realizado nos permitirá observar nuestro progreso. Esta estrategia resulta especialmente útil a largo plazo.
- *No detenerse en excusas.* Somos capaces de crear todo tipo de excusas para no practicar ejercicio, sobre todo cuando afirmamos que «no tenemos tiempo». Seguro que sí tenemos tiempo suficiente.
- *Imaginar las consecuencias.* Debemos plantearnos si realmente estamos demasiado ocupados en otras cosas para cuidar de nuestra propia salud. ¿Cómo sería tu vida si no tuvieras un buen estado de salud?
- *Aprender más acerca del ejercicio.* Cuando más se sabe acerca del ejercicio, mayores son las probabilidades de que comencemos a practicarlo y de que lo mantengamos a lo largo del tiempo.

Abuso de sustancias

En el Capítulo 12, «Desarrollo físico y cognitivo en la adolescencia», ya tratamos las características del abuso de sustancias durante la adolescencia. A continuación examinaremos el abuso de sustancias en el caso de los estudiantes universitarios y los adultos más jóvenes.

Alcohol El consumo de alcohol de forma excesiva y en un breve espacio de tiempo aumenta durante los años universitarios, afectando de forma negativa a los estudios (Eisenberg y Wechsler, 2003; Glassman, 2003). El consumo excesivo de alcohol de forma continuada resulta más común entre los universitarios varones que entre las chicas, y afecta sobre todo a los estudiantes que no residen en el domicilio familiar, especialmente a los que viven en residencias universitarias (un fenómeno común en Estados Unidos) (Schulenberg y otros, 2000).

Según un estudio realizado en Estados Unidos en 140 universidades, más de la mitad de los estudiantes que consumían alcohol en exceso presentaba otros problemas (Wechsler y otros, 1994):

- Faltas de asistencia a clases.
- Heridas.
- Problemas con la policía.
- Prácticas sexuales sin protección.

Así, por ejemplo, aquellos estudiantes universitarios que consumían alcohol de forma excesiva tenían once veces más posibilidades de retrasarse en sus estudios, diez veces más probabilidades de conducir tras haber bebido y el doble de posibilidades de mantener contactos sexuales sin protección, que los estudiantes universitarios que no consumían alcohol de forma excesiva y en un corto espacio de tiempo. Además, según un reciente estudio, tras una noche de consumo elevado

de alcohol, la capacidad memorística se veía notablemente afectada durante la mañana de resaca (Verster y otros, 2003).

En una investigación llevada a cabo en Estados Unidos, se realizó un cuestionario sobre su consumo de alcohol a más de 40.000 estudiantes universitarios a tiempo completo en 1993, 1997, 1999 y 2001 (Wechsler y otros, 2002). Los índices de consumo excesivo de alcohol (varones que habían consumido cinco o más bebidas alcohólicas seguidas y mujeres que habían consumido cuatro o más bebidas al menos en una ocasión en las dos semanas previas a la realización del cuestionario) permanecieron notablemente estables (alrededor del 44 por 100) en un período de ocho años. Asimismo, casi 75 por 100 de los universitarios menores de edad que vivían en residencias de fraternidades universitarias consumían alcohol de forma excesiva, al igual que el 70 por 100 de los estudiantes con una edad típicamente universitaria que vivían fuera del domicilio familiar. El menor índice de consumo excesivo de alcohol se detectó en el caso de los estudiantes que permanecían en el domicilio paterno (25 por 100).

El aumento del consumo exagerado de alcohol entre las mujeres que se encuentran en el período de la adultez emergente es también causa de preocupación. Los resultados obtenidos en un estudio detectaron un incremento de 125 por 100 en el consumo excesivo de alcohol en centros de educación universitaria sólo para mujeres en el período comprendido entre 1993 y 2001 (Wechsler y otros, 2002).

Afortunadamente, alrededor de los 25 años de edad, muchos individuos han reducido su consumo de alcohol y de drogas, tal y como concluyeron Gerald Bachman y sus colegas (1996, 2002) en un estudio longitudinal llevado a cabo con más de 38.000 individuos (véase la Figura 14.6). En esta investigación, se evaluó la situación de cada individuo desde que estaba en el último curso del bachillerato hasta que se acercaba a la treintena. A continuación presentamos algunas de las conclusiones a las que se llegó:

- Los estudiantes universitarios consumen más alcohol que los jóvenes que finalizan su educación académica después del instituto.
- El consumo de tabaco es mayor entre los jóvenes que no realizan estudios universitarios.
- Los individuos solteros consumen más *cannabis* que los casados.
- Los individuos solteros y divorciados consumen más alcohol. Comprometerse o casarse, o incluso casarse en segundas nupcias en un breve intervalo de

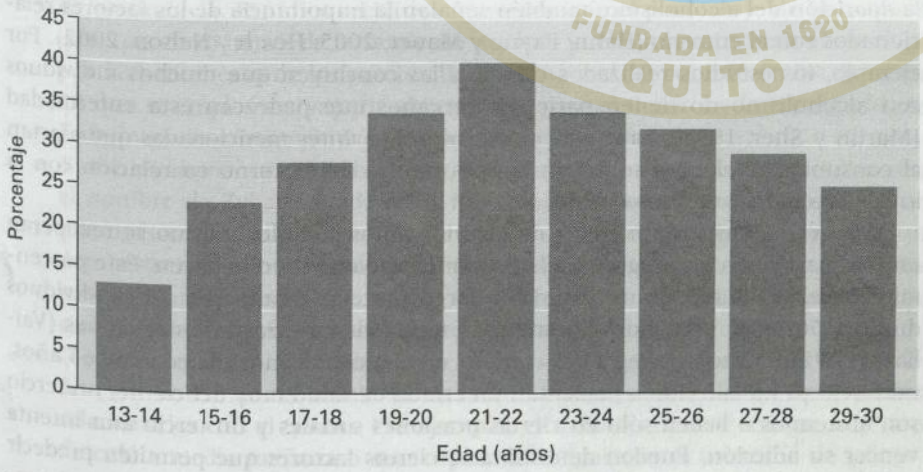


FIGURA 14.6 Consumo excesivo y acelerado de alcohol en la etapa de transición entre la adolescencia y la juventud

Destaca el hecho de que el porcentaje de individuos que consumen alcohol de forma excesiva y acelerada alcanza su mayor nivel entre los 21 y los 22 años de edad, y luego comienza a disminuir gradualmente. El consumo excesivo y acelerado de alcohol se define como el consumo de cinco o más bebidas alcohólicas seguidas en las dos semanas previas a la realización del estudio.

tiempo, constituyen circunstancias que reducen el consumo de alcohol. De esta manera, la organización de la vida sentimental y el estado civil representan factores de gran importancia que influyen en los índices de consumo de alcohol y drogas entre los 20 y los 30 años de edad.
- Resulta menos probable que consuman drogas aquellos individuos que consideran que la religión constituye un aspecto importante de sus vidas y que asisten con frecuencia a actos religiosos.

Variaciones culturales En todo el mundo, existen diferencias en el consumo de alcohol debido a la religión y al sexo (Bjarnason y otros, 2003; Weijers y otros, 2003). Tanto los católicos como los judíos reformados y los protestantes liberales consumen alcohol a niveles bastante elevados. Además, el consumo de alcohol es mayor entre los varones que entre las mujeres.

Los europeos, especialmente los franceses, también consumen bebidas alcohólicas a niveles elevados. Se estima que alrededor del 30 por 100 de los adultos franceses presentan algún tipo de problema de salud relacionado con el consumo de alcohol. También en Rusia se detectan altos niveles de consumo de alcohol; no así en China. Algunas religiones, como el Islam, prohíben el consumo de bebidas alcohólicas.

Alcoholismo El alcoholismo constituye una enfermedad caracterizada por el consumo repetido, descontrolado, compulsivo y excesivo de alcohol durante un período amplio de tiempo. El alcoholismo perjudica la salud y las relaciones sociales del individuo afectado. Uno de cada nueve individuos que consumen alcohol llega a padecer alcoholismo, y muchos de ellos presentan índices desproporcionados de relación con otros individuos con alcoholismo (Jang, 2005). Los estudios realizados en familias demuestran de forma consistente que existe una alta incidencia de alcoholismo entre los parientes en primer grado de los individuos con alcoholismo (Conway, Swendsen y Merikangas, 2003; Pastor y Evans, 2003). Así, resulta probable que la herencia influya en la incidencia del alcoholismo, a pesar de que aún se desconocen los mecanismos hereditarios concretos que producen esta relación (Crabbe, 2002; Wall y otros, 2001). Se estima que entre el 50 y el 60 por 100 de los individuos que caen en el alcoholismo presentan una predisposición genética hacia esta condición.

A pesar de que los estudios indican la existencia de una influencia genética en la aparición del alcoholismo, también señalan la importancia de los factores relacionados con el entorno (Hahn, Payne y Mauer, 2005; Heath y Nelson, 2002). Por ejemplo, los estudios realizados con familias concluyen que muchos individuos con alcoholismo no tienen parientes cercanos que padezcan esta enfermedad (Martin y Sher, 1994). Las variaciones culturales antes mencionadas que afectan al consumo del alcohol subrayan la importancia del entorno en relación con la incidencia del alcoholismo.

Aproximadamente un tercio de los individuos con alcoholismo se recuperan tanto si participan en programas de tratamiento como si no lo hacen. Este porcentaje fue el resultado de un estudio a largo plazo realizado con 700 individuos durante 50 años, y ha sido determinado también por otras investigaciones (Vaillant, 1992). Existe una regla del «tercio» en el alcoholismo: a la edad de 65 años, un tercio ya ha fallecido o presentan un estado de salud muy deficiente, un tercio son abstemios o beben sólo en ciertas ocasiones sociales y un tercio aún intenta vencer su adicción. Pueden determinarse ciertos factores que permiten predecir que un individuo concreto se recuperará del alcoholismo con éxito: 1) la existencia de una experiencia profundamente negativa relacionada con el consumo de alcohol, como una enfermedad grave o una situación de urgencia médica; 2) encontrar una dependencia alternativa que sustituya al alcohol, como la meditación, el ejercicio físico o el consumo excesivo de alimentos (que, a su vez, también produce consecuencias negativas para la salud); 3) disponer de nuevos apoyos sociales

(como un jefe preocupado y dispuesto a ayudar, o un nuevo matrimonio), y 4) unirse a un grupo de apoyo, como una organización religiosa o Alcohólicos Anónimos (Vaillant, 1992).

Consumo de tabaco Los resultados obtenidos en una serie de estudios subrayan los peligros del consumo de tabaco o de ser un fumador pasivo (Naess y otros, 2004). Así, por ejemplo, el consumo de tabaco se relaciona con el 30 por 100 de los fallecimientos por cáncer, 21 por 100 de las muertes por enfermedades coronarias y el 82 por 100 de los fallecimientos provocados por enfermedades pulmonares crónicas. El humo que respiramos de los cigarrillos de otros se relaciona con 9.000 fallecimientos por cáncer de pulmón al año. Los hijos de padres fumadores se encuentran en una situación especialmente peligrosa ante el riesgo de padecer enfermedades respiratorias o del oído medio (Wallace-Bell, 2003).

Hoy en día, el número de fumadores se ha reducido en comparación con épocas anteriores, y casi la mitad de los adultos con vida que fueron fumadores en algún momento han dejado esta adicción. La prevalencia del consumo de tabaco en el caso de los hombres ha descendido del 50 por 100 en 1965 al 28 por 100 en la actualidad (Centro Nacional para las Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2004). Sin embargo, más de 50 millones de estadounidenses aún fuman hoy en día, y ha aumentado el consumo de puros y de tabaco mascado, que presenta riesgos similares a los de los cigarrillos.

La mayor parte de los fumadores adultos desearía abandonar este hábito, lo que supone un importante reto debido a su adicción a la nicotina (Thompson y otros, 2003), es decir, la sustancia adictiva que contienen los cigarrillos. La nicotina constituye un estimulante que hace aumentar la energía y sensación de alerta del fumador, lo que representa una experiencia placentera y reafirmante. Además, también estimula la actividad de ciertos neurotransmisores que poseen una acción calmante y analgésica.

¿De qué manera pueden abandonar su adicción los fumadores? Existen cuatro métodos principales que se emplean para ayudar a los fumadores a dejar el consumo de tabaco:

- *Utilizar una fuente alternativa de nicotina.* Los chicles, parches, inhaladores o vaporizadores de nicotina se basan en el principio de suministrar pequeñas cantidades de la sustancia adictiva para disminuir la intensidad del síndrome de abstinencia. Estudios recientes muestran que el porcentaje de individuos que, tras cinco meses de tratamiento, no han vuelto a fumar oscila entre el 18 por 100 en el caso de los parches de nicotina y el 30 por 100 en los casos en los que se empleó un vaporizador (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Center for Disease Control and Prevention*, 2001).
- *Tomar antidepresivos.* El buboprion, un antidepresivo que se comercializa con el nombre de Zyban, ayuda a los individuos a controlar su deseo de fumar mientras van eliminando la nicotina de su cuerpo. Investigaciones recientes demuestran que los fumadores que utilizaban Zyban para dejar su adicción presentaban un porcentaje medio de éxito del 30 por 100 en el período de cinco meses después de haber comenzado a tomar el antidepresivo.
- *Controlar los estímulos asociados con el consumo de tabaco.* Esta técnica de modificación de conducta señala al fumador la existencia de contextos sociales relacionados con el tabaco. Por ejemplo, el individuo puede asociar una taza de café a media mañana o una copa con amigos con el consumo de tabaco. Las estrategias de control de estímulos ayudan al fumador a evitar estos contextos o a aprender a sustituir el consumo de tabaco por otros comportamientos.
- *Parar en seco.* Algunos individuos logran abandonar su adicción simplemente dejando de fumar sin realizar ningún otro cambio de importancia en sus vidas. Deciden que van a dejar de fumar y lo hacen, sin más. Esta técnica resul-

ta más eficaz en el caso de consumidores intermedios de tabaco que en el de fumadores de grandes cantidades.

Los estudios realizados indican que, cuando los individuos dejan de fumar, se reduce el riesgo de padecer cáncer (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Center for Disease Control and Prevention*, 2001; Hughes, 2003). Cinco años después de haber dejado esta adicción, los ex fumadores se enfrentan a menores riesgos para su salud que los individuos que continúan fumando («Informe de las autoridades sanitarias de Estados Unidos», *US Surgeon General's Report*, 1990).

Adicción La **adicción** es un patrón de comportamiento caracterizado por la necesidad desmedida de consumir una droga y de asegurar su disponibilidad. Esta circunstancia puede darse a pesar de que el uso de la sustancia adictiva tenga consecuencias negativas. Existe una fuerte tendencia a recaer tras haber abandonado una adicción o haber superado el síndrome de abstinencia. Los síntomas de la abstinencia constituyen cambios significativos en el funcionamiento físico y en el comportamiento. Según sea la droga consumida, estos síntomas aparecen cuando el individuo drogodependiente deja de consumir la sustancia adictiva y pueden incluir insomnio, temblores, náuseas, vómitos, espasmos abdominales, aumento del ritmo cardiaco, hipertensión, convulsiones, ansiedad y depresión. Los expertos en este campo utilizan el término adicción para describir bien la dependencia física o la psicológica de la droga, o ambas (Fields, 2005; Ray y Ksir, 2004).

En la actualidad, sigue debatiéndose acerca de si puede considerarse que una adicción es una enfermedad (Campbell, 2003; Heather, 2004). En el **modelo de la adicción como enfermedad** se considera que las adicciones son enfermedades duraderas con fundamentos biológicos que conllevan la pérdida de control sobre el comportamiento y que requieren tratamiento médico, espiritual o de ambas clases para conseguir la recuperación. En este modelo, se considera que la adicción se hereda o se desarrolla a edades temprana, por lo que no la causan los problemas recientes o actuales a los que deba enfrentarse el individuo. Según este modelo, una vez se cae en una adicción, no es posible librarse de ella por completo. El modelo de la adicción como enfermedad ha recibido un fuerte apoyo de los profesionales médicos y de la organización Alcohólicos Anónimos (AA) (Humphreys, 2000). Estudios recientes han determinado que el método empleado por AA logra, con frecuencia, reducir el consumo de sustancias adictivas (Humphreys, 2003; McKellar, Stewart y Humphreys, 2003). Para explicar este éxito, se alude a los aspectos espirituales del tratamiento y a la red de apoyo social que proporciona el grupo de AA al que asista el individuo (Bond, Kaskutas y Weisner, 2003).

Frente al modelo de la adicción como enfermedad, que se centra en la existencia de mecanismos biológicos, algunos psicólogos consideran que, para comprender las adicciones, resulta necesario contextualizarlas en las vidas de los individuos, en su personalidad, sus relaciones, su entorno y sus perspectivas personales. En este **modelo de la adicción como proceso vital,** la adicción no se considera una enfermedad, sino una respuesta habitual y una fuente de disfrute o de seguridad que se comprende mejor en el contexto de las relaciones y experiencias sociales.

Cada una de estas dos visiones de la adicción (el modelo de la adicción como enfermedad y el modelo de la adicción como proceso vital) cuenta con opiniones que las apoyan.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Identificar los cambios que se producen en el desarrollo físico de los adultos jóvenes

REVISA

- ¿De qué manera se alcanza el máximo nivel de rendimiento físico en la juventud? ¿Cómo comienza la disminución del rendimiento físico?
- ¿Qué aspectos importantes debemos conocer acerca de la alimentación y el peso corporal?
- ¿Qué beneficios aporta el ejercicio físico?
- ¿Cuál es la incidencia del abuso de sustancias entre los adultos jóvenes? ¿Qué efectos tiene este abuso en sus vidas?

REFLEXIONA

- Con el fin de evitar que los individuos fumen, muchos gobiernos aplican elevados impuestos a los cigarrillos debido a sus efectos negativos en la salud. ¿Recomendarías que el gobierno de tu país aplicara esos mismos impuestos a los alimentos ricos en grasas por sus efectos negativos para la salud de quienes los consumen? Explica tu opinión.

3 SEXUALIDAD

Orientación sexual | **Enfermedades de transmisión sexual** | **Abuso sexual y acoso sexual**

El sexo no es tan necesario para la supervivencia diaria como la comida o el agua, pero sí resulta imprescindible para el mantenimiento de la especie. ¿Cuáles son las características de la sexualidad en el género humano?

Orientación sexual

En este apartado analizaremos la orientación sexual así como diversos aspectos de las actitudes y comportamientos heterosexuales y homosexuales.

Actitudes y comportamientos heterosexuales En un estudio bien planificado y amplio de los patrones sexuales de los estadounidenses, Robert Michael y sus colegas (1994) entrevistaron a más de 3000 individuos con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años elegidos de forma aleatoria, lo que supuso una clara diferencia con respecto a estudios anteriores, basados en grupos de voluntarios poco representativos.

Éstas son algunas de las conclusiones a las que se llegó en la encuesta sobre comportamientos sexuales en Estados Unidos de 1994 (*1994 Sex in America Survey*):

- Los estadounidenses pueden clasificarse en tres categorías: una tercera parte practica el sexo dos o más veces a la semana, otra tercer parte lo hace varias veces al mes y el último tercio lo practica algunas veces al año o nunca.
- Las parejas casadas (o que vivían juntas) practican el sexo con mayor frecuencia que las que no viven juntas (véase la Figura 14.7).
- La mayoría de los estadounidenses no realiza prácticas sexuales que se salgan de la norma. Cuando se les preguntó acerca de sus prácticas sexuales favoritas,

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

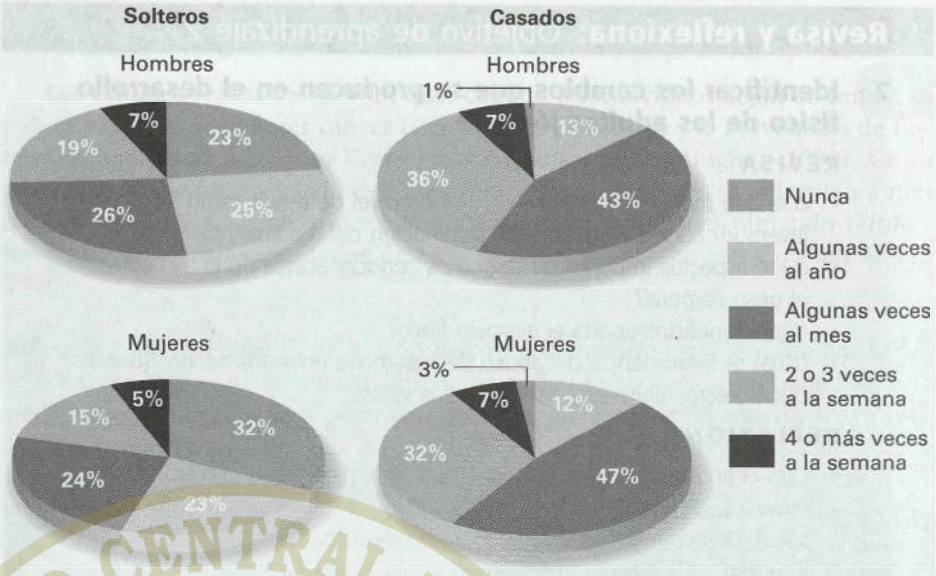


FIGURA 14.7 Encuesta sobre comportamientos sexuales en Estados Unidos
Los porcentajes se refieren a las respuestas dadas por hombres y mujeres casados o solteros a la pregunta «¿Con qué frecuencia ha practicado el sexo en el último año?».

la inmensa mayoría (96 por 100) indicó que la penetración vaginal les resultaba «muy» o «algo» atrayente. El sexo oral ocupaba la tercera posición, después de una actividad que muchos no han considerado una práctica sexual: observar cómo la pareja se desnuda.

- El adulterio constituye una excepción a la norma. Aproximadamente el 75 por 100 de los hombres casados y el 85 por 100 de las mujeres señalaron que jamás habían sido infieles a sus cónyuges.
- Los hombres piensan en el sexo más que las mujeres: el 54 por 100 de los hombres afirmó que pensaba en el sexo cada día o varias veces al día, mientras que el 67 por 100 de las mujeres indicó que pensaba en el sexo sólo algunas veces a la semana o unas pocas veces al mes.

En resumen, uno de los mensajes más claros que puede extraerse de este estudio es que las vidas sexuales de los estadounidenses eran más conservadoras de lo que se pensaba. A pesar de que el 17 por 100 de los varones y el 3 por 100 de las mujeres afirmaron haber mantenido relaciones sexuales con al menos 21 parejas, la impresión general que se desprende de esta investigación es que, para la mayoría de los estadounidenses, el comportamiento sexual está marcado por el matrimonio y la monogamia.

Actitudes y comportamientos de individuos homosexuales Hasta finales del siglo XIX se consideraba de forma generalizada que los individuos podrían ser heterosexuales u homosexuales. En la actualidad, no obstante, la orientación sexual se considera un continuo que va desde las relaciones exclusivamente heterosexuales a las exclusivamente homosexuales, en vez de plantear la orientación sexual como una disyuntiva entre dos opciones excluyentes (King, 2005). Además, algunos individuos son bisexuales, es decir, sienten atracción sexual por individuos de ambos sexos. En la encuesta sobre comportamientos sexuales en Estados Unidos de 1994 (mencionada anteriormente), el 2,7 por 100 de los varones y el 1,3 por 100 de las mujeres afirmaron haber mantenido relaciones sexuales con individuos del mismo sexo en el año anterior al estudio (Michael y otros, 1994).

¿Por qué algunos individuos son homosexuales (lesbianas o gays) o bisexuales y otros son heterosexuales? Mucho se ha especulado acerca de esta cuestión (Herek, 2000; King, 2005). Todas las personas, independientemente de su orientación

sexual, presentan respuestas psicológicas similares durante la excitación sexual, que parece surgir por el mismo tipo de estimulación táctil. De forma consistente, las investigaciones no encuentran diferencias entre los individuos homosexuales y los heterosexuales en una amplia variedad de actitudes, comportamientos y ajustes (Hyde y DeLamater, 2005). En una reciente revisión de estudios anteriores se detectó una mayor prevalencia de desórdenes mentales en el caso de mujeres y hombres homosexuales o bisexuales que en el caso de individuos heterosexuales, y se concluyó que esta diferencia era el resultado de la presión asociada con el estatus de pertenencia a una minoría estigmatizada, que debe hacer frente a prejuicios y a situaciones de discriminación (Meyer, 2003). La homosexualidad se consideraba una enfermedad mental, pero tanto la Asociación Americana de Psiquiatría como la Asociación Americana de Psicología dejaron de considerarla un desorden en la década de los años setenta.

Más recientemente, las investigaciones han analizado los posibles fundamentos biológicos de las relaciones entre individuos del mismo sexo (D'Augelli, 2000; Quinsey, 2003). Los resultados obtenidos en los estudios hormonales carecen de solidez. Si se proporcionan hormonas masculinas (andrógenos) a varones homosexuales, su orientación sexual permanece inalterada y sólo se logra que aumente su deseo sexual. La orientación sexual tal vez pueda determinarse en un momento muy temprano y crítico del desarrollo prenatal (Swaab y otros, 2002). Entre el segundo y el quinto mes de gestación, la exposición del feto a niveles de hormonas característicos de las mujeres puede ocasionar que el individuo (varón o mujer) se sienta atraído por el sexo masculino (Ellis y Ames, 1987). Si se confirma esta hipótesis, se podría explicar una circunstancia con la que se han encontrado muchos profesionales clínicos: resulta muy difícil, si no imposible, modificar la orientación sexual de un individuo.

Con respecto a las estructuras anatómicas, el neurólogo Simon LeVay (1991) descubrió que un área del hipotálamo que controla el comportamiento sexual es dos veces mayor (aproximadamente del tamaño de un grano de arena) en los varones heterosexuales que en los homosexuales. También se halló que esta área tenía aproximadamente el mismo tamaño en los hombres homosexuales que en las mujeres heterosexuales. Sin embargo, ciertas voces críticas señalan que muchos de los individuos homosexuales que participaron en este estudio padecían sida, por lo que la enfermedad podría haber afectado a sus estructuras cerebrales.

Resulta más probable que la orientación sexual de un individuo (homosexual, heterosexual o bisexual) esté determinada por una combinación de factores genéticos, hormonales, cognitivos y medioambientales (Baldwin y Baldwin, 1998). La mayoría de los expertos en relaciones homosexuales consideran que ningún factor por sí solo determina la orientación sexual, y que la importancia relativa de cada factor puede variar de un individuo a otro. Así, se desconocen los motivos exactos por los que algunos individuos son homosexuales o bisexuales. Sin embargo, los científicos poseen una imagen más clara de qué factores no influyen en la homosexualidad de un individuo. Por ejemplo, tal y como vimos en el Capítulo 9, «Desarrollo socioemocional en la niñez temprana», los niños criados por padres o parejas homosexuales no presentan más probabilidades de ser homosexuales que los niños criados por padres heterosexuales (Patterson, 2002). Tampoco existen pruebas de que la homosexualidad de los varones tenga su origen en la existencia de una madre dominante o de un padre débil, o de que las mujeres homosexuales lo sean por haber elegido modelos de conducta masculinos. Las investigaciones realizadas han demostrado que las posibilidades de ser un varón homosexual se incrementan si se tiene un hermano mayor, pero aún no se ha determinado la forma en la que se produce esta circunstancia (Mustanski, Chivers y Bailey, 2002).

Muchas de las diferencias entre géneros que se detectan en las relaciones heterosexuales también aparecen en las relaciones entre personas del mismo sexo (Savin-Williams y Diamond, 2004). Por ejemplo, al igual que en el caso de las mujeres heterosexuales, las mujeres lesbianas tienen menos parejas sexuales que

los varones homosexuales y, además, presentan actitudes menos permisivas ante las relaciones sexuales fuera de la pareja que los varones homosexuales (Peplau, 2002, 2003; Peplau, Fingerhut y Beals, 2004).

¿De qué manera pueden adaptarse los individuos homosexuales a un mundo en el que constituyen una minoría? Según la psicóloga Laura Brown (1989), las personas homosexuales se sienten una minoría dentro de una cultura mayoritaria y dominante. Para estos individuos, la creación de una identidad bicultural les ofrece nuevas maneras de definirse. Para Brown, las personas homosexuales se adaptan mejor cuando no se definen a sí mismos en términos de polaridades, como intentar vivir dentro de un mundo exclusivamente homosexual separado por completo de la cultura mayoritaria, o aceptar sin fisuras las normas y prejuicios de esa misma cultura. Según esta autora, los individuos homosexuales logran adaptarse de una forma más eficaz cuando hallan un punto de equilibrio entre las demandas de las dos culturas: la cultura homosexual minoritaria y la cultura heterosexual mayoritaria.

Enfermedades de transmisión sexual

Las **enfermedades de transmisión sexual (ETS)** son dolencias que se contraen por vía sexual, tanto durante el coito como por contacto oral-genital. Uno de cada seis adultos estadounidenses padecen alguna ETS (Centro Nacional para las Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2004). Las enfermedades más frecuentes son las causadas por una infección bacteriana (como la gonorrea, la sífilis y la clamidia) y las causadas por la acción de un virus (herpes genital, verrugas genitales y sida). En la Figura 14.8 se describen estas infecciones transmitidas por vía sexual.

Ninguna enfermedad de transmisión sexual ha influido, por sí sola, tanto en el comportamiento sexual, o creado tanto temor social en las últimas décadas como el sida (Kelly, 2001; Strong y otros, 2005). El **síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)** constituye una enfermedad de transmisión sexual causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que destruye el sistema inmunológico del individuo afectado. Tras entrar en contacto con el virus, el cuerpo del individuo se encuentra indefenso ante el ataque de gérmenes que podrían ser rechazados por un sistema inmunológico sano.

Desde el 1 de enero de 2003, se han detectado más de 300.000 casos de individuos afectados por el sida con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años en Estados Unidos. El 80 por 100 de estos casos eran varones y casi la mitad de ellos consumían drogas por vía intravenosas (Centro Nacional para la Prevención del Sida, las ETS y la Tuberculosis, *National Center for HIV, STD and TB Prevention*, 2003). Gracias a los programas educativos y al desarrollo de tratamientos farmacéuticos más eficaces, el índice de fallecidos entre los enfermos de sida ha comenzado a disminuir en Estados Unidos (Donnerer y otros, 2003; Centro Nacional para las Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2004). Sin embargo, la preocupación se centra ahora en los países del África subsahariana, donde esta enfermedad ha alcanzado la magnitud de una epidemia (Ford, Odallo y Chorlton, 2003; Obregon, 2003).

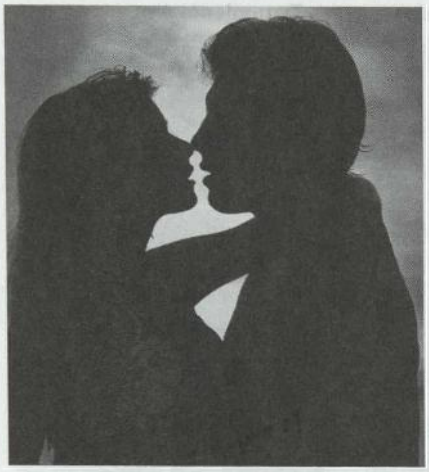
La protección frente al sida y otras enfermedades de transmisión sexual no se garantiza si un individuo se limita a preguntar a su pareja acerca de sus comportamientos sexuales (Emmers-Sommer y Allen, 2005). De esta manera, en una investigación se pidió a 655 estudiantes universitarios que respondieran a ciertas cuestiones relacionadas con el comportamiento sexual y la acción de mentir (Cochran y Mays, 1990). De los 422 participantes que se consideraban sexualmente activos, el 34 por 100 de los hombres y el 10 por 100 de las mujeres afirmaron que habían mentido para conseguir que sus parejas mantuvieran relaciones sexuales con ellos. Porcentajes aún más altos (47 por 100 de los varones y 60 por 100 de las mujeres) señalaron que sus posibles parejas sexuales les habían mentido. Cuan-

ETS	Descripción/causa	Número de afectados	Tratamiento
Gonorrea	También llamada «purgaciones», es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Se transmite por contacto entre membranas húmedas (genital, oral-genital o anal-genital) de dos individuos. Se caracteriza por secreciones del pene o la vagina y por dolor al orinar. Puede provocar esterilidad.	500.000 casos al año en Estados Unidos.	Penicilina y otros antibióticos.
Sífilis	Causada por la bacteria *Treponema palladium*. Se caracteriza por la aparición de una úlcera (chancro) en el lugar en el que se produjo la infección. La úlcera puede encontrarse en los genitales externos, la vagina o el ano. Más tarde, surgen erupciones cutáneas en las palmas de las manos y en la planta de los pies. Si no se trata, puede provocar parálisis y la muerte.	100.000 casos al año en Estados Unidos.	Penicilina.
Clamidia	Enfermedad muy frecuente que toma el nombre de la *Chlamydia trachomatis*, un organismo que se contagia por contacto sexual y que infecta los órganos genitales de ambos sexos. Las mujeres con clamidia pueden quedar estériles. Se recomienda que los adolescentes y las mujeres adultas jóvenes se sometan cada año a una prueba de detección de esta ETS.	Aproximadamente 3 millones de personas cada año en los Estados Unidos. Se calcula que el 19 por 100 de las adolescentes la padecen.	Antibióticos.
Herpes genital	Causado por una familia vírica con diferentes cepas. Provoca una erupción cutánea y la aparición de ampollas. Se contagia por contacto sexual.	Uno de cada cinco adultos y adolescentes estadounidenses.	Se desconoce una cura, pero la medicación antiviral puede disminuir la virulencia de los rebrotes.
Sida	Causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que destruye el sistema inmunológico. El semen y la sangre constituyen los medios de contagio más frecuentes. Sus síntomas incluyen la fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, fatiga crónica e inflamación de los ganglios linfáticos.	4.000 adolescentes con edades entre los 13 y los 19 años en los Estados Unidos. Constituye una epidemia entre las adolescentes subsaharianas.	Los nuevos tratamientos han ralentizado el paso del VIH al sida. No existe cura.
Verrugas genitales	Causadas por el papilomavirus humano, que no siempre produce síntomas. Normalmente aparece como pequeños bultos, duros e indoloros en la zona vaginal, o alrededor del ano. Altamente contagioso. Ciertos tipos de alto riesgo de este virus producen cáncer del cuello del útero y otros tipos de cáncer genital. Puede ser resistente a los tratamientos.	Se detectan aproximadamente 5,5 millones de casos anualmente. Constituye la enfermedad de transmisión sexual más extendida en Estados Unidos.	Medicamentos tópicos, congelación o cirugía.

FIGURA 14.8 Enfermedades de transmisión sexual

do se les pidió que nombraran los aspectos de su pasado sobre los que probablemente mentirían, más del 40 por 100 de los individuos de ambos sexos afirmó que reduciría el número de parejas sexuales previas. Además, el 20 por 100 de los varones, pero sólo el 4 por 100 de las mujeres, señaló que no diría la verdad sobre los resultados de las pruebas para la detección del VIH. ¿Qué estrategias pueden utilizarse para protegerse del sida y de otras enfermedades de transmisión sexual? Las siguientes son algunas estrategias eficaces:

- *Conocer el nivel de riesgo propio y de la pareja.* Cualquier individuo que haya mantenido relaciones sexuales con otra persona puede haber contraído una enfermedad de transmisión sexual sin saberlo. Por ello, resulta útil dedicar tiempo a conocer a una posible pareja sexual antes de mantener relaciones con esa persona. Durante este período, se debe informar al otro individuo del nivel de riesgo propio y preguntarle por su situación, sin olvidar que muchas personas tienden a mentir acerca de las enfermedades de transmisión sexual.
- *Someterse a exámenes médicos.* Los expertos recomiendan que las parejas que deseen comenzar una relación sexual deberían someterse previamente a un



¿Qué estrategias resultan eficaces para protegerse frente al sida y otras enfermedades de transmisión sexual? ¿Has utilizado estas prácticas de manera efectiva?

examen médico para descartar la presencia de enfermedades de transmisión sexual. Si el coste económico constituyera un problema, existen servicios sanitarios públicos o centros de salud para universitarios.

- *Mantener relaciones sexuales con protección.* Cuando se utilizan de forma adecuada, los preservativos ayudan a prevenir muchas enfermedades de transmisión sexual. Este método resulta muy eficaz a la hora de evitar el contagio de gonorrea, sífilis, clamidia y sida, pero es menos efectivo frente al herpes.
- *No mantener relaciones sexuales con numerosas parejas.* Mantener relaciones sexuales con numerosas parejas constituye un importante factor de riesgo que facilita la infección por ETS. Si se tiene más de una pareja sexual, aumenta la probabilidad de mantener relaciones con un individuo afectado por alguna de estas infecciones.

Abuso sexual y acoso sexual

Con demasiada frecuencia, el sexo está relacionado con la existencia de una situación de poder. A continuación analizaremos brevemente dos de los problemas que surgen en estas circunstancias: la violación y el acoso sexual.

Violación La **violación** es la relación sexual mantenida contra la voluntad de una persona y con uso de la fuerza. La definición legal de la violación varía de un país a otro. Así, por ejemplo, en algunos estados americanos, no se prohíbe que los hombres casados obliguen a sus esposas a mantener relaciones sexuales, aunque esta situación está en proceso de revisión en varios estados (Kilpatrick, 2004). Resulta difícil determinar la verdadera magnitud de este problema ya que muchas de las víctimas temen las consecuencias que podrían sufrir si denuncian el delito. Las violaciones suelen ocurrir en grandes zonas urbanas, donde se considera que 8 de cada 10.000 mujeres con edades superiores a los 12 años son violadas cada año. Anualmente se denuncian unos 200.000 casos de violación en Estados Unidos.

A pesar de que la mayoría de las víctimas son mujeres, también se producen casos de violación de varones (Ellis, 2002). Los hombres que se encuentran cumpliendo penas de prisión constituyen un grupo especialmente vulnerable ante las situaciones de violación, normalmente por parte de varones heterosexuales que utilizan este tipo de agresión como una forma de establecer una posición de control y poder sobre los demás (Robertson, 2003). Aunque pueda parecer imposible que una mujer viole a un hombre, hemos de considerar que un varón no controla por completo su propia erección, y se conocen algunos casos de hombres que han sido violados por mujeres (Sarrel y Masters, 1982). No obstante, los varones representan menos del 5 por 100 del total de víctimas de violaciones.

¿Por qué la violación de mujeres ocurre de forma tan frecuente en Estados Unidos? Entre las causas señaladas se ha mencionado que se educa a los varones para que sean sexualmente agresivos y consideren inferiores a las mujeres. Además, también se les inculca la idea de que el principal objetivo de toda relación sexual es su propia satisfacción (Adams-Curtis y Forbes, 2004; Kalmuss, 2004). Las conclusiones de los estudios realizados señalan que los violadores varones comparten las siguientes características: la agresión hace aumentar su sensación de poder o de virilidad; sienten odio hacia las mujeres en general; desean herir y humillar a sus víctimas (Chiroro y otros, 2004; Giotakos y otros, 2003).

La violación supone una vivencia traumática para las víctimas y para las personas que las rodean (Christopher y Sprecher, 2000; Robinson, 2003). En un primer momento, las víctimas se sienten aturdidas y desorientadas, y con frecuencia dan muestras de una gran desorganización. Algunas manifiestan su consternación a través de las palabras o del llanto, mientras que otras interiorizan su dolor. Al intentar recuperar la normalidad en sus vidas, las víctimas de violaciones pueden caer en la depresión, sentir temor o ansiedad durante meses o años (Frazier, 2003; Thompson y otros, 2003). Las disfunciones sexuales, como la disminución

de la libido o la incapacidad para alcanzar el orgasmo, afectan a la mitad de las víctimas de violaciones (Sprei y Courtois, 1998). Muchas personas en esta situación realizan cambios en sus vidas, como mudarse a una nueva casa o negarse a salir de noche. El proceso de recuperación depende de la capacidad que muestre la víctima para hacer frente a las dificultades, a los ajustes psicológicos existentes antes de que ocurriera la violación y al apoyo social del que disponga el individuo (Frazier y otros, 2004). Los padres, la pareja y otras personas cercanas a la víctima pueden proporcionar el apoyo necesario para lograr la recuperación, al igual que los profesionales de la salud mental (Faraveo y otros, 2004; Mein y otros, 2003; Robinson, 2003).

Resultan preocupantes los casos de **violaciones por parejas ocasionales o por conocidos,** es decir, las relaciones sexuales forzadas que un agresor mantiene con una persona a la que conoce al menos casualmente (Adams-Curtis y Forbes, 2004; Danielson y Holmes, 2004). Según algunas estimaciones, una de cada tres chicas adolescentes experimentará una relación controladora y abusiva antes de acabar sus estudios de bachillerato, y dos tercios de las estudiantes universitarias de primer curso afirman haber sido víctimas de violaciones o de intentos de violación por parte de parejas ocasionales al menos en una ocasión (Watts y Zimmerman, 2002). Aproximadamente dos tercios de los estudiantes universitarios varones admiten haber realizado tocamientos a alguna mujer contra la voluntad de ésta, y la mitad de ellos admite haber forzado a una mujer a mantener relaciones sexuales. Para conocer más acerca de los casos de violación en el contexto universitario, puedes leer el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

Agresiones sexuales en la universidad

En un amplio estudio centrado en las agresiones sexuales que se producen en el contexto universitario, se entrevistó telefónicamente a 4.446 mujeres que realizaban estudios superiores de dos o cuatro años de duración (Fisher, Cullen y Turner, 2001). El grado de victimización se midió siguiendo un proceso dividido en dos etapas. En primer lugar, se realizó una serie de cuestiones de filtrado para determinar si la participante había experimentado alguna vivencia de posible victimización. En segundo lugar, si el sujeto respondía afirmativamente, se le solicitaban más detalles acerca del incidente concreto, como, por ejemplo, el tipo de contacto no deseado que se había producido y la forma de coerción empleada. Además, se pidió a las participantes que respondieran a preguntas relacionadas con sus vidas, incluyendo su estilo de vida, sus actividades diarias, su organización y otras situaciones anteriores de victimización sexual.

Poco menos de un 3 por 100 de las entrevistadas afirmó que habían sido víctimas de una violación o de un intento de violación durante el año académico en curso. Aproximadamente una de cada diez universitarias señaló que había sido víctima de una violación en algún momento de su vida. Los contactos sexuales no deseados o no permitidos sucedían de forma generalizada, y fueron mencionados por más de un tercio de las participantes en este estudio. Tal y como se muestra en la Figura 14.9, la mayoría de las mujeres que tomaron

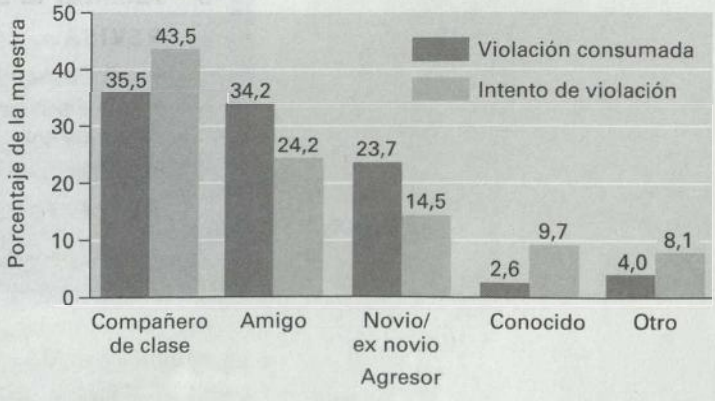


FIGURA 14.9 Violaciones consumadas o intentos de violación de estudiantes universitarias clasificadas por la relación existente entre el agresor y la víctima

parte en la investigación (aproximadamente 9 de cada 10) conocían a su agresor, y la mayor parte de ellas trataron de llevar a cabo acciones para protegerse de los individuos agresores, pero no se decidieron en última instancia a denunciar el incidente a la policía por una serie de motivos (vergüenza, no entender con claridad la definición legal de violación o no querer que se considerara violador a una persona conocida por ellas). Además, en este estudio se detectó la existencia de una serie de factores relacionados con la victimización de índole sexual: vivir en el campus universitario, estar soltera, estar ebria con frecuencia y haber sido víctima de agresiones sexuales con anterioridad. La mayoría de los casos de violación se producían en viviendas.

Asimismo, en este estudio se analizó también una forma de victimización que no se ha estudiado con frecuencia: la vigilancia constante de un individuo por parte de otro. El 13 por 10 de las estudiantes universitarias afirmaban haber sufrido este tipo de acoso desde el comienzo del curso académico. Al igual que con otras formas de victimización sexual, el 80 por 100 de las víctimas conocían a las personas que las acosaban, que solían ser sus novios (42 por 100) o compañeros de clase (24 por 100). Este tipo de incidentes duraban una media de 60 días.

Acoso sexual El acoso sexual se produce bajo variadas formas: desde comentarios sexuales o contacto físico inadecuado (dar palmaditas, realizar rozamientos) hasta proposiciones evidentes o ataques sexuales (Bronner, Peretz y Ehrenfeld, 2003; Cortina, 2004; Gregg, 2004; Kern y Alessi, 2003). El número de mujeres que sufren algún tipo de acoso sexual en el trabajo o en contextos educativos asciende cada año a varios millones (Kovera, 2004; Rospenda, 2004; Shrier, 2003). También se producen casos de varones acosados por mujeres, pero en una medida muy inferior a la de las situaciones en las que las mujeres son acosadas por hombres.

El acoso sexual puede producir consecuencias psicológicas graves para la víctima (Erlick Robinson, 2003; Hoffman, 2004), ya que en estas situaciones se manifiesta el poder de un individuo sobre otro. Para eliminarlas, resulta necesario desarrollar entornos laborales y académicos en los que exista una verdadera igualdad de oportunidades para desarrollar una opción profesional y para obtener una formación en un ambiente libre de acoso sexual (Hyde y DeLamater, 2005; Strong y otros, 2005).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Analizar la sexualidad en la juventud

REVISA

- ¿Cuáles son las características de la heterosexualidad y homosexualidad?
- ¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual? ¿Qué debemos saber en relación con el sida?
- ¿Cuáles son las consecuencias de los abusos sexuales y del acoso sexual?

REFLEXIONA

- ¿Qué podría hacerse para reducir las situaciones de abuso y acoso sexual?

4 DESARROLLO COGNITIVO

Estadios cognitivos | Creatividad

Con el fin de analizar las características de la cognición durante al juventud, nos centraremos en aspectos relacionados con los estadios cognitivos y con el pensamiento creativo.

Estadios cognitivos

¿Se encuentran los adultos jóvenes en un nivel de pensamiento más avanzado que los adolescentes? Para adentrarnos en esta cuestión, analizaremos las ideas de Piaget y de otros expertos.

Teoría de Piaget Para Piaget, un adolescente y un adulto piensan cualitativamente de la misma manera. Es decir, este autor afirmaba que se alcanza el pensamiento operacional formal (más lógico, abstracto e idealista que el pensamiento operacional concreto que caracteriza a los individuos con edades comprendidas entres los 8 y los 11 años) en la adolescencia temprana, aproximadamente entre los 11 y los 15 años de edad. Piaget afirmaba que los adultos jóvenes presentan un nivel de pensamiento *cuantitativamente* más avanzado, ya que poseen más conocimientos que los adolescentes. También consideraba, al igual que los psicólogos del procesamiento de la información, que los adultos aumentan especialmente sus conocimientos en un área concreta, como la comprensión que un experto en física posee en esta ciencia o los conocimientos económicos de un analista financiero.

Algunos expertos en desarrollo consideran que muchos individuos consolidan su capacidad para pensar de manera operacional formal una vez se encuentran en la edad adulta, y no antes. De esta manera, pueden comenzar a planificar y plantear hipótesis acerca de problemas intelectuales en la adolescencia, pero se vuelven más sistemáticos y complejos en estas tareas cuando ya son adultos jóvenes. No obstante, muchos adultos no alcanzan nunca el estadio del pensamiento operacional formal (Keating, 1990).

Pensamiento realista y pragmático Otros expertos en desarrollo consideran que el idealismo que Piaget incluyó como característica del pensamiento operacional formal disminuye durante la juventud, lo que resulta especialmente patente cuando los adultos jóvenes entran en el mundo laboral y se enfrentan a las limitaciones de la vida real (Labouvie-Vief, 1986).

K. Warner Schaie y Sherry Willis (2000) propusieron un enfoque similar de los cambios cognitivos que experimentan los adultos. Estos autores llegaron a la conclusión de que resulta poco probable que los adultos superen los potentes métodos del pensamiento científico característicos del estadio operacional formal. Sin embargo, Schaie afirmó que los individuos adultos superan a los adolescentes en su uso del intelecto. Por ejemplo, para este autor, durante la juventud los individuos suelen pasar de una etapa en la que adquieren conocimiento a otra en la que lo aplican. Esta circunstancia se produce especialmente cuando los sujetos aspiran a conseguir objetivos a largo plazo e intentan alcanzar el éxito laboral.

Pensamiento reflexivo y relativista William Perry (1970, 1999) también describió la existencia de ciertos cambios en la cognición durante la juventud. Este autor afirmó que los adolescentes suelen considerar el mundo en términos de polaridad: *correcto/incorrecto, nosotros/ellos, bueno/malo*. Al producirse la transición hacia la edad adulta, los individuos se alejan de este tipo de pensamiento absoluto

ya que son cada vez más conscientes de las distintas opiniones y numerosos enfoques de los demás. De esta manera, según Perry, el *pensamiento absoluto y dualista* (o una cosa o la otra) de los adolescentes deja paso al *pensamiento reflexivo y relativista* de los adultos.

Tal y como veremos a continuación, algunos teóricos han combinado algunos de estos distintos aspectos del pensamiento con el fin de proponer la existencia de un nuevo estadio cualitativo del desarrollo cognitivo.

¿Existe un quinto estadio, el posformal? Tras considerar en su conjunto los cambios cognitivos que tienen lugar durante la juventud, algunos expertos han propuesto la existencia de un nuevo estado del desarrollo cognitivo. El **pensamiento posformal** es cualitativamente distinto del pensamiento operacional formal propuesto por Piaget, ya que incluye la comprensión de que la solución adecuada para un problema exige reflexión y puede variar de una situación a otra. Además, implica aceptar que la búsqueda de la verdad con frecuencia constituye un proceso continuo y sin fin. Asimismo, este pensamiento incluye la creencia de que las soluciones a los problemas han de ser realistas y de que la emoción y los factores subjetivos pueden influir en la forma de razonar (Kramer, Kahlbaugh y Goldston, 1992). Los investigadores han determinado que resulta más probable que los adultos jóvenes presenten este tipo de pensamiento a que lo hagan los adolescentes (Commons y otros, 1989).

Al tiempo que los adultos jóvenes juzgan de forma más reflexiva cuando intentan resolver un problema, pueden razonar más profundamente acerca de distintos aspectos de la política, de su trayectoria profesional o laboral, de las relaciones y de otras áreas de la vida (Labouvie-Vief y Diehl, 1999). Además, ya son capaces de comprender que lo que puede constituir una solución adecuada para un problema laboral (con un colega o con el jefe) no tiene por qué ser igual de eficaz en el hogar (con una pareja sentimental). Muchos adultos jóvenes se muestran más escépticos acerca de la existencia de una única verdad y no suelen aceptar respuestas absolutas. Además, con frecuencia reconocen que el pensamiento no puede limitarse a ser abstracto, sino que ha de ser realista y pragmático. Muchos individuos en este estadio evolutivo comprenden el papel desempeñado por las emociones en el pensamiento. Así, son conscientes de que se puede pensar con mayor claridad en un estado de calma y serenidad que en una situación de furia o con un elevado nivel de agitación.

¿Qué fundamentos aportan las investigaciones realizadas para defender la existencia de un quinto estadio del desarrollo cognitivo, el estadio posformal? Esta etapa es fuente de debates, y algunas opiniones apuntan que aún falta aportar pruebas que permitan identificar claramente este estadio como una etapa cualitativamente más avanzada que el pensamiento operacional formal.

Creatividad

En el Capítulo 10, «Desarrollo físico y cognitivo en la niñez intermedia y tardía», analizamos el pensamiento crítico en los niños. Las estrategias que determinan la creatividad en la edad adulta son, esencialmente, las mismas que durante la niñez. En este apartado nos centraremos en si la creatividad disminuye en algún momento de la adultez. Además, analizaremos las ideas formuladas por Mihaly Csikszentmihalyi acerca de cómo conseguir que nuestras vidas sean más creativas.

Cambios evolutivos en la adultez A la edad de 30 años, Thomas Edison inventó el fonógrafo, Hans Christian Andersen escribió el primer volumen de sus cuentos y Mozart compuso *Las bodas de Fígaro*. Un estudio realizado en los años sesenta sobre la creatividad determinó que los individuos generaban sus productos más creativos cuando se encontraban en la treintena, y que el 80 por 100 de las contribuciones creativas más relevantes surgían a los 50 años de edad (Lehman,

1960). Más recientemente, las investigaciones realizadas han demostrado que la creatividad alcanza su nivel máximo en la edad adulta, y luego comienza a disminuir, pero el punto de máxima creatividad se alcanza entre los 40 y los 50 años. Sin embargo, antes de extraer conclusiones acerca de la relación existente entre la creatividad y los logros creativos, debemos considerar: 1) la magnitud del descenso en la productividad; 2) las diferencias existentes entre las distintas áreas de creación, y 3) las diferencias individuales con respecto a los logros conseguidos a lo largo de la vida (Simonton, 1996).

A pesar de que se detecta un descenso en las contribuciones creativas a partir de los 50 años de edad, esta disminución no es tan pronunciada como suele creerse. En los años de la vejez se alcanza una importantísima cantidad de logros creativos. Benjamín Franklin inventó las lentes bifocales a la edad de 78 años; la escritora estadounidense Harriet Doerr creó su primera novela (*Stones for Ibarra, Piedras para Ibarra*) y ganó el Premio Nacional de Literatura de Estados Unidos a los 73 años de edad. La vida de Henri Chevreul constituye uno de los ejemplos más destacados de la consecución de logros creativos en los años de la vejez. Tras una reconocida trayectoria como físico, Chevreul cambió de campo del saber a los 90 años para convertirse en un pionero de las investigaciones sobre gerontología. Así, publicó su última investigación un año antes de fallecer a la edad de 103 años.

Al considerar la disminución en la creatividad que conllevan los años, no podemos obviar el campo del saber concreto que tratemos. En áreas como la filosofía y la historia, los adultos de edad más avanzada dan con frecuencia muestras de tanta creatividad como cuando tenían 30 o 40 años. Por el contrario, en campos como la lírica, las matemáticas abstractas o la física teórica, el nivel máximo de creatividad se alcanza normalmente entre los 20 y los 30 años de edad.

Asimismo, también existen grandes diferencias individuales con respecto a los logros conseguidos por los individuos creativos a lo largo de su vida. De forma habitual, los creadores más productivos en cualquier campo suelen ser más prolíficos que los menos productivos. La diferencia llega a ser tan extrema que, con frecuencia, un 10 por 100 de los individuos creativos generan el 50 por 100 de lo producido en un área concreta. Así, por ejemplo, la mitad del repertorio más interpretado de la música clásica es obra de tan sólo dieciséis compositores.

Las ideas de Csikszentmihalyi Mihaly Csikszentmihalyi (1995) realizó entrevistas a noventa personalidades relevantes de las artes, los negocios, la política, la educación y la ciencia con el fin de determinar la forma en la que actúa la creatividad. De esta manera descubrió que, con frecuencia, los individuos creativos experimentan una situación que denominó *estado de flujo*, un estado elevado de satisfacción que surge cuando nos enfrentamos a retos mentales o físicos que ocupan toda nuestra atención. Csikszentmihalyi (1997, 2000; Nakamura y Csikszentmihalyi, 2002) considera que todos los individuos pueden alcanzar dicho estado. Basándose en sus entrevistas con algunos de los personajes más creativos del mundo, este autor señala que el primer paso que debemos dar para conseguir una vida más creativa consiste en cultivar nuestra curiosidad e interés. ¿Cómo podemos hacerlo?

- *Permite que algo te sorprenda cada día.* Puede ser algo que vemos, escuchamos o leemos. Presta toda tu atención a una clase o a un libro. Escucha lo que el mundo te dice. La vida es un torrente de experiencias en el que puedes nadar libremente y con profundidad. Así enriquecerás tu vida.
- *Intenta sorprender al menos a una persona cada día.* En muchas de nuestras acciones debemos ser predecibles y seguir patrones establecidos. Pero existen ocasiones en las que podemos hacer algo diferente y variar. Plantea una pregunta que normalmente no harías. Invita a alguien a un espectáculo al que no has asistido o a un museo que no has visitado.

- *Anota cada día los hechos que te han sorprendido y las maneras en las que has sorprendido a los demás.* Los individuos más creativos escriben un diario personal, anotaciones o informes de laboratorio para asegurarse de que sus experiencias pasen fugazmente y acaben en el olvido. Puedes comenzar con una tarea específica. Cada noche, anota tanto lo que más te ha sorprendido ese día como lo más sorprendente que has hecho. Unos días más tarde, vuelve a leer tus anotaciones y reflexiona acerca de tus experiencias pasadas. Unas semanas después, posiblemente observarás en tus notas la existencia de un patrón de interés, que tal vez te señale un área concreta en la que podrás adentrarte en mayor profundidad.
- *Cuando algo atraiga tu atención, síguelo.* Normalmente, cuando algo capta nuestra atención, el interés suele ser fugaz: una idea, una canción, una flor. Con frecuencia estamos demasiado ocupados como para explorar esa idea, canción o flor. Tal vez pensemos que estos campos del saber no son de nuestra incumbencia, porque no somos expertos en la materia. Sin embargo, el mundo sí es de nuestra incumbencia y no podremos saber qué parte se adecua mejor a nuestros intereses hasta que nos hayamos esforzado en aprender tanto como sea posible de tantos aspectos como podamos.
- *Levántate cada mañana con un objetivo concreto al que aspirar.* Los individuos creativos se levantan cada día ilusionados ante la nueva jornada. ¿Por qué? Esta actitud no tiene que deberse necesariamente a que sean personas alegres y entusiastas, sino a que son conscientes de que cada día pueden lograr algo significativo, y no quieren retrasar el momento en que lo hallarán.
- *Busca entornos que estimulen tu creatividad.* Durante la realización de su investigación (1995), Csikszentmihalyi entregó un buscapersonas a cada uno de los individuos participantes, y los localizaba de forma aleatoria en diferentes momentos del día. Cuando les preguntaba cómo se sentían, afirmaban sentir los mayores niveles de creatividad al pasear, conducir o nadar. Quien escribe estas líneas se siente más creativo al practicar footing. Este tipo de actividades es semiautomático, ya que requieren una cierta cantidad de atención pero también permiten que se establezcan relaciones entre distintas ideas. Otra situación en la que los individuos más creativos afirman tener ideas innovadoras es el estado de vigilia en el que nos encontramos cuando estamos profundamente relajados o a punto de quedar dormidos.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Describir los cambios cognitivos que se producen en la juventud

REVISA

- ¿Qué cambios en el desarrollo cognitivo de los adultos jóvenes han propuesto los investigadores?
- ¿Disminuye la creatividad en la adultez? ¿De qué manera pueden los individuos lograr que sus vidas sean más creativas?

REFLEXIONA

- En tu opinión, ¿cuáles son los cambios cognitivos más relevantes que ocurren durante la juventud?

5 TRAYECTORIA PROFESIONAL Y TRABAJO

- Cambios en el desarrollo
- Valores y trayectoria profesional
- La influencia del trabajo
- Tipos de personalidad
- Control de las expectativas laborales

A los 21 años de edad, Thomas Smith terminó sus estudios universitarios y aceptó un empleo de profesor de ciencias en un instituto de Boston. Con 26 años, Mary Lou Hernández terminó sus estudios de Medicina y comenzó a trabajar como residente en un hospital en Los Ángeles. A los 20 años de edad, Barbara Breck concluyó sus estudios de formación profesional y empezó a trabajar como programadora informática para una compañía de ingeniería de Chicago. Ganar un salario, elegir una ocupación, establecerse en una determinada trayectoria profesional y desarrollarla: estos son asuntos de especial relevancia durante la juventud.

Cambios en el desarrollo

Muchos niños expresan fantasías idealizadas acerca de qué quieren ser de mayor. Por ejemplo, muchos niños de corta edad desearían ser súper héroes, estrellas del deporte o del cine. Durante los años del instituto, suelen comenzar a pensar acerca de sus futuras trayectorias profesionales de una manera menos idealizada. Alrededor de los 20 años, la toma de decisiones acerca de su futuro laboral se convierte en un asunto serio, pues comienzan a analizar las distintas posibilidades de las que disponen hasta llegar a la opción deseada. En los años de la universidad, con frecuencia deben elegir una especialidad orientada hacia el trabajo en una determinada área. Entre los 20 y los 25 años, muchos individuos ya habrán completado su formación académica o profesional y comenzarán a desempeñar una profesión a tiempo completo. Desde los 25 años (aproximadamente) y durante el resto de la juventud, los individuos suelen aspirar a fijar su nueva trayectoria profesional en un campo concreto, por lo que tal vez se esfuercen por ascender en su profesión y por mejorar su situación económica.

Tipos de personalidad

Según la **teoría de los tipos de personalidad,** enunciada por John Holland, resulta importante que la personalidad de un individuo sea la adecuada para una trayectoria profesional determinada. Para Holland, cuando un individuo encuentra la ocupación que mejor se adecua a su personalidad, tiene más probabilidades de disfrutar con su trabajo y de permanecer en el mismo empleo durante más tiempo que si escogiera una profesión que no resultara adecuada para su personalidad. Holland propuso la existencia de seis tipos básicos de personalidad ocupacional: realista, investigador, artístico, social, emprendedor y convencional (véase la Figura 14.10).

- *Realista.* A estos individuos les gustan los espacios abiertos y desempeñar actividades manuales. Suelen ser menos sociales, presentan dificultades en situaciones que supongan algún tipo de exigencia y prefieren trabajar solos. Este tipo de personalidad se adecua a trabajos como los de peón, agricultor, camionero, albañil, ingeniero o piloto.
- *Investigador.* Son individuos a los que les interesan más las ideas que las personas. Muestran indiferencia ante las relaciones sociales, les agobian las situaciones emocionales y suelen ser distantes e inteligentes. Este tipo de personalidad resulta adecuado para profesiones científicas e intelectuales.



FIGURA 14.10 Modelo de Holland de tipos de personalidad y elección de profesiones

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

- *Artístico*. Se trata de individuos creativos que disfrutan trabajando con ideas y con materiales que les permitan expresarse de manera innovadora. Son inconformistas y, en ocasiones, les resulta difícil establecer relaciones sociales. No existen muchas profesiones adecuadas para este tipo de personalidad. Por ello, algunos individuos artísticos tienen empleos que eligieron como segunda o tercera opción y desarrollan sus intereses artísticos a través de sus ocupaciones de ocio o durante su tiempo libre.
- *Social*. A estos individuos les gusta trabajar con otras personas y tienden a estar orientados hacia la ayuda a otros. Disfrutan más con las cuestiones sociales que con las tareas intelectuales. Este tipo de personalidad resulta adecuado para ocupaciones en el campo de la docencia, del trabajo social o de la orientación.
- *Emprendedor*. Son individuos más orientados hacia la gente que hacia las cosas o las ideas. Pueden tratar de dominar a otros con el fin de conseguir sus objetivos. Suelen mostrar aptitudes para conseguir una respuesta de los demás. El tipo emprendedor resulta adecuado para profesiones relacionadas con las ventas, la dirección o la política.
- *Convencional*. Son individuos que rinden más en situaciones bien estructuradas, y muestran una especial aptitud para trabajar de forma meticulosa. Les suelen gustar las tareas relacionadas con las cifras y prefieren desempeñar labores administrativas antes que trabajar con ideas o con gente. El tipo de personalidad convencional se adecua a profesiones como la contabilidad, la banca, las labores administrativas o la gestión de archivos.

Si todos los individuos (y las ocupaciones) pudieran clasificarse con facilidad en alguno de los tipos de personalidad mencionados por Holland, la labor de los orientadores laborales resultaría mucho más sencilla. Sin embargo, los individuos suelen ser más variados y complejos de lo que parece indicar esta teoría. Incluso su propio creador (1987) afirmó que los individuos rara vez pueden clasificarse dentro de un único tipo de personalidad, y que la mayoría de las personas presentan una combinación de dos o más tipos. No obstante, la idea básica de buscar rasgos de personalidad adecuados para el desempeño de una labor concreta constituye una importante aportación para el campo del desarrollo profesional. Los tipos de personalidad de Holland se incluyen en el «Inventario de intereses profesionales Strong-Campbell», un método muy empleado por los servicios de orientación laboral.

Valores y trayectoria profesional

A la hora de elegir una trayectoria profesional concreta, resulta importante comprobar que esta elección se corresponde con los valores del individuo. Cuando las personas conocen qué elementos valoran más, es decir, qué elementos consideran importantes en sus vidas, pueden elegir una trayectoria profesional de forma más adecuada y precisa. Algunos valores aparecen reflejados en los tipos de personalidad de Holland como, por ejemplo, si un individuo valora desempeñar una ocupación en la que se presta ayuda a otros o en un empleo en el que la creatividad es importante. Entre los valores que los individuos consideran relevantes a la hora de elegir una trayectoria profesional destacan el trabajo con personas agradables, desempeñar una profesión con prestigio, ganar mucho dinero, ser feliz, no tener que trabajar durante muchas horas al día, que el trabajo suponga un reto intelectual, disponer de mucho tiempo para el ocio, y trabajar en el lugar adecuado y en un entorno en el que se valoren la salud física y mental.

Control de las expectativas laborales

Al determinar el tipo de trabajo con el que disfrutaríamos y en el que tendríamos más opciones de éxito, resulta importante disponer de un amplio conocimiento de

diferentes campos y compañías. Puede ocurrir que exista una gran oferta de puestos de trabajo para una ocupación determinada un año, pero no el siguiente, ya que las condiciones económicas pueden variar. De esta manera, resulta esencia que se controlen las expectativas laborales en distintos campos. El *Manual de expectativas laborales* (*Occupational Outlook Handbook*), que se revisa de forma bianual, constituye una excelente fuente de información para mantenerse al día. Según la edición de 2004-2005, se espera que el sector de los servicios proporcione la mayoría de los nuevos puestos de trabajo, mientras que las profesiones liberales y los trabajos relacionados con ellas serán las que aumenten de forma más notable. Aproximadamente tres cuartos de la oferta total de puestos de trabajo se producirán en tres grupos de ocupaciones: el campo de la informática y las matemáticas; las áreas sanitarias y técnicas; y la educación, la formación y la gestión de bibliotecas (*Occupational Outlook Handbook*, 2004-2005).

El aumento previsto en la oferta de puestos de trabajo varía según sean las exigencias de formación de cada puesto. Se espera que los trabajos para los que es necesario poseer un título universitario aumenten de forma más rápida. La formación resulta esencial a la hora de conseguir un puesto de trabajo con un salario elevado. De esta manera, de las cincuenta ocupaciones con mejores salarios, cuarenta y nueve exigían que se poseyera un título universitario (*Occupational Outlook Handbook*, 2004-2005).

La influencia del trabajo

¿Trabajamos para vivir o vivimos para trabajar? La mayoría de los individuos dedican cerca de un tercio de sus vidas al trabajo. Según un estudio, el 35 por 100 de los estadounidenses trabajaba más de 40 horas semanales, pero 18 por 100 lo hacía durante 51 horas (Centro de Investigaciones de la Universidad de Connecticut, 2000). Tan sólo un 10 por 100 trabajaba menos de 30 horas a la semana.

El trabajo es un factor definitorio fundamental de los individuos (Osipow, 2000), pues determina de forma relevante su situación económica, la vivienda de la que disponen, la forman en la que pasan su tiempo de ocio, la zona en la que viven, sus amistades y también su salud (Warr, 2004). Algunos individuos definen su identidad a través de su ocupación laboral. El trabajo crea una estructura y un ritmo de vida que suelen perderse cuando los individuos no realizan ninguna labor profesional durante un período extenso de tiempo. Cuando no pueden trabajar, muchas personas experimentan una situación de inestabilidad emocional así como bajos niveles de autoestima.

Obviamente, el trabajo también constituye una fuente de estrés (Barling, Kelloway y Frone, 2004; Boswell, Olson-Buchanan y LePine, 2004). Existen cuatro características del entorno laboral relacionadas con el nivel de estrés de los trabajadores y con la existencia de problemas de salud (Moos, 1986): 1) elevadas exigencias laborales, como tener que hacer frente a un gran volumen de trabajo o trabajar contrarreloj; 2) falta de oportunidades para participar en la toma de decisiones; 3) existencia de un elevado nivel de control y supervisión, y 4) criterios poco claros que permitan identificar el rendimiento competente.

Trabajar durante los años en la universidad Durante el curso académico 1999-2000, 80 por 100 de los estudiantes universitarios estadounidenses tuvieron algún tipo de ocupación laboral (Centro Nacional de Estadísticas Educativas, *National Center for Education Statistics*, 2002). Al ser encuestados, 48 por 100 de los universitarios se consideraban, principalmente, estudiantes que trabajaban para cubrir sus gastos académicos, y 32 por 100 se identificaban como trabajadores que decidían estudiar. El primer grupo trabajaba una media de 26 horas semanales, mientras que los segundos lo hacían durante 40 horas semanales como media.

Tener un empleo puede cubrir el coste de la educación universitaria o ayudar a hacer frente a parte de los gastos, aunque también puede limitar las oportunidades

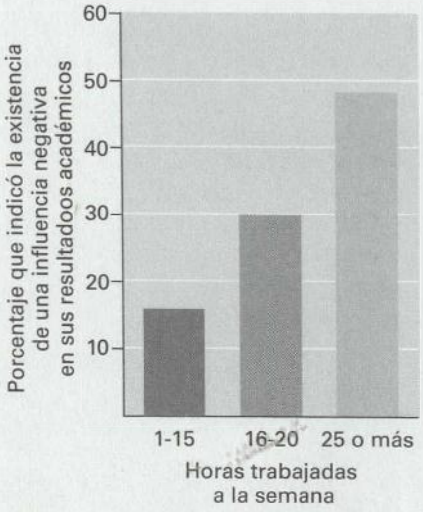


FIGURA 14.11 Relación entre las horas de trabajo a la semana y los resultados académicos en la universidad

En el caso de los estudiantes que trabajaban para sufragar los gastos de la universidad, el 16 por 100 de los que trabajaban 1 a 15 horas semanales indicaron que sus empleos influían negativamente en sus resultados académicos. El 30 por 100 de los estudiantes que trabajaban de 16 a 20 horas a la semana eran de la misma opinión, al igual que el 48 por 100 que trabajaba 35 horas o más a la semana.

que los estudiantes tienen de aprender. Según un reciente estudio realizado a escala nacional en Estados Unidos, los resultados académicos de los universitarios que se consideraban principalmente estudiantes se veían afectados de forma proporcional al número de horas de trabajo semanales (Centro Nacional de Estadísticas Educativas, *National Center for Education Statistics*, 2002) (véase la Figura 14.11). Según otras investigaciones, las probabilidades de que un universitario abandone sus estudios aumentan si dedica cada vez más horas a trabajar (Centro Nacional de Estadísticas Educativas, *National Center for Education Statistics*, 2002). De esta manera, resulta necesario que los estudiantes universitarios analicen con cuidado si el número de horas dedicadas al trabajo afecta negativamente a sus logros académicos.

Por supuesto, el trabajo también puede resultar beneficioso para la educación de un individuo. Más de mil centros universitarios estadounidenses ofrecen a sus alumnos programas denominados *cooperativos*, es decir, períodos de prácticas pagadas que se realizan en un área de interés para el estudiante. En algunos casos, no se puede tomar parte en estos programas hasta el tercer año de carrera. Otras formas de compaginar el trabajo con los estudios universitarios son las pasantías o los trabajos a tiempo parcial que se realizan durante los períodos vacacionales y que están relacionados con un área de estudio de interés para el individuo. Según un estudio nacional llevado a cabo en Estados Unidos con empresarios, casi un 60 por 100 afirmó que sus empleados con titulación universitaria habían realizado prácticas o pasantías previamente (Collins, 1996). Tomar parte en este tipo de experiencias laborales puede resultar determinante a la hora de conseguir el empleo deseado una vez se finalicen los estudios universitarios.

Desempleo El desempleo supone una fuente de estrés tanto si la pérdida del trabajo es temporal, cíclica o permanente (Hoyer y Roodin, 2003; Probst, 2004). Las investigaciones realizadas han determinado que existe una relación entre el desempleo y problemas físicos (como los ataques cardiacos y las embolias), problemas mentales (como la depresión o las crisis de ansiedad), problemas en la pareja y el homicidio (Papalia y otros, 2002). Según un reciente estudio longitudinal llevado a cabo a lo largo de quince años con más de 24.000 sujetos adultos, el nivel de satisfacción con respecto a la propia vida disminuía de forma considerable tras producirse la pérdida del empleo y aumentaba cuando se encontraba un nuevo puesto de trabajo, aunque no llegaba a alcanzar los niveles de satisfacción registrados antes de la situación de desempleo (Lucas y otros, 2004).

El estrés no surge únicamente de la pérdida de ingresos y las consecuentes dificultades económicas, sino también de la disminución de los niveles de autoestima (Voydanoff, 1990). Los individuos que sobrellevan mejor la situación de desempleo disponen de otras fuentes de ingresos, que pueden ser ahorros o el salario de otros miembros de la familia. Además, el individuo puede hacer frente de mejor manera a la situación del desempleo si cuenta con el apoyo, la comprensión y la flexibilidad de los miembros de su familia. Los servicios de orientación laboral y los grupos de autoayuda pueden proporcionar consejos prácticos sobre la búsqueda de empleo, la creación de currículos o las entrevistas laborales, así como representar una fuente de apoyo emocional para el individuo desempleado.

Parejas en las que ambos miembros trabajan Las parejas en las que ambos miembros trabajan pueden enfrentarse a ciertas dificultades a la hora de compaginar sus profesiones con el resto de sus vidas (Bellevia y Frone, 2004; Desmarais y Alksnis, 2004; Greenhaus, Collins y Shaw, 2003). Si ambos miembros de la pareja trabajan, ¿quién se encarga de limpiar la vivienda, o de llamar al fontanero o de todos los interminables detalles necesarios para mantener un hogar? Si, además, tienen hijos, ¿quién se responsabiliza de que los niños vayan al colegio o a las clases de piano? ¿Quién firma las autorizaciones para las visitas escolares o habla con los profesores o concierta una cita con el dentista?

A pesar de que las familias con un único salario aún constituyen una minoría representativa en el conjunto de núcleos familiares, el número de parejas en las que ambos miembros trabajan ha aumentado considerablemente en las últimas tres décadas (Barnett, 2001) (véase la Figura 14.12). Con la incorporación de la mujer al mundo laboral, se alteró la división de responsabilidades entre el trabajo y la familia. Recientes investigaciones realizadas en Estados Unidos han señalado los siguientes datos (Barnett, 2001; Barnett y otros, 2001):

- *Los maridos estadounidenses cada vez realizan más tareas domésticas.* Los hombres que viven en parejas en las que ambos miembros trabajan realizan aproximadamente el 45 por 100 de las tareas del hogar.
- *Las mujeres estadounidenses cada vez se responsabilizan más de mantener económicamente a sus familias.* En aproximadamente un tercio de las parejas en las que ambos miembros trabajan, el salario de las esposas es igual al de sus maridos o lo supera.
- *Los hombres estadounidenses muestran un mayor interés por sus familias y por desempeñar su papel de padres.* Los varones adultos jóvenes consideran que la familia es un factor tan importante al menos como el trabajo. En el caso de los hombres que aceptan la igualdad de roles entre sexos, el hecho de ser padres se relaciona con una disminución de nueve horas semanales de trabajo. Por el contrario, en el caso de los hombres con ideas más tradicionales, el hecho de ser padres está asociado con un incremento de once horas de trabajo a la semana.

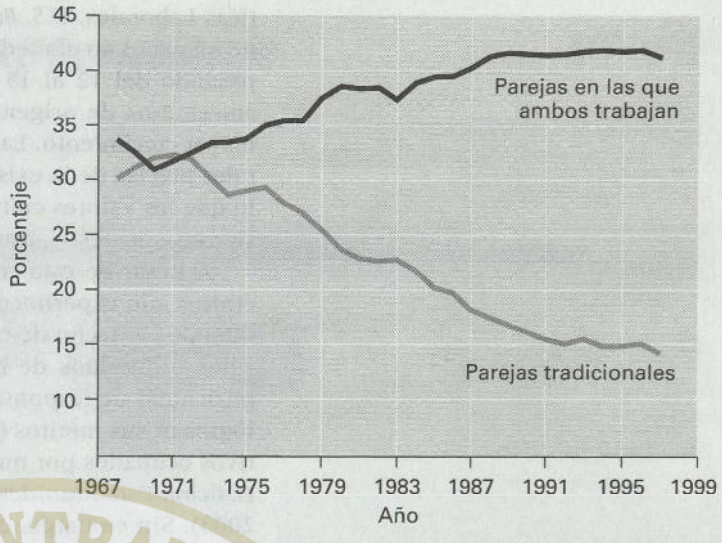


FIGURA 14.12 Cambios en el porcentaje de parejas estadounidenses tradicionales y parejas en las que trabajan ambos miembros
Destaca el notable incremento en el número de parejas en las que ambos miembros trabajan en las últimas tres décadas. En las parejas tradicionales, el marido mantiene económicamente a la familia.

En el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital», tratamos la relación existente entre los géneros y el trabajo, más concretamente entre el género y el lugar de trabajo. Además, también trataremos la diversidad étnica en el puesto de trabajo.



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Diversidad en el ámbito laboral

El lugar de trabajo se está convirtiendo en un entorno cada vez más diverso (Desmarais y Alksnis, 2004). Si en otra época muy pocas mujeres trabajaban fuera del hogar, en los países desarrollados las mujeres han entrado (y siguen haciéndolo) en el mercado laboral (Helgeson, 2005; Lakes y Carter, 2004). En 2001, el 74 por 100 de los varones estadounidenses eran activos laboralmente frente a un 60 por 100 de mujeres (Oficina Estadounidense de Estadísticas Laborales, *U.S. Bureau of Labor Statistics*, 2003). Sólo en países escandinavos como Suecia, el índice de mujeres en el mundo laboral se equiparaba al registrado en Estados Unidos donde, además, más de una cuarta parte de todos los abogados, médicos, informáticos y farmacéuticos son mujeres.

Otro factor de creciente importancia en los entornos laborales de los países desarrollados es la diversidad étnica. En Estados Unidos, entre 1980 y 2002, el porcentaje de hispanos y americanos de origen asiático se ha multiplicado por dos, una tendencia que se espera continúe (Oficina Estadounidense de Estadís-

ticas Laborales, *U.S. Bureau of Labor Statistics*, 2003). Se estima que el porcentaje de hispanos en el mercado laboral superará al de afroamericanos en el año 2012, pasando del 12 al 15 por 100 (*Occupational Outlook Handbook*, 2004-2005). Los americanos de origen asiático seguirán siendo el grupo que experimente un mayor crecimiento. La creciente diversidad que se aprecia en los entornos laborales precisa de la existencia de sensibilidad ante las diferencias culturales, por lo que los valores culturales que los trabajadores aportan a sus empleos han de ser reconocidos y apreciados (Powell, 2004).

A pesar de esta creciente diversidad, tanto las mujeres como las minorías étnicas aún experimentan dificultades a la hora de traspasar lo que se ha denominado el «techo de cristal», una barrera invisible que impide que las mujeres y los individuos de minorías étnicas avancen en sus profesiones y alcancen posiciones de responsabilidad en la toma de decisiones, sin tener en cuenta sus logros ni sus méritos (Dipboye y Colella, 2005). El porcentaje de puestos directivos ocupados por mujeres pasó del 32 por 100 en 1990 al 19 por 100 en 2000 (Oficina Estadounidense de Estadísticas Laborales, *U.S. Bureau of Labor Statistics*, 2003). Sin embargo, en ese mismo período de tiempo, el porcentaje de individuos de minorías étnicas que ocupaban esos puestos de responsabilidad aumentó del 13 por 100 en 1990 al 17 por 100 en 2000.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 5

5 Explicar los aspectos esenciales de la trayectoria profesional y del trabajo en la juventud

REVISA

- ¿Qué cambios evolutivos afectan a la trayectoria profesional y al trabajo?
- ¿De qué manera se relacionan los tipos de personalidad con la elección de una determinada profesión?
- ¿Por qué resulta importante analizar los valores propios al valorar una determinada orientación laboral?
- ¿En qué áreas se estima que se producirá el mayor incremento de ofertas de empleo hasta el año 2010?
- ¿Qué aspectos importantes del trabajo debemos conocer?

REFLEXIONA

- ¿Qué trayectoria profesional deseas seguir? ¿Qué formación necesitas para ello? ¿Qué cambios se han producido en el papel desempeñado por los varones en el hogar y en las cuestiones familiares en los últimos cuarenta años?

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 Objetivo de aprendizaje 1: Describir la transición de la adolescencia a la edad adulta

- Durante la transición a la edad adulta, suele producirse una cierta temporalidad personal y económica. Dos de los criterios utilizados para determinar la condición de adulto son la independencia económica y la capacidad para tomar decisiones de forma autónoma. El término *adultez emergente* se aplica en la actualidad a la fase de transición entre la adolescencia y la edad adulta. Suele producirse entre los 18 y los 25 años de edad y se caracteriza por la experimentación y la exploración.
- En la transición a la edad adulta se detectan tanto la continuidad como distintas alteraciones. Este proceso de cambio puede presentar elementos negativos y positivos. Cada vez un mayor número de universitarios son adultos que retoman sus estudios.

2 Objetivo de aprendizaje 2: Identificar los cambios que se producen en el desarrollo físico de los adultos jóvenes

- El nivel máximo de rendimiento físico suele alcanzarse entre los 19 y los 26 años de edad. En este período existe un riesgo oculto, ya que es en esta fase cuando suelen desarrollarse los hábitos negativos para la salud. Hacia el final de la juventud se detecta una evidente ralentización del rendimiento físico en la mayoría de individuos.
- La obesidad supone un grave problema de salud. En Estados Unidos, aproximadamente un tercio de los individuos presentan un sobrepeso que los predispone a padecer ciertas dolencias. La herencia genética y el peso estabilizado constituyen factores biológicos relacionados con la obesidad, junto con los factores medioambientales, la cultura y otros aspectos relacionados con el origen étnico y el sexo. La mayor parte de las dietas de adelgazamiento no funcionan a largo plazo. En los regímenes eficaces, el ejercicio físico constituye un elemento de gran importancia. A pesar de que las dietas pueden resultar perjudiciales, cuando una persona con sobrepeso sigue un régimen de adelgazamiento y no recupera el peso perdido, se producen efectos positivos para el individuo.
- Tanto el ejercicio físico moderado como el intenso producen importantes beneficios físicos y psicológicos, como la disminución del riesgo de padecer enfermedades cardiacas o la reducción de los niveles de ansiedad.
- A pesar de que se ha detectado un menor consumo de alcohol por parte de los estudiantes universitarios de primer curso, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas en un espacio de tiempo reducido sigue resultando preocupante. Suele observarse una disminución del consumo de drogas en los individuos con edades que rondan los 25 años. En todo el mundo, el consumo de alcohol está sujeto a diferencias motivadas por el género y la religión. El alcoholismo constituye un desorden que implica el consumo excesivo de alcohol durante un período de tiempo extenso, de forma repetitiva, incontrolada y compulsiva. Esta situación perjudica la salud y las relaciones sociales del individuo afectado. Algunas estrategias, como el empleo de sustitutos de la nicotina, han mostrado cierto éxito para conseguir que los fumadores abandonen su adicción, aunque este proceso resulta complicado por las propiedades adictivas de la nicotina. Con respecto a las adicciones existen dos enfoques principales: el modelo de la adicción como enfermedad y el modelo de la adicción en el proceso vital. Ambos modelos cuentan con opiniones a favor y en contra.

3 Objetivo de aprendizaje 3: Analizar la sexualidad en la juventud

- Siempre ha resultado complicado describir las prácticas sexuales de los estadounidenses. La «Encuesta sobre comportamientos sexuales en Estados Unidos de 1994» (*1994 Sex in America Survey*) supuso un importante avance con respecto al «Informe Kinsey». Según dicho estudio, las vidas sexuales de los estadounidenses eran más conservadoras que lo señalado por investigaciones anteriores. Se acepta de forma general que la orientación sexual constituye un continuo que abarca desde lo exclusivamente heterosexual hasta lo exclusivamente homosexual. Resulta probable que las preferencias sexuales de un individuo surjan de la combinación de factores genéticos, hormonales, cognitivos y medioambientales.
- Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se contraen, principalmente, por vía sexual. Las más comunes son la gonorrea, la sífilis, la clamidia y el herpes genital. Sin embargo, el sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) constituye la enfermedad de transmisión sexual que ha recibido una mayor atención en las últimas décadas. Esta enfermedad está causada por el VIH, un virus que destruye el sistema inmunológico del cuerpo. Algunas estrategias eficaces para protegerse frente al sida y otras ETS son: 1) conocer el nivel de riesgo propio y de la pareja; 2) someterse a exámenes médicos; 3) mantener relaciones sexuales con protección, y 4) no mantener relaciones sexuales con numerosas parejas.
- La violación es la relación sexual mantenida contra la voluntad de una persona y con uso de la fuerza. Normalmente, la violación produce una reacción traumática en la víctima. Las violaciones por parejas ocasionales o conocidos son relaciones sexuales forzadas que un agresor mantiene con una persona a la que conoce al menos casualmente. El acoso sexual se produce cuando una persona utiliza su posición de poder sobre otra para obtener algún tipo de favor sexual, y puede acarrear graves consecuencias psicológicas para la víctima.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Describir los cambios cognitivos que se producen en la juventud*

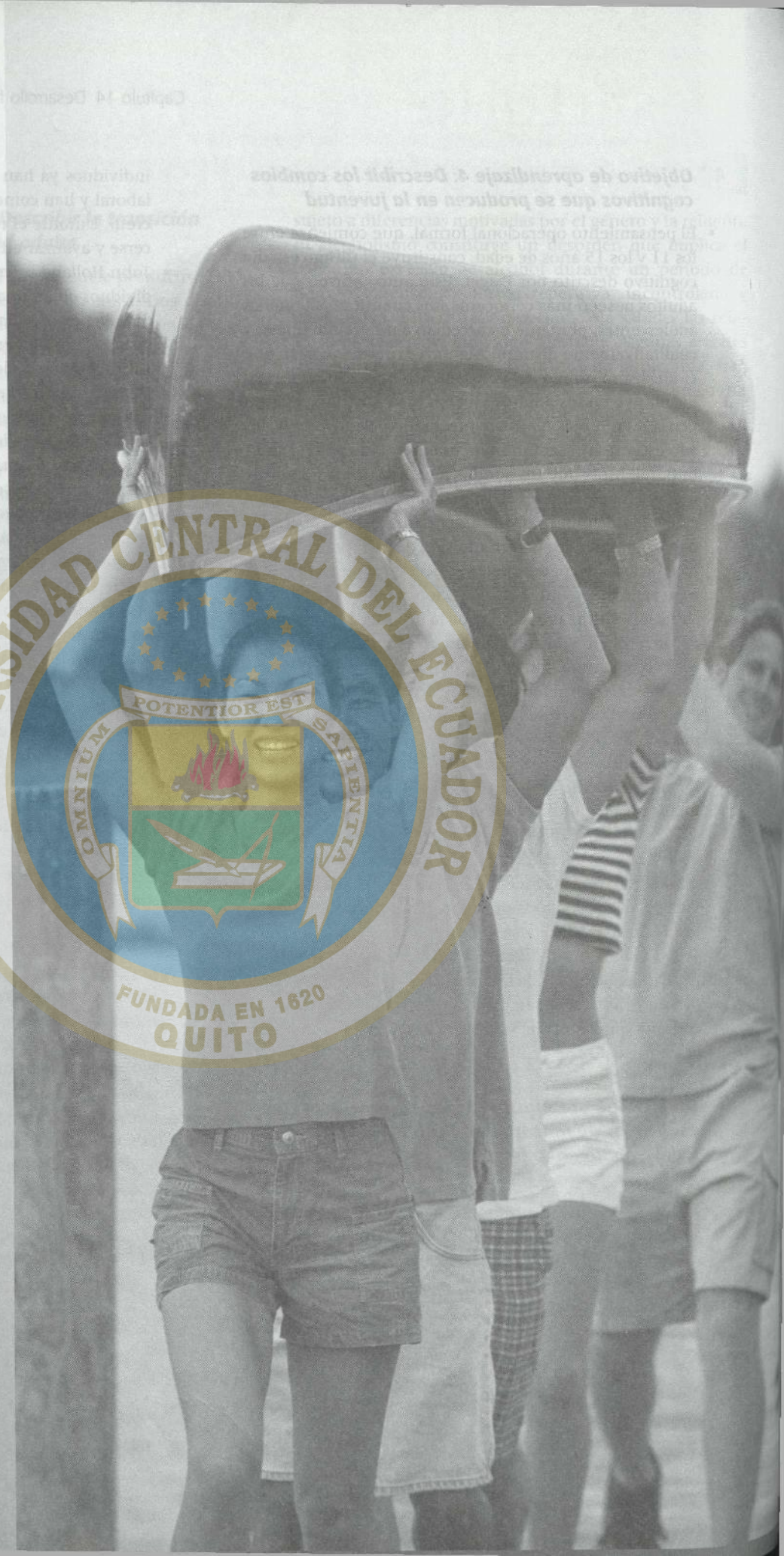
- El pensamiento operacional formal, que comienza entre los 11 y los 15 años de edad, constituye el último estadio cognitivo descrito por Piaget. Este autor afirmó que los adultos poseen más conocimientos cuantitativos que los adolescentes, pero que no accedían a un estadio nuevo y cualitativamente distinto. Algunos expertos señalan que el idealismo propio del pensamiento operacional formal disminuye en los adultos jóvenes, y se sustituye con un pensamiento más realista y pragmático. Según Perry, los adolescentes presentan un pensamiento dualista y absoluto, mientras que los adultos jóvenes suelen pensar de manera reflexiva y relativista. El pensamiento posformal es cualitativamente distinto del pensamiento operacional formal. Implica la comprensión de que, para alcanzar la solución adecuada, suele ser necesario pensar de manera reflexiva y que dicha solución puede variar de una situación a otra, además de que la búsqueda de la verdad es un proceso que no concluye. Asimismo, el pensamiento posformal implica la comprensión de que las soluciones a los problemas han de ser realistas y de que la emoción y los factores subjetivos también influyen en el pensamiento.
- La creatividad alcanza su máximo nivel en la edad adulta, normalmente después de los 40 años, y luego comienza a disminuir. Sin embargo, 1) esta disminución suele ser poco evidente; 2) el vínculo entre creatividad y edad depende del campo del saber concreto, y 3) existen grandes diferencias individuales con respecto a la creatividad a lo largo de toda una vida. Basándose en entrevistas realizadas a expertos de renombre en diferentes áreas, Csikszentmihalyi describió la forma en la que se desarrollan las vidas de los individuos más creativos, destacando características como la de levantarse cada día con una nueva misión o buscar entornos que estimulen la creatividad.

5 *Objetivo de aprendizaje 5: Explicar los aspectos esenciales de la trayectoria profesional y del trabajo en la juventud*

- Muchos niños de corta edad tienen fantasías idealizadas acerca de su futuro profesional. Entre los 18 y los 20 años, los pensamientos sobre la trayectoria laboral se vuelven más serios. Al acercarse a la treintena, muchos individuos ya han finalizado su formación académica o laboral y han comenzado a desempeñar un trabajo concreto. Durante el resto de la juventud, se busca establecerse y avanzar en esta nueva trayectoria laboral.
- John Holland señaló que resulta importante que los individuos elijan una profesión que sea compatible con su tipo de personalidad. Así, este autor sugirió la existencia de seis tipos de personalidad: realista, convencional, artística, emprendedora, investigadora y social.
- Resulta importante que los valores propios no choquen con la ocupación que se desempeña. Existen diferentes valores, que van desde la importancia que se otorgue al dinero hasta la situación geográfica del puesto de trabajo.
- Las industrias del sector de los servicios crearán la mayor parte de los nuevos empleos en Estados Unidos en la próxima década. Además, se espera que crezca rápidamente el empleo en el sector de la informática. Los puestos de trabajo para los que resulta necesario poseer un título universitario aumentarán de forma rápida y serán los que mejores salarios ofrezcan. También aumentará la participación de las mujeres, de los hispanos y de los afroamericanos en el mercado laboral.
- La ocupación laboral es un factor que define a los individuos de manera fundamental y que representa un aspecto esencial de su identidad. La mayor parte de los individuos pasan aproximadamente un tercio de su vida adulta trabajando. El desempleo puede ser una fuente de estrés, como también puede serlo el trabajo, sobre todo cuando la carga de trabajo es grande y existen plazos de tiempo que han de cumplirse. El 80 por 100 de los estudiantes universitarios estadounidenses compaginan sus estudios con el trabajo, lo que puede tener consecuencias negativas, especialmente si los universitarios trabajan durante muchas horas, o positivas, si los estudiantes participan en programas de prácticas laborales, pasantías o trabajos a tiempo parcial o durante las vacaciones veraniegas que estén relacionados con su área de estudio. El desempleo constituye una fuente de estrés tanto si la pérdida del puesto de trabajo es temporal, cíclica o permanente. El desempleo está relacionado con problemas físicos, mentales y otras dificultades. El número creciente de mujeres que trabajan fuera del hogar ha creado una serie de cuestiones relacionadas con el trabajo. Se ha producido un considerable aumento del tiempo que los varones dedican a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos.

CAPÍTULO

15



El amor es un lienzo que la naturaleza nos otorga y que la imaginación borda.

VOLTAIRE

Ensayista francés, siglo XVIII

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo socioemocional en la juventud

Esquema del capítulo		*Objetivos de aprendizaje*
CONTINUIDAD Y DISCONTINUIDAD DE LA NIÑEZ A LA EDAD ADULTA Temperamento Apego	**1**	**Describir la continuidad y discontinuidad que se detecta en el temperamento y el apego desde la niñez hasta la edad adulta**
ATRACCIÓN, AMOR Y RELACIONES DE PAREJA Atracción Las diversas caras del amor Desenamoramiento Soledad	**2**	**Identificar algunos aspectos fundamentales de la atracción, el amor y las relaciones de pareja**
MATRIMONIO Y FAMILIA El ciclo vital de la familia Matrimonio Roles parentales	**3**	**Analizar el matrimonio y la familia**
DIVERSIDAD EN LOS ESTILOS DE VIDA ADULTOS Adultos que viven solos Adultos con parejas de hecho Adultos divorciados Adultos que vuelven a casarse Adultos homosexuales	**4**	**Explicar la diversidad existente en los estilos de vida**
GÉNERO, RELACIONES Y DESARROLLO PERSONAL Desarrollo de las mujeres Desarrollo de los hombres	**5**	**Analizar la influencia del género en las relaciones**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Gwenna y Greg: ella tiene claros sus objetivos; él se resiste al compromiso

El compromiso desempeña un importante papel en las relaciones de pareja de la mayoría de individuos. Analicemos el siguiente caso, en el que Gwenna decide que es el momento de hablar con Greg acerca del compromiso que él muestra hacia su relación de pareja (Lerner, 1989, pág. 44-45):

> Gwenna explicó su visión de los puntos fuertes y débiles de su relación de pareja, y también expresó cuáles eran sus deseos para el futuro. Le pidió a Greg que hiciera lo mismo. Al contrario que en conversaciones anteriores, en esta ocasión el diálogo se produjo sin que Gwenna obligara a Greg, ni lo presionara o analizara sus problemas con las mujeres. Además, Gwenna planteó con claridad algunas cuestiones, que revelaron la vaguedad de las respuestas de Greg.
>
> «¿Cómo sabrás que estás preparado para comprometerte? ¿Qué te hace falta, de forma concreta, para cambiar o ser diferente a como eres hoy?»
>
> «No sé», respondió Greg. Cuando se le siguió cuestionando, la mejor contestación que encontró fue que lo sentiría.
>
> «¿Cuánto tiempo te hace falta para tomar una decisión en un sentido u otro?»
>
> «No estoy seguro», señaló Greg. «Tal vez un par de años, pero no puedo responder a una pregunta como ésa porque no puedo predecir qué voy a sentir en el futuro.»
>
> Y la conversación prosiguió de esta manera.
>
> Gwenna estaba enamorada de su pareja, pero dos años (o un período incluso mayor) eran más de lo que podía esperar. Por ello, tras reflexionar al respecto, le comunicó a Greg que estaba dispuesta a esperar hasta el final del verano (unos diez meses más tarde), pero que luego seguiría adelante con su vida si Greg no era capaz de comprometerse y contraer matrimonio tras ese período de tiempo. Gwenna fue franca con él y le dijo que deseaba casarse y formar una familia juntos, pero también dejó claro que su prioridad era que ambos estuvieran comprometidos con la relación de pareja. Si Greg no se sentía de esa manera tras el verano, entonces Gwenna rompería la relación, a pesar de lo doloroso que fuera.
>
> Durante el período de espera, Gwenna logró no presionar a Greg ni mostrarse distante con él, ni tampoco reaccionar negativamente ante las dudas o la ambivalencia de su pareja. De esta manera, Greg dispuso del espacio emocional necesario para enfrentarse a sus dilemas, por lo que la relación entre ambos tenía muchas posibilidades de continuar. La limitación que había impuesto Gwenna («haber tomado una decisión cuando acabara el verano») no suponía una amenaza ni un intento de presionar a Greg, sino que representaba la afirmación clara de lo que ella estaba dispuesta a aceptar.
>
> Cuando concluyó el verano, Greg le comunicó a Gwenna que necesitaba seis meses más para aclarar sus ideas, lo que ella decidió aceptar tras reflexionar. Pasado ese período, Greg aún no estaba seguro de sus sentimientos y pidió más tiempo. Fue entonces cuando Gwenna tomó la decisión (dolorosa pero firme) de dar su relación por finalizada.

VISTA PREVIA

Al igual que en el caso de Gwenna y Greg, el amor constituye un factor de extrema importancia en nuestras vidas. En este capítulo analizaremos las

distintas facetas del amor, así como el matrimonio y la familia, la diversidad existente en los estilos de vida adultos y el papel desempeñado por los roles de género en las relaciones. Para comenzar, volveremos a tratar un aspecto que ya mencionamos en el Capítulo 1: la continuidad y la discontinuidad.

1 CONTINUIDAD Y DISCONTINUIDAD DE LA NIÑEZ A LA EDAD ADULTA

Temperamento **Apego**

En la actualidad no se cree en el determinismo infantil característico de la teoría psicosexual de Freud, quien afirmaba que nuestra personalidad adulta está grabada de manera definitiva cuando contamos con 5 años de edad. Sin embargo, los veinte primeros años de nuestra vida no carecen de importancia a la hora de predecir cuál será la personalidad que tengamos en la edad adulta. Además, existen razones para pensar que las experiencias vividas en los primeros años de la adultez también determinan nuestra forma de ser como adultos. Al intentar comprender la personalidad de un adulto joven, sería erróneo atender sólo a la vida actual del individuo y no prestar atención al desarrollo continuo de la personalidad. De la misma manera, tampoco resultaría acertado fijarse únicamente en los cinco o diez primeros años de vida de una persona de 30 años de edad a la hora de determinar por qué ese individuo se enfrenta con problemas en una relación de pareja. Por tanto, la verdad acerca del desarrollo de la personalidad de los adultos se encuentra en un punto medio entre el determinismo infantil de Freud y una visión contextualizada que no tiene en cuenta ninguna de las fases previas a la vida adulta.

Temperamento

Se ha demostrado que, cuanto más breves sean los intervalos de tiempo en los que se analizan características de la personalidad, mayores similitudes encontraremos en ese individuo de un intervalo a otro. De esta manera, si realizamos una medición del autoconcepto de un sujeto a la edad de 20 años y lo repetimos cuando ya ha cumplido 30 años, probablemente se detecte una mayor estabilidad en las características que si hubiéramos realizado una medición a los 10 años de edad y luego a los 30. A continuación analizaremos los resultados obtenidos en algunas investigaciones que demuestran estas ideas acerca de la continuidad y la discontinuidad.

En el Capítulo 7, definimos el *temperamento* como el estilo de comportamiento de un individuo y sus respuestas emocionales características. ¿Es el temperamento una cualidad estable? ¿Se detectan en los adultos jóvenes el mismo estilo de comportamiento y las mismas respuestas emocionales características que cuando estos individuos eran bebés o niños?

El nivel de actividad constituye una importante dimensión del temperamento. ¿Está relacionado el nivel de actividad de un niño con su personalidad adulta? Según un estudio longitudinal, los niños que mostraban altos niveles de actividad a los 4 años de edad solían ser más extravertidos a la edad de 23 años, lo que demuestra la existencia de una continuidad (Franz, 1996). En la transición entre la adolescencia y la juventud, la mayor parte de los individuos muestra menos alteraciones emocionales, actúan de forma más responsable y presentan comportamientos que suponen menos riesgos, lo que es señal de discontinuidad (Caspi, 1998).

¿Existe alguna relación entre el temperamento infantil y la adaptación durante la edad adulta? Podemos reunir ciertos datos basados en los pocos estudios

longitudinales realizados a este respecto (Caspi, 1998). Ya en el Capítulo 7 señalamos la distinción entre un temperamento fácil y otro difícil. Según los resultados obtenidos en una investigación longitudinal, resultaba más probable que los niños con edades comprendidas entre los 3 y los 5 años y que mostraban un temperamento fácil presentaran un buen nivel de adaptación en la juventud (Chess y Thomas, 1987). Por el contrario, muchos niños con temperamentos difíciles entre los 3 y los 5 años de edad no se convertían en adultos con buenos niveles de adaptación. Además, otras investigaciones han determinado que resulta menos probable que los varones con un temperamento difícil durante la niñez continúen con su educación académica una vez llegan a la edad adulta. Asimismo, resulta más probable que las niñas que muestran un temperamento difícil se enfrenten a conflictos conyugales durante la adultez (Wachs, 2000).

Los estudios realizados también se han centrado de forma profunda en la inhibición, otra importante característica del temperamento (Kagan, 2000, 2002, 2003). Los resultados de las investigaciones demuestran que los individuos que presentan un temperamento inhibido durante la niñez no suelen convertirse en adultos asertivos o que cuenten con apoyo social, y resulta más probable que se retrase su incorporación al mundo laboral estable (Wachs, 2000).

Otro aspecto del temperamento es el relacionado con las emociones y la capacidad para controlarlas. Según un estudio longitudinal, cuando los niños de 3 años de edad controlaban adecuadamente sus emociones y se mostraban confiados ante las situaciones de estrés, existían más probabilidades de que también gestionaran eficazmente sus emociones durante la edad adulta (Block, 1993). Por el contrario, cuando los niños de esa misma edad presentaban bajos niveles de control emocional y no resistían las situaciones de estrés, solían enfrentarse a dificultades en estas áreas durante la juventud.

En resumen, estos estudios revelan que existe una cierta continuidad entre algunos aspectos del temperamento que se observan en la niñez y la capacidad de adaptación durante la juventud. Sin embargo, no podemos olvidar que esta relación entre el temperamento infantil y la adaptación en la edad adulta se basa tan sólo en un reducido número de estudios, por lo que resultan necesarias más investigaciones que permitan verificar la existencia de dicho vínculo. Así, Theodore Wachs (1994, 2000) sugirió distintas maneras en las que puede variar la relación entre el temperamento infantil y la personalidad adulta, dependiendo de los contextos que intervienen en las experiencias de un individuo (véase la Figura 15.1).

Apego

En el Capítulo 7, «Desarrollo socioemocional en la infancia», ya señalamos la importancia del apego, un concepto que también tratamos en el Capítulo 13, «Desarrollo socioemocional en la adolescencia». A continuación, analizaremos este aspecto en la juventud, señalando de qué manera se relaciona con el apego que aparece en fases evolutivas anteriores.

Los conceptos de apego seguro e inseguro continúan empleándose para describir las relaciones de apego durante la adultez (Collins y Feeney, 2004; Crowell y otros, 2002; Edelstein y Shaver, 2004; Shaver y Mikulincer, 2003; Treboux, Crowell y Waters, 2004). Entre un 50 por 100 y un 60 por 100 de los adultos estudiados en muestras no clínicas presentan *apego seguro*. Estos individuos proporcionan descripciones realistas y coherentes de su niñez y parecen comprender la forma en que las experiencias vividas influyen en su actual vida adulta. Un porcentaje que va del 25 por 100 al 30 por 100 de los adultos entran en la categoría de *apego inseguro-evasivo*. Estos adultos se muestran reacios a hablar de la relación con sus padres o no parecen concederles importancia. Sus recuerdos suelen estar centrados en las vivencias negativas como, por ejemplo, el rechazo o la falta de atención por parte de sus padres. Los individuos que muestran *apego inseguro-preocupado* constituyen aproximadamente el 15 por 100 de la población adulta. Al contrario

	Rasgo inicial del temperamento: Inhibición	
	Niño A	**Niño B**
	Contexto de intervención	
Cuidadores	Los adultos que cuidan del niño (padres) se muestran sensibles y aceptan la situación. Dejan que el niño se desarrolle a su propio ritmo.	Los adultos que cuidan del niño utilizan un control «de bajo nivel» poco adecuado e intentan obligar al niño a vivir nuevas situaciones.
Entorno físico	Existencia de «refugios frente a la estimulación» o de «espacios de defensa» a los que el niño puede acudir cuando recibe demasiada estimulación.	El niño se enfrenta continuamente a un entorno ruidoso y caótico que no le permite escapar de la estimulación.
Iguales	En el grupo de iguales hay otros niños inhibidos con intereses comunes, por lo que el niño se siente aceptado.	El grupo de iguales está formado por individuos extravertidos, por lo que el niño se siente rechazado.
Escuela	El número de alumnos en la escuela es reducido, por lo que existen más probabilidades de que los niños inhibidos sean aceptados y sientan que pueden aportar algo a su entorno.	El número de alumnos en la escuela es excesivo, por lo que existen menos probabilidades de que los niños inhibidos sean aceptados y más probabilidades de que se sientan subestimados.
	Resultados en la personalidad	
	En la edad adulta, el individuo está más próximo a la extraversión (abierto, social) y presenta una estabilidad emocional.	En la edad adulta, el individuo está más próximo a la introversión y presenta mayores problemas emocionales.

FIGURA 15.1 Temperamento en la niñez, personalidad en la edad adulta y contextos de intervención

Las diferentes vivencias con los cuidadores, el entorno físico, el grupo de iguales y la escuela pueden modificar las relaciones entre el temperamento que se muestra en la niñez y la personalidad que se presenta en la edad adulta. En esta tabla se utiliza el rasgo de la inhibición como ejemplo.

que en el caso de los individuos con apego inseguro-evasivo, a estos sujetos no les cuesta hablar acerca de sus relaciones, pero tienden a mostrarse incoherentes o desorganizados. Además, parecen incapaces de dejar atrás los aspectos de su niñez asociados con sus padres, hacia los que suelen expresar rabia. Además, también señalan los esfuerzos realizados de forma continua por satisfacer a sus padres.

A pesar de que existen importantes diferencias entre las relaciones de pareja y las relaciones con los padres (como la sexualidad o los cuidados mutuos), en el caso de los adultos, las parejas cubren algunas de las necesidades de las que los padres se ocupan durante la niñez. Los adultos confían en que su pareja sea una base firme en la que pueden refugiarse en busca de consuelo y seguridad en momentos de tensión.

Cindy Hazan y Phillip Shaver (1987; Shaver y Hazan, 1993) han estudiado en diversas investigaciones la continuidad existente entre las relaciones de apego de la niñez y las relaciones de pareja. Para ello, entrevistaron a sujetos adultos y les preguntaron acerca de la relación existente con sus padres mientras crecían y acerca de sus relaciones de pareja actuales. Los investigadores hallaron un vínculo entre la calidad de las relaciones de apego de la niñez y la de las relaciones de pareja en la edad adulta. Así, por ejemplo, los adultos que afirmaban sentirse apegados de forma segura a sus padres solían mostrar el mismo tipo de apego hacia sus parejas, al contrario que los adultos que indicaban que la relación con sus padres mientras crecían se había caracterizado por el apego inseguro. En un estudio longitudinal, los individuos que mostraban apego seguro hacia las personas que cuidaban de ellos a la edad de 1 año también solían presentar ese mismo tipo de apego en las relaciones con sus padres y con sus parejas veinte años más tarde (Waters y otros, 2000).

Las investigaciones realizadas han detectado la existencia de otros vínculos entre el apego en la niñez y los patrones que los adultos siguen en sus relaciones (Atkinson y Goldberg, 2003; Bartholomew y Horowitz, 1991; Edelstein y Shaver, 2004; Egeland y Carlson, 2004; Feeney, 1996; Fraley, 2002):

- En la edad adulta, a los individuos que mostraban apego seguro hacia las personas que cuidaban de ellos en la niñez les resulta más sencillo intimar con otros y no se preocupan demasiado por depender excesivamente de alguien o por sufrir abandono.
- En la edad adulta, a los individuos que mostraban apego evasivo en la niñez les resulta más difícil desarrollar relaciones de intimidad. Frente a los individuos que mostraban apego seguro, una vez dentro de una pareja, resulta más probable que los individuos con apego evasivo la rompan y busquen relaciones de una sola noche sin amor. Gwenna, la mujer que protagonizó la historia con la que se abrió este capítulo, tenía un padre que apenas participó en su educación. Probablemente, esa relación distante con su padre estaba asociada con su patrón de búsqueda de parejas masculinas distantes con antecedentes de fracasos sentimentales (Lerner, 1989).
- En la edad adulta, los individuos que mostraban un apego ambivalente durante la niñez suelen ser menos confiados, lo que los convierte en personas más posesivas y celosas. Así, pueden romper su relación con una misma persona varias veces y les cuesta controlar su ira o la intensidad de sus emociones cuando discuten.

No obstante, los estilos de apego tampoco son inalterables (Lewis, Feiring y Rosenthal, 2000). Así, por ejemplo, las investigaciones realizadas señalan que el vínculo existente entre los estilos de apego registrados en fases evolutivas distintas se ve atenuado por vivencias estresantes o disruptivas (como la muerte de un progenitor o la inestabilidad en los cuidados recibidos) (Collins y Laursen, 2000). Además, algunos individuos adaptan sus estilos de apego al tiempo que viven nuevas relaciones durante la edad adulta (Baldwin y Fehr, 1995). De esta manera, en un estudio se determinó que aproximadamente el 30 por 100 de los adultos jóvenes modificaban su estilo de apego al cabo de un período de cuatro años (Kirkpatrick y Hazan, 1994).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Describir la continuidad y discontinuidad que se detecta en el temperamento y el apego desde la niñez hasta la edad adulta

REVISA

- ¿Qué grado de estabilidad muestra el temperamento en la transición entre la niñez y la edad adulta?
- ¿De qué manera cambia el apego entre la niñez y la edad adulta?

REFLEXIONA

- Durante la niñez, ¿cómo era tu temperamento? ¿Cómo es ahora?

2 ATRACCIÓN, AMOR Y RELACIONES DE PAREJA

Atracción | **Desenamoramiento** | **Las diversas caras del amor** | **Soledad**

¿Qué nos atrae hacia los demás y nos motiva a dedicarles nuestro tiempo? Durante siglos, esta cuestión ha intrigado a filósofos, poetas y compositores, además de

otra importante pregunta: ¿qué es el amor? ¿Es lujurioso y apasionado? ¿O deberíamos tal vez ser más precavidos en nuestra búsqueda del amor? Así, un refrán checo dice: «No escojas mujer en un baile, sino en el campo, entre los que recogen la cosecha».

Otro importante aspecto es determinar los motivos por los que las relaciones se rompen. Muchos de nosotros conocemos por experiencia propia que un individuo al que considerábamos maravilloso y con el que queríamos pasar el resto de nuestras vidas puede no resultar tan maravilloso después de todo. Sin embargo, con frecuencia se afirma que es mejor haber amado y perdido ese amor que no haber amado nunca. La soledad constituye una oscura sombra que planea sobre las vidas de muchas personas, y supone una situación por la que pocos individuos desean pasar. Estos son algunos de los aspectos de las relaciones de pareja que trataremos en este apartado: cómo se inician, las diversas caras del amor, el desenamoramiento y la soledad.

Atracción

¿Por qué los individuos como Gwenna y Greg se sienten mutuamente atraídos y qué les motiva a pasar cada vez más tiempo juntos? ¿Aumenta la probabilidad de que se desarrolle una relación cuando se comparte un mismo entorno? ¿Tendemos a buscar a individuos similares a nosotros y a relacionarnos con ellos? ¿Qué papel desempeña la atracción física en las primeras fases de una relación? ¿Cuál es la importancia de los rasgos de personalidad de un individuo al iniciarse una relación?

Familiaridad y semejanza A pesar de que se suele decir que el exceso de familiaridad es la fuente del desprecio, los psicólogos sociales han determinado que la familiaridad constituye una condición necesaria para que se desarrolle una relación de cercanía. Para la mayoría de individuos, los amigos y las parejas son personas que han compartido un entorno cercano durante mucho tiempo. Pueden haberse criado juntos, haber sido compañeros de colegio, de universidad o de trabajo, o haber participado en los mismos acontecimientos sociales (Brehm, 2002).

Según el dicho, «Dios los cría y ellos se juntan», una afirmación que también nos ayuda a explicar el fenómeno de la atracción. Una de las conclusiones más determinantes a la que se llega tras estudiar las relaciones de cercanía es que nos gusta asociarnos con individuos similares a nosotros (Berscheid, 2000). Nuestros amigos y nuestras parejas presentan más semejanzas con nosotros que diferencias. Tenemos actitudes, patrones de comportamiento y características personales similares, así como gustos para vestir, inteligencia, personalidad, amigos, valores, estilos de vida y atractivo físico parecidos. En algunos casos minoritarios o en algunas características aisladas, los opuestos pueden atraerse. Una persona introvertida puede desear una pareja extravertida, o alguien con poco dinero puede desear relacionarse con un individuo adinerado, por ejemplo. Sin embargo, en términos generales, nos sentimos atraídos por individuos con características similares a las nuestras. Según un estudio, por ejemplo, los estudiantes universitarios que mostraban signos de depresión preferían relacionarse con otros estudiantes poco felices, mientras que los universitarios que no se encontraban en un estado depresivo preferían pasar su tiempo con otros estudiantes felices (Wenzlaff y Prohaska, 1989).

¿Por qué nos sentimos atraídos por individuos que se parecen a nosotros? La **validación consensuada** constituye uno de los motivos. Nuestras propias actitudes y nuestro comportamiento se ven reforzados cuando se parecen a las actitudes y al comportamiento de otros: sus actitudes y comportamientos validan los nuestros. Otro motivo por el que la semejanza resulta importante es que los individuos tienden a rehuir lo desconocido. Con frecuencia, preferimos rodearnos de personas cuyas actitudes y comportamientos podamos predecir. Además, la semejanza

implica que disfrutaremos de ciertas actividades realizadas con personas a las que les gusta lo mismo que a nosotros y con las que compartimos determinadas actitudes. En un estudio, se demostró el importante papel desempeñado por este tipo de similitud en el caso de los matrimonios duraderos (Swann, De La Ronde y Hixon, 1994).

Atractivo físico Llegados a este punto, tal vez se pueda pensar que hemos pasado por alto un importante aspecto en nuestro análisis de la atracción. Sin negar la importancia de la familiaridad y la semejanza, también es cierto que ambos factores no explican el detonante que hace surgir una relación amorosa: el atractivo físico. ¿Cuál es la importancia del atractivo físico en una relación?

Muchas agencias publicitarias desearían hacernos creer que el atractivo físico constituye el factor más importante a la hora de comenzar y mantener una relación. Sin embargo, los psicólogos no consideran que el vínculo entre la belleza física y la atracción esté tan definido. Así, por ejemplo, los estudios han determinado que los hombres y las mujeres heterosexuales no conceden la misma importancia a la apariencia física cuando buscan una pareja. Las mujeres tienden a valorar rasgos como el hecho de ser atento, la honestidad, la fiabilidad, la amabilidad y la comprensión. Los varones, por su parte, prefieren el atractivo físico, las buenas artes culinarias y la frugalidad (Buss y Barnes, 1986).

El estudio del papel desempeñado por el atractivo físico se ve complicado por los cambiantes patrones por los que se decide qué resulta atractivo. Los criterios para determinar la belleza pueden diferir no sólo entre culturas, sino también a lo largo del tiempo en un mismo contexto cultural (Lamb y otros, 1993). En Estados Unidos, en los años cuarenta del siglo XX, el ideal de belleza femenina estaba personificado en las curvas de Marilyn Monroe. Hoy en día, el cuerpo de Marilyn, con sus 60 kilos y 1,60 metros, podría considerarse un poco por encima del peso ideal. Actualmente, el modelo de belleza tanto para hombres como para mujeres no es ni grueso ni extremadamente delgado.

Los psicólogos sociales han determinado que la influencia de la semejanza también se detecta en lo relacionado con el físico. Normalmente buscamos a alguien con un nivel de atractivo similar al nuestro, tanto en las características físicas como en los atributos sociales. Las investigaciones realizadas confirman esta **hipótesis de la igualación,** según la cual, a pesar de que, en términos abstractos, solemos preferir a una persona más atractiva, en la realidad nos decantamos por alguien más cercano a nuestro propio nivel de atractivo físico (Kalick y Hamilton, 1986).

Buena parte de las investigaciones realizadas en el campo del atractivo físico se han centrado en los encuentros iniciales o poco duraderos entre individuos. Por ello, los investigadores aún no han analizado el papel desempeñado por la atracción a lo largo de los meses y de los años.

Las diversas caras del amor

Una vez que la atracción hace comenzar una relación, existen otras oportunidades para que el vínculo se convierta en amor. El término amor hace referencia a un vasto y complejo ámbito del comportamiento humano. Si leemos acerca del amor, advertiremos que existen distintos tipos, como la amistad, el amor romántico o el amor afectuoso. Algunos expertos consideran que el altruismo, ya analizado en el Capítulo 11, también constituye una forma de amor (Berscheid, 1988). Para comenzar con nuestro análisis del amor, nos centraremos en un aspecto de gran importancia en las vidas de los adultos jóvenes: la intimidad, especialmente relevante en la amistad y el amor afectuoso.

Intimidad A continuación analizaremos la perspectiva mostrada por Erik Erikson sobre la intimidad, el papel que la intimidad desempeña en la madurez de una

relación y la forma en la que los individuos combinan la motivación hacia la intimidad con la motivación hacia la independencia.

La etapa de «la intimidad frente al aislamiento» según Erikson Al vivir nuestra adultez, la mayoría de nosotros sentimos la motivación para combinar el desarrollo de la identidad con la intimidad. Tal y como señalamos en el Capítulo 13, Erik Erikson (1968) considera que «la identidad frente a la confusión de la identidad» (es decir, la búsqueda de lo que somos, de lo que queremos y de la dirección en la que nos dirigimos en nuestra vida) constituye el aspecto más importante que debemos tratar en nuestra adolescencia. Para Erikson, la intimidad debería surgir una vez los individuos se encuentran en el proceso adecuado para establecer identidades estables y fructíferas. La intimidad representa una nueva crisis vital según el esquema teórico de Erikson. Si no se desarrolla en la juventud, el individuo puede acabar en lo que este autor denomina «aislamiento». Por tanto, «la intimidad frente al aislamiento» constituye el sexto estadio evolutivo descrito por Erikson, una etapa que los individuos suelen vivir durante la juventud. En esta fase, las personas deben establecer relaciones de intimidad con otros individuos. Para Erikson, el concepto de intimidad implica el encuentro con uno mismo, al tiempo que nos abandonamos en otra persona. La intimidad se alcanza si los adultos jóvenes establecen amistades sanas y una relación íntima con otro individuo. De lo contrario, surge el aislamiento.

La personalidad de un individuo puede verse negativamente afectada por la incapacidad para desarrollar relaciones significativas con otros sujetos. Esta situación puede hacer que los individuos repudien, ignoren o ataquen a aquellos que les generan frustración. De ahí provienen lo intentos vacíos y casi patéticos de los jóvenes por unirse a un líder. Muchos jóvenes desean ser aprendices o discípulos de líderes y adultos que los protejan de los daños que provienen del mundo existente fuera del grupo. Si esto no funciona —y, según Erikson, no lo hará— tarde o temprano el individuo emprenderá una búsqueda interior para descubrir el error, iniciando un proceso de introspección que suele producir dolorosos estados de depresión y aislamiento, y que también puede generar una falta de confianza en los demás.

Intimidad e independencia Los primeros años de la adultez constituyen una etapa en la que los individuos suelen desarrollar una relación de intimidad con otra persona. En esta relación, destaca un importante aspecto: el compromiso que los individuos se muestran de forma recíproca. Al mismo tiempo, los individuos pueden presentar un gran interés por la independencia y la libertad. Por ello, el desarrollo durante la juventud suele implicar la búsqueda de un complicado equilibrio entre la intimidad y el compromiso, por un lado, y la independencia y la libertad, por otro.

Hemos de recordar que, en el esquema de los ocho estadios del desarrollo de Erikson, la intimidad es el aspecto evolutivo que sigue a la identidad. La independencia, a su vez, constituye un aspecto relacionado con el desarrollo de la identidad durante la adolescencia y la juventud. Al tiempo que los individuos intentan establecer una identidad, se encuentran con la dificultad de tener que conseguir más independencia de sus padres, de desarrollar una relación de intimidad con otro individuo y de aumentar sus compromisos amistosos. Además, también deben mostrarse capaces de pensar de forma autónoma y de tomar decisiones sin depender en todo momento de lo que otros dicen o hacen.

El grado de desarrollo de la autonomía que haya alcanzado el adulto joven resulta de especial relevancia para la madurez durante la juventud. El individuo joven que no se ha distanciado lo suficiente de sus progenitores puede encontrar dificultades a la hora de establecer relaciones interpersonales o de emprender una trayectoria profesional. Consideremos el caso de una madre que protege excesivamente a su hija, que sigue prestándole ayuda económica y que no quiere que se

separe de ella. Durante la juventud, la hija puede encontrar dificultades al desarrollar relaciones íntimas y maduras, así como enfrentarse a problemas de índole profesional. Si surge la oportunidad de conseguir un ascenso laboral que implique más responsabilidad y, probablemente, más estrés, seguramente declinará la oferta. Si algo falla en su relación con un joven, buscará el hombro de su madre para llorar en él.

El equilibrio entre la intimidad y el compromiso, por una parte, y la independencia y la libertad, por otra, resulta delicado. No podemos olvidar que estos importantes aspectos del desarrollo adulto no se encuentran, necesariamente, en los extremos de un continuo. Algunos individuos se muestran capaces de vivir una independencia y una libertad sanas y de combinarlas con una relación de intimidad. Además, estos factores también pueden variar debido a cambios sociales o históricos. Tampoco podemos obviar que la intimidad y el compromiso, al igual que la independencia y la libertad, no causan preocupación únicamente durante la juventud, ya que son cuestiones evolutivas que surgen de forma recurrente durante la edad adulta en su conjunto. A continuación, analizaremos otro importante aspecto de las relaciones cercanas de los adultos en el que la intimidad desempeña un papel fundamental: la amistad.

Amistad Cada vez más, las investigaciones demuestran que la amistad desempeña un importante papel en el desarrollo del ciclo vital humano (Hartup, 2000; Pruchno y Rosenbaum, 2003). En palabras del historiador estadounidense Henry Adams, «un amigo es bastante, dos son muchos y tres, casi imposible». La **amistad** constituye una forma de relación cercana que incluye el disfrute (nos gusta dedicar tiempo a nuestros amigos), aceptación (aceptamos a nuestros amigos sin intentar cambiarlos), confianza (damos por hecho que nuestros amigos actuarán en nuestro beneficio), respeto (pensamos que nuestros amigos realizan juicios adecuados), ayuda mutua (ayudamos y apoyamos a nuestros amigos, y ellos a nosotros), confidencialidad (compartimos experiencias y asuntos confidenciales con un amigo), comprensión (pensamos que un amigo nos conoce en profundidad y que comprende lo que deseamos), y espontaneidad (nos sentimos libres de ser nosotros mismos en compañía de nuestros amigos). Estas características fueron las respuestas obtenidas en una encuesta realizada a más de 40.000 individuos, a lo que se les pidió que definieran lo que entendían por «buen amigo» (Parlee, 1979).

Tal y como ya vimos en el Capítulo 11, la amistad puede presentar varias funciones, como la compañía, la intimidad y el afecto, el apoyo y constituir una fuente de autoestima. En algunos casos, los amigos pueden proporcionar un mejor refugio frente al estrés y representar una fuente más adecuada de apoyo emocional que los miembros de la familia. Esto puede deberse a que elegimos a nuestros amigos, mientras que los vínculos familiares vienen impuestos. Los individuos suelen seleccionar a sus amigos basándose en criterios como la lealtad, la confianza y el apoyo. De esta manera, no resulta sorprendente que, en épocas de estrés, los individuos recurran a sus amigos en busca de apoyo emocional (Fehr, 2000).

Para Zick Rubin (1970), alguien nos gusta porque se parece a nosotros, es decir, en esta situación se produce una evaluación positiva del individuo. Según este autor, cuando amamos, nos sentimos cercanos a alguien, en un sentimiento en el que se incluyen la dependencia, una orientación más desinteresada hacia el otro sujeto y factores como el ensimismamiento y la exclusividad.

Sin embargo, los amigos y las parejas se parecen en algunos aspectos. Según un estudio, los amigos y las relaciones amorosas compartían las características de aceptación, confianza, respeto, confidencialidad, comprensión, espontaneidad, ayuda mutua y felicidad (Davis, 1985). No obstante, resultaba más probable que las relaciones con la pareja incluyeran aspectos como la fascinación y la exclusividad.

Al igual que en el caso de los niños, los amigos de los adultos jóvenes suelen provenir del mismo grupo de edad. Para muchos individuos, las amistades creadas

entre los 20 y los 30 años suelen continuar durante muchos años, aunque se pueden hacer nuevos amigos ya en la treintena, o perder otras amistades por cambiar de domicilio u otras circunstancias.

De igual manera que en la niñez, hombres y mujeres no viven de igual manera la amistad en la edad adulta (Winstead y Griffin, 2001). En primer lugar nos centraremos en las amistades entre mujeres y, luego, las amistades entre hombres. Por último, analizaremos las amistades entre individuos de ambos sexos.

Amistades entre mujeres Comparadas con los hombres, las mujeres cuentan con más amigos cercanos, y las amistades que establecen implican una mayor apertura personal y un mayor intercambio de apoyo (Wood, 2001). Resulta más probable que las mujeres escuchen durante largo tiempo lo que les cuenta una amiga y que se muestren más comprensivas. Además, se dice que las mujeres son «compañeras habladoras» porque el acto de hablar es fundamental en sus relaciones (Gouldner y Strong, 1987). Las amistades entre mujeres suelen caracterizarse no sólo por su profundidad, sino también por su amplitud: las mujeres comparten muchas facetas de sus experiencias, pensamientos y sentimientos (Wood, 2001).

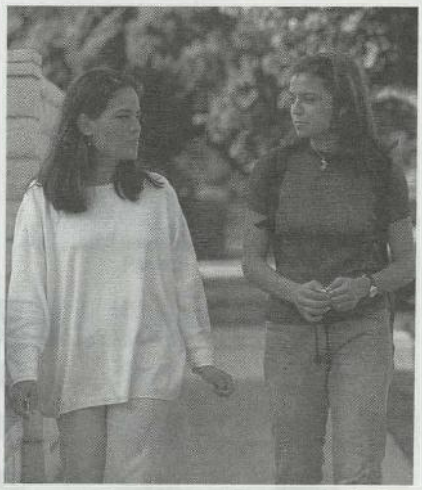
Amistades entre hombres Cuando un grupo de amigas se reúne, les gusta hablar, mientras que los grupos de amigos varones prefieren realizar actividades juntos, especialmente al aire libre. De esta manera, el patrón masculino adulto de amistad suele implicar el mantenimiento de la distancia personal al tiempo que se comparte información útil. Resulta menos frecuente que los varones hablen acerca de sus debilidades con sus amigos. Además, los hombres exigen soluciones prácticas a sus problemas en vez de comprensión (Tannen, 1990). Asimismo, las amistades entre varones adultos son más competitivas que las de las mujeres (Wood, 2001). Por ejemplo, los amigos varones se muestran en desacuerdo entre sí con mayor frecuencia.

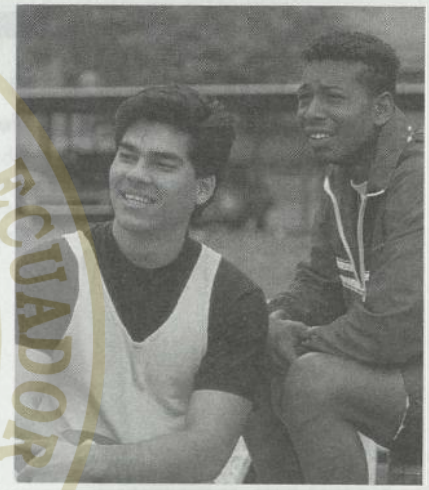
Amistades entre hombres y mujeres ¿Y las amistades entre individuos de ambos sexos? Este tipo de amistades son más frecuentes entre individuos adultos que entre niños de educación primaria, pero no tanto como las amistades entre personas del mismo sexo que existen durante la edad adulta (Fehr, 2000). Las amistades entre hombres y mujeres pueden proporcionar oportunidades positivas, pero también son el origen de ciertos problemas. Por un lado, estas amistades permiten aprender más acerca de sentimientos e intereses comunes y de características compartidas, así como conocer y comprender las creencias y actividades que, históricamente, han caracterizado a cada uno de los géneros.

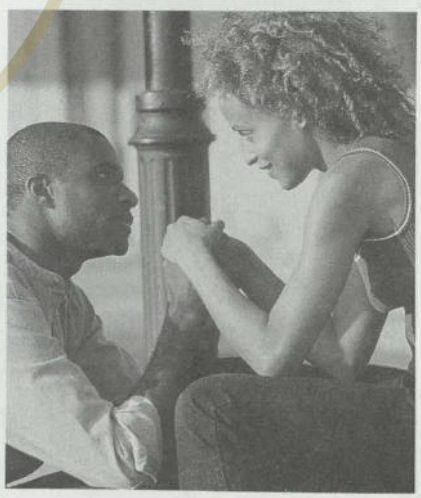
Por otro lado, pueden surgir problemas en este tipo de amistades debido a los diferentes tipos de expectativas. Así, por ejemplo, una mujer puede esperar que un amigo varón muestre comprensión, pero tal vez reciba una solución práctica y no un hombro en el que llorar (Tannen, 1990). La falta de claridad en los límites sexuales puede constituir otro problema en estas relaciones de amistad, lo que puede dar lugar a tensiones y confusión (Swain, 1992).

Amor romántico Algunas amistades llegan a convertirse en **amor romántico,** también denominado amor pasional o eros. Los poetas, dramaturgos y músicos de todos los tiempos han alabado la intensa pasión propia del amor romántico, y se han lamentado por el dolor que surge cuando ese amor fracasa. Pensemos por un momento en las canciones o libros que lideran las listas de éxitos: existen muchas probabilidades de que versen sobre el amor.

En el amor romántico se aprecia la importancia de factores como la sexualidad o el encaprichamiento, y este tipo de amor suele predominar en la primera fase de una relación amorosa (Hendrick y Hendrick, 2000, 2004; Metts, 2004). La conocida investigadora del concepto del amor Ellen Berscheid (1988) afirma que, cuando decimos que estamos «enamorados de alguien», nos referimos al amor román-







¿En qué se diferencia la amistad entre mujeres, entre hombres y entre individuos de ambos sexos?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR QUITO

tico. Para ella, necesitamos comprender el amor romántico antes de descubrir qué es el amor realmente. Según esta autora, el deseo sexual constituye el componente más importante del amor romántico.

En la cultura occidental, el amor romántico es la principal razón por la que los individuos contraen matrimonio. En 1967, un conocido estudio demostró que la mayoría de los hombres afirmaban que no se casarían si no estuvieran «enamorados». Por su parte, las mujeres se mostraban indecisas o afirmaban que contraerían matrimonio incluso aunque no amaran a su futuro esposo (Kephart, 1967). En la década de los ochenta, tanto las mujeres como los varones tendían a coincidir en que no se casarían sin estar «enamorados». Hoy en día, más de la mitad de los individuos de ambos sexos afirman que no estar «enamorado» es motivo suficiente para romper un matrimonio (Berscheid, Snyder y Omoto, 1989). El amor romántico resulta especialmente importante para los estudiantes universitarios. Según un estudio realizado con varones y mujeres universitarios solteros, más de la mitad de los sujetos señalaban que su relación más cercana era una pareja romántica, por delante de los padres, los hermanos o los amigos (Berscheid, Snyder y Omoto, 1989).

En el amor romántico se produce una compleja mezcla de distintas emociones: temor, rabia, deseo sexual, alegría y celos, por ejemplo (Harris, 2002). Obviamente, algunas de estas emociones producen angustia (Daley y Hammen, 2002). Según una investigación, resulta más probable que la pareja romántica sea la causa de un episodio de depresión a que lo sean los amigos (Berscheid y Fei, 1977).

Amor afectuoso El amor es más que pasión. El **amor afectuoso,** también denominado amor de acompañamiento, es el tipo de amor que surge cuando alguien desea estar cerca de una persona y siente un afecto profundo y generoso por ese individuo.

En la actualidad, se tiende a considerar que las primeras etapas del amor están más relacionadas con el amor romántico. Con la madurez de la relación, la pasión cede frente al afecto (Berscheid y Reis, 1998; Harvey y Weber, 2002). Philipp Shaver (1986) propuso un modelo evolutivo en el que la fase inicial del amor romántico se mantenía gracias a una mezcla de atracción sexual y gratificación, un sentimiento reducido de soledad, la incertidumbre con respecto a la seguridad de desarrollar otro tipo de apego y la excitación por descubrir lo nuevo que encierra otro ser humano. Con el tiempo, afirma, la atracción sexual decae, la ansiedad relacionada con el apego disminuye o da lugar a conflictos o al retraimiento, la novedad se ve reemplazada por la familiaridad y los individuos bien muestran apego seguro y mutuo en una relación de profundo afecto, o bien dan signos de aflicción, sintiéndose aburridos, decepcionados, solos y hostiles, por ejemplo. En este último caso, uno de los dos miembros de la pareja puede poner punto y final a la relación, al igual que hizo Gwenna con Greg en la historia con la que se iniciaba este capítulo, para luego iniciar otra nueva relación.

Amor consumado Hasta ahora hemos analizado dos formas de amor: el romántico (o pasional) y el afectuoso (o de acompañamiento). Robert J. Sternberg apuntó la existencia de un tercer tipo de amor, el *amor consumado*, que, en su opinión, constituye la forma más poderosa y completa de amor. La teoría triárquica del amor de Sternberg puede representarse como un triángulo con tres aspectos fundamentales: pasión, intimidad y compromiso. La pasión, tal y como se definió con anterioridad, es la atracción física y sexual que se siente hacia otro individuo. La intimidad está formada por los sentimientos del afecto, la cercanía y el compartir en una relación. El compromiso constituye nuestra evaluación cognitiva de la relación y nuestro intento de que la relación perdure incluso cuando surgen problemas (Rusbult y otros, 2001). La pasión y la intimidad estaban presentes en la relación de Gwenna y Greg, pero faltaba el compromiso por parte de este último.

Según la teoría de Sternberg, la forma ideal de amor comprende los tres aspectos antes mencionados (véase la Figura 15.2). Si la pasión es el único ingrediente de la relación (con un escaso nivel de intimidad y compromiso, o sin la presencia de estos elementos), simplemente estamos *encaprichados*. Como ejemplo serviría una aventura amorosa en la que existe poca intimidad e incluso menos compromiso. Una relación marcada por la intimidad y el compromiso, pero con muy poca pasión o carente de ella por completo, se denomina *amor de compañía*, un patrón que pueden encontrarse en el caso de parejas que han estado casadas durante muchos años. Si en una relación existen pasión y compromiso pero no hay intimidad, Sternberg considera que se produce lo que denomina *amor fatuo*, como el que existe cuando una persona adora a otra desde la distancia. Sin embargo, si las parejas comparten estos tres aspectos (pasión, intimidad y compromiso), alcanzarán el *amor consumado*.

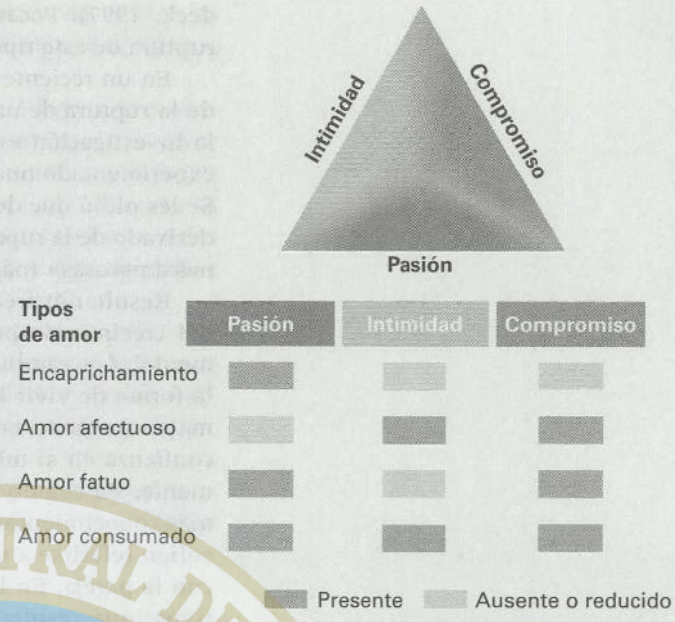


FIGURA 15.2 El triángulo del amor de Sternberg
Sternberg identificó tres dimensiones del amor: pasión, intimidad y compromiso. Las combinaciones de estos tres elementos dan lugar a distintos patrones amorosos: encaprichamiento, amor afectuoso, amor fatuo y amor consumado.

Desenamoramiento

Tanto para Gwenna como para la mayoría de individuos, el proceso del desenamoramiento constituye una experiencia dolorosa y con una gran carga emocional. El final de una relación cercana puede percibirse de manera trágica. Sin embargo, a largo plazo, como en el caso de Gwenna, superar el enamoramiento y finalizar una relación amorosa pueden resultar beneficiosos para nuestra felicidad y nuestro desarrollo personal.

En concreto, el desenamoramiento puede constituir una salida inteligente si existe obsesión por una persona que de forma repetida traiciona nuestra confianza, si nos relacionamos con alguien que se aprovecha de nosotros emocional o financieramente o si estamos profundamente enamorados de una persona que no comparte estos sentimientos, tal y como ocurría en la relación entre Gwenna y Greg.

Sentirse enamorado y no ser correspondido puede dar lugar a depresión, pensamientos obsesivos, disfunciones sexuales, incapacidad para trabajar de forma eficaz, dificultades para establecer nuevas amistades o un estado de autoinculpación. En estas relaciones suele resultar difícil pensar con claridad, debido a los estados emocionales que surgen de ellas.

En ciertas relaciones pueden producirse situaciones en las que uno de los miembros se aproveche del otro. Así, en la relación pueden surgir roles de poder y de sumisión de forma inadvertida. La detección de este patrón puede permitir que ambos individuos aprendan a reconstruir su relación o decidan poner punto y final a la pareja cuando no se encuentra solución a los conflictos. Para saber más acerca de la ruptura de las relaciones amorosas, puedes consultar el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

El crecimiento personal tras la ruptura de una relación amorosa

Con frecuencia, los estudios realizados acerca de la ruptura de relaciones amorosas se han centrado en sus aspectos negativos (Frazier y Cooke, 1993; Kur-

deck, 1997). Pocas investigaciones han analizado la posibilidad de que una ruptura de este tipo dé lugar a transformaciones positivas.

En un reciente estudio se evaluó el crecimiento personal que puede surgir de la ruptura de una relación amorosa (Tashiro y Frazier, 2003). La muestra de la investigación estaba formada por 92 estudiantes universitarios que habían experimentado una ruptura sentimental en los nueve meses previos al estudio. Se les pidió que describieran «los cambios positivos, si existían, que se habían derivado de la ruptura y que podían resultar útiles para mejorar futuras relaciones amorosas» (pág. 118).

Resultaron frecuentes las respuestas en las que los individuos hablaban del crecimiento positivo que habían experimentado tras una ruptura sentimental. Los cambios podían afectar a aspectos de la persona, del entorno o de la forma de vivir las relaciones. Los cambios personales se mencionaban con mayor frecuencia, y los individuos afirmaban sentirse más fuertes y con mayor confianza en sí mismos, más independientes y más equilibrados emocionalmente. En cuanto a las relaciones, los sujetos señalaron que habían obtenido más conocimientos acerca de las parejas. Por último, los cambios en el entorno solían referirse a una mejora en las relaciones de amistad debido a la ruptura con la pareja. En la Figura 15.3 se muestran ejemplos de estos cambios positivos, que resultaron más frecuentes en las respuestas proporcionadas por mujeres.

Categoría del cambio	Ejemplos de respuestas frecuentemente mencionadas
Aspectos personales positivos	1. «Ahora confío más en mí.» 2. «Durante la ruptura, descubrí que podía hacerme cargo de muchas cosas yo solo.» 3. «Me di cuenta de que no tenía que ser siempre el fuerte: no hay nada malo en llorar o irritarte sin tener que cuidar a tu pareja.»
Aspectos relacionales positivos	1. «Mejor comunicación.» 2. «Aprendí muchas habilidades para relacionarme que puedo utilizar en el futuro (por ejemplo, la importancia de decir "lo siento").» 3. «Aprendí a no meterme en una relación demasiado rápido.»
Aspectos ambientales positivos	1. «Me apoyo más en mis amigos. Había olvidado lo importantes que son los amigos cuando estaba con mi pareja.» 2. «Me concentro más en los estudios: puedo trabajar más y dedicarles más tiempo.» 3. «Creo que las opiniones de la familia y de los amigos son importantes. En futuras relaciones, se las pediré más a menudo.»

FIGURA 15.3 Ejemplos de cambios positivos tras una ruptura sentimental

Soledad

En algunos casos, la soledad puede ser la consecuencia de una ruptura de pareja, sobre todo si los individuos no cuentan con un círculo de amistades. A continuación analizaremos las características de la soledad.

Hemos de recordar que, para Erik Erikson (1968), la intimidad frente al aislamiento constituye el aspecto evolutivo fundamental al que los adultos jóvenes deben hacer frente. El aislamiento social puede dar lugar a la soledad.

Si bien es cierto que todos hemos vivido situaciones en las que nos hemos sentido solos, para algunos individuos la soledad constituye una situación crónica que no sólo resulta poco grata desde el punto de vista social, sino que además se

asocia con problemas de salud física y mental (Cacioppo y Hawkley, 2003). La soledad crónica puede incluso ser la causa de un fallecimiento temprano (Cuijpers, 2001).

Hoy en día, la soledad constituye una situación frecuente debido a la importancia social de la realización y los logros personales, el importante peso que otorgamos al compromiso en nuestras relaciones y la disminución en las relaciones cercanas estables (de Jong-Gierveld, 1987). Las investigaciones realizadas en más de veinte países han demostrado que los individuos casados se sienten menos solos que los que no lo están (porque están solteros, divorciados o son viudos) (Perlman y Peplau, 1998).

¿De qué manera podemos determinar si la soledad está presente en nuestras vidas? Los cuestionarios empleados para medir la soledad contienen ítems como los siguientes: «No me siento en sintonía con los que me rodean» o «Puedo encontrar compañía cuando me apetece». Si un individuo responde de manera constante que nunca o rara vez se siente en sintonía con quienes lo rodean o que nunca o rara vez puede encontrar compañía cuando le apetece, esa persona se encuadra, con probabilidad, en la categoría de sujetos moderada o intensamente solos (Russell, 1996).

La soledad y las transformaciones en la vida La soledad está estrechamente vinculada con la forma en la que los individuos experimentan las distintas transformaciones que se producen en nuestras vidas, como, por ejemplo, el cambio de domicilio a una región distinta del país, un divorcio o la muerte de un amigo cercano o de un familiar (Valeri, 2003). El primer año de universidad constituye otra situación en la que puede surgir la soledad. Los estudiantes pueden sentirse especialmente solos cuando abandonan el mundo conocido de su ciudad natal y de su familia para comenzar su carrera universitaria. La expectativa de conocer a nuevas personas y de desarrollar una nueva vida social puede dar lugar a situaciones de considerable ansiedad. Así, un estudiante comentó lo siguiente:

> Mi primer año aquí, en la universidad, ha estado marcado por la soledad. Nunca me sentí solo en el instituto. Vivía en una ciudad bastante pequeña en la que todos nos conocíamos. Era socio de varios clubes y jugaba en el equipo de baloncesto. En la universidad, las cosas son distintas. Es un lugar enorme y, en muchas ocasiones, me he sentido como un extraño. Ahora empiezo a acostumbrarme a esta vida, y durante los últimos meses me he obligado a conocer gente, aunque no ha resultado nada fácil.

Tal y como se desprende de este comentario, los estudiantes de primer curso de universidad no suelen disfrutar en este nuevo contexto de la popularidad y el estatus social que poseían en el instituto. En un mismo colegio mayor puede haber una docena de estrellas del baloncesto en los equipos de los institutos, alumnos con premios nacionales o antiguos presidentes del consejo de estudiantes de secundaria. Sobre todo en los casos en los que los jóvenes cursan su carrera universitaria lejos de casa, se enfrentan a la tarea de crear una red de relaciones sociales completamente nueva.

Según un estudio, dos semanas después del comienzo del curso académico, el 75 por 100 de un grupo de 354 nuevos estudiantes universitarios se sentía solos al menos durante ciertos momentos (Cutrona, 1982). Más del 40 por 100 afirmaba que la soledad que sentían era moderada o aguda. Los estudiantes que se mostraban más optimistas y que presentaban los mayores niveles de autoestima solían sobreponerse a la soledad al finalizar su primer curso en la universidad. La soledad, sin embargo, no afecta sólo a los estudiantes de primer curso, sino que también se detecta en el caso de los alumnos de los últimos cursos de carrera. Según un reciente estudio realizado con más de 2.600 estudiantes de dichos cursos, resultaba menos probable que los individuos solitarios gestionaran de manera efectiva las

situaciones de estrés, frente a los sujetos que se mostraban capaces de hacer nuevos amigos (Cacioppo y otros, 2000). Además, en esta investigación se determinó que los estudiantes afectados por la soledad presentaban mayores niveles de hormonas asociadas con el estrés y unos patrones del sueño más inestables que los jóvenes que tenían relaciones positivas con los demás.

Resulta importante establecer una distinción entre la soledad crónica y la necesidad que presentan algunos individuos de tener tiempo para ellos mismos. Algunas personas, especialmente aquellas con ocupaciones en las que se produce una gran interacción con otros individuos, valoran mucho el tiempo que pueden pasar a solas.

Soledad y tecnología En la sociedad contemporánea, la tecnología constituye uno de los factores que puede generar soledad. A pesar de que la invención del teléfono hace más de un siglo parece haber contribuido a la disminución del aislamiento social que afectaba a muchos individuos y familias, los psicólogos han determinado la existencia de un vínculo entre el consumo de televisión y los niveles de soledad. Esta relación no equivale a una relación de causa y efecto, pero parece probable que la televisión pueda dar lugar a una situación de desconexión social.

Además, esta desconexión puede ser producida por el uso de Internet, ya que muchos individuos se aíslan cuando se encuentran frente a sus ordenadores conectados a la red. En una investigación en la que se estudió a 169 individuos durante los primeros años en los que tuvieron acceso a Internet (Kraut y otros, 1998), se concluyó que el uso elevado de Internet se relacionaba con una disminución en la comunicación de los sujetos con los otros miembros de sus familias y con un aumento de las situaciones de depresión y soledad. Al mismo tiempo, no obstante, algunos individuos utilizan Internet para establecer vínculos nuevos y estrechos (Clay, 2000). Sobre todo en el caso de individuos que den muestras de soledad o de ansiedad frente a las relaciones sociales, Internet puede constituir una forma segura de comenzar a mantener contactos que puedan conducir a un encuentro en persona y, posiblemente, incluso a una relación íntima.

Estrategias para reducir la soledad Éstas son algunas estrategias que podemos utilizar para lograr una mayor conexión con otros individuos:

- *Participar en actividades que puedan realizarse con otras personas.* Podemos hacernos miembros de asociaciones de voluntarios que trabajen por causas que compartimos. De esta manera, conoceremos a personas con opiniones similares a las nuestras. Asistir a un único acontecimiento social puede permitir que se establezcan contactos sociales. En estos casos, debemos presentarnos y comenzar una conversación. Otra estrategia consiste en sentarnos cerca de compañeros de clase a los que no conocemos o buscar alguien con quien podamos estudiar.
- *Mostrar comportamientos positivos cuando conozcamos a otras personas.* Nuestras oportunidades de desarrollar relaciones duraderas mejorarán si, cuando conocemos a otras personas, nos mostramos agradables, educados, honestos, dignos de confianza y dispuestos a ayudar. Resulta necesario tener una actitud positiva, proporcionar apoyo y realizar comentarios positivos acerca de los demás.
- *Consultar a un orientador o leer un libro sobre la soledad.* Si no se es capaz de salir de una situación de soledad por medios propios, tal vez sería útil consultar a un servicio de orientación universitaria, donde nos podrán proporcionar estrategias para reducir nuestra soledad. También convendría leer un buen libro acerca de la soledad como, por ejemplo, *Intimate Connections* de David Burns (1985).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Identificar algunos aspectos fundamentales de la atracción, el amor y las relaciones de pareja

REVISA

- ¿Por qué nos sentimos atraídos hacia otros individuos?
- ¿Qué tipos de amor se han descrito?
- ¿Cuáles son las características del desenamoramiento?
- ¿Cuáles son las características de la soledad y de qué manera afecta a los individuos?

REFLEXIONA

- Si tuvieras que aconsejar a alguien acerca del amor, ¿qué dirías?

3 MATRIMONIO Y FAMILIA

El ciclo vital de la familia | Matrimonio | Roles parentales

¿Debería casarme? Si espero más, ¿será demasiado tarde? ¿Me quedaré solo? ¿Debería permanecer soltero o la soltería equivale a soledad? ¿Quiero tener hijos? ¿Cómo afectará a mi matrimonio? Éstas son algunas de las preguntas que se plantean los adultos jóvenes al considerar sus opciones vitales. Antes de analizar estos estilos de vida, nos centraremos en las características del ciclo vital de la familia.

El ciclo vital de la familia

En nuestras vidas, pasamos por distintos momentos del ciclo vital de la familia, un proceso que se divide en seis etapas (Carter y McGoldrick, 1988) (véase la Figura 15.4):

- **Abandonar el hogar paterno y convertirse en un adulto soltero** constituye la primera etapa en el ciclo vital de la familia. En este momento se produce **el desprendimiento,** es decir, el proceso de entrada en la edad adulta y de salida del núcleo familiar de origen. Para que el desprendimiento resulte adecuado, el adulto joven ha de separarse de su familia de origen sin cortar completamente los vínculos y sin huir para buscar otra forma de refugio emocional sustitutivo. Durante el período de desprendimiento, el joven o el adulto joven debe plantearse sus objetivos vitales personales, desarrollar una identidad y adquirir una mayor independencia antes de unirse a otra persona para formar un nuevo núcleo familiar. Este período constituye el momento en el que el adulto joven debe decidir de forma emocional qué aspectos de su familia de origen va a mantener, a quiénes van a dejar atrás y qué harán para desarrollarse como personas.

  Los problemas emocionales no suelen solucionarse cortando por completo la relación con los padres. El cambio hacia una correspondencia de adulto a adulto entre padres e hijos exige la creación de una

Etapas del ciclo vital de la familia	Procesos emocionales de transición: principios fundamentales
1. Abandonar el hogar familiar: el adulto joven que vive solo	Aceptación de que se es emocional y económicamente responsable de uno mismo.
2. La unión de familias a través del matrimonio: la nueva pareja	Compromiso con una nueva estructura.
3. Ser padres y convertirse en una familia con hijos	Aceptación de nuevos miembros en la estructura.
4. La familia con adolescentes	Aumento de la flexibilidad en los límites familiares con el fin de incluir la independencia de los hijos y los temores de los padres.
5. La familia a mitad de la vida	Aceptación de un gran número de salidas y entradas en la estructura familiar.
6. La familia en la parte final de la vida	Aceptación de los cambios en los roles generacionales.

FIGURA 15.4 El ciclo vital de la familia

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1826 QUITO

relación personal basada en el respeto mutuo, en la que los adultos jóvenes puedan apreciar a sus padres tal como son, sin necesidad de convertirlos en lo que no son ni de culparlos por lo que no pueden llegar a ser. De la misma manera, los adultos jóvenes no tienen por qué adaptarse a las expectativas o deseos de sus padres renunciando a sus propios objetivos.

- La segunda etapa del ciclo vital de la familia es **la nueva pareja,** un momento en el que dos individuos provenientes de familias diferentes se unen para formar un nuevo núcleo familiar. En esta fase se desarrolla un nuevo sistema conyugal, y también se produce una reorganización de la relación con la familia extensa y con los amigos para incluir al cónyuge. Hoy en día, las parejas pueden encontrar mayores dificultades a la hora de definir su relación de manera personal, debido a los cambios en el rol de la mujer, los cada vez más frecuentes matrimonios entre individuos con orígenes culturales distintos y las mayores distancias físicas existentes entre los miembros de una misma familia. A pesar de que suele definirse el matrimonio como la unión de dos individuos, lo cierto es que supone la unión de dos sistemas familiares completos y el desarrollo de un tercer sistema de nueva creación.
- **Ser padres y convertirse en una familia con hijos** constituye la tercera etapa del ciclo vital de la familia. Al entrar en esta fase, el adulto asciende una generación y se responsabiliza del cuidado de una generación más joven. Para que este largo proceso tenga lugar de manera eficaz, resulta necesario que exista un compromiso para dedicar tiempo a la tarea de ser padres, comprendiendo el papel que deben desempeñar los progenitores y adaptándose a los cambios evolutivos que se producen en los hijos. Cuando los miembros de una pareja adquieren el rol paterno por primera vez, surgen ciertas dificultades: debates en el seno de la pareja acerca de quién adquiere nuevas responsabilidades así como la negativa o incapacidad para actuar como padres competentes. En los Capítulos 7, 9 y 11 ya analizamos en profundidad esta fase del ciclo vital de la familia.
- La cuarta fase del ciclo vital de la familia es **la familia con adolescentes.** La adolescencia supone un período del desarrollo en el que los individuos exigen autonomía y buscan desarrollar su propia identidad, en un largo proceso dura entre 10 y 15 años. Los niños dóciles se convierten en adolescentes rebeldes, una situación ante la que los padres tienden a adoptar dos estrategias: se muestran más estrictos y obligan al adolescente a aceptar los valores paternos, o se muestran más permisivos y conceden una amplia libertad al adolescente. Ninguna de estas estrategias resulta especialmente apropiada, ya que lo idóneo es aplicar un enfoque más flexible y basado en la adaptación. Ya en el Capítulo 13 analizamos la situación de las familias con hijos adolescentes.
- **La familia a mitad de la vida** constituye la quinta fase del ciclo vital de la familia. En esta etapa se produce el desprendimiento de los hijos y supone un momento fundamental en el establecimiento de vínculos entre las generaciones y en la adaptación a los cambios evolutivos que se producen a mitad de la vida. Hasta hacer aproximadamente una generación, la mayoría de las familias se encargaban de criar a sus hijos durante buena parte de sus vidas adultas hasta la vejez. Debido a los menores índices de natalidad y a la mayor esperanza de vida de la que disfrutan la mayoría de los adultos, hoy en día el desprendimiento de los hijos tiene lugar unos veinte años antes de la edad de jubilación, lo que permite que muchos padres puedan dedicarse a otras actividades durante esta etapa de sus vidas. En el Capítulo 17 analizaremos en mayor profundidad la situación de las familias a mitad de la vida.
- La sexta y última fase del ciclo vital de la familia es **la familia en la parte final de la vida.** La jubilación altera el estilo de vida de una pareja, lo que requiere un proceso de adaptación. En esta etapa, muchas familias están caracterizadas por el hecho de convertirse en abuelos. Analizaremos esta etapa en el Capítulo 20.

Algunos críticos señalan que la división en etapas del ciclo vital de la familia conduce a error. Afirman que con frecuencia no puede identificarse la existencia de fases tan delimitadas que, además, no siempre se suceden de manera tan ordenada y secuencial (Elder, 1998). Asimismo, estas voces críticas indican que debería otorgarse mayor importancia a la variabilidad asociada con todas las fases. Así, por ejemplo, algunas mujeres tienen hijos a una edad temprana (en la adolescencia) o más tardía (en la treintena o la cuarentena), otras tienen hijos fuera del matrimonio, y algunas mujeres desarrollan una trayectoria profesional antes de ser madres o viven ambas experiencias de forma simultánea. Cada vez más se aprecia una falta de relación entre la edad y la asunción de estos roles. Además, muchos individuos tienen más de una familia (como ocurre en el caso de los hijos de un primer matrimonio y los hijos de un segundo enlace), que pueden desarrollarse en momentos distintos en el transcurso de la vida.

Matrimonio

Nuestro análisis del matrimonio se centra en algunas tendencias conyugales, en las expectativas y mitos existentes con respecto al matrimonio, en los factores que permiten que una relación marital funcione y en los beneficios que aporta un matrimonio feliz.

Tendencias conyugales Hasta 1930, aproximadamente, el matrimonio estable se consideraba de forma general como el punto final del desarrollo adulto. Desde entonces, sin embargo, la realización personal se ha convertido en un objetivo igualmente relevante. En la actualidad, un creciente número de adultos permanecen solteros durante más años, aunque con probabilidad contraigan matrimonio al menos una vez y permanezcan casados durante cierto tiempo. No obstante, aproximadamente el 50 por 100 de los matrimonios acaban en divorcio. A continuación examinaremos algunas estadísticas relacionadas con el matrimonio:

- *El matrimonio sigue siendo importante en la sociedad estadounidense.* En 2002, el 95 por 100 de los adultos estadounidenses habían contraído matrimonio al menos una vez y habían permanecido casados durante cierto tiempo antes de cumplir los 55 años de edad, a pesar de que resulta probable que esta cifra disminuya en el futuro, debido a que cada vez más adultos jóvenes deciden no casarse (Oficina del Censo de Estados Unidos, *U.S. Bureau of the Census*, 2003). En 2002, casi 60 por 100 de todos los adultos estadounidenses estaban casados. A la edad de 30 años, el 65 por ciento de los hombres y el 71 por 100 de las mujeres habían contraído matrimonio.
- *A pesar de la importancia del matrimonio, los individuos se casan más tarde, ha disminuido el porcentaje de adultos casados alguna vez en sus vidas y se ha generalizado el divorcio.* En término medio, los miembros de las parejas que se casan en Estados Unidos tienen más edad que en épocas anteriores. En 2002, la edad media para casarse por primera vez ascendió a casi 27 años para los hombres y algo más de 25 años para las mujeres, frente a 26 años para los hombres y 24 años para las mujeres en 1990, y 23 años para los hombres y 21 para las mujeres en 1970 (*U.S. Bureau of the Census*, 2004) (véase la Figura 15.5). Asimismo, se ha producido una paulatina reducción del porcentaje de adultos que se encontraban casados en el momento de la encuesta. Una vez casados, aproximadamente una tercera parte de las parejas se divorcian antes de haber pasado diez años de matrimonio. Por término medio, el primer matrimonio dura aproximadamente ocho años, y el segundo, siete, antes del divorcio.

¿Qué desean obtener los adultos jóvenes de un matrimonio? Los individuos que participaron en un estudio realizado recientemente en Estados Unidos resaltaron la importancia que poseen la profundidad emocional y la comunicación en una relación matrimonial (Whitehead y Popenoe, 2001):

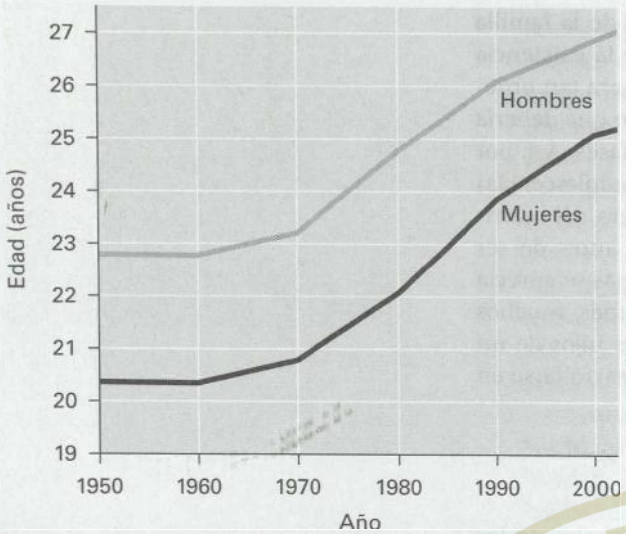


FIGURA 15.5 Aumento en la edad a la que se contrae matrimonio por primera vez en Estados Unidos

En el gráfico se muestran las edades medias a la que se contrae matrimonio en Estados Unidos. Adviértase que desde la década de los sesenta, la edad a la que se produce este importante acontecimiento ha aumentado de forma constante.

- Una gran mayoría (94 por 100) de los adultos que nunca se habían casado afirmó que, al contraer matrimonio, el aspecto más importante es que tu pareja sea tu alma gemela.
- Para la mayor parte de adultos, no resulta una buena estrategia que una mujer recurra al matrimonio para asegurarse una estabilidad económica.
- Para más del 80 por 100 de mujeres, resultaba más importante que su esposo les comunicara sus sentimientos más profundos a que obtuviera grandes ingresos económicos.
- Un alto porcentaje de los individuos encuestados (86 por 100) afirmó que el matrimonio constituye un trabajo duro y a tiempo completo.

El contexto sociocultural ejerce una gran influencia en el matrimonio. Existen factores que han cambiado con el tiempo dentro de una misma cultura, y otros que suponen diferencias entre distintas culturas: la edad a la que los individuos se casan, las expectativas acerca de cómo será la vida en común y el proceso evolutivo del matrimonio. Por ejemplo, una ley sobre el matrimonio aprobada en China en 1981 establece que la edad mínima legal para contraer matrimonio sea de 22 años para los hombres y de 20 para las mujeres. Esta medida tiene como objetivo retrasar el matrimonio y el nacimiento de los hijos, en un esfuerzo por controlar el crecimiento poblacional en China. Puedes obtener más información acerca de las características del matrimonio en distintas culturas en el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

El matrimonio en el mundo

Los rasgos que los individuos buscan en sus cónyuges varían en distintas partes del mundo. Según un vasto estudio llevado a cabo con 9.474 adultos de 37 culturas repartidas por los cinco continentes, las mayores diferencias se detectaban en la valoración de la castidad, es decir, en el deseo de que la pareja con la que se iba a contraer matrimonio no hubiese mantenido relaciones sexuales previas al enlace (Buss y otros, 1990). La castidad constituía el principal factor a la hora de elegir una pareja de matrimonio en las culturas de China, India, Indonesia, Irán, Taiwán y Palestina. Los adultos irlandeses y japoneses otorgaban una importancia media a este factor. Por el contrario, los adultos de Suecia, Finlandia, Noruega, los Países Bajos y Alemania solían afirmar que la castidad no resultaba relevante a la hora de elegir una pareja con la que casarse.

Según este mismo estudio, la capacidad para realizar actividades domésticas se consideraba más importante en algunas culturas que en otras. Los adultos sudafricanos de la etnia zulú, los estonios y los colombianos otorgaban una gran importancia al hecho de que su pareja matrimonial pudiese desempeñar labores de mantenimiento del hogar. Por el contrario, los adultos de Estados Unidos, Canadá y todos los países de Europa occidental excepto España afirmaban que éste rasgo no resultaba de relevancia a la hora de elegir una pareja.

En muchas culturas, la religión desempeña un papel importante en las preferencias matrimoniales (Sherif-Trask, 2003). Por ejemplo, el Islam resalta la importancia del honor del varón y de la pureza de la mujer. Además, los prin-



a)



b)



c)

a) En los países escandinavos, la convivencia sin estar casados es un fenómeno muy frecuente. Tan sólo un pequeño porcentaje de los adultos con edades entre los 20 y los 24 años contrae matrimonio. b) El Islam otorga gran importancia al honor del hombre y a la pureza de la mujer. c) Los adultos jóvenes japoneses permanecen más tiempo en el hogar paterno antes de casarse que los adultos jóvenes de la mayoría de países.

cipios musulmanes también destacan el papel de la mujer en la crianza y educación de los niños y en la transmisión de la fe islámica de padres a hijos.

Las comparaciones internacionales del matrimonio también revelan que los individuos de los países escandinavos se casan más tarde, al contrario de los provenientes de países de Europa oriental (Bianchi y Spani, 1986). En Dinamarca, por ejemplo, casi el 80 por 100 de las mujeres y el 90 por 100 de los hombres con edades comprendidas entre los 20 y los 24 años nunca han contraído matrimonio. En Hungría, ese porcentaje se reducía a menos del 40 por 100 de las mujeres y del 70 por 100 de los hombres. En los países escandinavos, la vida en común sin estar casados es un fenómeno muy frecuente en el caso de los adultos jóvenes. Sin embargo, la mayoría de los individuos de estos países acaba contrayendo matrimonio. De esta manera, sólo 5 por 100 de las mujeres y 11 por 100 de los hombres con una edad cercana a los 40 años nunca se ha casado. Algunos países, como Hungría, fomentan el matrimonio y el nacimiento del primer hijo a edades tempranas para contrarrestar la actual tendencia de pérdida de población, que puede acentuarse en el futuro. Al igual que en los países escandinavos, en Japón existe una elevada proporción de jóvenes solteros. No obstante, en vez de vivir juntos sin estar casados como hacen los individuos escandinavos, los jóvenes solteros japoneses permanecen más tiempo en el domicilio familiar antes de contraer matrimonio.

Expectativas y mitos con respecto al matrimonio Las expectativas que los individuos poseen ante el matrimonio son un factor frecuentemente mencionado para explicar los elevados índices de divorcio y de falta de satisfacción matrimonial que se registran en Estados Unidos. Se espera que el cónyuge sea, al mismo tiempo, amante, amigo, confidente, consejero, padre o madre y que, además, posea una trayectoria profesional propia. Según un estudio, las parejas que no eran felices en su relación conyugal presentaban expectativas poco realistas con respecto al matrimonio (Epstein y Eidelson, 1981).

Los consejeros matrimoniales consideran importante que los individuos posean expectativas realistas del matrimonio (Sharp y Ganong, 2000). Además, las investigaciones realizadas han demostrado la existencia de una relación entre la presencia de expectativas poco realistas y los bajos niveles de satisfacción matrimonial (Larson y Holman, 1994). De forma similar, los individuos que poseen creencias excesivamente románticas sobre el matrimonio suelen sentirse decepcionados cuando advierten que no resulta posible mantener su ideal romántico (Huston, Neihuis y Smith, 1997).

Detrás de estas expectativas poco realistas se hallan numerosos mitos existentes con respecto al matrimonio (Flanagan y otros, 2001; Markman, 2000). Un mito es una creencia aceptada de forma general pero que no está respaldada por los hechos. Con el fin de estudiar el grado de creencia en los mitos matrimoniales por parte de estudiantes universitarios, Jeffry Larson (1988) diseñó un cuestionario con el que pretendía determinar la información sobre el matrimonio de la que disponían estos jóvenes y comparar sus respuestas con las conclusiones que podían extraerse de la literatura científica existente sobre este mismo asunto. Los estudiantes universitarios respondieron de forma errónea a casi la mitad de los ítems. Las estudiantes cometieron menos equivocaciones que sus compañeros varones, y los individuos que presentaban una visión menos romántica del matrimonio erraron en menos ocasiones que los estudiantes con una perspectiva más romántica.

¿Cuáles son algunos de los mitos existentes acerca del matrimonio? Podemos nombrar los siguientes (Gottman y Silver, 1999):

- Los matrimonios se destruyen cuando se evitan los conflictos. Las parejas presentan distintas formas de hacer frente al conflicto. Algunas evitan las discusiones a toda costa, otras pelean mucho, ciertas parejas deciden resolver sus diferencias dialogando y hallar soluciones para sus problemas sin tener que elevar el tono de voz. Ninguna de estas formas es mejor que las otras, siempre que funcione para ambos miembros del matrimonio. Las parejas pueden encontrarse con problemas si uno de sus miembros desea dialogar para resolver un conflicto mientras el otro tan sólo quiere ver su programa de televisión favorito.
- Las aventuras extramatrimoniales son la principal causa de divorcio. En la mayoría de los casos, la realidad suele ser al contrario. Los problemas conyugales crean una espiral en la que uno o ambos miembros de la pareja pueden buscar una relación de intimidad fuera del matrimonio. En muchas ocasiones, estas aventuras no son de índole sexual, sino que se basan en la búsqueda de amistad, apoyo, comprensión, respecto y afecto.
- Por razones biológicas, los hombres no están hechos para el matrimonio. Según este mito, los hombres son promiscuos por naturaleza y, en consecuencia, no se adaptan al vínculo matrimonial. Es lo que en ocasiones se denomina «la ley del más fuerte»: el macho de la especie busca tener el mayor número posible de descendientes, por lo que su fidelidad a una única pareja le impide alcanzar este objetivo. Este mito también se relaciona con la idea de que la principal tarea de la mujer es la de atender a sus hijos, por lo que buscará a un varón soltero que la mantenga a ella y a su prole. Sin embargo, debido a que cada vez más mujeres trabajan fuera del hogar, el índice de mujeres que tienen aventuras extramatrimoniales ha aumentado de forma evidente, un índice que ya supera al de los hombres.
- Los hombres y las mujeres vienen de planetas distintos. Según un *best seller* escrito por John Gray (1992), las relaciones entre individuos de ambos sexos resultan complicadas porque los hombres son de Marte y las mujeres, de Venus. Las diferencias de género pueden ser un factor más en los problemas conyugales, pero no suelen ser la causa de estas dificultades. Por ejemplo, el aspecto fundamental que determina si los cónyuges están satisfechos con el sexo, el amor y la pasión presentes en su matrimonio es la calidad de la amistad entre los miembros de la pareja.

Factores que permiten que un matrimonio funcione Desde comienzos de la década de los setenta, John Gottman (1994; Gottman y Notarius, 2000; Gottman y Silver, 1999; Gottman y otros, 1998) ha estudiado las vidas de parejas casadas utilizando un método exhaustivo para terminar los factores que permiten que un matrimonio funcione. Gottman entrevista a parejas y obtiene datos acerca de la historia de sus matrimonios, su filosofía de la vida conyugal y la manera en la que describen el matrimonio de sus padres. Siguiendo su método de investiga-

ción, Gottman graba en vídeo a las parejas mientras hablan entre ellos acerca de cómo les fue el día y evalúa lo que dicen sobre los buenos y los malos momentos que han vivido en sus matrimonios. Gottman también mide su ritmo cardiaco, flujo sanguíneo, tensión arterial y funcionamiento del sistema inmunológico en cada momento. Además, realiza un seguimiento anual de cada pareja para conocer la evolución de cada matrimonio. Esta investigación constituye la evaluación más exhaustiva jamás realizada de las relaciones conyugales. En la actualidad, Gottman y sus colegas estudian a 700 parejas que participan en siete estudios distintos.

Gracias a sus investigaciones, Gottman ha señalado la existencia de siete principios fundamentales que determinan si un matrimonio funcionará o no:

- *Establecer «mapas afectivos».* Los individuos que viven en matrimonios que funcionan poseen impresiones e información detallada («mapas») sobre la vida y el mundo de su pareja. Cada uno de los cónyuges no es un desconocido para el otro en términos psicológicos. En los buenos matrimonios, sus miembros desean compartir sus sentimientos con el otro, y utilizan estos «mapas afectivos» para expresar no sólo su comprensión mutua, sino también su cariño y admiración.
- *Alimentar el cariño y la admiración.* En los matrimonios que funcionan, los cónyuges se alaban mutuamente. En más del 90 por 100 de ocasiones, cuando las parejas confieren aspectos positivos a su historia matrimonial, resulta más probable que la relación tenga un futuro prometedor.
- *Acercarse en lugar de separarse.* En los matrimonios con éxito, los cónyuges tienden hacia el otro de forma regular. Se consideran amigos, y esta amistad actúa como un poderoso escudo que los protege del conflicto. Las discusiones siguen produciéndose, pero la amistad puede evitar que las diferencias de opiniones agoten la relación. En estos matrimonios, los miembros de la pareja se profesan un mutuo respeto y valoran las opiniones del otro, aunque no estén de acuerdo con ellas.
- *Dejar que la pareja influya en ti.* En los matrimonios con problemas, un miembro de la pareja no desea compartir el control con el otro, una situación más frecuente en el caso de los hombres aunque también resulta evidente en algunas mujeres. El compromiso precisa que los miembros de la pareja deseen compartir el control y respeten la perspectiva del otro.
- *Resolver los conflictos que pueden solucionarse.* Gottman ha identificado dos tipos de problemas que surgen en los matrimonios: 1) perpetuos, y 2) que pueden solucionarse. Los problemas perpetuos surgen, por ejemplo, cuando los cónyuges no están de acuerdo en la decisión de tener hijos o no, o cuando uno de los miembros de la pareja desea mantener relaciones sexuales con mayor frecuencia que el otro. Por su parte, los problemas que pueden solucionarse incluyen no ayudarse para reducir el estrés cotidiano o no mostrar afecto verbalmente. Desgraciadamente, más de dos tercios de los problemas conyugales son perpetuos y, por tanto, no se solucionan. Sin embargo, los terapeutas matrimoniales han determinado que los matrimonios no siempre tienen que solucionar sus problemas perpetuos para que su relación funcione. En sus investigaciones, Gottman ha señalado que la resolución de conflictos resulta más efectiva cuando las parejas los abordan de forma delicada y no brusca, se esfuerzan para realizar y recibir intentos de solución, regulan sus emociones, se comprometen y se muestran tolerantes antes los errores del otro. La resolución de conflictos no depende de que una persona efectúe cambios, sino que se basa en la capacidad para negociar y ceder.

Los problemas maritales surgen, normalmente, por alguno de los siguientes factores: el trabajo, el estrés, la familia política, el dinero, el sexo, las tareas domésticas, un hijo recién nacido. Incluso en los matrimonios felices, estas áreas constituyen puntos de fricción en la pareja. Cuando surge un conflicto relacionado con estos asuntos, suele ser signo de que ambos cónyuges tienen distintas visiones de las ta-

reas que deben realizar, de su importancia o de cómo deberían realizarse. Si el conflicto es perpetuo, no se solucionará con ningún tipo de estrategia. La tensión disminuirá sólo cuando ambos miembros de la pareja acepten vivir con esa dificultad. Sin embargo, cuando el problema admite solución, lo relevante es hallar la estrategia adecuada para resolverlo. Dicha estrategia puede ser alguna de las siguientes:

- Organizar sesiones de charla acerca de asuntos que generen estrés.
- Aprender a hablar acerca de las relaciones sexuales de una manera que resulte cómoda para ambos cónyuges.
- Crear listas en las que se dividan las tareas para determinar cómo se reparten las labores domésticas.
- *Superar la paralización.* Uno de los miembros de la pareja quiere que el otro, que es ateo, asista a misa, o bien, uno de los miembros de la pareja es muy hogareño mientras que al otro le encanta salir y relacionarse socialmente. Este tipo de problemas pueden producir una paralización en la pareja. Para Gottman, la forma de superar este punto muerto no es solucionar el problema, sino superar la paralización, dialogar y ser paciente.
- *Crear significados compartidos.* Cuanto más capaces se muestren los miembros de una pareja de hablar honesta y respetuosamente, mayores probabilidades existen de que creen significados compartidos en su matrimonio. En este apartado se incluye compartir objetivos con la pareja y trabajar juntos para alcanzar los propósitos del otro.

Los beneficios de un matrimonio feliz Tras haber determinado cuáles son los factores que permiten que un matrimonio funcione, debemos plantearnos si los matrimonios felices aportan beneficios a los individuos. En efecto, este tipo de relaciones sí resultan beneficiosas. Vivir en un matrimonio infeliz aumenta en una tercera parte el riesgo de padecer enfermedades, y puede incluso acortar la esperanza de vida de un individuo en cuatro años (Gove, Style y Hughes, 1990). Por otro lado, las personas que viven en matrimonios felices tienen una mayor esperanza de vida y presentan un mejor estado de salud que los individuos divorciados o los que viven en matrimonios infelices (Cotten, 1999). Según una reciente investigación realizada con 493 mujeres con edades comprendidas entre los 42 y los 50 años, aquellas que tenían matrimonios felices estaban sujetas a menos factores de riesgo biológicos y cardiovasculares, como la tensión arterial, los niveles de colesterol o el índice de masa corporal. También se detectaba en ellas menores niveles de depresión, ansiedad e ira que en las mujeres con matrimonios infelices (Gallo y otros, 2003).

¿Cuál es la raíz de estos beneficios? Los individuos con matrimonios felices suelen experimentar niveles inferiores de estrés físico y emocional, lo que limita los efectos del desgaste en sus cuerpos. Este desgaste puede ser el origen de numerosas dolencias, como la hipertensión o las enfermedades cardiacas, así como de problemas psicológicos como la ansiedad, la depresión y el consumo de drogas. Además, el matrimonio puede beneficiar a la salud porque proporciona apoyo social y actúa como protección frente a los riesgos asociados al aislamiento social.

Género y emoción en el matrimonio De forma consistente, las mujeres se muestran más abiertas con sus parejas que los hombres (Hendrick, 2001). Además, las mujeres tienden a expresar más ternura, temor y tristeza que sus cónyuges. Una frecuente queja expresada por las mujeres casadas es que sus maridos no se preocupan por sus vidas emocionales y no expresan ni sus sentimientos ni sus pensamientos. Las mujeres también suelen mencionar que, literalmente, deben arrancar las palabras a sus maridos y obligarlos a ser más abiertos. Los varones tienden a considerar que ya son individuos que se expresan de forma abierta o que no comprenden lo que sus mujeres esperan de ellos. Además, con frecuencia los maridos afirman que no importa cuánto hablen con sus mujeres: ellas nunca tendrán suficiente. Por su parte, las esposas señalan que desean recibir más afecto y

sinceridad de sus maridos. Así, por ejemplo, resulta más probable que las mujeres besen o abracen a sus esposos de manera espontánea cuando ocurre algo positivo a que lo hagan los hombres en esas mismas situaciones. En general, las mujeres son más expresivas y demuestran más abiertamente su afecto que los hombres en la situación conyugal, y esta diferencia resulta preocupante para muchas mujeres (Fox y Murry, 2000; Streil, 2001).

Roles parentales

Para muchos adultos, los roles parentales están planificados de antemano, se coordinan con otros papeles que desempeñan en sus vidas y se desarrollan teniendo en cuenta la situación económica del individuo. Para otros, el descubrimiento de que van a convertirse en padres supone una asombrosa sorpresa. En ambos casos, los futuros padres pueden sentir emociones encontradas y tener expectativas románticas acerca del nacimiento de su hijo. Ser padres requiere una serie de habilidades interpersonales y plantea distintas exigencias emocionales, aunque existe muy poca formación para enfrentarse a esta tarea. La mayoría de los padres aprenden a serlo siguiendo las estrategias de sus propios progenitores: algunas se aceptan y otras se desechan. Por ello, el esposo y la mujer pueden aportar a su matrimonio distintas perspectivas acerca del rol de los padres (Huston y Holmes, 2004). Desgraciadamente, cuando los métodos para la educación de los hijos se transmiten de generación a generación, se perpetúan tanto las prácticas beneficiosas como las perjudiciales.

Las necesidades y las expectativas de los padres han dado lugar a numerosos mitos acerca del hecho de ser padres:

- El nacimiento de un hijo puede salvar a un matrimonio que fracasa.
- Como si fuera una posesión o una extensión de sus padres, los hijos pensarán, sentirán y se comportarán como los padres lo hicieron en su niñez.
- Los hijos cuidarán de los padres durante su vejez.
- Tener un hijo concede a los padres una «segunda oportunidad» para conseguir lo que deberían haber logrado.
- Si los padres aprenden las técnicas adecuadas, pueden convertir a sus hijos en lo que deseen.
- El fracaso de los hijos supone un fracaso también para los padres.
- De forma natural, las mujeres desempeñan mejor el cuidado de los hijos que los hombres.
- La crianza de los hijos se realiza instintivamente, y no precisa de ningún tipo de formación.

En épocas anteriores, las mujeres consideraban que ser madres constituía un trabajo a tiempo completo. En la actualidad, las mujeres tienen menos hijos y, con la generalización de los métodos anticonceptivos, muchos individuos deciden de manera planeada cuándo tener hijos y cuántos tener. Al traer al mundo menos hijos y reducir las exigencias de la crianza, las mujeres disponen de una parte significativa de su ciclo vital para dedicarse a otros objetivos. Al tiempo que cambian las tendencias en la crianza de los hijos por parte de las mujeres, también cambian otros factores: 1) con el aumento en el número de mujeres trabajadoras, éstas dedican menos tiempo al desarrollo de sus hijos; 2) los hombres son individuos capaces de dedicar una mayor cantidad de tiempo a desempeñar su papel de padres, y 3) el cuidado de los hijos en casa por parte de los padres se ve sustituido, con frecuencia, por el cuidado en distintos tipos de centros (guarderías, por ejemplo).

Dado que cada vez más mujeres desean desarrollar sus trayectorias profesionales, no sólo se casan más tarde, sino que también retrasan el momento de convertirse en madres (Azar, 2003; Grolnick y Gurland, 2001). ¿Qué ventajas aporta tener hijos a una edad más temprana o más tardía? Convertirse en padres a una edad temprana (entre los 20 y los 29 años) permite que los padres tengan más energía física (por ejemplo, pueden sobrellevar mejor el tener que levantarse a mitad de la noche para atender a su bebé o esperar despiertos hasta que su hijo

adolescente regresa a casa). Además, resulta menos probable que la madre tenga problemas médicos durante el embarazo y el parto, y también que los padres se creen expectativas con respecto a sus hijos, lo que sí hacen muchas parejas que esperan numerosos años antes de convertirse en padres. Por el contrario, también existen ventajas en el hecho de ser padres a una edad más tardía (en la treintena). Así, los padres habrán dispuesto de más tiempo para plantearse sus objetivos vitales, como qué desean obtener de sus roles familiares y profesionales. Los padres serán más maduros y podrán beneficiarse de sus experiencias vitales para desempeñar su nuevo papel de forma más competente. Además, a estas edades, la situación profesional de los padres será más estable y éstos dispondrán de mayores ingresos para cubrir los gastos ocasionados por la crianza de los hijos.

Recientemente la situación de muchas mujeres con carreras profesionales de éxito que sufren ansiedad por el hecho de no haber tenido hijos constituye un motivo de preocupación. En un libro de reciente aparición, *Creating a Life: Professional Women and the Quest for Children* (*La creación de una vida: las mujeres profesionales y la búsqueda de los hijos*) (Hewlett, 2002), se describen las conclusiones extraídas de las entrevistas realizadas a 1186 mujeres con edades comprendidas entre los 28 y los 55 años que habían alcanzado posiciones de responsabilidad en sus carreras profesionales (con niveles de ingresos que las incluían en el 10 por 100 de individuos mejor pagados de su grupo de edad). Algunas de esas conclusiones fueron las siguientes:

- A los 40 años de edad, el 33 por 100 no había tenido hijos.
- De entre las mujeres que trabajaban en grandes compañías, el 42 por 100 no tenía hijos.
- De entre las mujeres con mayor éxito profesional (con ingresos superiores a los 100.000 dólares anuales), el 49 por 100 de ellas no tenía hijos.
- A las mujeres de edades comprendidas entre los 41 y los 55 años, con éxito profesional y sin hijos, aún les gustaría ser madres. En el caso de las mujeres con mayor éxito profesional, el porcentaje era del 31 por 100.
- Ninguna mujer con una edad comprendida entre los 41 y los 55 años y con éxito profesional había sido madre después de los 39 años. En el caso de las mujeres con mayor éxito profesional, ninguna había tenido un hijo después de los 36 años de edad.

Muchas de las mujeres participantes en el estudio que no tenían hijos y cuyas edades superaban los 40 años recomendaban a las mujeres más jóvenes que dedicaran más tiempo a considerar cómo sería su vida años más tarde, a mitad de la edad adulta, y a plantearse si deseaban ser madres. Afirmaban que muchas mujeres con éxito profesional serían más felices si tuvieran un hijo entre los 20 y los 40 años de edad. Sin embargo, existen opiniones contrarias que afirman que la edad ideal para ser madre varía en el caso de cada individuo, y que muchas mujeres tienen a su primer hijo cuando ya han superado los 35 años de edad.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Analizar el matrimonio y la familia

REVISA

- ¿Cuáles son las seis etapas del ciclo vital de la familia?
- ¿Cuáles son las características del matrimonio y de las relaciones conyugales?
- ¿Cuáles son algunos roles parentales?

REFLEXIONA

- ¿Existe una mayor presión sobre el matrimonio hoy en día que en el pasado? Justifica tu opinión.

4 DIVERSIDAD EN LOS ESTILOS DE VIDA ADULTOS

Adultos que viven solos

Adultos divorciados

Adultos homosexuales

Adultos con parejas de hecho

Adultos que vuelven a casarse

Hoy en día se aprecia una gran diversidad en los estilos de vida adultos. Existen familias en las que sólo trabaja un miembro de la pareja, familias en las que trabajan ambos miembros, familias monoparentales (incluyendo aquellas en las que la custodia de los hijos depende de la madre, del padre o es compartida por ambos progenitores), familias que surgen de un segundo matrimonio, familias de parentesco (formadas por individuos relacionados de forma bilateral o intergeneracional) e, incluso, familias experimentales (individuos que residen en hogares con varios adultos —comunas— o adultos con parejas de hecho). Además, también existen muchos adultos que viven solos.

Adultos que viven solos

No hay preparación. Un día vives acompañado y, al siguiente, vives solo. La universidad se acaba, o tu mujer se va, o tu esposo fallece. De repente, vives en esta situación tan típica del mundo actual: solo. Tal vez te guste, tal vez no. A lo mejor te atrae la soledad, o quizá te produzca dolor. De cualquier manera, lo más probable es que no estés del todo preparado, o que no lo estés en absoluto, para convertirte en el único propietario de tu cama, de tu cocina y de tu tiempo. La mayoría de nosotros nos criamos en medio del barullo y el ajetreo de la vida en familia, intentando conseguir entrar en el lavabo cada mañana, peleándonos por la última porción de pastel y con la necesidad de alcanzar compromisos incluso en las cuestiones más simples: el volumen de la música o el canal de televisión, por ejemplo. Muy pocos crecimos con el convencimiento de que el hogar constituiría una estación solitaria en medio de nuestras vidas.

En Estados Unidos se ha producido un notable incremento del porcentaje de adultos que viven solos, que alcanzan en la actualidad los 86 millones. Los hogares formados por estos adultos (solos o con personas que dependen de ellos) forman más de la mitad de todos los hogares estadounidenses. En la Figura 15.6 se muestra el aumento en el porcentaje de adultos que viven solos con edades comprendidas entre los 30 y los 34 años.

La soltería se relaciona con toda una serie de mitos y estereotipos, que van desde «el soltero acelerado» hasta «el soltero solitario y desesperado con tendencias suicidas». Naturalmente, la mayoría de los adultos que viven solos se encuentran en puntos intermedios entre estos dos extremos.

¿Cuáles son algunas de las ventajas de vivir solos? En esta situación, se dispone de más tiempo para tomar decisiones que afectan a nuestra vida y para desarrollar los recursos personales necesarios para alcanzar nuestros objetivos. También se disfruta de una mayor libertad para tomar decisiones de forma autónoma y actuar de acuerdo con nuestros propios planes e intereses, de más oportunidades para explorar nuevos lugares y para probar nuevas experiencias. Además, también se dispone de un mayor grado de privacidad.

Muchos adultos que viven solos consideran que la libertad personal supone una de las mayores ventajas de su situación. Una mujer que nunca se había casado afirmó: «Me encanta saber que puedo satisfacer todos mis caprichos sin que nadie interfiera. Si quiero lavarme el pelo a las dos de la madrugada, nadie se

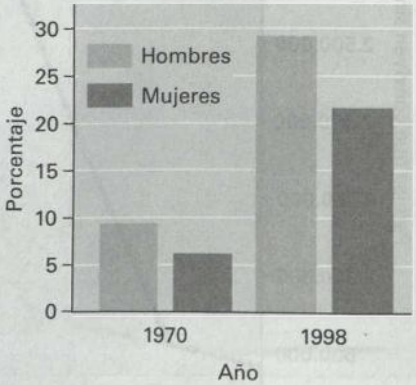


FIGURA 15.6 Porcentaje de adultos que viven solos con edades comprendidas entre los 30 y los 34 años en 1970 y 1998

En menos de tres décadas, se ha triplicado el porcentaje de adultos que vivían solos con edades comprendidas entre los 30 y los 34 años.

queja. Puedo comer cuando me apetece y ver mi programa de televisión preferido sin que nadie me diga nada. Disfruto con este tipo de libertad. Me sentiría muy agobiada si tuviera que ajustarme a la forma de vida de otra persona». Los problemas más frecuentes a los que se enfrentan estos adultos están relacionados con las relaciones íntimas entre adultos, la forma de encarar la soledad y la dificultad de encontrar un lugar en una sociedad orientada hacia el matrimonio.

Algunos adultos nunca se casan. En un primer momento, se suele considerar que sus vidas resultan atractivas y emocionantes, pero una vez alcanzan los 30 años de edad, pueden sentirse presionados para sentar la cabeza y contraer matrimonio. Si una mujer desea tener hijos, puede experimentar una sensación de urgencia cuando entra en la treintena. Es en este momento cuando los adultos que viven solos toman la decisión consciente de casarse o de permanecer solteros. Tal y como señaló un hombre de 30 años de edad: «Es una realidad. Se supone que debes casarte cuando llegas los 30 años, es la norma. Forma parte de lo que, en teoría, debes hacer con tu vida. Con veinte años, te preocupa tu trabajo y decidir quién eres. Cuando tienes más de 30 años, tienes que seguir el camino marcado, seguir adelante con lo establecido, tanto en lo económico como en lo familiar». Sin embargo, para otro treintañero, casarse resulta menos importante que adquirir una vivienda u otras propiedades. Jane, responsable de formación de una empresa de informática, afirmó: «Tengo habilidades para establecer relaciones y comprometerme con ellas, por lo que no me siento forzada para casarme cuanto antes. Pasará cuando tenga que pasar».

Adultos con parejas de hecho

El término «parejas de hecho» hace referencia a vivir juntos en una relación sexual sin estar casados. Las parejas de hecho han experimentado grandes cambios en los últimos años (Jamieson y otros, 2003; Means y otros, 2003; Oppenheimer, 2003; Seltzer, 2004) (véase la Figura 15.7). El porcentaje de parejas estadounidenses que viven juntas antes del matrimonio ha aumentado de un 11 por 100 aproximadamente en 1970 a casi 60 por 100 a comienzos del siglo XXI (Bumpass y Lu, 2000). Estos porcentajes son incluso mayores en otros países. Así, por ejemplo, en Suecia casi la totalidad de las parejas viven juntas antes de casarse. En Estados Unidos, la convivencia antes del matrimonio suele durar poco tiempo, menos de un año para la tercera parte de las parejas (Hyde y DeLamater, 2005). Un número inferior a una de cada diez parejas conviven juntas durante más de cinco años antes de casarse. Por supuesto, resulta más sencillo finalizar este tipo de relaciones que divorciarse. Algunas parejas consideran que esta situación no constituye un paso previo al matrimonio, sino que supone un estilo de vida con continuidad. A estas parejas no les interesan los aspectos oficiales del matrimonio.

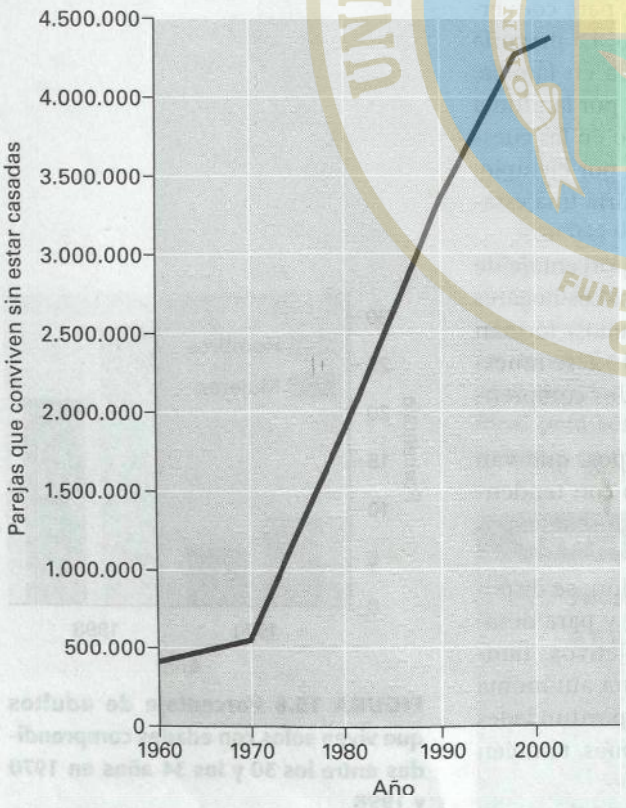


FIGURA 15.7 Aumento en la convivencia sin estar casados en Estados Unidos

Desde 1970, se ha producido un notable incremento en el número de parejas estadounidenses que conviven sin estar casadas.

¿Existen otras diferencias entre las parejas que viven juntas sin estar casadas y los matrimonios? Las relaciones entre individuos que no están casados tienden a ser más equitativas que las relaciones conyugales (Wineberg, 1994).

A pesar de que la convivencia sin matrimonio presenta ciertas ventajas, también puede ser el origen de algunos problemas (Seltzer, 2004; Solot y Miller, 2002). La falta de aprobación por parte de los padres o de otros parientes puede provocar tensión emocional a la pareja. Además, las cuestiones relacionadas con la propiedad pueden suponer problemas para este tipo de parejas, ya que la situación legal que se produce tras su disolución no está tan definida como en el caso de los divorcios.

¿Cómo influye la convivencia antes del matrimonio en las posibilidades de tener una relación conyugal estable y feliz? Algunas de las investigaciones realizadas no han detectado diferencias en la igualdad conyugal entre los individuos que habían convivido antes del matrimonio y aquellos que no lo habían hecho (Watson y DeMeo, 1987). En otros estudios se han identificado menores niveles de satisfacción conyugal en las parejas que habían convivido antes del matrimonio (Whitehead y Popenoe, 2003). Así, por ejemplo, en una investigación realizada con 13.000 individuos, las parejas casadas que habían vivido juntas antes del matrimonio presentaban niveles inferiores de felicidad y de compromiso con la relación conyugal que las parejas que no habían convivido antes de casarse (Nock, 1995). Según un reciente estudio, tras diez años de matrimonio, el 40 por 100 de las parejas que habían convivido antes del matrimonio habían acabado en divorcio, mientras que esta circunstancia se había producido en el 31 por 100 de las parejas que no habían vivido juntas antes de casarse (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Center for Disease Control and Prevention*, 2002). Las conclusiones a las que se llegó en un estudio longitudinal apuntaron que el momento en el que se produce la convivencia previa al matrimonio constituye un factor esencial para predecir la situación futura de la pareja casada (Kline y otros, 2004). Las parejas que habían convivido antes de su compromiso matrimonial presentaban un mayor riesgo de que su matrimonio resultara negativo que las parejas que habían convivido sólo después de haberse comprometido.

¿Por qué la convivencia previa al matrimonio está relacionada con el divorcio? Según las investigaciones realizadas, las parejas que viven juntas antes del matrimonio presentan patrones de interacción más negativos antes de casarse que las parejas que no conviven hasta después de la boda (Kline y otros, 2004). Además, el estilo de vida no tradicional que caracteriza a la convivencia previa al matrimonio puede resultar atractivo para individuos que no creen en la institución del matrimonio (Manning y Smock, 2002).

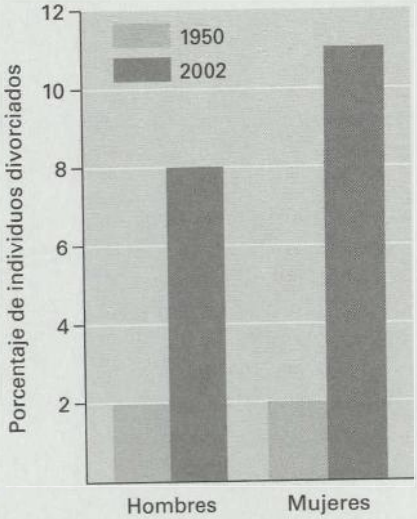


FIGURA 15.8 Porcentaje de hombres y mujeres estadounidenses divorciados en 1950 y 2002

Adultos divorciados

El divorcio se ha convertido en un fenómeno tremendamente extendido en nuestra cultura. El número de adultos divorciados pasó de 2 por 100 en 1950, a 3 por 100 en 1970 y a 10 por 100 en 2002. En la Figura 15.8 se muestra el porcentaje de hombres y mujeres divorciados en Estados Unidos en 1950 y 2002 (Oficina del Censo de Estados Unidos, *U.S. Bureau of the Census*, 2003). El índice de divorcios aumentaba anualmente en un 10 por 100, pero, desde la década de los ochenta, se ha venido produciendo una reducción. Aunque el índice de divorcios ha aumentado en todos los grupos socioeconómicos, la incidencia de este fenómeno es mayor en los grupos desfavorecidos. El matrimonio a una edad demasiado joven, un bajo nivel educativo y la existencia de bajos ingresos económicos son factores relacionados con el aumento en el índice de divorcios, junto con los embarazos prematrimoniales. Según un estudio, la mitad de las mujeres que se habían quedado embarazadas antes del matrimonio no convivían con su marido durante más de cinco años (Sauber y Corrigan, 1970).

El divorcio suele producirse en un momento temprano del matrimonio, sobre todo en el período comprendido entre el quinto y el décimo año de vida conyugal (Centro Nacional para las Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2000) (véase la Figura 15.9). En algunas parejas con problemas, sus miembros pueden permanecer juntos e intentar superar estas dificultades. Si, tras varios años, su relación no mejora, seguramente se divorciarán.

Muchos adultos, incluso aquellos que iniciaron el proceso del divorcio, experimentan cambios y retos en sus vidas tras la

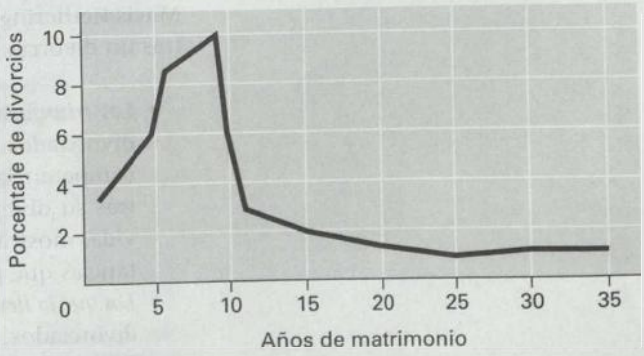


FIGURA. 15.9 Índice de divorcios en relación con el número de años de matrimonio

En este gráfico se muestra el porcentaje de divorcios en función de la duración del matrimonio. Adviértase que la mayoría de los divorcios se producen en los primeros años del matrimonio, sobre todo entre el quinto y el décimo año de la relación conyugal.

disolución del vínculo matrimonial (Amato, 2000, 2004; Hetherington, 2000; Martin, Emery y Peris, 2004). Tanto los hombres como las mujeres divorciados afirman experimentar soledad, una reducción en su autoestima, ansiedad acerca de los aspectos desconocidos de sus vidas y dificultad para establecer nuevas relaciones de intimidad satisfactorias.

El estrés que surge de la separación y del divorcio aumenta el riesgo de que los miembros de la pareja se encuentren con dificultades físicas o psicológicas (Hetherington y Stanley-Hagan, 2002; Kitzman y Gaylord, 2002). Los hombres y mujeres divorciados presentan mayores índices de alteraciones psicológicas, internamientos en hospitales psiquiátricos, depresiones clínicas, alcoholismo y problemas psicosomáticos, como trastornos del sueño, que los individuos casados. Además, también se ha detectado que los acontecimientos de distinto tipo que producen estrés (incluyendo una separación matrimonial) afectan negativamente a la capacidad del sistema inmunológico, por lo que los individuos separados o divorciados se encuentran en una situación de vulnerabilidad frente a las enfermedades y las infecciones. Según una investigación, resultaba más probable que se detectaran problemas en el sistema inmunológico de las mujeres recientemente separadas (un año o menos de separación) que en el caso de las mujeres que se habían separado varios años antes (de uno a seis años) (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988). Además, en este mismo estudio se concluyó que el sistema inmunológico de los individuos en matrimonios infelices no funcionaba de forma tan eficaz como el de los individuos que vivían en relaciones matrimoniales felices.

Una causa de preocupación para los padres a los que se ha otorgado la custodia de sus hijos es la educación de éstos y la sobrecarga en sus vidas. En el caso de los padres sin custodia, los problemas surgen porque se sienten separados de sus hijos o porque consideran que disponen de poco tiempo para estar con ellos. Tras un divorcio, los ingresos de los hombres apenas sufren variaciones, mientras que los de las mujeres se reducen de forma significativa tras la separación. Se estima que esta reducción oscila entre 20 y 35 por 100. En el caso de las mujeres divorciadas, la disminución en la capacidad económica suele conllevar el traslado a un barrio menos agradable y con menos recursos, peores colegios y grupos de iguales menos adecuados para sus hijos. Sin embargo, esta reducción en el nivel económico de las mujeres tras un divorcio ha dejado de ser tan frecuente, debido, sobre todo, al mayor número de mujeres que poseen una mejor formación y mejores puestos de trabajo.

Psicológicamente, una de las características que con mayor frecuencia se detecta en los adultos divorciados es la dificultad para volver a confiar en alguien y establecer una nueva relación amorosa. Tras un divorcio, las vidas de los individuos se encaminan por diferentes sendas. Según la investigación realizada por E. Mavis Hetherington, existen seis trayectorias que los hombres y las mujeres siguen tras un divorcio (Hetherington y Kelly, 2002, pág. 98-108):

- *Los triunfadores*. Este grupo está formado por un 20 por 100 de los adultos divorciados, y la mayoría de ellos son mujeres que «adquieren una mayor competencia, un mejor ajuste y niveles más elevados de realización personal» tras su divorcio. Su competencia resultaba evidente en distintas áreas de la vida, mostraban una gran capacidad para recuperarse tras pasar por circunstancias que producían estrés y eran capaces de aprender de los problemas.
- *Los que lo llevan bien*. Este grupo constituye el más numeroso entre los adultos divorciados. Se les describe como individuos que sobrellevan bien su divorcio. Daban muestras de puntos fuertes y débiles, de éxitos y fracasos. Cuando se enfrentaban a un problema, intentaban resolverlo. Muchos asistían a clases nocturnas, encontraban nuevos amigos, desarrollaban vidas sociales activas y estaban motivados para conseguir trabajos con mejores salarios. Sin embargo, no se mostraban especialmente eficaces a la hora de planificar y eran menos constantes que los individuos del grupo de «los triunfadores». Las mujeres

«que lo llevan bien» solían casarse con hombres muy similares en los aspectos educativos y económicos a sus primeros maridos. Por ello, con frecuencia comenzaban una nueva relación conyugal que no representaba una gran mejora con respecto a la anterior.

- *Los buscadores.* Estos individuos presentaban una gran motivación para encontrar una nueva pareja lo antes posible. «Un año después del divorcio, se podía clasificar como «buscadores» al 40 por 100 de los hombres y 38 por 100 de las mujeres. Sin embargo, debido a que los individuos encontraban nuevas parejas, volvían a casarse o se mostraban más seguros y satisfechos de llevar una vida de solteros, menos personas se clasificaban dentro de esta categoría, que pasaba a estar dominada por los varones (pág. 102).
- *Los libertinos.* Estos individuos solían pasar más tiempo en locales nocturnos para personas solteras y mantenían un número mayor de relaciones sexuales esporádicas que los sujetos clasificados en otras categorías. Sin embargo, al finalizar el primer año tras su divorcio, estos individuos se mostraban decepcionados con su estilo de vida (marcado por la búsqueda de nuevas sensaciones) y deseaban conseguir una relación estable.
- *Los solteros competentes.* Estos individuos, que constituían tan sólo el 10 por 100 de todos los divorciados, mostraban «un buen ajuste, un alto grado de autonomía y habilidades sociales adecuadas». Solían tener éxito en sus vidas profesionales, vidas sociales activas y una amplia gama de intereses. Sin embargo, «al contrario que los triunfadores, los solteros competentes no mostraban interés en compartir sus vidas con otras personas» (pág. 105).
- *Los vencidos.* Algunos de estos individuos ya presentaban problemas antes del divorcio, que aumentaban tras la separación cuando «se mostraban incapaces de hacer frente al estrés provocado por el fracaso matrimonial». Para otros, el divorcio resultaba difícil de encarar porque suponía la pérdida de una pareja que los apoyaba o, en el caso de que existieran problemas de alcoholismo, limitaba su acceso a la bebida.

Hetherington recomienda las siguientes estrategias para los adultos divorciados (Hetherington y Kelly, 2002):

- Pensar que el divorcio constituye una oportunidad para el crecimiento personal y para el desarrollo de relaciones más positivas.
- Tomar decisiones con atención. Las consecuencias de la toma de decisiones con respecto al trabajo, el amor y los hijos pueden durar toda una vida.
- Centrarse más en el futuro que en el pasado. Se debe pensar en lo que de verdad importa para el avance en la vida, establecer ciertos objetivos que supongan un reto y planear cómo se van a alcanzar.
- Utilizar los puntos fuertes y los recursos para hacer frente a las dificultades.
- No esperar el éxito y la felicidad en todos los ámbitos de la vida. «El camino que lleva a una vida más satisfactoria tiene baches y desvíos» (pág. 109).
- Recordar que «nunca se está atrapado en una única vía. La mayoría de los individuos considerados «perdedores» tras un divorcio, solían evolucionar de forma gradual hacia estilos de vida más positivos, pero este progreso exigía cierto esfuerzo» (pág. 109).

Adultos que vuelven a casarse

En el Capítulo 11, analizamos las familias con padres que habían vuelto a casarse, centrándonos en la influencia que la vida en estas nuevas estructuras familiares podía tener en el desarrollo infantil. En este capítulo seguiremos analizando estas familias con un especial énfasis en la relación entre los adultos que han vuelto a casarse. Por término medio, los adultos divorciados vuelven a contraer matrimonio en un plazo de cuatro años después del divorcio. El nuevo matrimonio se produce antes en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

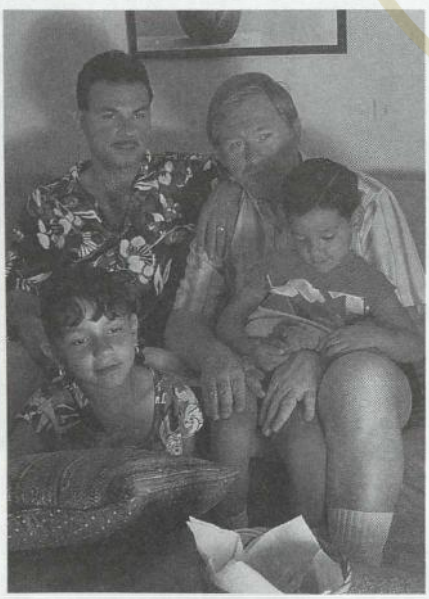
Existe una gran variedad de nuevas estructuras familiares. Tanto los padres que poseen la custodia de sus hijos y los que no la poseen como los padrastros y madrastras pueden haberse casado y divorciado, en algunos casos más de una vez. Esos padres pueden vivir con los hijos habidos en matrimonios anteriores y, por tanto, disponer de una amplia red de abuelos y otros parientes. Independientemente del número de miembros o de sus características, estas familias de nueva creación se enfrentan a tareas muy concretas. La pareja debe definir y reforzar su matrimonio y, al mismo tiempo, establecer de nuevo la relación entre los padres biológicos y los hijos. Además, también deben definir las relaciones entre los hijos y el padrastro o la madrastra, y entre los hijos de ambos miembros de la pareja (Coleman, Ganong y Fine, 2000, 2004; Hetherington y Stanley-Hagan, 2002).

La complejidad de los antecedentes familiares y la multitud de relaciones dificultan que se efectúen ajustes en una estructura familiar de este tipo (Coleman, Ganong y Weaver, 2001; Pasley y Moorefield, 2004; Thomson y otros, 2001). Los datos recogidos demuestran la dificultad que entraña realizar los ajustes que posibiliten la vida en la nueva familia: tan sólo una tercera parte de las familias con padres que se han vuelto a casar permanece unida (Gerlach, 1998).

¿A qué se debe esta dificultad? En primer lugar, muchos individuos vuelven a contraer matrimonio no por amor, sino por razones económicas, en busca de ayuda para criar a sus hijos o como forma de reducir la soledad. Además, pueden llegar a la nueva familia con patrones negativos que afecten a la relación y que ya produjeron el fracaso del anterior matrimonio. Las parejas que vuelven a casarse también sufren mayores niveles de estrés relacionado con la crianza de los hijos que los padres que viven en familias en las que nunca se ha producido un divorcio (Ganong y Coleman, 1994).

Las siguientes con algunas estrategias que pueden ayudar a las parejas que han vuelto a casarse a gestionar eficazmente el estrés que surge de la vida en una nueva estructura familiar (Visher y Visher, 1989):

- *Tener expectativas realistas.* Resulta necesario conceder tiempo para que la relación amorosa se desarrolle, y considerar que la complejidad propia de la nueva estructura familiar constituye un reto que debe superarse.
- *Desarrollar nuevas relaciones positivas dentro del núcleo familiar.* Conviene crear nuevas costumbres y maneras efectivas de hacer frente a las dificultades. La distribución adecuada del tiempo resulta especialmente importante en una circunstancia en la que participan tantos individuos. A este respecto, la pareja que ha vuelto a casarse precisa disponer de tiempo a solas para estar juntos.
- *Aprender del primer matrimonio.* Hay que reconocer los errores cometidos y no volver a caer en ellos en esta segunda ocasión.
- *No esperar que los hijos de la pareja nos amen desde el principio.* Las relaciones en estas estructuras familiares se crean de forma paulatina a lo largo del tiempo.



¿A qué conclusiones han llegado los estudios realizados sobre el desarrollo y el bienestar psicológico de los niños criados por parejas homosexuales?

Adultos homosexuales

Las investigaciones realizadas han determinado que las relaciones entre individuos homosexuales son similares a las que se establecen entre individuos heterosexuales en lo relativo a la satisfacción que surge de ellas, al amor, las alegrías y los conflictos (Hyde y DeLamater, 2005; Julian y otros, 2003; Peplau y Beals, 2002, 2004). Así, por ejemplo, al igual que en el caso de las relaciones heterosexuales, las parejas homosexuales precisan encontrar un equilibrio en su relación que resulte aceptable para ambos miembros en lo relativo al amor, el cariño, el grado de autonomía que resulta aceptable y la igualdad en el seno de la pareja. De forma significativa, las parejas de mujeres homosexuales conceden especial importancia a la igualdad en sus parejas (Kurdek, 2003, 2004). En el transcurso de una investigación, las parejas homosexuales enumeraron las áreas de conflicto que detectaban en sus relaciones según la frecuencia con la que se producían: finanzas, estilos de conducción, cariño y sexo, ser excesivamente crítico y tareas domésticas (Kur-

dek, 1995). Con seguridad, los elementos que aparecen en esta lista coincidirán con los señalados por las parejas heterosexuales.

Existe una serie de concepciones equivocadas acerca de las parejas homosexuales (Kurdek, 2004). Así, por ejemplo, muchos individuos opinan que uno de los miembros de la pareja posee un rol masculino y el otro, un rol femenino, circunstancia que resulta cierta sólo en un pequeño porcentaje de los casos. De hecho, algunas investigaciones han determinado que las parejas homosexuales se muestran más flexibles en sus roles de género que los individuos heterosexuales (Marecek, Finn y Cardell, 1988). Otro error generalizado señala que las parejas homosexuales practican el sexo con mayor frecuencia. Una vez más, este hecho resulta cierto sólo para un pequeño segmento de los varones homosexuales, pero no se detecta en el caso de las parejas de mujeres homosexuales. Otra falsa idea acerca de las parejas homosexuales señala que no suelen ser relaciones duraderas. Las investigaciones realizadas han demostrado que estos individuos prefieren vivir en parejas duraderas caracterizadas por el compromiso (Peplau y Beals, 2002). Aproximadamente la mitad de las parejas de hombres homosexuales en las que existe compromiso han establecido una relación abierta en la que se permite la posibilidad de mantener relaciones sexuales (pero no amor) fuera de la pareja. Esta situación no suele darse en el caso de las parejas de mujeres homosexuales.

Uno de los aspectos en los que las parejas heterosexuales y las homosexuales difieren hace referencia a los obstáculos que hay que superar para finalizar la relación (Peplau y Beals, 2002, 2004). A este respecto, el contexto legal y social del matrimonio dificulta la ruptura de las relaciones heterosexuales, lo que no ocurre en el caso de las homosexuales (Peplau y Beals, 2002, 2004). Sin embargo, esta situación comienza a cambiar en algunos países, y en algunas zonas de Estados Unidos. Así, el estado de Vermont (Estados Unidos) permite el registro de parejas de hecho homosexuales, y en Massachussets se legalizó recientemente el matrimonio entre individuos del mismo sexo. Otros muchos estados, municipios y distritos han creado registros para parejas de hecho, lo que proporciona algunas de los beneficios (y de los obstáculos para la separación) característicos del matrimonio (Patterson, 2004). Cada vez en mayor medida, las parejas homosexuales fundan familias con hijos (véase la Figura 15.10). Este hecho puede resultar polémico para muchos individuos heterosexuales que consideran que la vida en el seno de una familia con padres homosexuales perjudica el desarrollo del niño. Sin embargo, las investigaciones realizadas han demostrado que los niños criados en este tipo de familias disfrutan de las mismas relaciones con su grupo de iguales, y que no existen diferencias en su ajuste psicológico ni en su salud mental cuando se los compara con los niños de familias heterosexuales (Hyde y DeLamater, 2005). Además, tal y como se indicó en el Capítulo 9, la inmensa mayoría de los niños criados por una pareja homosexual presentan una orientación heterosexual (Patterson, 2002).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Explicar la diversidad existente en los estilos de vida

REVISA

- ¿Cuáles son las características de los adultos que viven solos?
- ¿Cómo pueden describirse las vidas de los adultos en parejas de hecho?
- ¿De qué manera afecta el divorcio a los adultos?
- ¿Qué caracteriza a las vidas de los padres que han vuelto a casarse?
- ¿Cuáles son las características del estilo de vida de los adultos homosexuales?

REFLEXIONA

- ¿Cuál es tu estilo de vida adulto en la actualidad? ¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes de tu estilo de vida? Si pudieras vivir de otra manera, ¿qué estilo de vida elegirías? ¿Por qué?

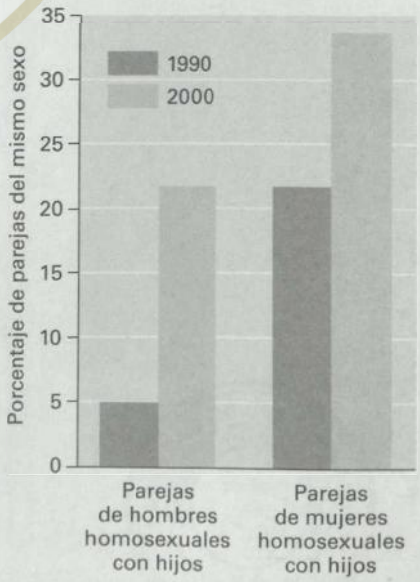


FIGURA 15.10 Porcentaje de parejas homosexuales con hijos en 1990 y 2000

5 GÉNERO, RELACIONES Y DESARROLLO PERSONAL

Desarrollo de las mujeres | Desarrollo de los hombres

En los Capítulos 9 y 11 ya analizamos una serie de ideas relacionadas con el desarrollo del género en el caso de los niños. De igual manera, en este mismo capítulo, estudiamos el papel desempeñado por el género en la amistad, la familia y el trabajo, así como los roles materno y paterno. A continuación, analizaremos el concepto de género prestando especial atención a los aspectos relacionados con las relaciones y el desarrollo personal.

Desarrollo de las mujeres

Jean Baker Miller (1986) ha fomentado de manera relevante el estudio de ciertos aspectos psicológicos desde una perspectiva femenina. Esta autora afirma que el análisis del desarrollo psicológico de la mujer permite una mejor comprensión de todo el desarrollo psicológico de los individuos de ambos sexos. Además, también señala que, cuando se analiza lo que una mujer hace a lo largo de su vida, buena parte de sus actividades están relacionadas con la participación activa en el desarrollo de otros individuos. Según Miller, las mujeres intentan que sus relaciones con otras personas fomenten el desarrollo emocional, intelectual y social de esos individuos.

A decir de la mayor parte de los expertos, resulta importante no sólo que las mujeres mantengan su nivel de competencia en las relaciones, sino que también posean capacidad para automotivarse (Bannon, 2005; Denmark, Rabinowitz y Sechzer, 2005; Donelson, 1998). Miller afirma que las mujeres ejercerán una mayor influencia en la cultura estadounidense gracias a su mayor determinación propia y unas capacidades de relación que ya han desarrollado. Tal y como señala Harriet Lerner (1986) en su libro The *Dance of Intimacy* (*El baile de la intimidad*), resulta importante que las mujeres aporten a sus relaciones una personalidad fuerte, asertiva, independiente y auténtica. Esta autora enfatiza el hecho de que las relaciones competentes son aquellas en las que se pueden valorar y realzar las personalidades de ambos individuos, al tiempo que se mantiene una conexión emocional entre ambos miembros de la pareja.

Deborah Tannen (1990) llevó a cabo un estudio de la comunicación oral entre hombres y mujeres. Esta investigadora concluyó que las esposas solían quejarse de que sus maridos «no escuchan» o de que «ya no me habla». La falta de comunicación ocupa un lugar prominente en la lista de razones por las que las mujeres se divorcian, pero no resulta tan importante para los hombres.

Tannen establece una distinción entre el habla de comunicación y el habla de información. El *habla de comunicación* se emplea en las conversaciones como forma para establecer conexiones y negociar en el seno de una relación. El *habla de información* se emplea en contextos públicos, donde los hombres suelen encontrarse más cómodos. Los varones se convierten en el centro de atención en situaciones comunicativas orales en las que cuentan historias o chistes o en las que transmiten información. Los hombres aprenden a utilizar el lenguaje oral como herramienta para obtener y mantener la atención de los demás. Por el contrario, las mujeres disfrutan más con la comunicación privada, aquella en la que se conversa sobre semejanzas y sobre experiencias que coinciden. Las mujeres se sienten molestas por la falta de interés que los varones muestran por el habla de comunicación.

El malestar que el silencio de los hombres en casa genera en las mujeres se ve reflejado en una conocida viñeta cómica en la que un matrimonio desayuna en la misma mesa. Él lee le periódico mientras ella no aparta su vista de las hojas del

diario que tiene enfrente. En otra viñeta, el marido abre el periódico mientras pregunta a su mujer: «¿Quieres decirme algo antes de que empiece a leer?». Sabe que no hay nada que su mujer quiera comunicarle, pero también sabe que a ella se le ocurrirá algo de lo que hablar tan pronto como empiece con la lectura. *Para él, el acto de hablar está relacionado con la información*, por lo que, si su mujer va a interrumpir su lectura, debe ser para informarle de algo que necesita saber. Además, su mujer puede proporcionarle esa información antes de que el marido comience a leer el periódico. Sin embargo, *para ella el acto de hablar está relacionado con la interacción*, ya que considera que decir cosas es una manera de participar en la pareja, y escuchar es una forma de mostrar afecto e interés.

Por tanto, el problema no radica en el estilo de relación propio de un hombre, o de todos los hombres, sino en la diferencia existente entre los estilos femenino y masculino. Si es así, los individuos de ambos sexos pueden realizar ajustes. Una mujer, por ejemplo, puede obligarse a hablar en público sin que se le dé pie a ello, o comenzar a hablar incluso cuando se produzca la menor pausa en el discurso. El ajuste, no obstante, no debe producirse únicamente en una de las partes. Los hombres pueden aprender que las mujeres que no están acostumbradas a hablar en público no se muestran tan cómodas en estas situaciones como se sienten ellos. Si comprenden esta reticencia femenina, los hombres pueden hacer que las mujeres se sientan más cómodas invitándolas a expresarse y permitiendo que hablen en público en vez de que sean los hombres quienes dominen la conversación.

Para algunas voces críticas, Tannen cae en el estereotipo al formular su perspectiva sobre las diferencias de género en las relaciones entre hombres y mujeres (Edwards y Hamilton, 2004; Hyde y DeLamater, 2005). Según estas opiniones contrarias, existen mayores variaciones individuales en los estilos de relaciones practicados por ambos sexos que lo que se desprende de las ideas de Tannen. Además, en algunas investigaciones se ha señalado la existencia de semejanzas en las estrategias comunicativas utilizadas por hombres y mujeres en sus relaciones. En un reciente estudio, se identificaron mayores semejanzas que diferencias en la forma en la que los hombres y las mujeres usaban la comunicación oral para describir los problemas en sus relaciones y para responder antes estas dificultades (MacGeorge y otros, 2004).

Desarrollo de los hombres

¿Cómo es realmente el individuo masculino de la especie humana? ¿Cuáles son sus preocupaciones? Según la teoría de la *presión del rol*, formulada por Joseph Pleck (1995), los roles masculinos son contradictorios y carecen de consistencia. Los hombres no sólo experimentan estrés cuando no cumplen las normas de los varones, sino que también resultan negativamente afectados cuando actúan de acuerdo con esas normas. Las siguientes son algunas de las áreas en las que los roles masculinos generan una presión considerable (Levant, 2002; Levant y Brooks, 1997):

- *Salud.* Los hombres viven de 8 a 10 años menos que las mujeres. Además, presentan mayores niveles de alteraciones relacionados con el estrés, alcoholismo, accidentes de tráfico y suicidio. También resulta más probable que los hombres sean víctimas de homicidios. En definitiva, el rol del hombre constituye un factor de riesgo para su salud.
- *Relaciones entre hombres y mujeres.* Con demasiada frecuencia, el rol masculino está formado por la idea de que los hombres deben ser dominantes, fuertes y agresivos, y de que deben controlar a las mujeres. Además, el papel del hombre también ha incluido que se considere a las mujeres según su físico, sin tener en cuenta sus ideas o sentimientos. Anteriormente hemos analizado el concepto expresado por Deborah Tannen (1990) de que los hombres muestran poco interés en el habla de comunicación y en las relaciones. Según el

FACULTAD DE CULTURA FÍSICA BIBLIOTECA

rol masculino, no debería considerarse a las mujeres en un plano de igualdad en el trabajo, los ingresos y otros muchos aspectos de la vida. Muy frecuentemente, por causa de estas ideas, existen hombres que menosprecian o maltratan a las mujeres o que se niegan a mantener relaciones basadas en la igualdad con mujeres.

- *Relaciones entre hombres.* Muchos hombres disfrutaron de muy poco interacción con sus padres, especialmente con los padres que representaban ejemplos positivos. La educación de otros y las muestras de sensibilidad hacia los demás se han considerado aspectos propios del rol femenino, no del masculino. Además, el rol masculino otorga una mayor importancia a la competición que a la cooperación. Todos estos aspectos del rol masculino han contribuido a la existencia de relaciones emocionales entre hombres que resultan poco adecuadas.

Con el fin de reconstruir la idea de masculinidad de una forma más positiva, Ron Levant (2002) propone que cada hombre: 1) se plantee sus creencias acerca de la masculinidad; 2) identifique los aspectos valiosos del rol masculino, y 3) se deshaga de los aspectos destructivos. Este proceso implica que el individuo presente una mayor «inteligencia emocional», es decir, que sea más consciente de sus emociones, que las controle de forma más eficaz, que sea capaz de leer mejor las emociones (las propias y las ajenas) y que muestre motivación para mejorar sus relaciones cercanas.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 5

5 Analizar la influencia del género en las relaciones

REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los aspectos más importantes del papel desempeñado por las mujeres en las relaciones?
- ¿Cuáles son algunos de los aspectos más importantes del papel desempeñado por los hombres en las relaciones?

REFLEXIONA

- Si fueras una mujer, ¿qué cambiarías en la forma en la que los hombres viven las relaciones? Si fueras un hombre, ¿qué cambiarías en la forma en la que las mujeres viven las relaciones?

Alcanza tus objetivos de aprendizaje

Desarrollo socioemocional en la juventud

1 CONTINUIDAD Y DISCONTINUIDAD DE LA NIÑEZ A LA EDAD ADULTA
- Temperamento
- Apego

2 ATRACCIÓN, AMOR Y RELACIONES DE PAREJA
- Atracción
- Desenamoramiento
- Las diversas caras del amor
- Soledad

3 MATRIMONIO Y FAMILIA
- El ciclo vital de la familia
- Matrimonio
- Roles parentales

4 DIVERSIDAD EN LOS ESTILOS DE VIDA ADULTOS
- Adultos que viven solos
- Adultos divorciados
- Adultos homosexuales
- Adultos con parejas de hecho
- Adultos que vuelven a casarse

5 GÉNERO, RELACIONES Y DESARROLLO PERSONAL
- Desarrollo de las mujeres
- Desarrollo de los hombres

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Describir la continuidad y discontinuidad que se detecta en el temperamento y el apego desde la niñez hasta la edad adulta*

- Los veinte primeros años de vida son importantes a la hora de predecir la personalidad de un individuo durante la edad adulta, pero también resultan relevantes las experiencias que se producen en los años de la adultez. El nivel de actividad en la niñez temprana se relaciona con la extraversión durante la juventud. Los adultos jóvenes muestran menos cambios de humor, son más responsables y presentan menos comportamientos arriesgados que los adolescentes. En algunos casos, el temperamento que se posee en la niñez está relacionado con la existencia de dificultades de ajuste durante la juventud.
- Los estilos de apego de los adultos jóvenes se relacionan con sus antecedentes de apego, aunque dichos estilos pueden variar a lo largo de la edad adulta debido a la experiencia que se adquiere en las relaciones.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Identificar algunos aspectos fundamentales de la atracción, el amor y las relaciones de pareja*

- La familiaridad precede a una relación cercana. Nos gusta asociarnos con individuos similares a nosotros, lo que puede explicarse aplicando los principios de validación consensuada y de emparejamiento. Normalmente, la atracción física constituye un aspecto de gran importancia en la primera parte de una relación. Los criterios para determinar lo que resulta atractivo varían entre culturas y entre distintos momentos históricos.
- Según Erikson, el aspecto evolutivo fundamental de la juventud es la intimidad frente al aislamiento. Existe un frágil equilibrio entre la intimidad y el compromiso, por un lado, y la independencia y la libertad, por otro. La amistad desempeña un importante papel en el desarrollo del individuo adulto, especialmente en lo relativo al apoyo emocional. Las amistades entre mujeres, entre hombres y entre individuos de ambos sexos suelen presentar características distintas. Por ejemplo, la apertura personal es más frecuente en las amistades entre mujeres. El amor romántico, también denominado amor pasional, se plantea cuando nos sentimos «enamorados», e incluye elementos como la pasión, la sexualidad y una combinación de emociones que no siempre son positivas. El amor afectuoso, también llamado amor de compañía, suele hacerse más importante al tiempo que la pareja madura. Shaver propuso un modelo de desarrollo del amor, y Sternberg planteó la existencia de un modelo triárquico del amor (pasión, intimidad y compromiso).
- El fin de una relación cercana puede resultar traumático, pero para algunos individuos supone una fuente de felicidad y de desarrollo personal. Para la mayor parte de las personas, el desenamoramiento representa un proceso doloroso y emocionalmente muy intenso.
- La soledad suele surgir cuando las vidas de los individuos sufren alteraciones, por lo que no resulta extraño que sea una característica de los estudiantes universitarios de primer curso. La tecnología está cambiando la forma de hacer frente a la soledad.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Analizar el matrimonio y la familia*

- Existen seis etapas en el ciclo vital de la familia: abandonar el hogar paterno y convertirse en un adulto soltero; la nueva pareja; ser padres y convertirse en una familia con hijos; la familia con adolescentes; familia a mitad de la vida, y la familia en la parte final de la vida.
- A pesar de que los adultos tardan más en casarse y de que el índice de divorcios es elevado, la mayoría de individuos aún se decanta por el matrimonio. La edad a la que se produce el matrimonio, las expectativas acerca de la vida conyugal y el desarrollo del matrimonio pueden variar a lo largo del tiempo en una misma cultura, y también entre distintas culturas. La falta de satisfacción en el matrimonio y el divorcio pueden surgir debido a la existencia de expectativas poco realistas y a los mitos existentes acerca de la relación conyugal. Algunos de esos mitos señalan que evitar los conflictos puede acabar con un matrimonio, que los hombres no están adaptados biológicamente al matrimonio o que hombres y mujeres provienen de «planetas distintos». Gottman ha realizado una exhaustiva investigación de los factores que permiten que un matrimonio funcione: establecer mapas afectivos, alimentar el cariño y la admiración, acercarse en lugar de separarse, dejar que la pareja influya en ti, resolver los conflictos que pueden solucionarse, superar la paralización y crear significados compartidos. Entre los beneficios que aporta el matrimonio se encuentran una mejor salud física y mental y una mayor esperanza de vida. En general, las mujeres son más expresivas y muestran más afecto en el contexto conyugal, una diferencia que preocupa a muchas mujeres.
- Para algunos individuos, el rol parental ha sido bien planeado y coordinado. Para otros, por el contrario, el surgimiento de este rol produce sorpresa y, a veces, desorden. Existen muchos mitos acerca del rol de los padres, entre ellos la creencia de que el nacimiento de un hijo puede salvar un matrimonio que fracasa. En la actualidad, se está reduciendo el tamaño de las familias, y muchas mujeres retrasan el nacimiento de su primer hijo hasta que sus trayectorias profesionales ya se encuentran afianzadas. Tener hijos a una edad más temprana o más tardía presenta una serie de ventajas.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Explicar la diversidad existente en los estilos de vida*

- En la actualidad, la soltería se ha convertido en un estilo de vida cada vez más frecuente. Abundan los mitos y los estereotipos acerca de la vida de los individuos solteros, que van desde «el soltero acelerado» hasta «el soltero solitario y desesperado con tendencias suicidas». Vivir solo presenta ventajas (como la autonomía) e inconvenientes. Algunas preocupaciones de los adultos que viven solos son la intimidad, la soledad y encontrar una identidad positiva en una sociedad orientada hacia el matrimonio.
- Vivir juntos sin estar casados constituye un estilo de vida cada vez más frecuente para muchos adultos. Esta forma de relación ofrece ventajas, pero también plantea algunas dificultades. Además, este estilo de vida no da lugar a una mayor felicidad conyugal, sino que apenas genera diferencias con respecto a las parejas que se casan sin haber convivido antes. De ello se desprende que la convivencia previa no beneficia a la vida conyugal a no ser que se produzca después del compromiso matrimonial.
- El índice de divorcios ha aumentado de manera muy significativa, aunque también ha comenzado a dar signos de ralentización. El divorcio constituye una situación compleja en lo emocional. En el primer año tras el divorcio, se produce un desequilibrio en el comportamiento del adulto divorciado, pero al cabo de algunos años se logra una mayor estabilidad. Las amas de casa divorciadas que deben cambiar de domicilio pueden tener que hacer frente a un alto nivel de estrés, una situación que también afecta a los hombres.
- Las familias con padres que se han vuelto a casar constituyen estructuras complejas donde los ajustes se realizan con dificultad. Sólo una tercera parte de los matrimonios de adultos que vuelven a casarse perdura.
- Uno de los descubrimientos más destacados obtenidos en los estudios de las parejas homosexuales es la gran semejanza que presentan con las parejas heterosexuales. Existe una serie de concepciones erróneas acerca de las parejas homosexuales. Las investigaciones han demostrado que los niños criados por padres homosexuales muestran los mismos niveles de ajuste psicológico que los hijos de padres heterosexuales. La inmensa mayoría de los hijos de parejas homosexuales presentan una orientación heterosexual.

5 *Objetivo de aprendizaje 5: Analizar la influencia del género en las relaciones*

- Para muchos expertos, resulta importante que las mujeres mantengan su competencia y su interés por las relaciones, pero también deberían dedicar más esfuerzos a su desarrollo personal. Tannen diferencia entre el habla de la comunicación, preferida por las mujeres, y el habla de la información, preferida por los hombres. Los críticos de la teoría de Tannen afirman que existe una mayor variación individual en los estilos de relaciones entre hombres y mujeres de lo que señala Tannen.
- Los hombres han conseguido grandes logros, pero el rol masculino también es el origen de una presión considerable. Existe tanta diversidad entre los varones como la hay entre las mujeres.

FUNDADA EN 1620 QUITO

SECCIÓN OCTAVA

Madurez

CAPÍTULO 16

Cuando nos fijamos en que nos queda más tiempo,
comenzamos a evaluar lo que hemos vivido,
aunque sea con reticencias y de forma incompleta.

JAMES BALDWIN
Novelista estadounidense, siglo XX



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo físico y cognitivo en la madurez

Esquema del capítulo

LA CAMBIANTE EDAD MADURA

DESARROLLO FÍSICO
- Cambios físicos
- Salud y enfermedad
- Índices de mortalidad
- Sexualidad

DESARROLLO COGNITIVO
- Inteligencia
- Procesamiento de la información

TRAYECTORIA PROFESIONAL, TRABAJO Y OCIO
- Trabajo en la madurez
- Satisfacción producida por el trabajo
- Retos y cambios profesionales
- Ocio

RELIGIÓN Y SENTIDO DE LA VIDA
- Religión y vida adulta
- Religión y salud
- Sentido de la vida

Objetivos de aprendizaje

1. **Explicar los cambios que afectan a la madurez**
2. **Analizar los cambios físicos que ocurren durante la madurez**
3. **Identificar los cambios cognitivos en la madurez**
4. **Describir las características del desarrollo profesional, el trabajo y el ocio en la madurez**
5. **Explicar el papel de la religión y el sentido de la vida durante la madurez**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

La percepción del tiempo

Nuestra percepción del tiempo depende del punto del ciclo vital en que nos encontremos, ya que el tiempo es una dimensión que nos preocupa más en algunos momentos de la vida que en otros (Schroots, 1996). La canción «Time in a Bottle» «El tiempo en una botella» de Jim Croce refleja la percepción del tiempo que se desarrolla durante la madurez:

Si pudiera guardar el tiempo en una botella,
lo primero que me gustaría lograr
sería poner ahí cada día
hasta el final de la vida
sólo para pasarlos contigo...
Pero parece que nunca el tiempo basta
para hacer lo que te gusta
cuando descubres lo que deseas.
He buscado lo suficiente para saber
que eres la persona
con la que quiero pasar mi vida.

[JIM CROCE, «Time in a Bottle»]

La canción de Jim Croce relaciona el tiempo con el amor y la esperanza de compartir nuestra vida con una persona a la que amamos. El amor y la intimidad constituyen importantes aspectos del desarrollo adulto, al igual que el tiempo. Los adultos maduros comienzan a observar lo que han vivido, y reflexionan acerca de cómo han empleado su tiempo. Además, contemplan su futuro pensando en cuánto tiempo les queda aún para lograr sus objetivos vitales deseados.

El interés por esta etapa del desarrollo humano ha surgido a finales del siglo XX y comienzos del XXI. Tal y como se indicó en el Capítulo 1, en 1900 la esperanza media de vida era de 47 años de edad. Hoy en día alcanza los 77 años (Oficina Estadounidense del Censo, *U.S. Bureau of the Census*, 2004). Debido a que un porcentaje cada vez mayor de individuos llegan a edades avanzadas, ha sido necesario clasificar, describir e investigar el período del ciclo vital humano que denominamos «madurez».

VISTA PREVIA

Cuando los adultos jóvenes intentan hacerse una idea de cómo serán sus vidas en la madurez, con demasiada frecuencia anticipan que todo comenzará a ir cuesta abajo. Sin embargo, al igual que todos los períodos en el ciclo vital humano, la madurez presenta aspectos positivos y negativos para la mayoría de individuos. En este primer capítulo dedicado a la madurez, analizaremos los cambios físicos, cognitivos, profesionales, laborales y en el ocio, así como la importancia de la religión y el sentido de la vida durante la madurez. Para empezar, analizaremos qué transformaciones están afectando al propio concepto de madurez.

1 LA CAMBIANTE EDAD MADURA

Cada año, tras pagar una cuota de 8 dólares, 2,5 a 3 millones de estadounidenses mayores de 50 años de edad se convierten en miembros de la Asociación Americana de Jubilados (*American Association for Retired Persons*, AARP). Existe cierta incongruencia en el hecho de que tantas personas que acaban de cumplir 50 años se unan a un grupo de jubilados, cuando casi ninguno de ellos se ha retirado aún. De hecho, la mayoría de los individuos que hoy en día cuentan con 50 años disfrutan de una mejor forma física, están más pendientes del mundo y son más productivos que los individuos de 40 años de edad de hace una o dos generaciones. El comienzo de la madurez se retrasa gracias a los estilos de vida saludables que caracterizan a cada vez más personas y a los avances médicos, que retrasan el proceso del envejecimiento. Parece que la madurez comienza más tarde y se extiende durante más años para los individuos activos, sanos y productivos. Según un estudio, casi la mitad de los sujetos con edades comprendidas entre los 65 y los 69 años se consideraban «de mediana edad» (Consejo Nacional Estadounidense sobre el Envejecimiento, *National Council on Aging*, 2000). En otra investigación se determinó la existencia de un patrón similar: la mitad de los individuos con edades comprendidas entre los 60 y los 75 años se consideraban «de mediana edad» (Lachman, Maier y Budner, 2000). Además, algunas personas consideran que la madurez termina cuando se produce la transición entre el mundo laboral y la jubilación.

A comienzos del siglo XX, Sigmund Freud y Carl Jung estudiaron la transición a la madurez. Jung (1933) se refería a la edad madura como «la tarde de la vida». Esta etapa representa un importante período de preparación para la vejez, «el atardecer de la vida» (Lachman, 2004, pág. 306). Pero «la edad madura» comenzaba mucho antes en la época de Jung. Tal y como acabamos de mencionar, en 1900 la esperanza media de vida era, tan sólo, de 47 años, y únicamente el 3 por 100 de la población vivía más allá de los 65 años de edad. En la actualidad, la esperanza media de vida es de 77 años, y el 12 por 100 de la población estadounidense tiene más de 65 años de edad. Debido a que un porcentaje mayor de la población llega a la vejez, resulta más difícil identificar el punto intermedio de la vida que constituye la madurez o la edad adulta intermedia (Staudinger y Bluck, 2001). En tan sólo un siglo, la esperanza media de vida ha aumentado en treinta años. Según las estadísticas, en la actualidad el punto medio del ciclo vital se encuentra en los 38 años de edad. Sin embargo, a casi ningún individuo con esta edad le gustaría que lo llamaran «persona de mediana edad». En general, nuestra idea de la madurez comienza más tarde, en algún momento entre los 40 y los 60 o 65 años de edad. Además, resulta probable que este límite superior siga aumentando debido a que cada vez más gente vive durante más años. En un estudio llevado a cabo por el Consejo Estadounidense de Medicina Familiar (*American Board of Family Practice*), se pidió a una muestra aleatoria de 1200 estadounidenses que señalaran cuándo comenzaba la madurez. El 41 por 100 indicó que esta etapa empieza cuando comienzas a preocuparte por hacer frente a los gastos médicos, el 42 por 100 señaló que comienza cuando el último de tus hijos se va de casa y el 46 por 100 afirmó que la madurez empieza cuando ya no conoces los nombres de los grupos de música que suenan en la radio (Beck, 1992).

Aunque las investigaciones no han prestado especial atención a la madurez (excepto en la visión de la crisis de la madurez que difunde la psicología popular), esta etapa ha comenzado a ser el centro de un mayor interés por parte de los especialistas en desarrollo del ciclo vital (Brim, Ryff y Kessler, 2004; Lachman, 2001, 2004; Willis y Reid, 1999). Una de las razones que motivan esta especial atención es que la mayor parte de la población estadounidense se encuentra en la actualidad viviendo su madurez. De 1990 a 2015, se prevé que la población de adultos

maduros en Estados Unidos aumente de 47 a 80 millones de individuos, es decir, se producirá un incremento del 72 por 100. Debido al tamaño de la cohorte generacional del *baby-boom* (recordemos que una cohorte es el conjunto de los individuos nacidos en un año o en un período de tiempo determinado), la edad media de la población estadounidense aumentará de 33 años en 1990 a 42 años en 2050. La generación del *baby-boom*, es decir, los nacidos entre 1946 y 1964, resulta especialmente interesante para los especialistas en desarrollo no sólo por su elevado número, sino también porque han recibido la mejor formación y disfrutan del mejor nivel de vida de todas las cohortes que han vivido la madurez en generaciones anteriores.

A pesar de que los límites entre las distintas etapas no son inalterables, consideraremos que la **madurez** constituye la etapa del desarrollo que comienza alrededor de los 40 años de edad y que se extiende hasta los 60 años. Sin embargo, tal y como acabamos de señalar, para un número cada vez mayor de adultos que gozan de buena salud, la madurez comienza más tarde y se extiende a lo largo de un período mayor. Tal y como se indicó en el Capítulo 1, los individuos no tienen tan sólo una edad cronológica, sino que también poseen una edad biológica, psicológica y social.

Para muchas personas, la madurez representa una etapa de disminución en las capacidades físicas y de aumento de las responsabilidades, un período en el que los individuos se muestran más conscientes de la polaridad entre juventud y vejez y advierten el menor tiempo del que disponen en sus vidas. La madurez constituye un punto en el que se busca dejar un legado coherente a la siguiente generación, y un período en el que los individuos alcanzan y mantienen la satisfacción en sus trayectorias profesionales. En definitiva, la madurez supone «el equilibrio entre el trabajo y las responsabilidades que emanan de las relaciones en medio de una serie de transformaciones físicas y psicológicas relacionadas con el envejecimiento» (Lachman, 2004, pág. 305).

En esta etapa vital intermedia, al igual que en otros períodos evolutivos, los individuos toman decisiones, eligiendo lo que desean hacer, cómo utilizar su tiempo y sus recursos y evaluando los aspectos de sus vidas que necesitan cambiar. Durante la madurez, «un accidente grave, una pérdida o una enfermedad» pueden representar «un toque de atención para que el individuo despierte» y efectúe «una nueva estructuración de su tiempo y una evaluación» de sus prioridades en la vida (Lachman, 2004, pág. 310).

No obstante, estas características no pueden aplicarse a todos los individuos que viven su madurez (Brim, Ryff y Kessler, 2004). Tal y como señaló el experto en desarrollo del ciclo vital Gilbert Brim (1992), la madurez es una etapa marcada por los cambios, los giros y las vueltas: la senda no está señalada. Los individuos viven estados de éxito y de fracaso.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Explicar los cambios que afectan a la madurez

REVISA

- ¿En qué se diferencia la madurez en la actualidad de la madurez en las generaciones pasadas?

REFLEXIONA

- En tu opinión, ¿cómo se diferenciará (o se diferencia o se diferenció) la forma en que vivas la madurez con respecto a la de tus padres o abuelos?

2 DESARROLLO FÍSICO

Cambios físicos | Índices de mortalidad | Salud y enfermedad | Sexualidad

Cuando estudiaba en la universidad, mi padre tenía 45 años de edad, y yo pensaba que era muy viejo. No podía imaginarme con esa edad. Pero ocurrió, y ahora tengo algunas canas y uso gafas de lectura para escribir estas líneas. Ya no puedo correr tan rápido como antes, aunque aún hago de 25 a 30 kilómetros de carrera a la semana, para que mi cuerpo no se arruine. ¿Cuáles son los cambios físicos que ocurren durante la transición a la madurez?

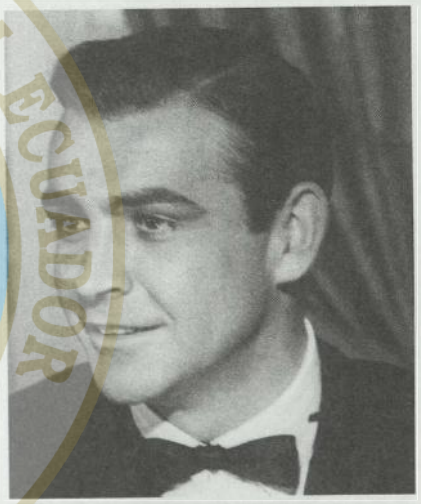
Cambios físicos

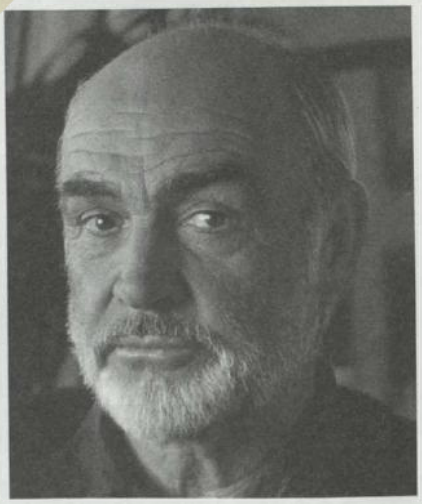
Al contrario que los espectaculares cambios que se producen en la adolescencia temprana y el repentino declive que, a veces, ocurre en la vejez, los cambios físicos característicos de la madurez se suceden de forma gradual (Ebersole, Hess y Luggen, 2004; Merrill y Verbrugge, 1999). A pesar de que todos experimentamos algún tipo de cambio físico debido al proceso del envejecimiento durante los años de la madurez, la magnitud de estos cambios varía considerablemente de un individuo a otro. La estructura genética y los factores relacionados con el estilo de vida poseen una importante influencia en la aparición o no de enfermedades crónicas. La madurez constituye un mirador que nos permite vislumbrar nuestra vida futura cuando aún disponemos de tiempo para prevenir ciertos efectos del envejecimiento y para alterar, en parte, su curso (Lachman, 2004).

Como se mencionó con anterioridad, la generación del *baby-boom* se encuentra viviendo sus años de madurez, lo que supone una cantidad de individuos jamás vista antes. «El estudio "La generación del *baby-boom* en la madurez", realizado en Estados Unidos por la Asociación americana de jubilados (2002), realiza un seguimiento anual de estos individuos y los compara con sujetos de generaciones anteriores y posteriores» (Lachman, 2004, pág. 314). Según este estudio, los individuos de la generación del *baby-boom* afirman que, en lo relativo a su estado de salud, se encontraban peor de lo que esperaban, pero que disponían de mucho control sobre este aspecto de sus vidas. A continuación analizaremos algunos de los cambios que tanto dicha generación como otras experimentan durante la madurez.

Signos visibles Uno de los aspectos más evidentes de los cambios físicos que se producen durante la madurez es la apariencia externa. Las primeras señales visibles del envejecimiento aparecen, normalmente, entre los 40 y los 50 años de edad. La piel comienza a arrugarse y a volverse más flácida debido a la pérdida de depósitos grasos y de colágeno en las capas inferiores (Giacomoni y Rein, 2004). Aparecen manchas en la piel en algunas zonas pequeñas y limitadas, especialmente en las áreas expuestas a la luz solar, como las manos o la cara. El pelo se vuelve más fino y canoso debido a una menor tasa de sustitución de los cabellos perdidos y a una disminución en la producción de melanina. Se detectan protuberancias en las uñas, que se vuelven más gruesas y frágiles.

Dado que nuestra cultura valora especialmente la apariencia juvenil, muchos individuos se esfuerzan por aparentar una menor edad y controlar sus canas, sus arrugas, la flacidez de sus cuerpos o la coloración de sus dientes. Por ello, resulta frecuente que, durante la madurez, los individuos se sometan a intervenciones de cirugía estética, se tiñan el pelo, utilicen pelucas, participen en programas de adelgazamiento o de ejercicio físico y consuman elevadas dosis de vitaminas. Según un





El conocido actor Sean Connery en su juventud (foto superior) y en la madurez (foto inferior). *¿Cuáles son algunos de los signos más visibles del envejecimiento en los años de la madurez?*

estudio, las mujeres que pasan por esta etapa evolutiva prestan más atención al atractivo facial que las mujeres de mayor o de menor edad (Nowak, 1977). En esta misma investigación, las mujeres maduras solían considerar que los signos de envejecimiento influían de forma negativa en su apariencia física. En nuestra cultura, algunos signos del envejecimiento que resultan visibles durante la edad adulta se consideran atractivos en los hombres. Las arrugas y las canas son indicadores de fuerza y de madurez masculinas, pero pueden considerarse poco atractivas en el caso de las mujeres.

La importancia que la cultura otorga a la apariencia juvenil y el empeño por evitar o minimizar los cambios físicos relacionados con el paso de los años constituyen características de la generación del *baby-boom* (Lachman, 2004). Así, por ejemplo, los individuos de esta generación se interesan por la cirugía estética o el empleo de productos como el Botox, lo que puede indicar su deseo de controlar el proceso de envejecimiento (Lachman y Firth, 2004).

Altura y peso Durante la madurez, la altura se reduce y aumenta el peso. Los adultos pierden aproximadamente 1,25 centímetros de altura cada década a partir de la cuarentena (Memmler y otros, 1995). Por término medio, la grasa corporal constituye el 10 por 100 del peso total del individuo durante la adolescencia, un porcentaje que aumenta al 20 por 100 en la madurez.

El sobrepeso representa un grave problema de salud en esta etapa evolutiva. Los individuos que presentan un sobrepeso del 30 por 100 o superior, tienen un 40 por 100 más de posibilidades de fallecer durante la madurez. La obesidad, por su parte, aumenta las probabilidades de que un individuo sufra una serie de problemas de salud, como la hipertensión o los desórdenes digestivos (Daviglus y otros, 2003).

En un estudio a gran escala realizado con individuos maduros, 7 de cada 10 afirmaron que padecían sobrepeso (Brim, 1999). Casi la mitad de los sujetos con edades superiores a los 45 años afirmó que su forma física era peor que la que tenían cinco años antes.

Fuerza, articulaciones y huesos Tal y como vimos en el Capítulo 14, el máximo nivel de fuerza física se suele alcanzar entre los 20 y los 30 años de edad, al igual que el mejor nivel de funcionamiento de las articulaciones. El término *sarcopenia* se usa para describir la pérdida de masa y de fuerza muscular que tiene lugar durante el envejecimiento. La pérdida de masa muscular debida al envejecimiento se produce a un ritmo de 1 a 2 por 100 cada año después de los 50 años de edad (Marcell, 2003). La pérdida de fuerza física es especialmente evidente en la espalda y las piernas. El ejercicio puede reducir los efectos de la sarcopenia (Hawkins, Wiswell y Marcell, 2003; Kamel, 2003; Yarasheski, 2003).

Los elementos que amortiguan el movimiento de los huesos (como los tendones y los ligamentos) pierden eficacia en los años de la madurez, una época en la que muchos individuos padecen rigidez en las articulaciones y una mayor dificultad en sus movimientos. La máxima densidad ósea se detecta entre los 35 y los 40 años. A partir de esta edad se produce una pérdida paulatina de masa ósea que comienza siendo lenta, pero que se acelera a partir de los 50 años de edad (Whitbourne, 2001). Las mujeres padecen un índice de pérdida de masa ósea que duplica al de los varones. Al final de la etapa de la madurez, los huesos son más vulnerables a las roturas y el proceso de curación se ralentiza.

Capacidad visual La adaptación ocular, es decir, la capacidad para enfocar y mantener una imagen en la retina, experimenta su disminución más drástica entre los 40 y los 59 años de edad. En concreto, durante la madurez, los individuos comienzan a experimentar dificultades para fijarse en objetos cercanos, lo que significa que muchos deberán utilizar gafas con lentes bifocales (Fozard y Gordon-Salant, 2001). También se produce una disminución del suministro sanguíneo al

globo ocular, aunque no suele ocurrir hasta edades comprendidas entre los 50 y los 69 años. Esta reducción puede, a su vez, dar lugar a una disminución del campo de visión y a un aumento en el tamaño del punto ciego del ojo. Además, las investigaciones realizadas parecen indicar que la retina se vuelve menos sensible a niveles reducidos de iluminación.

Capacidad auditiva La capacidad auditiva también puede comenzar a dar muestras de reducción a los 40 años de edad. En primer lugar disminuye la sensibilidad a frecuencias elevadas. No ocurre lo mismo con la capacidad para oír sonidos de baja frecuencia. Los hombres suelen perder su capacidad para oír sonidos de alta frecuencia antes que las mujeres. Sin embargo, esta diferencia entre sexos tal vez se deba a que los varones están más expuestos a niveles elevados de ruido en sus lugares de trabajo si se dedican a ocupaciones como la minería, la industria automovilística, etc. (Kline y Scialfa, 1996). En la actualidad, el objetivo de muchas investigaciones consiste en identificar nuevas formas de mejorar la capacidad visual y auditiva de los individuos que se encuentran en la madurez (Fozard y Gordon-Salant, 2001), lo que puede conseguirse con un mayor control de las fuentes de resplandor o del ruido de fondo. Además, la capacidad auditiva de muchos individuos ha experimentado una importante mejoría gracias a los recientes avances logrados en el desarrollo de audífonos (Birren, 2002).

Sistema cardiovascular La madurez constituye una etapa evolutiva en la que la hipertensión o los elevados niveles de colesterol en la sangre «aparecen por sorpresa en las vidas de muchos adultos» (Lachman, 2004, pág. 307). El sistema cardiovascular experimenta diversas transformaciones durante la madurez y, tal y como se indica en la Figura 16.1, la incidencia de las enfermedades que afectan a este sistema aumenta de forma considerable en esta etapa (Hankinson y otros, 2001; Safar y Smulyan, 2004). Los depósitos grasos y los tejidos cicatrizantes se acumulan lentamente en las paredes de los vaso sanguíneos, con lo que se reduce de forma gradual el flujo sanguíneo dirigido a varios órganos, incluyendo el corazón y el cerebro (Ferrari, Radaelli y Centola, 2003). Los depósitos grasos pueden comenzar a formarse en la adolescencia, por lo que el consumo de alimentos con un alto nivel en lípidos y padecer sobrepeso durante la adolescencia constituyen factores que dan lugar a consecuencias negativas en edades más avanzadas (Birren, 2002).

Asimismo, la tensión arterial también aumenta entre los 40 y los 60 años de edad (Siegler y otros, 1999). Durante la menopausia, la tensión arterial de una mujer se incrementa de forma brusca y suele permanecer en niveles más altos que la de los hombres durante las últimas etapas de la vida. El ejercicio, el control del peso y una dieta rica en fruta, verduras y cereales integrales son factores que pueden evitar la aparición de muchos problemas cardiovasculares durante la madurez (Sleight, 2003). Para saber más acerca de la relación que existe entre el ejercicio y las enfermedades cardiovasculares, puedes leer el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».

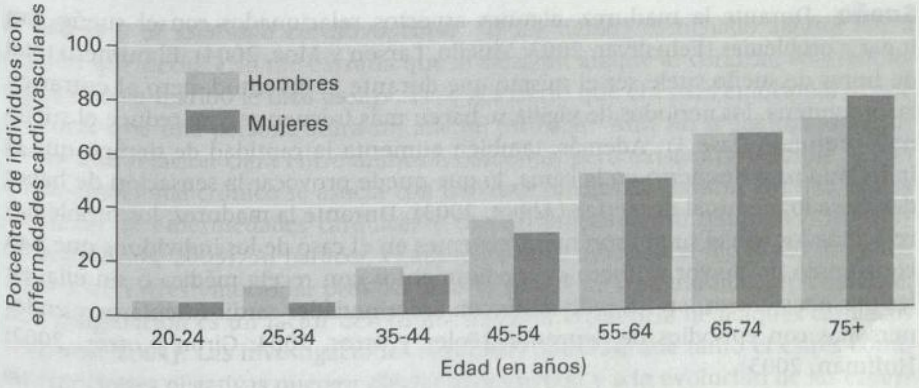


FIGURA 16.1 Relación existente entre edad, sexo y enfermedades cardiovasculares

Destaca, sobre todo, el acusado aumento de la incidencia de enfermedades cardiovasculares en la madurez.



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

La forma física en los adultos más jóvenes y la salud cardiaca durante la mediana edad

Un reciente estudio longitudinal constituyó la primera investigación a gran escala realizada con el fin de examinar la importancia de la forma física en el desarrollo de factores de riesgo que predisponían a los adultos jóvenes sanos a padecer enfermedades cardiacas (Carnethon y otros, 2003). Los estudios realizados anteriormente se habían centrado en la relación existente entre la forma física y el índice de fallecimientos a causa de enfermedades coronarias y apoplejías.

En esta investigación se estudió a 4.487 hombres y mujeres que vivían en cuatro ciudades estadounidenses (Birmingham, Alabama; Chicago, Illinois; Minneapolis, Minnesota; y Oakland, California). La evaluación inicial se llevó a cabo cuando los sujetos tenían edades comprendidas entre los 18 y los 30 años. Luego se realizaron evaluaciones de seguimiento dos, cinco, siete, diez y quince años más tarde. La capacidad cardiorrespiratoria se midió con una prueba realizada en una cinta de andar. Este test constaba de nueve niveles de dos minutos de duración y de un grado de dificultad progresivo.

En este estudio, la existencia de una capacidad cardiorrespiratoria reducida en los hombres y mujeres jóvenes, determinada por la duración del ejercicio realizado en la cinta de andar, se asoció con el riesgo de desarrollar hipertensión, diabetes y síndrome metabólico (un conjunto de factores que incluye el exceso de depósitos grasos en la región abdominal, hipertensión y elevado índice de triglicéridos, así como bajos niveles de lipoproteínas de alta densidad, el «colesterol bueno») durante la madurez. Por su parte, la mejora en la forma física en un período de siete años se relacionaba con un menor riesgo de padecer tanto diabetes como síndrome metabólico.

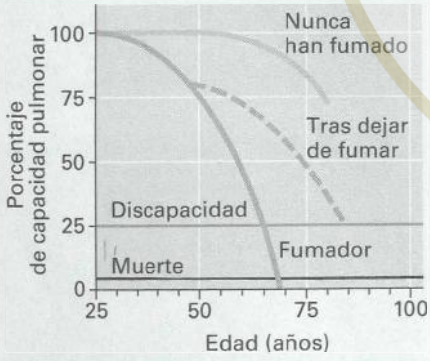


FIGURA 16.2 Relación existente entre capacidad pulmonar, edad y consumo de tabaco

En el caso de los individuos que no fuman, la capacidad pulmonar muestra pocos cambios a lo largo de la madurez. Sin embargo, el consumo de tabaco está relacionado con la existencia de una menor capacidad pulmonar en adultos durante la madurez y la vejez. Cuando los individuos abandonan este hábito, su capacidad pulmonar aumenta en comparación con la de los individuos que continúan siendo fumadores, pero no alcanza el nivel de las personas que nunca han fumado.

Capacidad pulmonar Durante la mayor parte de la madurez, se producen pocos cambios en la capacidad pulmonar. Sin embargo, alrededor de los 55 años de edad, las proteínas de los tejidos pulmonares pierden elasticidad. Este cambio, junto con una mayor rigidez de la cavidad torácica, disminuye la capacidad de los pulmones para traspasar el aire respirado al flujo sanguíneo. Tal y como se muestra en la Figura 16.2, la capacidad pulmonar de los individuos fumadores disminuye de forma notoria durante la madurez. No obstante, dicha capacidad mejora si el individuo abandona el consumo de tabaco, aunque no alcanza los niveles de los que disfrutan los individuos que nunca han fumado (Williams, 1995).

Sueño Durante la madurez, algunos aspectos relacionados con el sueño dan lugar a problemas (Feinsliver, 2003; Vitiello, Larsen y Moe, 2004). El número total de horas de sueño suele ser el mismo que durante la juventud, pero al entrar en la cuarentena, los períodos de vigilia se hacen más frecuentes y se reduce el sueño más profundo (fase 4). Además, también aumenta la cantidad de tiempo que el individuo pasa despierto en la cama, lo que puede provocar la sensación de haber descansado menos al despertar (Abbot, 2003). Durante la madurez, los problemas relacionados con el sueño son más frecuentes en el caso de los individuos que han consumido un mayor número de medicamentos con receta médica o sin ella, en las personas obesas, en los individuos con enfermedades cardiovasculares y en las personas con episodios de depresión (Foley y otros, 2004; Giron y otros, 2002; Hoffman, 2003).

Salud y enfermedad

En la madurez, disminuye la frecuencia con la que ocurren accidentes, y los individuos se muestran menos vulnerables frente a resfriados y alergias que en la niñez, la adolescencia o la juventud.

De hecho, muchos individuos viven su madurez sin experimentar ningún tipo de enfermedad o de problema de salud persistente que, sin embargo, sí resultan más comunes para otros individuos durante esta etapa evolutiva (Spiro, 2001).

Sólo 7 por 100 de los individuos en la cuarentena presentan algún tipo de discapacidad, pero este número se dobla a partir de los 50 años de edad (16 por 100), y llega a 30 por 100 a partir de los 60 años de edad (Bumpass y Aquilino, 1995; Lachman, 2004). Cuando en un estudio se pidió a los sujetos que valoraran su estado de salud en la juventud, la madurez y la vejez, indicaron que, durante la madurez, su salud no era tan buena como en la juventud, pero sí mejor que en la vejez (Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 1999). Los hombres valoraron su salud con un nivel algo más alto que las mujeres en la madurez, pero esta diferencia entre sexos desaparecía en la vejez.

Las **enfermedades crónicas** se caracterizan por aparecer de forma lenta y por extenderse a lo largo del tiempo. Estos trastornos resultan extraños durante la juventud, pero su incidencia aumenta en la madurez, llegando a ser frecuentes en la vejez. La artritis es la enfermedad crónica más común en la madurez, seguida por la hipertensión.

Las enfermedades crónicas más comunes durante la madurez difieren en el caso de los hombres y de las mujeres. En los varones se detecta una mayor incidencia de enfermedades crónicas mortales (como las enfermedades coronarias, el cáncer y la apoplejía). Para las mujeres, los trastornos crónicos más comunes no son mortales (como la artritis, las varices o la bursitis).

Estrés y enfermedad Cada vez con mayor frecuencia, el estrés constituye un factor que da lugar a enfermedades. Así, el efecto acumulativo del estrés pasa factura a la salud de los individuos cuando llegan a la madurez. Esta relación entre el estrés y la enfermedad se hace especialmente visible en el sistema inmunológico y en las enfermedades cardiovasculares.

El sistema inmunológico y el estrés El sistema inmunológico protege nuestra salud reconociendo cuerpos extraños en el cuerpo, como las bacterias, los virus y los tumores, con el fin de destruirlos. Para ello, utiliza billones de glóbulos blancos que se encuentran en el sistema circulatorio. El número de estos glóbulos y su eficacia a la hora de atacar virus y bacterias se relaciona con los niveles de estrés. Cuando una persona se encuentra en una situación estresante, los virus y las bacterias se multiplican con mayor facilidad y son la causa de la aparición de enfermedades. El funcionamiento del sistema inmunológico disminuye con el proceso de envejecimiento (Hawkley y Cacioppo, 2004).

El estrés y el ssistema cardiovascular Todos hemos escuchado alguna vez a alguien que decía: «No me extraña que le diera un ataque al corazón, con todo el estrés que su marido le hizo pasar». Pero ¿es cierto que el estrés emocional puede provocar que una persona sufra un ataque cardiaco? Aún no se ha logrado establecer una relación clara entre ambos fenómenos, pero existen pruebas de que el estrés emocional crónico se asocia con mayores niveles de tensión arterial, con la aparición de enfermedades cardiacas y con un fallecimiento temprano (Kiecolt-Glaser y otros, 2003). Al parecer, el aumento de la adrenalina motivado por altos niveles de estrés emocional provoca que la sangre se coagule más rápidamente. Esta coagulación es un factor determinante en la incidencia de ataques cardiacos (Fogoros, 2001). Las investigaciones realizadas apuntan que tanto el estrés como las emociones negativas pueden afectar al desarrollo y a la evolución de las enfer-

medades cardiacas, debido a que altera los procesos fisiológicos dan lugar a estos trastornos (Claar y Blumenthal, 2003). Los individuos que viven en una situación de estrés crónico tienen más probabilidades de comenzar a fumar, de consumir alimentos de forma excesiva o de no practicar ejercicio físico. Todos estos comportamientos que surgen del estrés están relacionados con la aparición de enfermedades cardiovasculares (Schneiderman y otros, 2001).

Además, el estrés emocional puede favorecer la aparición de enfermedades de otras maneras (Fogoros, 2001). Por ejemplo, los individuos que experimentan grandes cambios en sus vidas (fallecimiento del cónyuge o de un pariente cercano, pérdida del empleo, etc.) presentan una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares y de muerte temprana (Taylor, 2003). Asimismo, tal y como estudiaremos en breve, los individuos que se irritan con facilidad o que dan muestras frecuentes de hostilidad presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (Williams, 2001).

Cultura, personalidad, relaciones y salud Durante la madurez, la estabilidad emocional y la personalidad son factores vinculados con el estado de salud. Según el «Estudio longitudinal Berkeley» (*Berkeley Longitudinal Study*), en el espacio de tiempo comprendido entre los 34 y los 50 años de edad, los individuos que presentaban un mejor estado de salud eran también aquellos que daban muestras de más calma, de un nivel más elevado de autocontrol y de una mayor responsabilidad (Livson y Peskin, 1981). A continuación analizaremos el papel que desempeña la cultura en la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Asimismo, estudiaremos dos perfiles de personalidad asociados con la salud y la enfermedad.

Cultura y enfermedades cardiovasculares La cultura desempeña un importante papel en la incidencia de enfermedades coronarias. Los psicólogos trasculturales consideran que el estudio de grupos étnicos que han emigrado constituye una excelente manera determinar la importancia de la cultura con respecto a la salud. Al emigrar, los individuos de minorías étnicas experimentan un cambio en las prácticas de cuidado de la salud típicas de su cultura, al tiempo que su predisposición genética a padecer ciertas enfermedades permanece inalterada (Ilola, 1990). El «Estudio Ni-Hon-San» (Nipon-Honolulu-San Franciso), que forma parte del «Estudio sobre las enfermedades cardiacas en Honolulu» (Hawai) (*Honolulu Heart Study*), es una investigación permanente de aproximadamente 12.000 hombres japoneses en Hiroshima y Nagasaki (Japón), Honolulu (Hawai, EE UU) y San Francisco (EE UU). En este estudio, se detectó que los hombres japoneses que vivían en su país de origen mostraban la tasa más baja de incidencia de enfermedades coronarias, y los que vivían en Honolulu presentaban una tasa intermedia. El nivel más alto se detectó en el caso de los hombres japoneses que vivían en San Francisco. El proceso de aculturación proporciona un valioso marco que permite comprender por qué el nivel de colesterol, de glucosa y el peso corporal aumentaban cuando los hombres japoneses emigraban y comenzaba su aculturación. Al emigrar lejos de Japón, cambiaban sus prácticas de cuidado de la salud como, por ejemplo, la dieta que seguían. Los hombres japoneses que vivían en California, por ejemplo, consumían un 40 por 100 más de grasa que los que habían permanecido en Japón.

De forma inversa, las tasas de incidencia de accidentes cerebrovasculares (apoplejía) eran inferiores para los hombres japoneses que vivían en California que para los que residían en su país de origen. En Japón, los hombres de negocios tienden a consumir grandes cantidades de alcohol y de tabaco, comportamientos que aumentan las probabilidades de padecer una apoplejía. Por ello, este problema de salud constituía la principal causa de muerte en el país oriental hasta que fue superado por el cáncer en 1981. Sin embargo, la tasa de muertes por apoplejía entre los hombres japoneses que vivían en Estados Unidos se equiparaba a la registrada en el caso de los hombres blancos americanos. Para los investigadores, esta igualdad se relaciona con un cambio en los comportamientos de los individuos; es

decir: los hombres japoneses que viven en Estados Unidos consumen menos alcohol y tabaco que sus compatriotas en Japón. Para saber más acerca de la relación existente entre los factores culturales y la salud, puedes leer el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Fomento de la salud entre afroamericanos, hispanos, americanos de origen asiático e indígenas americanos

Las diferencias se pueden detectar dentro de un mismo grupo así como entre distintos grupos. Esta afirmación puede aplicarse tanto a la salud en los distintos grupos étnicos como, por ejemplo, a la estructura familiar. La variedad de condiciones y estilos de vida que existe en el seno de un mismo grupo étnico está determinada por la posición socioeconómica, su situación de inmigrantes, las habilidades lingüísticas y sociales, las oportunidades profesionales y los recursos sociales (como el acceso a redes de apoyo) de los que disponen. Todos estos factores influyen en la salud de los individuos de grupos étnicos minoritarios (Dreachslin, Weech-Maldonado y Dansky, 2004; Gwyn y otros, 2004; Low, 2004).

Los prejuicios y la segregación racial constituyen la base histórica del estrés crónico producido por la discriminación y la pobreza que afecta a la salud de muchos afroamericanos (Wolinsky y otros, 2004). Los sistemas de apoyo, como la red familiar extensa, pueden resultar un recurso especialmente útil a la hora de mejorar la salud de muchos afroamericanos y de ayudarles a hacer frente al estrés (Boyd-Franklyn, 1989).

Algunos de los mismos causantes de estrés mencionados para el caso de los afroamericanos pueden detectarse entre los emigrantes puertorriqueños, mexicanos y sudamericanos que viven en Estados Unidos. El idioma puede suponer una barrera en la relación entre el doctor y el paciente para los individuos hispanos que no han experimentado el proceso de aculturación. Además, existen cada vez más pruebas que indican que la incidencia de diabetes es mayor entre los hispanos, con lo que dicha enfermedad se ha convertido en un grave problema de salud que se equipara con la elevada tasa de hipertensión que se detecta entre los individuos afroamericanos (Banister y otros, 2004).

Los estadounidenses de origen asiático constituyen un grupo caracterizado por la gran diversidad de orígenes y estilos de vida. Dentro de esta categoría se incluyen desde los americanos de origen japonés con un alto grado de aculturación, quienes pueden poseer una educación académica superior a la de muchos americanos de raza blanca y que disponen de un total acceso a los servicios sanitarios, hasta los numerosos refugiados indochinos con escasos recursos económicos y que pueden presentar problemas de salud.

Las barreras culturales que dificultan el acceso a los cuidados sanitarios también incluyen la falta de recursos económicos y una escasa capacidad idiomática. Además, los individuos de grupos étnicos minoritarios con frecuencia desconocen el funcionamiento del sistema sanitario, no entienden la necesidad de concertar citas con distintas personas ni por qué deben esperar largo tiempo antes de que les atiendan (Snowden y Cheung, 1990).

Los profesionales sanitarios pueden aumentar la eficacia de su labor con los individuos de minorías étnicas si amplían sus conocimientos sobre las actitu-

des, creencias y prácticas tradicionales relacionadas con la salud y la enfermedad que realizan sus pacientes. Esta información debería formar parte de los tratamientos seguidos en la medicina occidental, ya que, si no se tienen en cuenta, los pacientes sentirían que no se les comprende.

Patrones de comportamiento tipo A y tipo B A mediados del siglo XX, la secretaria de dos cardiólogos californianos, Meyer Friedman y Ray Rosenman, observó que las sillas de la sala de espera de la consulta estaban deshilachadas por el uso, pero sólo en los bordes delanteros. Los doctores habían advertido la impaciencia de sus pacientes, quienes con frecuencia llegaban a la consulta a la hora exacta de su cita y que siempre mostraban prisa por marcharse. A raíz de estas observaciones llevaron a cabo un estudio de 3.000 hombres en buen estado de salud y con edades comprendidas entres los 35 y los 59 años durante un período de ocho años (Friedman y Rosenman, 1974). Durante este tiempo, un grupo de los hombres sufrió el doble de ataques cardiacos u otros tipos de enfermedades coronarias que el resto. Las autopsias de los fallecidos demostraron que sus arterias coronarias presentaban mayores obstrucciones que las de otros hombres. Friedman y Rosenman señalaron que este grupo de varones se caracterizaba por la presencia del **patrón de comportamiento Tipo A,** un cúmulo de características (ser excesivamente competitivo, duro, impaciente y hostil) que se supone relacionadas con una elevada incidencia de enfermedades coronarias. Friedman y Rosenman denominaron **patrón de comportamiento Tipo B** a la conducta de los individuos del otro grupo, caracterizados por su actitud relajada y calmada.

Sin embargo, las investigaciones realizadas más adelante han demostrado que el vínculo entre el Tipo A y las enfermedades coronarias no es tan estrecho como Friedman y Rosenman habían señalado (Suls y Swain, 1998; Williams, 1995, 2001). Los estudios efectuados han analizado los factores que integran el comportamiento del Tipo A —como la hostilidad, la competitividad, la fuerte determinación para conseguir los objetivos marcados y la impaciencia— con el fin de determinar la existencia de una relación más precisa con el riesgo de padecer enfermedades coronarias. De todos los factores mencionados, el que presenta un mayor grado de relación con los problemas cardiacos es la hostilidad (Williams, 2001). Los individuos hostiles hacia el exterior o que dirigen su ira hacia el interior presentan más probabilidades de desarrollar una enfermedad cardiaca que los individuos de edades similares que se muestran menos irascibles (Allan y Scheidt, 1996). A estas personas hostiles se los ha denominado «reactores ardientes o a flor de piel» debido a sus intensas reacciones psicológicas ante las situaciones de estrés. Su ritmo cardiaco se dispara, su respiración se acelera y sus músculos se tensan. Redford Williams (1995), un destacado investigador en el campo de la medicina conductual, considera que estas personas pueden desarrollar la capacidad para controlar su rabia y para confiar más en los demás, lo que, en su opinión, puede contribuir a la reducción del riesgo de padecer enfermedades cardiacas.

El papel que desempeñan en la salud los factores relacionados con la personalidad, incluyendo la hostilidad, fue el objeto de estudio de una investigación longitudinal realizada con más de 1.500 hombres con edades comprendidas entre los 28 y los 80 años, con una edad media de 47 años en el momento de la primera evaluación (Aldwin y otros, 2001). Los hombres que mostraban síntomas evidentes y crecientes de mal estado de salud se caracterizaban por su hostilidad y ansiedad, presentaban sobrepeso y fumaban. Los que mostraban menos síntomas que indicaran un estado de salud negativo eran individuos emocionalmente estables, delgados, no fumadores y tenían un mayor nivel de estudios.

Dureza de carácter La **dureza de carácter** es un rasgo de la personalidad caracterizado por la sensación de compromiso (y no de alienación), control (y no impotencia) y por la percepción de que los problemas constituyen retos (y no ame-

nazas). En el «Proyecto Chicago sobre el estrés» (*Chicago Stress Project*), se estudió durante cinco años la situación de individuos varones con edades comprendidas entre los 32 y los 65 años, y con profesiones relacionadas con la dirección de empresas. Durante el período de estudio, la mayoría de los individuos experimentaron situaciones estresantes, como divorcios, cambios de empleo, la muerte de un amigo cercano, evaluaciones negativas de su rendimiento laboral y desempeño de tareas laborales bajo las órdenes de un jefe desagradable. En un estudio, se comparó a los individuos que habían desarrollado una enfermedad (desde la gripe hasta un ataque cardiaco) con los que no habían pasado por esa situación (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). Según esta investigación, resultaba más probable que los individuos del primer grupo tuvieran una personalidad dura. En otro estudio, se analizó si la dureza de carácter, junto con el ejercicio y el apoyo social, actuaba como protección frente al estrés y reducía la incidencia de enfermedades en las vidas de los sujetos estudiados (Kobasa y otros, 1986). Cuando los tres factores se detectaban en alguno de los individuos, el nivel de incidencia de las enfermedades se reducía de forma notable (véase la Figura 16.3). Este resultado indica la importancia de disponer de varios factores que protejan frente al estrés, y no sólo uno, a la hora de mantener un buen estado de salud (Harris, 2004; Maddi, 1998; Ouellette y DiPlacido, 2001).

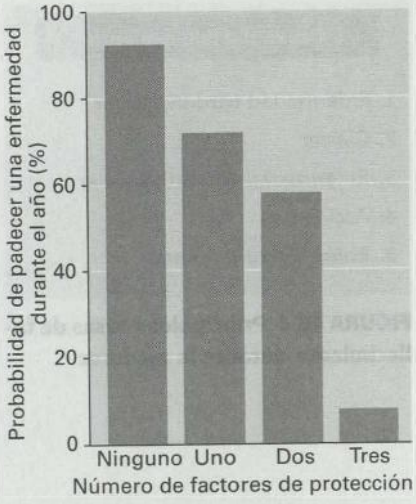


FIGURA 16.3 Incidencia de enfermedades en ejecutivos con elevados niveles de estrés

En un estudio realizado con ejecutivos con elevados niveles de estrés (a los que se seleccionó para esta investigación porque presentaron niveles de estrés por encima de la media durante todo el año durante el que se desarrolló el estudio), se analizó la importancia de tres factores de protección frente al estrés (dureza de carácter, ejercicio y apoyo social) (Kobasa y otros, 1986). La presencia de uno de estos factores reducía la probabilidad de padecer una enfermedad y dos factores disminuían aún más la probabilidad de enfermar. Los ejecutivos que disponían de los tres factores presentaban la probabilidad más baja de padecer una enfermedad.

Salud y relaciones sociales En el Capítulo 15, «Desarrollo socioemocional en la juventud», ya señalamos que vivir en un matrimonio feliz se relacionaba con una menor presencia de enfermedades, menores índices de estrés físico y emocional y una mayor esperanza de vida, lo que no ocurría en el caso de los individuos que vivían en matrimonios infelices. Estos resultados también pueden aplicarse a los individuos que se encuentran en su madurez.

Los resultados de las investigaciones revelan la existencia de vínculos entre la salud en la madurez y las trayectorias que los individuos presentaban en sus relaciones (Ryff y Singer, 2000). Según un reciente estudio longitudinal, los individuos que habían tenido una trayectoria de relaciones positiva desde la infancia hasta la madurez presentaban un número significativamente inferior de problemas biológicos (enfermedades cardiovasculares, disminución de las capacidades físicas) que los individuos que habían tenido una trayectoria negativa de relaciones (Ryff y otros, 2001). En otro estudio longitudinal se concluyó que los adultos que habían recibido más afecto y cercanía por parte de sus padres durante la niñez padecían menos enfermedades (enfermedades de las arterias coronarias, hipertensión, úlcera, alcoholismo) que los que no habían tenido ese tipo de relación con sus progenitores en la niñez (Russek y Schwartz, 1997). Estos estudios reflejan la continuidad que existe en el desarrollo del ciclo vital humano durante muchos años. De esta manera, la salud en la madurez está relacionada con la calidad de las relaciones sociales de las que se goza en el presente y con las trayectorias que los individuos han presentado en sus relaciones en fases previas del desarrollo.

Índices de mortalidad

Hasta mediados del siglo XX, las enfermedades infecciosas constituían la principal causa de muerte. Sin embargo, con el descenso en la incidencia de estas enfermedades y el aumento en el número de individuos que viven su madurez, también se ha incrementado el número de enfermedades crónicas.

En la actualidad, las enfermedades crónicas representan la principal causa de muerte para los individuos maduros (Merrill y Verbrugge, 1999). De entre estas enfermedades destacan las cardiacas, seguidas por el cáncer y las cerebrovasculares (Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2004). En la primera mitad de la madurez, el cáncer acaba con más vidas que las enfermedades cardiacas. Esta tendencia se invierte en la segunda mitad de dicha etapa del desarrollo.

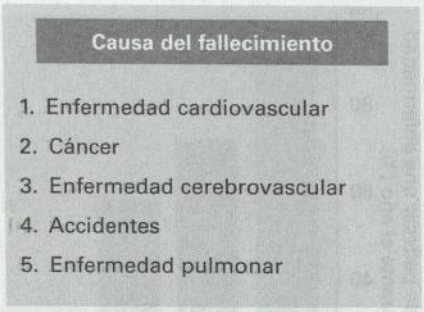


FIGURA 16.4 Principales causas de fallecimiento durante la madurez

En la Figura 16.4 se muestran las causas más importantes de muerte durante la madurez. Muchos de los fallecimientos son el resultado de una causa única y bien identificada, mientras que en la vejez la muerte suele sobrevenir como consecuencia de la combinación de los efectos de distintas enfermedades crónicas (Gessert, Elliot y Haller, 2003). El índice de mortalidad es mayor entre los hombres que entre las mujeres en todas las principales causas de muerte.

Sexualidad

¿Qué cambios afectan a la sexualidad de hombres y mujeres durante la madurez? **Climaterio** es el término empleado para describir el período de la vida en el que la fertilidad disminuye. A continuación analizaremos las grandes diferencias existentes entre el climaterio de las mujeres y de los varones.

Menopausia Casi todos sabemos al menos algo acerca de la menopausia, pero ¿disponemos de datos acertados? Detengámonos un momento y reflexionemos acerca de lo que conocemos de este fenómeno. ¿Qué es? ¿Cuándo ocurre? ¿Puede tratarse? Muchos compartimos ciertas suposiciones sobre la menopausia, pudiendo incluso pensar que se trata de una enfermedad, que es el origen de numerosas quejas, que las mujeres que la viven se lamentan por la pérdida de su capacidad reproductora, de su sexualidad y de su feminidad, y que, además, suelen caer en la depresión. ¿Son ciertas estas suposiciones?

La **menopausia** constituye el período de la madurez, normalmente al finalizar la cuarentena o entrada ya la cincuentena, en el que cesan los períodos menstruales de una mujer. La última menstruación suele producirse, por término medio, a los 51 años de edad. Sin embargo, existe una gran variación en la edad a la que se produce la menopausia, que puede ocurrir entre los 39 y los 59 años. La *perimenopausia* constituye la fase de transición entre los períodos menstruales normales y la pérdida de la menstruación, lo que suele durar unos diez años. La perimenopausia resulta más frecuente a partir de los 40 años de edad, pero puede ocurrir en la treintena (Landgren y otros, 2004). En un reciente estudio realizado con mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 50 años, se determinó que los síntomas que estas pacientes comunicaban con mayor frecuencia a los profesionales sanitarios eran los sentimientos de depresión, cefaleas, alteraciones en el estado de ánimo y palpitaciones (Lyndaker y Hulton, 2004).

Durante la menopausia se produce una notable disminución de la producción de estrógeno en los ovarios. Esta reducción da lugar a algunos síntomas poco agradables en el caso de algunas mujeres: sofocos, náusea, fatiga y ritmo cardiaco acelerado, por ejemplo (Fitzpatrick, 2004; Joffe, Sores y Cohen, 2003). Algunas mujeres que pasan por esta etapa presentan depresión e irritabilidad, pero de alguna manera estos síntomas se relacionan con otras circunstancias de sus vidas, como el divorcio, la pérdida del empleo, el cuidado de un pariente enfermo, etc. (Gannon, 1998). En resumen, existen notables variaciones en la forma en que las mujeres viven la menopausia (Rossi, 2004; Symons y Symons, 2004).

Según un estudio a gran escala realizado con individuos estadounidenses que se encontraban en su madurez, casi dos tercios de las mujeres que ya habían pasado la menopausia afirmaban sentirse aliviadas por el cese de sus menstruaciones (Brim, 1999). Sólo un 1 por 100 indicó que sentía «sólo pesar» por esa misma causa. Algo más de 50 por 100 de las mujeres afirmó que nunca experimentaban episodios de sofocos. Entonces, ¿por qué tantas personas consideran que la menopausia conlleva numerosos problemas? ¿De dónde provienen las suposiciones erróneas que poseemos como, por ejemplo, que las mujeres que pasan por la menopausia pierden su sexualidad y su feminidad, o que van a sufrir una depresión? Buena parte de los estudios realizados sobre la menopausia se basan en pequeñas y selectivas muestras de mujeres que recurren a médicos o terapeutas porque presentan problemas relacionados con esta fase de su evolución. Sin embargo, este

grupo no representa a la mayor parte de la población femenina estadounidense. Además, las mujeres están influenciadas por la información errónea que reciben acerca de la menopausia y por los mitos que envuelven a este período de sus vidas (Short, 2003).

Los estudios trasculturales muestran grandes variaciones en la vivencia de la menopausia (Avis, 1999). Por ejemplo, los sofocos no son nada frecuentes entre las mujeres mayas (Beyene, 1986), y las mujeres asiáticas experimentan menos episodios de sofocos que las occidentales (Payer, 1991). Resulta difícil determinar si estas variaciones trasculturales se deben a factores genéticos, dietéticos, reproductivos o culturales.

Nuestra presentación de la menopausia ha resultado mucho más positiva que las descripciones típicas de épocas pasadas. A pesar de que, en términos generales, la menopausia no constituye esa experiencia negativa que se pensaba en el pasado, sí es cierto que la pérdida de la fertilidad representa un hecho de relevancia para las mujeres, ya que implica que deben tomar decisiones definitivas acerca de la maternidad. Las mujeres en la treintena que no han sido madres suelen mencionar que «se enfrentan al reloj biológico» porque ya no pueden retrasar por más tiempo las cuestiones relativas a tener descendencia.

La terapia de sustitución hormonal aumenta los niveles, cada vez menores, de hormonas reproductivas que segregan los ovarios (Quilliam, 2004). Esta terapia puede consistir en la administración de varias formas de estrógeno y, con frecuencia, también de progestina. En Estados Unidos, la preocupación creada por la existencia de un mayor riesgo de sufrir apoplejías ha llevado a los Institutos Nacionales de la Salud (*National Institutes of Health*) (2004) a suspender, un año antes de su conclusión, parte de un estudio a gran escala sobre la terapia de sustitución hormonal, advirtiendo a las mujeres participantes que dejaran de tomar los suplementos de estrógeno. Esta hormona, por sí sola, aumenta el riesgo de padecer una apoplejía en un grado similar al del estrógeno combinado con la progestina. Los datos preliminares también muestran una tendencia al aumento del riesgo de padecer demencia (un trastorno consistente en el deterioro del funcionamiento cerebral). De forma más positiva, el estudio también determinó que el estrógeno disminuía el riesgo de padecer fracturas de cadera y no aumentaba la predisposición a sufrir ataques cardiacos o cáncer. Según una investigación, tras conocer los riesgos que implicaba la terapia hormonal, cerca del 50 por 100 de las mujeres que tomaban suplementos dejaron de usarlos (Ettinger y otros, 2003). Sin embargo, aproximadamente una cuarta parte de las mujeres que abandonaron la terapia luego volvieron a tomar suplementos hormonales con el fin de aliviar los sofocos y fatigas, la depresión y otros síntomas de la menopausia (Ettinger y otros, 2003).

Los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos recomiendan que las mujeres que conservan su útero y que toman hormonas consulten a sus doctores con el fin de determinar si deberían seguir tratándose con terapia hormonal. Si el consumo de la hormona tiene por finalidad el alivio a corto plazo de algunos síntomas, los beneficios pueden superar a los riesgos. Sin embargo, los recientes resultados negativos obtenidos por la terapia hormonal parecen indicar que, si este tratamiento se aplica a largo plazo, resulta necesario volver a evaluarlo (Rosano y otros, 2003; Turgeon y otros, 2004; Warren y Valente, 2004).

Cambios hormonales en los hombres durante la madurez ¿Pasan los hombres por una etapa similar a la menopausia? Es decir, ¿existe una menopausia masculina? Durante la madurez, la mayoría de los hombres no pierde su capacidad para engendrar, aunque sí se produce cierta disminución en los niveles de hormonas y de actividad sexuales. Los hombres también experimentan cambios hormonales entre los 50 y los 70 años de edad, pero estos cambios no se asemejan a la drástica reducción de estrógeno que se produce en el caso de las mujeres (Leonard, 2004; Sommer, 2001). La producción de testosterona comienza a disminuir aire-

dedor de 1 por 100 al año durante la madurez. Aunque también se aprecia una lenta reducción en la cantidad de espermatozoides, los varones no pierden su fertilidad durante la madurez. Por tanto, lo que se ha denominado «menopausia masculina» está menos relacionado con cambios hormonales que con los ajustes psicológicos que los hombres deben realizar para hacer frente a la disminución de su energía física así como a la presión familiar y laboral. No se ha demostrado que la terapia con testosterona resulte eficaz para aliviar estos síntomas, lo que parece indicar que no se deben a un cambio hormonal.

Durante la madurez, los niveles de testosterona disminuyen de forma gradual, lo que puede reducir su apetito sexual (Gooren, 2003). La erección se vuelve menos firme y frecuente, y se precisa una mayor estimulación para alcanzarla. Los investigadores solían atribuir estos cambios a factores psicológicos, pero las conclusiones de muchos estudios indican, cada vez más, que aproximadamente el 75 por 100 de los casos de disfunción eréctil en hombres maduros son el resultado de problemas fisiológicos. El consumo de tabaco, la hipertensión y unos niveles elevados de colesterol pueden ser la causa de muchos de los problemas de erección con los que se encuentran los hombres en la madurez (Shiri y otros, 2003).

Recientemente, el interés por ayudar a los individuos que padecen disfunción eréctil se ha centrado en los efectos de Viagra, una medicina diseñada para vencer la impotencia. Este medicamento facilita el flujo sanguíneo hacia el pene, lo que da lugar a una erección. Su porcentaje de éxito oscila entre el 60 y el 80 por 100. Durante su primer año de comercialización, se recetó con mayor frecuencia que algunos medicamentos tan consumidos como Prozac (antidepresivo) y Rogaine (remedio contra la alopecia) (Carson, 2003; Morales, 2003). Los posibles efectos secundarios de Viagra incluyen cefaleas en uno de cada diez hombres, desmayos (este medicamento puede provocar una disminución repentina de la tensión arterial) y visión azul (debido a que los ojos contienen una enzima similar a la que permite que Viagra actúe en el pene; aproximadamente 3 por 100 de los individuos en tratamiento con este medicamento desarrollan problemas oculares temporales que van desde la visión borrosa hasta la aparición de un halo azul o verde). Los hombres que toman nitroglicerina para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares no deben combinarla con el consumo de Viagra, ya que ambos medicamentos pueden provocar un descenso significativo en la tensión arterial y desmayos, o incluso el fallecimiento, en algunos hombres (Cheitlin, 2003). Además, aún se desconocen los efectos a largo plazo de esta medicina, aunque los ensayos clínicos a corto plazo han demostrado su relativa seguridad (Briganti y otros, 2004; Burnett, 2004). Recientemente se han aprobado dos nuevas alternativas a Viagra (Levitra y Ciallis) que, según los estudios realizados, resultan tan eficaces como Viagra en el tratamiento de la disfunción eréctil, aunque presentan menores efectos secundarios (Govier y otros, 2003; Keating y Scott, 2003; Stroberg, Murphy y Costigan, 2003).

Actitudes y comportamientos sexuales A pesar de que la capacidad de los hombres y las mujeres para funcionar sexualmente apenas da muestras de disminución durante la madurez, con frecuencia los contactos sexuales ocurren menos frecuentemente que en la juventud (Burgess, 2004), una disminución que puede deberse a la atención prestada al ámbito profesional, los asuntos familiares, el nivel de energía y la rutina. En el Estudio de comportamientos sexuales en Estados Unidos, la frecuencia en la actividad sexual era mayor en el caso de los individuos con edades comprendidas entre los 25 y los 29 años (47 por 100 practicaba el sexo dos o más veces a la semana) y disminuía en el caso de los individuos mayores de 50 años (23 por 100 de los varones con edades comprendidas entre los 50 y los 59 años afirmó que practicaban el sexo dos o más veces a la semana, mientras que sólo 14 por 100 de las mujeres del mismo grupo de edad mencionó tal frecuencia en sus relaciones sexuales) (Michael y otros, 1994). En la Figura 16.5 se muestran las tendencias en la frecuencia de las relaciones sexuales por

Grupos de edad	Porcentaje de individuos con contactos sexuales				
	Sin contactos	Algunas veces al año	Algunas veces al mes	2-3 veces por semana	4 o más veces por semana
Hombres					
18-24	15	21	24	28	12
25-29	7	15	31	36	11
30-39	8	15	37	23	6
40-49	9	18	40	27	6
50-59	11	22	43	20	3
Mujeres					
18-24	11	16	2	9	12
25-29	5	10	38	37	10
30-39	9	16	6	33	6
40-49	15	16	44	20	5
50-59	30	22	35	12	2

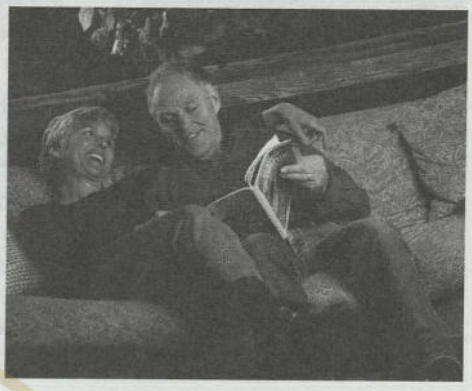


FIGURA 16.5 Estudio de comportamientos sexuales en Estados Unidos: Frecuencia de los contactos sexuales en distintos momentos del desarrollo adulto

grupos de edad, tal y como se indica en el Estudio de comportamientos sexuales en Estados Unidos.

El factor fundamental que determina los diferentes niveles de actividad sexual es la convivencia o no con un cónyuge o una pareja, especialmente en el caso de las mujeres mayores de 40 años de edad. Según un estudio realizado por la Fundación MacArthur, el 95 por 100 de las mujeres de más de 40 años de edad y con pareja señalaban que habían sido sexualmente activas en los seis meses anteriores al estudio, frente a sólo el 53 por 100 de las mujeres de la misma edad pero sin pareja (Brim, 1999). Después de los cincuenta años, el 88 por 100 de las mujeres que vivían con sus parejas habían practicado el sexo en los seis meses previos, un porcentaje que se reducía al 37 por 100 en el caso de las mujeres que no estaban casadas o que no vivían con una pareja.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Analizar los cambios físicos que ocurren durante la madurez

REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los cambios físicos fundamentales que se producen durante la madurez?
- ¿Cómo puede describirse la salud y la enfermedad en la madurez?
- ¿Cuáles son las causas principales de fallecimiento durante la madurez?
- ¿Cómo son las vidas sexuales de los adultos en la madurez?

REFLEXIONA

- ¿Consideras sorprendente alguna de las características de las vidas sexuales de los adultos durante la madurez? Si es así, ¿cuál te ha sorprendido más?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

3 DESARROLLO COGNITIVO

Inteligencia | **Procesamiento de la información**

Hasta ahora, hemos señalado que la disminución en muchas características físicas que se produce durante la madurez es real. Los adultos que se encuentran en esta fase del desarrollo ya no ven tan bien, ni corren tan rápido ni tienen un estado de salud tan bueno como cuando tenían 20 o 30 años de edad. Sin embargo, ¿qué ocurre con sus capacidades cognitivas? En el Capítulo 14, «Desarrollo físico y cognitivo en la juventud», ya señalamos que las habilidades cognitivas son especialmente sólidas durante la juventud, pero ¿disminuyen durante la madurez? Con el fin de responder a esta cuestión, analizaremos la posibilidad de que se produzcan cambios cognitivos que afecten a la inteligencia y al procesamiento de la información.

Inteligencia

Nuestro análisis de los posibles cambios en la inteligencia durante la madurez se centra en los conceptos de inteligencia fluida y cristalizada, el «Estudio longitudinal Seattle» (*Seattle Longitudinal Study*) y los efectos relacionados con las cohortes generacionales.

Inteligencia fluida y cristalizada Según John Horn, algunas capacidades comienzan a disminuir durante la madurez, mientras que otras aumentan (Horn y Donaldson, 1980). Este autor señala que la **inteligencia cristalizada,** es decir, la información y las capacidades verbales acumuladas por un individuo, sigue creciendo durante la madurez, mientras que la **inteligencia fluida,** esto es, la capacidad para razonar de manera abstracta, comienza a disminuir durante esta etapa del desarrollo (véase la Figura 16.6).

Los datos en los que se basó Horn se obtuvieron de manera transversal. Tal y como se indicó en el Capítulo 2, «La ciencia del desarrollo del ciclo vital», este tipo de estudios constituye una estrategia de investigación en la que se comparan individuos de diferentes edades en un mismo momento. Por ejemplo, un estudio transversal puede analizar la inteligencia de diferentes grupos de individuos de 40, 50 y 60 años de edad en un único momento, como, por ejemplo, en 1980. Tanto el individuo medio de 40 años como el de 60 años nacieron en épocas distintas, lo que da lugar a diferentes oportunidades económicas y educativas. Así, durante su desarrollo, probablemente los individuos de 60 años dispusieron de menores oportunidades de formación, lo que con seguridad influye en los resultados que obtengan en test de inteligencia. De esta manera, si se detectan diferencias entre los resultados obtenidos por los individuos de 40 y de 60 años en las pruebas de inteligencia al analizarlos de manera transversal, dichas diferencias pueden deberse a los efectos de las cohortes generacionales relacionados con las diferencias educativas, y no a la edad.

Por el contrario, como ya se mencionó en el Capítulo 2, en un estudio longitudinal se realiza un seguimiento de los mismos individuos a lo largo de un período de tiempo. De esta manera, un estudio longitudinal de la inteligencia durante la madurez puede consistir en realizar el mismo test con los mismos individuos cuando tienen 40, 50 y 60 años de edad. Tal y como veremos a continuación, la forma de conseguir los datos que utilizan los estudios (transversales o longitudinales) influye de manera decisiva a la hora de determinar la existencia de una disminución de las capacidades intelectuales.

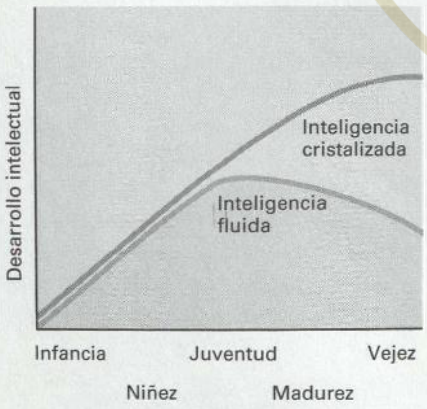


FIGURA 16.6 Desarrollo de la inteligencia cristalizada y fluida a lo largo del ciclo vital

Según Horn, la inteligencia cristalizada (basada en las experiencias de aprendizaje acumuladas) aumenta a lo largo del ciclo vital, pero la inteligencia fluida (la capacidad para percibir y manipular la información) se reduce de forma paulatina a partir de la madurez.

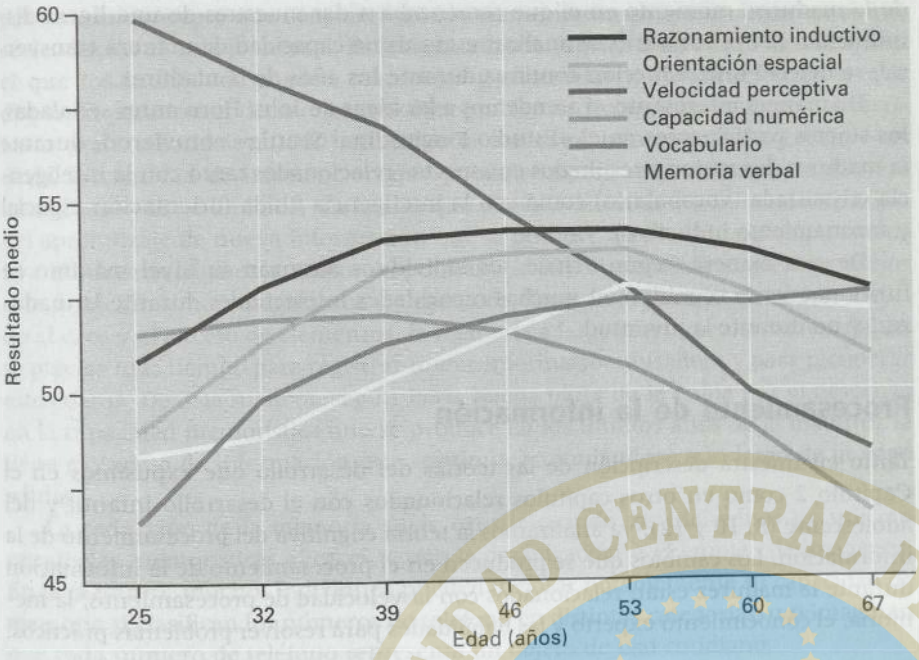


FIGURA 16.7 Cambios longitudinales en seis capacidades intelectuales desde los 25 a los 67 años de edad

El «Estudio longitudinal Seattle» K. Warner Schaie (1996) se encuentra realizando un amplio estudio de las capacidades intelectuales durante la edad adulta. En 1956 se analizó a quinientos individuos de forma inicial. A éstos se fueron añadiendo nuevos grupos de sujetos de manera periódica. El principal punto de atención de este estudio ha sido los cambios y la estabilidad que se detectan en la inteligencia de estos individuos. Para ello se ha empleado una técnica psicométrica basada en las mediciones.

Las principales habilidades mentales que se analizaron fueron las siguientes:

- Vocabulario (capacidad para comprender ideas expresadas verbalmente).
- Memoria verbal (capacidad para codificar y recuperar unidades lingüísticas con significado, como una lista de palabras).
- Capacidad numérica (capacidad para realizar cálculos matemáticos sencillos, como sumas, restas y multiplicaciones).
- Orientación espacial (capacidad para visualizar y rotar mentalmente estímulos en un espacio bidimensional y tridimensional).
- Razonamiento inductivo (capacidad para reconocer y comprender patrones y relaciones en un problema, y para utilizar esta comprensión con el fin de resolver otros aspectos del problema).
- Velocidad de percepción (capacidad para realizar una selección simple de estímulos visuales rápida y eficazmente).

Tal y como se muestra en la Figura 16.7, el nivel máximo de funcionamiento de cuatro de las seis capacidades intelectuales se produce durante los años de la madurez (Willis y Schaie, 1999). Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, los mejores resultados en vocabulario, memoria verbal, razonamiento inductivo y orientación espacial se obtuvieron durante la madurez. Sólo en el caso de dos de las seis capacidades (capacidad numérica y velocidad de percepción) se advirtió una disminución durante los años de la madurez.

Cuando Schaie (1994) evaluó las capacidades intelectuales tanto transversal como longitudinalmente, descubrió que el descenso era más probable cuando se aplicaba la evaluación transversal que cuando se utilizaba la longitudinal. Por ejemplo, como se indica en la Figura 16.8, al analizar de manera longitudinal el razonamiento inductivo, se detectaba un aumento de esta capacidad hasta finales

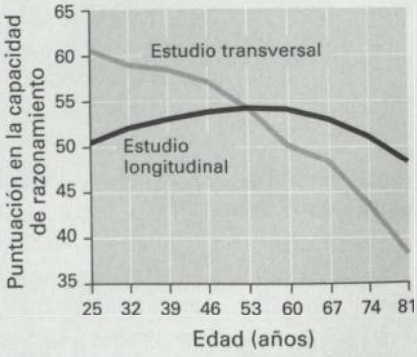


FIGURA 16.8 Comparaciones transversales y longitudinales del cambio intelectual durante la madurez

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

de la madurez, momento en el que comenzaba a dar muestras de una ligera disminución. Por el contrario, al analizar esta misma capacidad de manera transversal, se detectó una reducción continua durante los años de la madurez.

De manera interesante, si atendemos a las ideas de John Horn antes señaladas, los sujetos participantes en el «Estudio longitudinal Seattle» obtuvieron, durante la madurez, los mejores resultados en aspectos relacionados tanto con la inteligencia cristalizada (vocabulario) como con la inteligencia fluida (orientación espacial y razonamiento inductivo).

De esta manera, según Schaie, los individuos alcanzan su nivel máximo de funcionamiento cognitivo en muchas capacidades intelectuales durante la madurez, y no durante la juventud.

Procesamiento de la información

Tanto en nuestra descripción de las teorías del desarrollo que expusimos en el Capítulo 2 como en otros capítulos relacionados con el desarrollo infantil y del adolescente (8, 10 y 12), ya analizamos la teoría cognitiva del procesamiento de la información. Los cambios que se producen en el procesamiento de la información durante la madurez están relacionados con la velocidad de procesamiento, la memoria, el conocimiento experto y las habilidades para resolver problemas prácticos.

Velocidad del procesamiento de la información Tal y como señalamos al analizar el «Estudio longitudinal Seattle» de Schaie (1994, 1996), la velocidad de percepción comienza a disminuir durante la juventud, un proceso que continúa en la madurez. Una manera habitual de evaluar la velocidad de procesamiento consiste en realizar una tarea para medir el tiempo de reacción, haciendo que los individuos presionen un pulsador en cuanto se encienda una luz (Madden, 2001). Los adultos maduros efectúan esta tarea de manera más lenta que los adultos jóvenes. Sin embargo, no podemos olvidar que este descenso en la capacidad de reacción no es drástico, ya que suele ser inferior a un segundo en la mayoría de los estudios realizados. Además, por razones que se desconocen, el aumento del tiempo de reacción es más evidente en el caso de las mujeres que en el de los hombres (Salthouse, 1994).

Memoria En el «Estudio longitudinal Seattle» de Schaie (1994, 1996) se determinó que la memoria verbal alcanzaba su máximo nivel después de los 50 años de edad. Sin embargo, otros estudios apuntan que esta capacidad se reduce durante la madurez, especialmente cuando se aplican técnicas transversales de evaluación. Por ejemplo, en diversas investigaciones, cuando se pide a la muestra de sujetos que recuerden una lista de palabras o de números o un fragmento narrativo, los adultos jóvenes obtienen mejores resultados que los maduros (Salthouse, 1991; Salthouse y Skovronek, 1992). A pesar de que aún existe desacuerdo a la hora de determinar si la capacidad memorística disminuye o no durante la madurez, la mayoría de los expertos coinciden en señalar que dicha disminución puede apreciarse (Salthouse, 2000). No obstante, algunos investigadores afirman que los estudios que han detectado una reducción memorística durante la madurez suelen basarse en la comparación de adultos jóvenes menores de 30 años con adultos maduros de más de 55 años o, incluso, con edades superiores a los 60 años (Schaie, 2000). Según dichos investigadores, en la primera parte de la madurez no se produce disminución alguna de la capacidad memorística, o bien se trata de un descenso mínimo que no tiene lugar hasta la última parte de la madurez o durante la vejez (Backman, Small y Wahlin, 2001).

Según la experta en envejecimiento y cognición Denise Park (2001), a partir de la madurez, se necesita más tiempo para aprender nueva información. La **memoria de trabajo** está estrechamente relacionada con la memoria a corto plazo,

pero es un concepto que considera que la memoria constituye un lugar en el que se desarrolla el trabajo mental. Esta memoria se equipara a un banco de trabajo en el que los individuos pueden manipular y ensamblar la información de la que disponen para tomar decisiones, resolver problemas y comprender mensajes escritos u orales (Baddeley, 2000). Durante la madurez, la memoria de trabajo —es decir, la cantidad de información que puede recuperarse y utilizarse de manera inmediata— se ve limitada, un hecho que puede relacionarse con la ralentización del aprendizaje de nueva información que se produce en esta misma etapa evolutiva (Leonards, Ibanez y Giannakopoulous, 2002). Podemos comprender mejor esta situación si nos imaginamos un escritorio lleno de objetos en desorden. Debido al caos y al exceso de elementos, la memoria a largo plazo resulta menos fiable, se precisa más tiempo para registrar nueva información duradera y para recuperar estos datos. De esta manera, según Park, buena parte de la culpa por el descenso en la capacidad memorística que se produce en los últimos años de la madurez la tiene el exceso de información que continúa acumulándose a lo largo de la edad adulta.

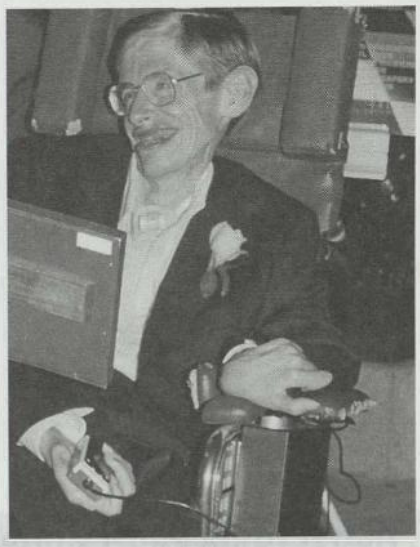
La reducción de la memoria suele ocurrir cuando los individuos no utilizan estrategias memorísticas eficaces, como la organización o el empleo de imágenes. En la madurez, muchos individuos pueden mejorar notablemente su capacidad de memoria si clasifican los números de teléfono en distintas categorías, o si imaginan que cada número de teléfono representa un objeto de uso cotidiano.

Conocimiento experto Tal y como señalamos en el Capítulo 10, el conocimiento experto implica poseer un conocimiento y una comprensión amplios y muy organizados de un campo del saber concreto. Los individuos pueden poseer este tipo de conocimiento en áreas tan diversas como la física, el arte o la enología. El desarrollo de este conocimiento en un campo concreto suele ser el resultado de muchos años de experiencia, aprendizaje y esfuerzo. Debido al tiempo necesario para su construcción, el conocimiento experto suele ser más evidente en la madurez que en los años de la juventud (Clancy y Hoyer, 1994; Hoyer y Roodin, 2003).

Algunas estrategias que distinguen a los expertos de los novatos son las siguientes:

- Los expertos tienden a utilizar su experiencia acumulada para resolver problemas.
- Al resolver un problema en su área de experiencia, los expertos suelen procesar la información automáticamente y analizarla de manera más eficaz que los novatos.
- Los expertos poseen mejores estrategias y atajos para resolver problemas en su campo de experiencia que los novatos.
- Los expertos son más creativos y flexibles al resolver problemas en su campo de experiencia que los novatos (Csikszentmihalyi, 1997).

Resolución de problemas prácticos Una última diferencia en el procesamiento de la información que realizan los adultos jóvenes y los maduros se encuentra en las estrategias aplicadas para resolver problemas prácticos. Con el fin de evaluar estas capacidades en adultos, Nancy Denney (1986, 1990) analizó la manera en la que los individuos se enfrentaban a distintas situaciones, como, por ejemplo, la relación con un arrendador que no reparaba un aparato del piso que el individuo había alquilado o cómo reaccionaban cuando su banco, por error, no ingresaba un cheque en su cuenta. Esta investigadora determinó que la capacidad para resolver este tipo de problemas prácticos aumentaba después de los 40 años de edad, debido a la mayor experiencia que los individuos poseían.



Stephen J. Hawking es un experto en física de renombre mundial y autor del *best seller Breve historia del tiempo*. Hawking padece un trastorno neurológico que le impide andar o hablar, por lo que ha de comunicarse a través de un ordenador equipado con un reproductor de voz. *¿Qué diferencias existen entre los expertos y los novatos?*

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1826 QUITO

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Identificar los cambios cognitivos en la madurez

REVISA

- ¿De qué manera se desarrolla la inteligencia durante la madurez?
- ¿Qué cambios se producen en el procesamiento de la información durante esta etapa evolutiva?

REFLEXIONA

- En tu opinión, ¿cuáles son los efectos de las cohortes generacionales que pueden influir en el desarrollo de la inteligencia durante la madurez? ¿De qué manera pueden cambiar estos efectos en el futuro?

4 TRAYECTORIA PROFESIONAL, TRABAJO Y OCIO

Trabajo en la madurez | **Retos y cambios profesionales**

Satisfacción producida por el trabajo | **Ocio**

¿Qué factores influyen en las vidas de los trabajadores durante la madurez? ¿Se encuentran los individuos de esta edad más satisfechos con sus trabajos que los adultos jóvenes?

Trabajo en la madurez

Durante la madurez, el trabajo desempeña un papel fundamental, tanto si uno se dedica a una ocupación a tiempo completo o parcial, trabaja como voluntario o se dedica a las labores domésticas. En esta etapa de sus vidas, los adultos maduros pueden alcanzar su nivel máximo en el escalafón profesional y en sus ingresos. También pueden tener que enfrentarse a cargas económicas producidas por el pago de alquileres o de hipotecas, el cuidado de los hijos, los gastos médicos, las reparaciones en el hogar, la educación, los préstamos a miembros de la familia o los pagos a un centro de ancianos.

La progresión de las trayectorias profesionales durante la madurez resulta muy diversa. Algunos individuos poseen carreras estables, con escasa movilidad, mientras que otros entran y salen del mercado laboral, con períodos de falta de trabajo o de desempleo. Los adultos maduros pueden, además, ser discriminados por su edad en algunas situaciones laborales, por lo que encontrar un empleo en esta etapa de la vida puede resultar complicado, ya que las exigencias salariales de los trabajadores de mayor edad suelen ser más elevadas que las de los trabajadores más jóvenes. Además, los avances tecnológicos pueden hacer que las destrezas de los individuos maduros resulten obsoletas o estén desfasadas (Lachman, 2004, pág. 323).

En Estados Unidos, aproximadamente el 80 por 100 de los individuos con edades comprendidas entre los 40 y los 59 años poseen un empleo. En el grupo de individuos con edades entre los 51 y los 59 años, algo menos del 25 por 100 no trabaja. Más de la mitad de los sujetos de este grupo de edad señalan que el tipo de trabajo que pueden realizar se encuentra limitado por la existencia de una enfermedad o de algún tipo de discapacidad (Sterns y Huyck, 2001). Además, se estima que la participación de los individuos mayores de 55 años en el mercado

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST SAPIENTIA QUITO

laboral estadounidense se incrementará en un 37 por 100, lo que supone un aumento de 6,5 por 100 con respecto a 1996. De esta manera, el grupo de edad de 55 a 64 años aportará 7,3 millones de trabajadores más (Schwerha y McMullin, 2002), sobre todo en el sector de los servicios.

En la madurez, cobra importancia el hecho de si los individuos podrán continuar desempeñando las labores que desean realizar. Las capacidades mentales y físicas no suelen constituir grandes impedimentos para muchos adultos maduros que desean seguir trabajando.

Para muchas personas, la madurez constituye un período de evaluación, valoración y reflexión sobre el trabajo que realizan y el que desean desempeñar en el futuro. Así, estos individuos deben reconocer sus limitaciones en el progreso profesional, establecer si desean cambiar de empleo o de orientación laboral, decidir si quieren combinar de otra manera su vida familiar con la profesional y planificar su jubilación (Sterns y Huyck, 2001).

Satisfacción producida por el trabajo

La satisfacción producida por el trabajo aumenta de forma gradual a largo de la vida laboral, de los 20 hasta, al menos, los 60 años de edad y tanto para individuos con estudios universitarios como sin ellos (Rhodes, 1983) (véase la Figura 16.9). Este patrón se ha detectado en ambos sexos. Probablemente, el grado de satisfacción aumenta porque se incrementa el salario recibido, porque ocupamos puestos que gozan de mayor reconocimiento o porque disfrutamos de una mayor seguridad laboral. Además, también existe un grado de compromiso más elevado con el trabajo que aumenta con la edad. En la madurez, nos tomamos el trabajo más en serio, se reduce el absentismo por causas evitables y nos sentimos más involucrados en nuestro empleo que durante la juventud. Los adultos jóvenes aún se encuentran en un proceso de experimentación laboral y siguen buscando una ocupación adecuada para ellos. Pueden presentar la tendencia a centrarse en los aspectos negativos de su empleo, sin fijarse en las ventajas que ese trabajo puede aportarles. En la mayoría de los casos, los niveles más elevados de bienestar físico y psicológico se detectan en aquellas personas que realizan la cantidad de trabajo remunerado que desean efectuar.

Retos y cambios profesionales

En el siglo XXI, los trabajadores maduros deben hacer frente a importantes retos (Avolio y Sosik, 1999), como, por ejemplo, la globalización del trabajo, los rápidos avances que se producen en la tecnología de la información, la reducción del tamaño de las compañías y la jubilación anticipada.

La globalización ha permitido que se sustituya la mano de obra tradicionalmente blanca y masculina por empleados de diferentes orígenes étnicos y nacionales. El mayor uso de las tecnologías de la información obliga a los individuos maduros a formarse de manera continua en el campo de la informática, para así mantener su nivel de competencia laboral (Csaja, 2001). Con el fin de aumentar los beneficios, numerosas compañías se someten a procesos de reestructuración y reducción de tamaño. Una de las consecuencias de esta situación es que se ofrecen incentivos a los empleados maduros para que se jubilen anticipadamente, cuando aún tienen 50 años o, en algunos casos, incluso 40 años, y no la edad normal de jubilación.

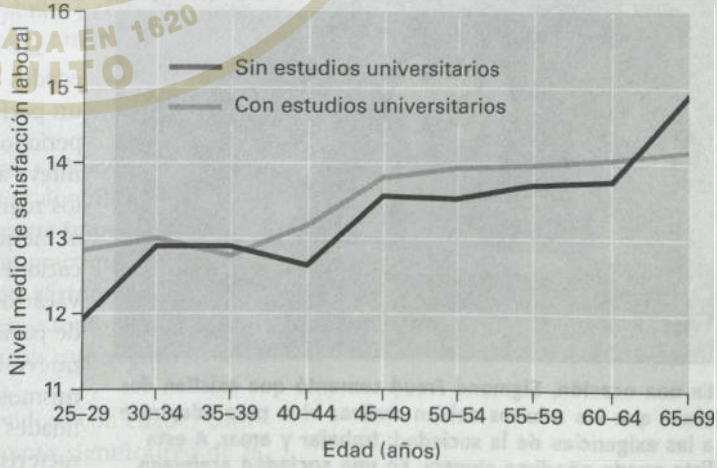


FIGURA 16.9 Edad y satisfacción laboral

La satisfacción laboral aumenta con la edad, tanto para los adultos con educación universitaria como para los que no poseen esta formación. Este aumento se debe a que los individuos perciben mayores ingresos económicos, ocupan posiciones laborales con más prestigio, disfrutan de más seguridad laboral y se muestran más profundamente comprometidos con su trabajo.

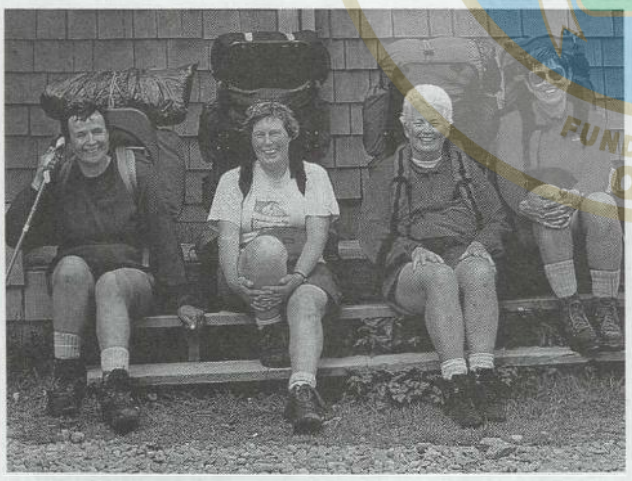
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

Algunos cambios profesionales que se producen en la madurez son decisión del individuo, mientras que otros son la consecuencia de la pérdida del empleo (Moen, 1998; Moen y Wethington, 1999). Algunos individuos maduros deciden que no desean seguir realizando la misma ocupación durante el resto de su vida (Hoyer y Roodin, 2003). En la madurez, las esperanzas idealistas se ajustan a las posibilidades realistas de acuerdo con el tiempo de vida del que aún disponen los individuos antes de la jubilación y de la rapidez con la que alcancen sus objetivos profesionales (Levinson, 1978). Si los individuos perciben que se han retrasado en sus planes, si sus objetivos no son realistas, si no les gusta el trabajo que desempeñan o si su empleo se ha convertido en un factor de estrés, podrían sentirse motivados para cambiar de ocupación.

Ocio

Al ser adultos, no sólo debemos aprender a trabajar, sino que también necesitamos saber cómo relajarnos y disfrutar de nuestro tiempo de ocio (Strain y otros, 2002). Si nos fijamos en la ética del trabajo sobre la que se basa la sociedad estadounidense, no resulta sorprendente que muchos adultos consideren que el ocio resulta aburrido e innecesario. Sin embargo, incluso Aristóteles reconoció la importancia de los momentos de ocio en la vida, señalando que no sólo debíamos trabajar bien, sino también disfrutar bien del ocio. De esta manera, señaló que el ocio resultaba aún más positivo porque suponía el fin del trabajo. ¿De qué manera podemos definir el concepto de *ocio*? El término **ocio** hace referencia al período de tiempo de naturaleza placentera que sigue al trabajo y en el que los individuos disponen de libertad para realizar actividades elegidas por ellos mismos y para desarrollar sus propios intereses: aficiones, deportes, lectura, etcétera.

Debido a los cambios que muchos individuos experimentan durante la madurez, el ocio puede desempeñar un papel especialmente relevante en este período de la vida (Mannell, 2000; McGuire, 2000). Dichos cambios incluyen las transformaciones físicas, las alteraciones en las relaciones con el cónyuge o con los hijos, y los cambios profesionales. En la madurez, la mayoría de individuos dispone de más dinero, y tal vez también puedan disfrutar de más tiempo libre y de vacaciones pagadas. Esos cambios propios de la madurez amplían las oportunidades de ocio. De esta manera, para muchos individuos, la madurez constituye el primer momento en sus vidas en el que pueden diversificar sus intereses personales.



En una ocasión, Sigmund Freud comentó que existían dos cosas que los adultos debían realizar bien para adaptarse a las exigencias de la sociedad: trabajar y amar. A esta lista puede añadirse «jugar». En una sociedad acelerada como la nuestra, resulta demasiado fácil verse atrapado en la corriente del frenético mundo laboral, completamente orientado hacia los logros. Además, corremos el riesgo de no prestar atención al ocio y a los aspectos lúdicos de la vida. *Imagina tu vida en la madurez. ¿Cuál sería la combinación ideal de trabajo y ocio? ¿De qué actividades lúdicas te gustaría disfrutar en tu madurez?*

En un estudio se evaluó anualmente a 12.338 hombres con edades comprendidas entre los 35 y los 57 años de edad durante un período de cinco años para determinar si disfrutaban o no de períodos vacacionales (Gump y Matthews, 2000). Luego, durante nueve años, los investigadores analizaron los historiales médicos y los registros de defunciones de los individuos que habían vivido, al menos, un año más después del último seguimiento de sus vacaciones. Comparado con los hombres que nunca disfrutaban de vacaciones, las probabilidades de que los varones que sí disponían de períodos de descanso vacacional fallecieran en ese período de nueve años eran inferiores en un 21 por 100. Asimismo, estos mismos individuos presentaban un 32 por 100 menos de probabilidades de morir por causa de una enfermedad coronaria. Las características de personalidad que hacían que ciertos individuos renunciaran a sus vacaciones favorecían la aparición de enfermedades cardiacas. En esas características se incluían, por ejemplo, no confiar en que otra persona pudiera ocupar su lugar durante las vacaciones, temor a que se retrasara el trabajo o a ser sustituido por otro individuo, características todas ellas que se han descrito como propias del patrón de comportamiento Tipo A.

En la madurez, los adultos comienzan a prepararse psicológicamente para la jubilación. Por ello, las actividades de ocio constructivas y que fomenten la realización personal del individuo desempeñan un importante papel en esta preparación (Kelly, 1996). Si un adulto desarrolla actividades de tiempo libre que pueden seguir practicándose durante la vejez, la transición del trabajo a la jubilación resultará menos estresante.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Describir las características del desarrollo profesional, el trabajo y el ocio en la madurez

REVISA

- ¿Qué factores afectan durante la madurez a los individuos que trabajan?
- ¿Cómo puede describirse la satisfacción producida por el trabajo en la madurez?
- ¿Qué tipo de cambios y de retos profesionales pueden ocurrir en las vidas de los individuos durante esta etapa del desarrollo?
- ¿Cuáles son las características del ocio durante la madurez?

REFLEXIONA

- ¿Cómo te gustaría que fueran tu vida profesional y tu ocio durante la madurez? Si ya te encuentras en este período evolutivo, ¿cómo son tu vida profesional y tu ocio? Si eres un adulto de mayor edad, ¿cómo eran estos aspectos de tu vida en la madurez?

5 RELIGIÓN Y SENTIDO DE LA VIDA

Religión y vida adulta | **Religión y salud** | **Sentido de la vida**

¿Qué papel desempeña la religión en el desarrollo de los adultos? ¿Resulta importante el sentido de la vida para muchos adultos que se encuentran en su madurez?

Religión y vida adulta

Según el «Estudio MacArthur de desarrollo en la madurez» (*MacArthur Study of Midlife Development*), más del 70 por 100 de los individuos se describen como religiosos y consideran que la espiritualidad constituye una parte importante de sus vidas (Brim, 1999). Sin embargo, este dato no implica que practiquen una única religión o tendencia espiritual. Aproximadamente la mitad afirmó que asistían a actos religiosos menos de una vez al mes o nunca. En otro estudio, aproximadamente tres cuartas partes de los estadounidenses señalaron que recurrían a la oración («Religión en América», *Religion in America*, 1993).

En un reciente estudio longitudinal realizado con individuos con edades comprendidas entre los 30 y los 70 años, se detectó un aumento significativo de la espiritualidad durante la última parte de la madurez (de 55 a 65 años de edad) y la vejez (Wink y Dillon, 2002) (véase la Figura 16.10). En otras partes del mundo, la religión también constituye un elemento importante en las vidas de los individuos. Así, el 98 por 100 de los participantes en este estudio en India, 88 por 100 en Italia, 72 por 100 en Francia y 63 por 100 en los países escandinavos afirmaron que creían en Dios (Gallup, 1987).

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR SAPIENTIA
FUNDADA EN 1826
QUITO

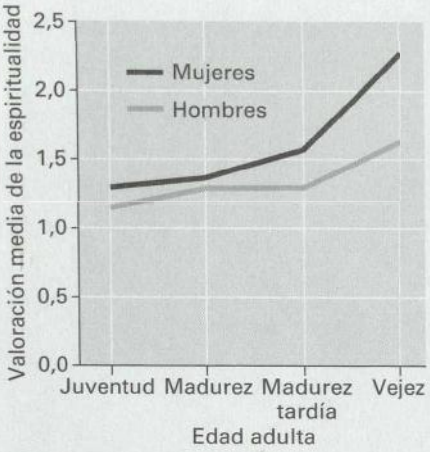


FIGURA 16.10 Nivel de espiritualidad en cuatro períodos de la edad adulta

En una investigación longitudinal se evaluó la espiritualidad de los individuos estudiados en cuatro períodos distintos de la edad adulta: la juventud (más de 30 años), la madurez (más de 40 años), la madurez tardía (más de 55 años) y la vejez (entre los 65 y los 70 años) (Wink y Dillon, 2002). Basándose en las respuestas dadas por los individuos a preguntas abiertas planteadas en entrevistas, se valoró su espiritualidad en una escala de cinco puntos en la que 5 era el nivel máximo de espiritualidad y 1, el mínimo.

De manera consistente, las mujeres muestran un mayor interés por la religión que los varones (Bijur y otros, 1993). Comparadas con los hombres, las mujeres participan más tanto en prácticas religiosas organizadas como personales, resulta más probable que crean en la existencia de un poder o presencia superior y suelen considerar que la religión ocupa un lugar relevante en sus vidas. En el estudio longitudinal antes mencionado, la espiritualidad de las mujeres aumentaba más que la de los hombres durante la segunda mitad de la vida (Wink y Dillon, 2002).

Según una serie de recientes estudios, los estadounidenses se identifican menos con una confesión religiosa determinada (como el catolicismo, el baptismo, etc.). Además, se muestran más tolerantes frente a otras religiones y están más centrados en su propia evolución espiritual (Paloutzian, 2000). Este cambio de opiniones puede deberse, en parte, a motivos generacionales, una consecuencia de la visión compartida por muchos individuos de la generación del *baby-boom* que se centra en la experimentación y la libertad de pensamiento y que se refleja en la fluidez con la que viven su orientación religiosa.

Al tiempo que muchos estadounidenses muestran un gran interés por los asuntos religiosos y creen en la existencia de Dios, también se detecta una disminución del número de practicantes de las principales confesiones religiosas, de la fe en los líderes espirituales y de la importancia que se otorga a la situación moral y espiritual de la nación (*Religion in America*, 1993; Sollod, 2000).

Al valorar la relación existente entre religión y desarrollo en la edad adulta, no podemos olvidar las diferencias existentes entre individuos. La religión puede influir de manera muy importante en las vidas de algunos adultos, mientras que, para otros, no representa un factor relevante o apenas resulta influyente (Myers, 2000). Además, la relevancia de la religión en las vidas de los individuos puede variar a lo largo del desarrollo. Según una investigación realizada por John Clausen (1993), algunos individuos que habían sido profundamente religiosos durante su juventud no lo eran tanto en la madurez, mientras que otros otorgaban una mayor importancia a la religión en la madurez que en etapas anteriores de sus vidas.

Religión y salud

¿De qué manera puede relacionarse la religión con la salud física? ¿Y con la forma de hacer frente a las dificultades o de alcanzar la felicidad?

Religión y salud física ¿Qué influencia puede tener la religión sobre la salud física? Un ejemplo de esta relación podemos encontrarlo en las sectas religiosas que fomentan comportamientos que resultan negativos para la salud. Así, algunos individuos miembros de ciertos grupos religiosos desoyen los consejos médicos o se niegan a que se les administre medicación contra el dolor. Para los miembros de las grandes confesiones religiosas, normalmente no existe una vinculación entre la religión que profesan y su salud física, o bien esta relación resulta positiva. Por ejemplo, según una revisión de investigaciones, cinco estudios habían demostrado que el compromiso religioso presenta una influencia protectora sobre los niveles de tensión arterial o de hipertensión (Levin y Vanderpool, 1989). Además, varias investigaciones han identificado la existencia de un vínculo positivo entre la participación religiosa y la longevidad (Hummer y otros, 1999; Thoresen y Harris, 2002).

¿De qué manera puede la religión fomentar la salud física? Las siguientes son algunas posibles respuestas (Hill y Butter, 1995):

- *Aspectos relacionados con el estilo de vida*. Por ejemplo, los individuos que practican alguna religión consumen menos drogas que los no religiosos (Gartner, Larson y Allen, 1991).

- *Redes sociales.* El grado de conexión que un individuo presente con los demás influye en su salud, por lo que los individuos bien conectados presentan menos problemas de salud. Los grupos, los encuentros y las actividades religiosas proporcionan a los individuos la oportunidad de relacionarse socialmente.
- *Hacer frente al estrés.* La religión constituye una forma de protección y de apoyo en los momentos de estrés. A pesar de que los estudios aún no han podido demostrar con claridad que la oración influya positivamente en la salud física, algunos investigadores señalan que este comportamiento religioso puede estar relacionado con cambios positivos para la salud como la disminución de la percepción del dolor y la reducción de la tensión muscular (McCullough, 1995).

También se ha señalado que las organizaciones religiosas pueden influir de forma importante en la salud física de los individuos al proporcionar más servicios sanitarios. Así, por ejemplo, podrían apoyar los programas de educación sanitaria y de evaluación médica que se lleven a cabo en sus comunidades.

Hacer frente a las dificultades ¿Qué relación existe entre la religión y la capacidad para hacer frente al estrés? Algunos psicólogos consideran que la oración y el compromiso religioso constituyen estrategias defensivas para hacer frente a las dificultades. Afirman que estos mecanismos resultan menos eficaces a la hora de ayudar a los individuos a enfrentarse a sus problemas que otras estrategias de resolución basadas en la experiencia vital. Sin embargo, investigaciones recientes han determinado que algunas estrategias de tipo religioso se asocian con mayores niveles de iniciativa y competencia personales, y que incluso cuando, en un primer momento, se adoptan mecanismos religiosos defensivos, éstos suelen dar lugar a la aparición de estrategias religiosas más activas (Dunn y Horgas, 2004; Pargament y Park, 1995; Seifert, 2002). Según los resultados de un estudio, la depresión disminuía durante los períodos en los que se experimentaba un alto nivel de estrés si se aplicaban estrategias de colaboración para hacer frente a las dificultades (en las que los individuos consideran que colaboran con Dios para resolver los problemas a los que se enfrentan) (Brickel y otros, 1998). Además, en general, la orientación religiosa intrínseca tiende a asociarse con una sensación de competencia y control, sin sentimientos de preocupación o culpa, y con ausencia de enfermedades, mientras que la orientación extrínseca se relaciona con las características opuestas (Ventis, 1995).

En lugar de desaparecer durante los momentos de mayor estrés, los comportamientos para hacer frente a las dificultades basados en la religión parecen funcionar de manera eficaz durante estos períodos (Koenig, 1998, 2001). En un estudio, se dividió a los sujetos participantes en dos grupos: los que se encontraban pasando por una situación de estrés elevado y los que no vivían esa experiencia (Manton, 1989). En el primer grupo, el apoyo espiritual se relacionaba de manera significativa con el ajuste personal (determinado por un bajo nivel de depresión y un alto grado de autoestima). Esta relación no se detectó en el caso del grupo que no vivía una situación de estrés elevado. Según una investigación en la que se analizó a 850 pacientes con enfermedades físicas ingresados en un centro de cuidados intensivos, las estrategias para hacer frente a las dificultades basadas en la religión se relacionaron con la existencia de menores niveles de depresión (Koenig y otros, 1992). En el análisis realizado por John Clausen (1993) en el «Estudio longitudinal Berkeley», resultaba más frecuente que los individuos más competentes durante la madurez fueran miembros de algún tipo de religión o que participaran en la vida religiosa, frente a los individuos menos competentes, que no presentaban esos comportamientos.

En definitiva, existen diversas dimensiones de la religiosidad que pueden contribuir a que los individuos hagan frente de manera más eficaz a los problemas con los que se encuentran en sus vidas (Paloutzian, 2000; Thoresen y Harris, 2002;

Thrasher, Campbell y Oates, 2004). Las creencias religiosas pueden dar forma a la percepción psicológica que un individuo tiene del dolor o de una discapacidad. La cognición religiosa puede resultar importante a la hora de mantener la esperanza y estimular la motivación hacia la recuperación. Debido a su eficacia en la reducción del estrés, las estrategias religiosas para hacer frente a las dificultades pueden evitar que se niegue la existencia de un problema, con lo que se facilita su identificación temprana y la adopción de un comportamiento adecuado para recuperar la salud. Además, la religión puede prevenir el desarrollo de trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión al fomentar la interacción comunitaria y social. Los centros religiosos constituyen una fuente accesible, aceptable y barata de apoyo para muchos individuos, especialmente para los de mayor edad. Las oportunidades de socialización proporcionadas por las organizaciones religiosas pueden evitar la soledad y el aislamiento (Koenig y Larson, 1998).

Felicidad ¿Son más felices los individuos que creen y conceden importancia a su fe? Una revisión de las investigaciones realizadas sobre la felicidad indica que las personas felices suelen otorgar importancia a su fe religiosa (Diener, Lucas y Oishi, 2002). Sin embargo, debemos recordar que la correlación entre dos factores no constituye una relación de causa y efecto (al igual que la situación en la que la religión y los trastornos mentales coexisten en algunos individuos). Varios investigadores han determinado que los individuos que practican activamente su religión muestran mayores niveles de felicidad que los que se muestran inactivos en este campo (Diener, Lucas y Oishi, 2002). Sin embargo, en esta relación, la fe podría fomentar la felicidad, o bien la felicidad podría originar la aparición de fe.

Sentido de la vida

Los padres, el hermano y la esposa del psiquiatra austriaco Víctor Frankl murieron en las cámaras de gas del campo de concentración de Auschwitz, Polonia. Frankl sobrevivió y, más adelante, escribiría acerca del sentido de la vida. En su libro *El hombre en busca de sentido* (1984) (*Man's Search for Meaning*), este autor reafirma la naturaleza única de cada individuo y la finitud de la vida. Frankl considera que nuestras vidas adquieren significado cuando aceptamos que nuestras vidas son finitas y que la muerte constituye una realidad. Si la vida no fuera finita, afirma Frankl, podríamos pasarnos la vida haciendo lo que nos apeteciera, porque el tiempo del que dispondríamos jamás terminaría.

Frankl afirmaba que las tres características más distintivas del ser humano son la espiritualidad, la libertad y la responsabilidad. En su opinión, la espiritualidad no se basa en una concepción religiosa, sino que se refiere a la naturaleza única de cada ser humano, al espíritu, la filosofía y la mente. Este autor propone que los individuos necesitan plantearse ciertas cuestiones como, por ejemplo, por qué existen, qué desean obtener de la vida y cuál es el sentido de sus vidas.

En la madurez, las personas comienzan a encontrarse con la idea de la muerte más frecuentemente, especialmente cuando viven el fallecimiento de sus padres o de otros familiares. Además, al reconocer que disponen de menos tiempo en sus vidas, muchos individuos maduros comienzan a plantearse las cuestiones sugeridas por Frankl, y a evaluar sus respuestas.

Roy Baumeister y Kathleen Vohs (2002, págs. 610-611) afirman que la búsqueda de una vida con sentido puede comprenderse a partir de cuatro necesidades principales que indican la forma en la que los individuos intentan que sus vidas tengan sentido:

- *Necesidad de objetivo.* «Los acontecimientos del presente extraen su significado de la conexión que poseen con los acontecimientos futuros.» Los objetivos pueden dividirse en dos grupos: 1) metas, y 2) realizaciones. La vida puede orientarse hacia un estado de anticipación del futuro, como vivir felices por siempre jamás o estar enamorado.

- *Necesidad de valores*. Esta necesidad «puede proporcionar la sensación de que la vida es buena o llevar a la caracterización positiva de la vida y justificar ciertas acciones. Los valores permiten que los individuos decidan si ciertos actos son correctos o no». Para Frankl (1984) los valores constituyen la principal fuente de sentido que los individuos necesitan.
- *Necesidad de sensación de eficacia*. Esta necesidad implica «la creencia de que nuestras acciones tienen importancia e influencia. Una vida con objetivos y valores, pero sin eficacia, resultaría dramática. La persona puede saber lo que desea, pero no podría hacer nada con ese conocimiento que posee». Al disponer de una sensación de eficacia, los individuos consideran que pueden controlar su entorno, lo que presenta un efecto beneficioso sobre la salud física y mental (Bandura, 2001).
- *Necesidad de valía personal*. La mayoría de los individuos quieren ser «personas buenas y dignas. La valía personal se puede buscar de forma individual», como cuando se descubre que se es bueno en alguna actividad, o de manera colectiva, como cuando la autoestima surge de la pertenencia a un grupo o a una categoría determinada de personas.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 5

5 Explicar el papel de la religión y el sentido de la vida durante la madurez

REVISA

- ¿Cuáles son algunas características de la religión que pueden identificarse en los individuos maduros?
- ¿De qué manera se relaciona la religión con la salud física y mental?
- ¿Qué papel desempeña el sentido de la vida en la madurez?

REFLEXIONA

- ¿Cuáles son los aspectos más importantes del sentido de la vida? ¿Pueden variar estos aspectos según la edad del individuo? Explica tu opinión.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje

Desarrollo físico y cognitivo en la madurez

1 **LA CAMBIANTE EDAD MADURA**

2 **DESARROLLO FÍSICO**

- Cambios físicos
- Índices de mortalidad
- Salud y enfermedad
- Sexualidad

3 **DESARROLLO COGNITIVO**

- Inteligencia
- Procesamiento de la información

4 **TRAYECTORIA PROFESIONAL, TRABAJO Y OCIO**

- Trabajo en la madurez
- Satisfacción producida por el trabajo
- Retos y cambios profesionales
- Ocio

5 **RELIGIÓN Y SENTIDO DE LA VIDA**

- Religión y vida adulta
- Religión y salud
- Sentido de la vida

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA OMNIUM
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 Objetivo de aprendizaje 1: Explicar los cambios que afectan a la madurez

- Los límites de la madurez no son inalterables. Debido a que cada vez más individuos viven durante más años, lo que consideramos «madurez» parece comenzar más tarde. Los expertos en desarrollo comienzan a estudiar esta etapa de la evolución, un interés que, probablemente, se debe al espectacular crecimiento del número de individuos que comienzan a vivir esta fase del ciclo vital. La madurez está caracterizada por un elevado grado de variación individual. Sin olvidar este aspecto, podemos considerar que la madurez comienza a la edad de 40 años y que se extiende hasta los 60 años. Los cambios que se producen en esta etapa suelen ser graduales.

2 Objetivo de aprendizaje 2: Analizar los cambios físicos que ocurren durante la madurez

- Los factores genéticos y el estilo de vida desempeñan un importante papel a la hora de determinar si un individuo sufrirá una enfermedad coronaria y cuándo puede ocurrir. Los elementos más afectados por los cambios físicos son la apariencia física (arrugas, manchas en la piel), la estatura (disminuye) y al peso (aumenta), la fuerza, las articulaciones y el sistema óseo, la visión y la capacidad auditiva, el sistema cardiovascular, los pulmones y el sueño. En la madurez, disminuye la frecuencia con la que ocurren accidentes y los individuos son menos vulnerables a sufrir resfriados o alergias.
- Las enfermedades crónicas no suelen aparecer durante la juventud, pero su incidencia aumenta en la madurez y se hacen mucho más frecuentes en la vejez. La artritis constituye la enfermedad crónica más frecuente en la madurez, seguida de la hipertensión. Durante esta etapa, los hombres padecen más enfermedades crónicas con consecuencias mortales, mientras que las mujeres suelen presentar enfermedades crónicas que no conducen al fallecimiento. Las investigaciones realizadas han determinado que los factores que generan altos niveles de estrés pueden producir cambios en el sistema inmunológico. Asimismo, los factores que dan lugar al estrés crónico se relacionan con una disminución del funcionamiento del sistema inmunológico. Las investigaciones realizadas con pacientes oncológicos muestran que existe una relación entre una buena calidad de vida y una mejor salud del sistema inmunológico. Resulta probable que el estrés emocional facilite la aparición de enfermedades cardiovasculares. Los individuos que viven en situaciones de estrés crónico suelen fumar, consumir más alimentos y apenas practicar ejercicio. Todos estos comportamientos relacionados con el estrés están vinculados con la aparición de enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, la cultura también constituye un factor que influye en la aparición de problemas cardiacos. Se ha sugerido que el patrón de comportamiento Tipo A se relaciona con este tipo de desórdenes físicos. La dureza de carácter actúa como barrera que protege frente al estrés, y se relaciona con una menor incidencia de enfermedades. El estado de salud que se posee en la madurez está relacionado con la calidad de las relaciones sociales en el presente del individuo y con la trayectoria que han seguido sus relaciones en las fases anteriores del desarrollo.
- Durante la madurez, las principales causas de muerte son, por este orden, las enfermedades cardiacas, el cáncer y las enfermedades cerebrovasculares.
- El climaterio es la etapa de transición que tiene lugar en la madurez y que conlleva una reducción de la fertilidad. La menopausia marca el final de la capacidad femenina para procrear, y suele ocurrir al finalizar la cuarentena o al comenzar la cincuentena. La inmensa mayoría de mujeres no presentan graves problemas físicos o psicológicos relacionados con la menopausia. La terapia de sustitución hormonal aumenta los niveles de producción de hormonas reproductivas, que disminuyen en esta etapa, por parte de los ovarios. Esta terapia consiste en la administración de distintas formas de estrógeno y, con frecuencia, también de progestina. Los recientes resultados negativos de esta terapia parecen apuntar que los tratamientos hormonales a largo plazo deben someterse a una profunda evaluación. Durante la madurez, los hombres no experimentan incapacidad para procrear, aunque sus niveles de testosterona disminuyen. No existe una menopausia masculina que pueda equipararse a la drástica reducción de los niveles de estrógeno que afecta a las mujeres. Comparada con la juventud, la frecuencia de la práctica sexual también disminuye durante la madurez. Sin embargo, la mayoría de los adultos maduros muestran un interés alto o moderado por el sexo.

3 Objetivo de aprendizaje 3: Identificar los cambios cognitivos en la madurez

- Según Horn, la inteligencia cristalizada (información y capacidades verbales acumuladas) continúa aumentando durante la madurez, mientras que disminuye la inteligencia fluida (capacidad para razonar de manera abstracta). Schaie descubrió que, cuando se evalúan de forma longitudinal, las capacidades intelectuales no presentan una tendencia a la baja, sino que, incluso, resulta más probable que mejoren. Estos resultados no se obtienen cuando la evaluación se realiza de forma transversal. Durante la madurez se consiguen los mejores resultados en cuatro capacidades intelectuales: vocabulario, memoria verbal, razonamiento inductivo y orientación espacial.
- La velocidad en el procesamiento de la información, normalmente medida a través del tiempo de reacción,

disminuye durante la madurez. A pesar de que Schaie determinó que la memoria verbal aumenta durante esta etapa, algunos investigadores señalan que la capacidad memorística se reduce, al igual que la memoria de trabajo. Resulta más probable que la memoria disminuya durante la madurez si los individuos no utilizan estrategias eficaces. El conocimiento experto consiste en poseer un conocimiento y una comprensión amplios y muy organizados de un campo del saber concreto. Este conocimiento suele aumentar durante la madurez. Las estrategias de resolución de problemas prácticos también mejoran entre los 40 y los 60 años, debido a la experiencia vital que los individuos han acumulado.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Describir las características del desarrollo profesional, el trabajo y el ocio en la madurez*

- Los individuos que trabajan durante la madurez se enfrentan a una serie de cuestiones. Para muchos de ellos, esta etapa constituye un período de reflexión, valoración y evaluación de su ocupación actual y de sus planes para el futuro. Un aspecto importante que deben determinar es si desean avanzar y desempeñar la ocupación que desean tener.
- La satisfacción producida por el trabajo aumenta de forma gradual a lo largo de la vida, desde los 20 hasta los 60 años, tanto para los adultos con estudios universitarios como para los que no cuentan con este tipo de formación.
- En la actualidad, los individuos maduros que trabajan deben hacer frente a retos como la globalización del trabajo, los rápidos avances que se producen en la tecnología de la información, la reducción de tamaño de las compañías y la jubilación anticipada. Los cambios profesionales o laborales que se producen en esta etapa del desarrollo pueden estar motivados por el propio individuo o deberse a causas externas.
- No sólo necesitamos aprender a trabajar bien, sino también es preciso que aprendamos a disfrutar de nuestro tiempo de ocio. La madurez puede constituir una etapa especialmente relevante para el ocio, debido a los cambios físicos que ocurren en este período y a la preparación necesaria para disfrutar de una jubilación activa.

5 *Objetivo de aprendizaje 5: Explicar el papel de la religión y el sentido de la vida durante la madurez*

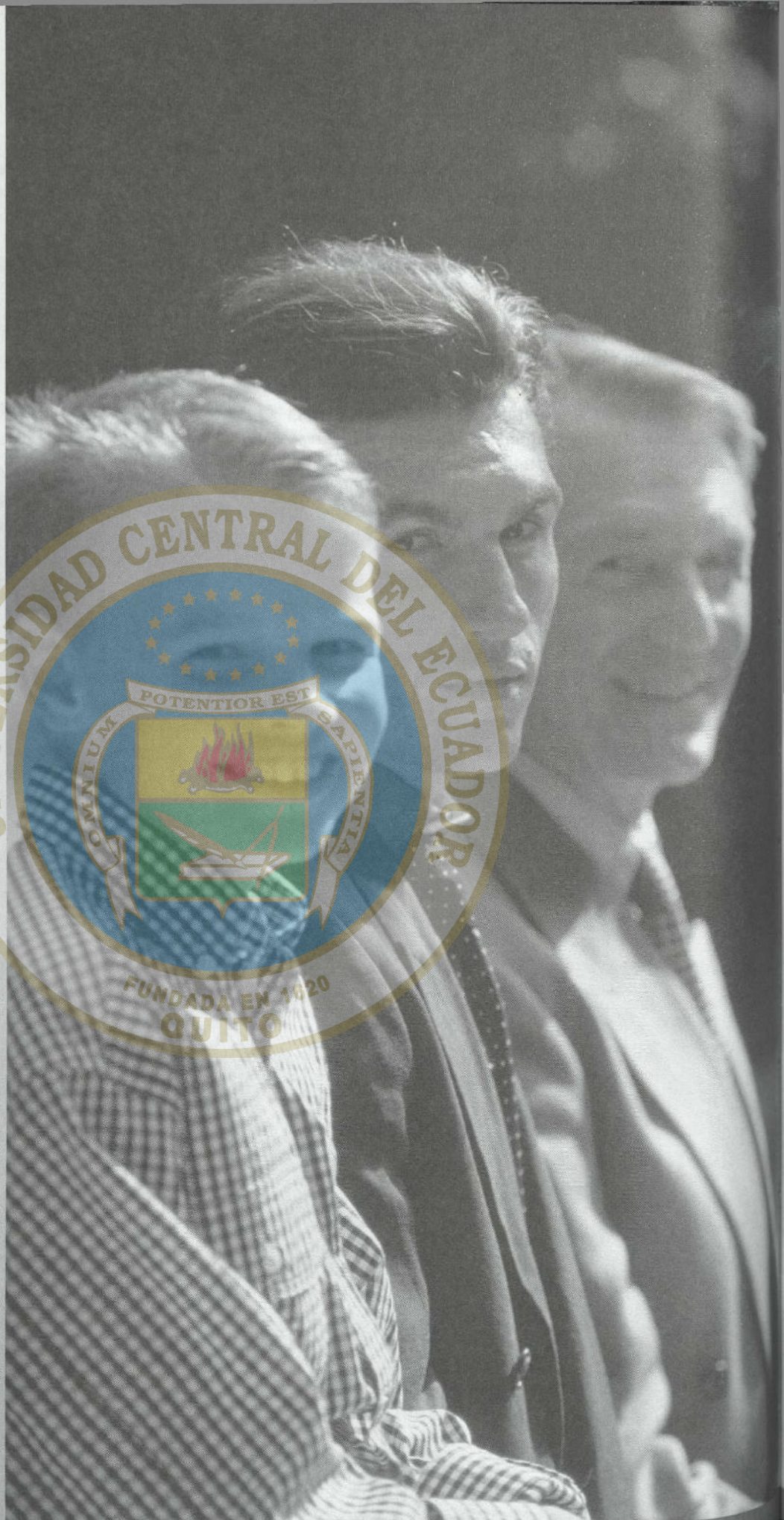
- La religión constituye un importante factor en las vidas de muchos ciudadanos estadounidenses y de otras partes del mundo. Las mujeres muestran un mayor interés por la religión que los varones, aunque también resulta importante considerar la existencia de diferencias individuales que afectan al interés por la religión.
- En algunos casos, la religión puede afectar negativamente a la salud física, como ocurre cuando ciertas sectas religiosas impiden que los individuos accedan a cuidados médicos. En las confesiones mayoritarias, la religión puede presentar un efecto beneficioso sobre la salud física o no estar relacionada con este aspecto. Además, para algunos individuos, la religión puede resultar un factor relevante que les ayuda a hacer frente a las dificultades. Las personas felices tienden a otorgar importancia a su fe religiosa, pero debemos recordar que esta relación es correlacional y no causal.
- Para Frankl, al analizar la finitud de nuestras vidas nos adentramos en la búsqueda del sentido de la vida. Cuando un individuo maduro ha de hacer frente a la muerte de parientes de mayor edad y advierte que dispone de menos tiempo de vida, suele tender a analizar el sentido de la vida. Para Baumeister, la búsqueda de un sentido de la vida se relaciona con cuatro necesidades: los objetivos, los valores, la eficacia y la valía personal.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR ES FUNDADA EN 1620 QUITO


UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

CAPÍTULO

17



Las generaciones de seres vivos se suceden con rapidez y, como si fueran corredores, se ceden la antorcha de la vida.

LUCRECIO
Poeta romano, siglo I d. C.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo socioemocional en la madurez

Esquema del capítulo

TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD Y DESARROLLO **1**

Teorías basadas en la existencia de etapas
Enfoque basado en los acontecimientos vitales
Estrés en la madurez
Contextos del desarrollo en la madurez

ESTABILIDAD Y CAMBIO **2**

Estudios longitudinales
Conclusiones

RELACIONES CERCANAS **3**

Amor y matrimonio en la madurez
El nido vacío y cómo se vuelve a llenar
Relaciones entre hermanos y amistades
Abuelos
Relaciones intergeneracionales

Objetivos de aprendizaje

1 **Describir las teorías sobre la personalidad y el desarrollo durante la madurez**

2 **Analizar los conceptos de estabilidad y cambio en el desarrollo durante la madurez, atendiendo a los resultados de estudios longitudinales**

3 **Estudiar algunos aspectos importantes de las relaciones cercanas durante la madurez**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Variaciones en la madurez

A los 45 años de edad, Sarah se siente cansada, deprimida y furiosa cuando observa los derroteros que ha tomado su vida. Se quedó embarazada con 17 años y se casó con Ben, el padre del bebé. Vivieron juntos durante tres años después del nacimiento de su hijo, y luego Ben la abandonó por otra mujer. Sarah tuvo que trabajar como dependienta para poder llegar a fin de mes. Ocho años más tarde, se casó con Alan, quien había tenido dos hijos en un matrimonio anterior. Sarah dejó de trabajar durante algunos años para cuidar a los niños pero luego, al igual que Ben, Alan comenzó a tener aventuras con otras mujeres, de lo que Sarah se enteró a través de una amiga. Sin embargo, siguió con Alan durante un año más, hasta que la situación se hizo insostenible y decidió solicitar el divorcio. Sarah volvió a trabajar como dependienta, y ha estado en el mismo empleo durante dieciséis años. En este tiempo, ha tenido citas con otros hombres, pero las relaciones nunca parecen funcionar del todo. Su hijo nunca logró terminar sus estudios y tiene problemas con las drogas. Su padre murió el año pasado, y Sarah intenta ayudar económicamente a su madre, aunque casi no puede hacer frente a sus propias facturas. Cuando se mira en un espejo, a Sarah no le gusta lo que ve: su pasado es un desastre, y su futuro no tiene mejor aspecto.

A los 45 años de edad, Wanda se siente llena de energía, feliz y satisfecha con su vida. Años atrás, en su juventud, consiguió un título universitario y trabajó durante tres años como profesora de matemáticas en un instituto. Se casó con Andy, quien acababa de licenciarse en Derecho. Un año más tarde, nació su primer hijo, Josh. Wanda se quedó en casa para cuidar del niño durante dos años, y luego volvió a su trabajo de docente. Incluso durante el embarazo, Wanda llevó un estilo de vida activo y realizó ejercicio de forma regular, sobre todo tenis, deporte que practicaba casi cada día. Tras la gestación, mantuvo estas costumbres deportivas. La pareja tuvo luego una hija, Wendy. Ahora, cuando comienzan a vivir su madurez, Wanda y Andy disponen de más tiempo para estar juntos. El fin de semana pasado visitaron a Josh en la universidad, y el fin de semana anterior habían estado con Wendy, quien también estudia una carrera. Hasta hace seis años, Wanda siguió trabajando como profesora de matemáticas. En este empleo, recibió formación en informática y asistió a varios cursos en una universidad cercana a su casa, cursos a los que dedicaba aún más tiempo durante las vacaciones de verano. Luego, dejó su carrera como profesora y comenzó a trabajar con una compañía informática, donde ya ha alcanzado puestos de responsabilidad. Cuando se mira en un espejo, a Wanda le gusta lo que ve: su pasado es agradable, aunque también hubo momentos malos, y observa su futuro con pasión y entusiasmo.

VISTA PREVIA

Al igual que en el caso de Sarah y Wanda, la forma en la que distintos individuos viven su madurez presenta numerosas variaciones. Para comenzar este capítulo, analizaremos las diferentes teorías acerca de la personalidad y el desarrollo durante la madurez, incluyendo otras perspectivas sobre las variaciones individuales. Luego nos centraremos en los cambios o la estabilidad que experimentan los individuos durante esta etapa de sus vidas. Para finalizar, analizaremos una serie de aspectos relativos a las relaciones cercanas en la madurez.

1 TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD Y DESARROLLO

Teorías basadas en la existencia de etapas

Estrés en la madurez

Enfoque basado en los acontecimientos vitales

Contextos del desarrollo en la madurez

¿Cuál es la mejor manera de describir la madurez? ¿Es una fase más o supone toda una crisis? ¿Qué magnitud tienen las crisis que se producen durante este período? ¿De qué manera afectan los acontecimientos vitales a los individuos maduros? ¿Varía el estrés durante la madurez en comparación con la juventud y la vejez? ¿Existe alguna relación entre la madurez y el contexto en el que se desarrolla, como el momento de la vida en el que un individuo vive esta etapa, su cultura o su sexo?

Teorías basadas en la existencia de etapas

Se han elaborado numerosas teorías basadas en la existencia de etapas que han fomentado la visión de que la madurez constituye una fase de crisis en el desarrollo. Dos de las teorías más significativas son la perspectiva del ciclo vital defendida por Erik Erikson y la teoría de las *estaciones* del hombre de Daniel Levinson.

El estadio de la productividad frente al estancamiento en la teoría de Erikson Erikson (1968) señaló que los adultos maduros se enfrentan a un importante dilema en sus vidas: la productividad frente al estancamiento, nombre del séptimo estadio en su teoría del ciclo vital. La productividad engloba los deseos del adulto de legar parte de sí mismo a la siguiente generación (Petersen, 2002). A través de la creatividad, y al dejar un legado, los adultos alcanzan cierto tipo de inmortalidad. Por el contrario, el estancamiento (también denominado «auto-absorción») se desarrolla cuando los individuos consideran que no han dejado nada digno a la siguiente generación.

Según los estudios longitudinales sobre el envejecimiento realizados por George Vaillant (2002), durante la madurez, la productividad (definida en este estudio como «preocupación por la siguiente generación») estaba más estrechamente relacionada que la intimidad con el hecho de que los individuos disfrutaran de un matrimonio duradero y feliz cuando tenían edades comprendidas entre los 75 y los 80 años. Uno de los participantes en este estudio afirmó: «De los 20 a los 30 años aprendí a vivir con mi mujer. De los 30 a los 40, aprendí a tener éxito en el trabajo, y de los 40 a los 50 me preocupé menos de mí y me centré más en mis hijos» (pág. 114).

Según los resultados obtenidos en un estudio longitudinal realizado con mujeres estudiantes en Smith College, la productividad aumenta en el período que va de los 30 a los 50 años (Cole y Stewart, 1996; Roberts y Helson, 1997; Stewart, Ostrove y Helson, 2001; Zucker, Ostrove y Stewart, 2002) (véase la Figura 17.1). En este estudio, además, se evaluó otro aspecto de la teoría de Erikson, la identidad, atendiendo a la «certeza de la identidad», una variable que aumentaba entre los 30 y los 50 años de edad. En la Figura 17.2 se describen los ítems empleados para evaluar la productividad y la certeza de la identidad en este estudio realizado en Smith College.

Los adultos maduros pueden desarrollar su productividad de maneras muy diferentes (Kotre, 1984). A través de la productividad biológica, los adultos conciben y dan la vida a un hijo. Gracias a la productividad parental, educan y guían a

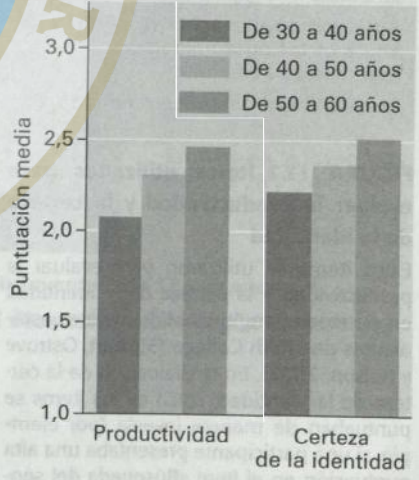


FIGURA 17.1 Cambios en la productividad y la certeza de la identidad desde los 30 y los 60 años

En el estudio realizado con mujeres estudiantes de Smith College, se detectó que tanto la productividad como la certeza de la identidad aumentaban entre los 30 y los 60 años (Stewart, Ostrove y Helson, 2001). Las participantes se calificaron a sí mismas en una escala de tres puntos indicando en qué medida se identificaban con ciertas afirmaciones sobre productividad y certeza de la identidad.

Productividad
Sentir que los demás te necesitan
Esfuerzo para asegurarse de que los jóvenes disponen de las oportunidades necesarias para desarrollarse
Influencia en la comunidad o en un ámbito de interés
Nuevo nivel de productividad o de eficacia
Apreciación y conciencia de la existencia de personas mayores
Disponer de una perspectiva amplia
Interés en asuntos fuera de la familia

Certeza de la identidad
Sensación de ser yo mismo
Emoción, caos, confusión acerca de los impulsos y del potencial propio (puntuación inversa)
Alcanzar el final de un camino sin haber encontrado otro (puntuación inversa)
Sentir que la vida avanza adecuadamente
Búsqueda del sentido de quién soy (puntuación inversa)
Desear que la vida tuviera una mayor amplitud
Ansiedad porque no se va a estar a la altura de las oportunidades (puntuación inversa)
Sentirse seguro y comprometido

FIGURA 17.2 Ítems utilizados para evaluar la productividad y la certeza de la identidad

Estos ítems se utilizaron para evaluar la productividad y la certeza de la identidad en el estudio longitudinal de mujeres estudiantes de Smith College (Stewart, Ostrove y Helson, 2001). En la evaluación de la certeza de la identidad, cinco de los ítems se puntuaban de manera inversa (por ejemplo, si una participante presentaba una alta puntuación en el ítem «Búsqueda del sentido de quién soy», se podía deducir que el sujeto presentaba una falta de certeza en su identidad).

sus hijos. Haciendo uso de la productividad laboral, desarrollan habilidades que luego transmiten a otros. Por último, con su productividad cultural, los adultos crean, renuevan y conservan algún aspecto de la cultura que, en última instancia, permanece y sobrevive.

A través de la creatividad, los adultos colaboran con la nueva generación y la dirigen al desempeñar su papel de padres, profesores o guías, o al realizar acciones que benefician a la comunidad (Pratt y otros, 2001). Los adultos creativos se comprometen a preservar y mejorar la sociedad en su conjunto por medio de su contacto con la siguiente generación. Estos adultos desarrollan un yo positivo que luego pueden ofrecer, como un regalo, a la nueva generación.

¿Confirman las investigaciones realizadas que la productividad constituye un importante aspecto de la madurez, tal y como afirma Erikson en su teoría? En efecto, los estudios confirman las ideas de Erikson. En una investigación, Carol Ryff (1984) analizó las visiones que tanto mujeres como hombres presentaban a distintas edades a lo largo de la adultez. Los adultos maduros se mostraban especialmente preocupados por la productividad y por servir de guía a individuos más jóvenes. Otro estudio demostró la existencia de una relación entre la posesión de una identidad positiva y la productividad en la madurez (Vandewater, Ostrove y Stewart, 1997). Asimismo, en otra investigación se indicó que las mujeres desarrollan la productividad a través de distintas facetas de sus vidas (Petersen y Stewart, 1996). El trabajo suponía una fuente de gratificación para las mujeres creativas que habían desarrollado una trayectoria profesional propia. Las que no habían trabajado fuera del hogar recibían esa misma gratificación de la maternidad.

En lo que supone una modificación de la teoría de Erikson, se ha propuesto que los tres estadios descritos por este autor para la edad adulta, es decir, los relacionados con la intimidad (juventud), la productividad (madurez) y la integridad (vejez), podrían considerarse fases del desarrollo de la identidad. De esta manera, la identidad se convierte en el núcleo del desarrollo personal a lo largo de todos los años de la edad adulta (Whitbourne y Connolly, 1999).

La teoría de Levinson de las estaciones del hombre En su libro *Las estaciones del hombre* (1978), el psicólogo clínico Daniel Levinson dio a conocer los resultados obtenidos en profundas entrevistas realizadas con cuarenta hombres maduros. Los sujetos eran trabajadores por horas, ejecutivos de negocios, biólogos que trabajaban en universidades y novelistas. Levinson reforzó sus conclusiones con información basada en las biografías de varones famosos y en el desarrollo de personajes relevantes de la literatura. A pesar de que el mayor interés de este autor se centraba en los cambios propios de la madurez, también describió una serie de etapas y transiciones en el ciclo vital, desde los 17 hasta los 65 años de edad, que se muestran en la Figura 17.3.

Levinson enfatiza la necesidad de que, en cada una de estas etapas, se domine una serie de tareas del desarrollo. En la juventud, las dos tareas primordiales que deben controlarse son la exploración de las posibilidades de la vida adulta y el desarrollo de una estructura vital estable. Para Levinson, las edades comprendidas entre los 20 y los 30 años constituyen la *fase de los novatos* del desarrollo adulto. A llegar a la veintena, debería producirse una transición de la dependencia a la independencia, un cambio marcado por la formación de un sueño: la imagen del tipo de vida que el individuo joven desea tener, especialmente en lo referido al trabajo y al matrimonio. La fase de los novatos constituye una etapa de experimentación relativamente libre y de comprobación del sueño personal en el contexto del mundo real.

Aproximadamente de los 28 a los 33 años de edad, el hombre atraviesa un período de transición en el que debe hacer frente a la importante tarea de establecer sus objetivos. Durante la treintena, su atención suele centrarse en el desarrollo de la vida familiar y laboral. Al finalizar este período, el individuo comienza la etapa de convertirse en la persona que se es realmente. A partir de los 40 años de

edad, ha conseguido ya una posición laboral estable, ha superado sus endebles intentos previos de aprender a convertirse en adulto y debe concentrarse en decidir el tipo de vida que desea tener en la madurez.

Según Levinson, el cambio que tiene lugar en la madurez dura unos cinco años (entre los 40 y los 45 años de edad) y precisa que el varón adulto se enfrente a cuatro conflictos que han existido en su vida desde la adolescencia: 1) ser joven frente a ser viejo; 2) ser destructivo frente a ser constructivo; 3) ser masculino frente a ser femenino, y 4) sentirse unido a otros frente a sentirse separado de los demás. Para un porcentaje que oscilaba entre 70 y 80 por 100 de los varones entrevistados por Levinson, la transición propia de la madurez suponía un período caótico y psicológicamente difícil de sobrellevar, ya que se cuestionaban muchos aspectos de sus vidas. Según Levinson, el éxito en esta etapa de transición está determinado por la eficacia con la que el individuo analiza las polaridades antes expuestas y las acepta como parte integral de su ser.

Dado que Levinson entrevistó a hombres maduros, podemos considerar que los datos obtenidos acerca de la madurez poseen una mayor validez que los que se refieren a la juventud. Cuando se pide a un individuo que recuerde información sobre una etapa previa de su vida, puede distorsionar los datos u olvidar algunos. En los datos originales obtenidos por Levinson no se incluía a ninguna mujer, a pesar de que este autor (1996) señaló que tanto sus fases y transiciones como la crisis de la madurez también podían aplicarse al sexo femenino. A pesar de que el trabajo de Levinson no incluía análisis estadístico alguno, la calidad y cantidad de sus biografías sobresalen en la historia de los estudios clínicos.

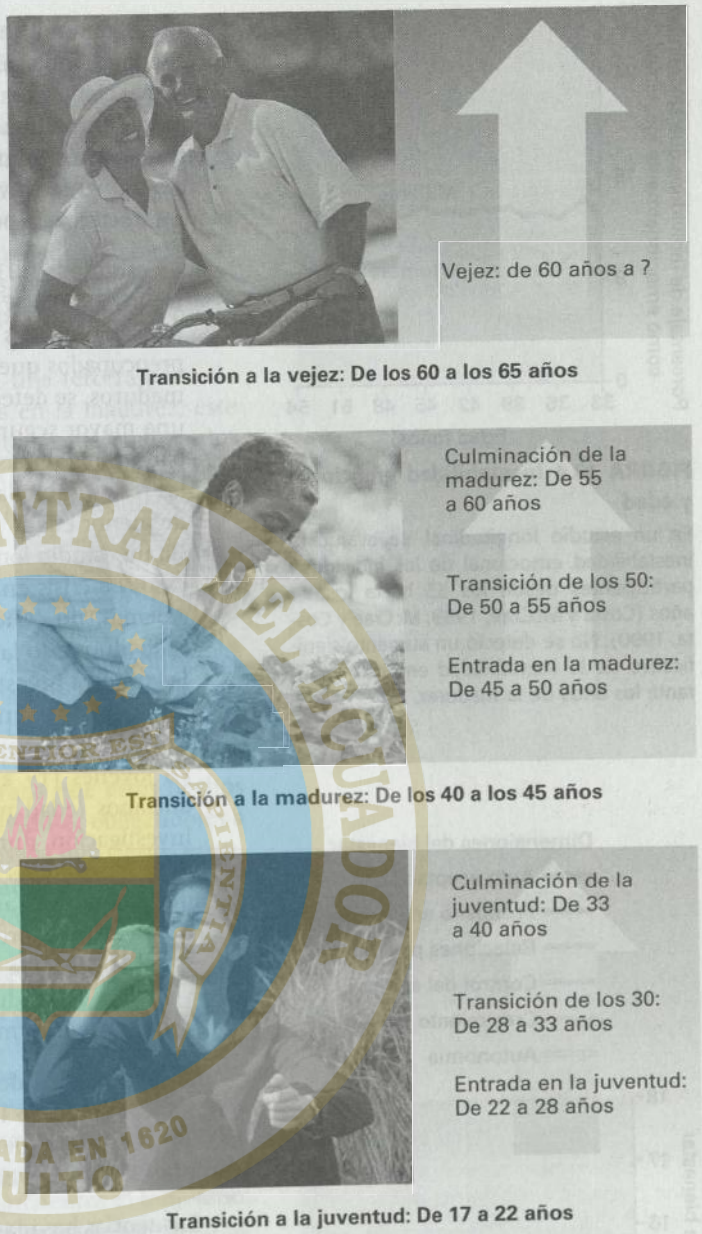


FIGURA 17.3 Períodos del desarrollo adulto según Levinson

La magnitud de las crisis en la madurez Levinson (1978) considera que la madurez constituye una crisis, y opina que el adulto maduro se encuentra en un estado de suspensión entre el pasado y el futuro, intentado hacer frente a este vacío que amenaza la continuidad en su vida. Para George Vaillant (1977), al igual que la adolescencia representa una época en la que se identifican los fallos de los padres y se descubre la verdad acerca de la infancia, la cuarentena constituye una década en la que se evalúa y se registra la verdad acerca de la adolescencia y la adultez. Sin embargo, si para Levinson la madurez constituye un momento de dificultades, Vaillant considera que tan sólo una minoría de los adultos maduros experimenta una crisis durante esta etapa de sus vidas:

> Al igual que la psicología popular se ha encargado de acrecentar el mito del caos en la adolescencia —una situación que, en la realidad, no resulta tan frecuente—, la prensa de masas, advirtiendo la oportunidad de aumentar sus ventas, se ha esforzado por exagerar la crisis de la madurez. El término «crisis de la madurez» trae a la cabeza la imagen de un clérigo que abandona a sus cuatro hijos y una congregación de fieles que lo adora para irse en un Porsche rojo con una bailarina de *striptease* de 25 años. Como ocurría con el supuesto caos de la adolescencia, la crisis de la madurez constituye un fenómeno poco frecuente en todas las muestras estudiadas (págs. 222-223).

El estudio realizado por Vaillant (denominado «Estudio Grant»), consistía en efectuar un seguimiento a varones de la Universidad de Harvard al entrar en la

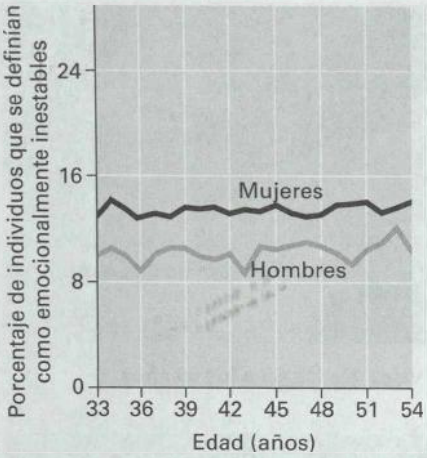


FIGURA 17.4 Inestabilidad emocional y edad

En un estudio longitudinal, se evaluó la inestabilidad emocional de los individuos participantes desde los 33 hasta los 54 años (Costa y McCrae, 1999; McCrae y Costa, 1990). No se detectó un aumento significativo de la inestabilidad emocional durante los años de la madurez.

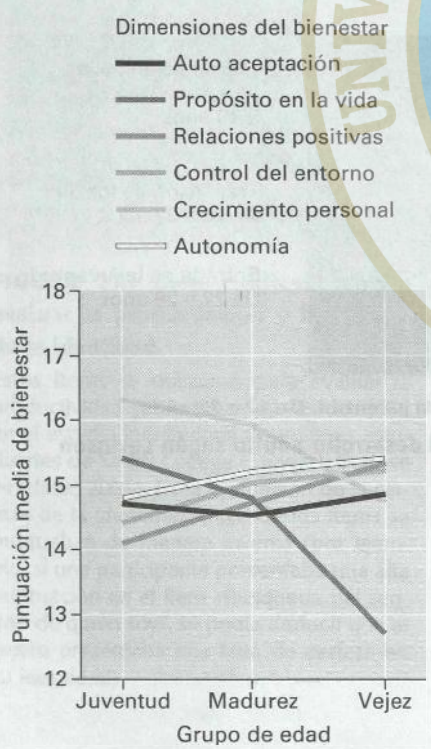


FIGURA 17.5 Edad y bienestar

En una investigación, se evaluaron seis dimensiones del bienestar en tres grupos de edad distintos (adultos jóvenes, adultos maduros y ancianos) (Keyes y Ryff, 1999). La mayoría de las dimensiones del bienestar aumentaron, o experimentaron escasos cambios durante la madurez.

treintena y poco antes de cumplir 50 años. A estos individuos ya se les había entrevistado cuando aún se encontraban estudiando en dicha universidad. Según Vaillant, «el tipo de madurez trágica que se refleja en el best-seller *Transiciones (Passages)*, de Gail Sheehy, apenas se detectó en el caso de los hombres que participaron en el Estudio Grant» (pág. 223).

Las siguientes investigaciones demostraron que la madurez no constituye una etapa caracterizada por crisis omnipresentes:

- Se estudió a 3.032 individuos estadounidenses con edades comprendidas entre los 25 y los 72 años (Brim, 1999). Según los resultados obtenidos, los sujetos con edades entre los 40 y los 60 años se mostraban menos nerviosos y preocupados que los que tenían menos de 40 años. En el caso de los adultos maduros, se detectó una creciente sensación de control en el ámbito laboral y una mayor seguridad económica. Estos individuos, además, también mostraban un nivel más elevado de control del entorno (la capacidad para gestionar las responsabilidades diarias) y un mayor grado de autonomía que los sujetos de menor edad.
- En un estudio longitudinal realizado con 2.247 individuos se detectaron pocos casos de crisis en la madurez (McCrae y Costa, 1990; Siegler y Costa, 1999). Además, no se identificó un aumento de la inestabilidad emocional de los individuos a lo largo de su madurez (véase la Figura 17.4).
- Según otra investigación, durante la madurez los adultos presentan su máximo nivel de control personal (Clark-Plaskie y Lachman, 1999).
- Durante la elaboración de un estudio, se clasificó a los sujetos de la muestra en jóvenes (19 años de edad media), maduros (edad media de 46 años) y ancianos (edad media de 73 años). Según los resultados obtenidos en esta investigación, durante la madurez se producía un incremento en la capacidad de los individuos para gestionar su medio (control del entorno) y en la autodeterminación (autonomía) (Keyes y Ryff, 1999) (véase la Figura 17.5). El esfuerzo vital (propósito de la vida) y el deseo de que la auto-realización personal continuara (crecimiento personal) descendían levemente entre la juventud y la madurez, pero aún se mantenían en niveles elevados antes de disminuir de forma más notable en la vejez.

Los expertos en desarrollo adulto se muestran unánimes a la hora de afirmar que se ha exagerado la magnitud de las crisis durante la madurez (Brim, Ryff y Kessler, 2004; Etaugh y Bridges, 2001; Lachman, 2004; Reid y Willis, 1999; Wethington, Kessler y Pixley, 2004). En resumen:

- Las teorías basadas en la existencia de etapas se centran demasiado en la aparición de crisis en el desarrollo, especialmente durante la madurez.
- Existen notables variaciones en la forma en la que los distintos individuos experimentan cada etapa, cuestión en la que nos centraremos a continuación.

Variaciones individuales Las teorías basadas en la existencia de etapas otorgan gran importancia a los principios universales del desarrollo de la personalidad durante la edad adulta, e intentan establecer las fases por las que todos los individuos pasan a lo largo de la adultez. Sin embargo, estas teorías no prestan la suficiente atención a las variaciones individuales que tienen lugar durante la madurez. En un amplio estudio realizado con quinientos hombres maduros elegidos de forma aleatoria, se determinó que existían grandes diferencias individuales entre los sujetos de la muestra (Farrell y Rosenberg, 1981). Según la perspectiva que tiene en cuenta las variaciones personales, los adultos maduros interpretan, moldean y alteran sus vidas, y además les atribuyen significado (Arpanantikui, 2004).

Se considera que la capacidad para apartar las preocupaciones y pensamientos absorbentes que no resultan productivos constituye un importante factor que per-

mite funcionar en condiciones de estrés. En el estudio longitudinal realizado por Vaillant (1977, 2002), los pensamientos personales absorbentes y generalizados resultaban negativos para la adaptación al trabajo y al matrimonio de los universitarios a lo largo de los treinta años siguientes al fin de sus estudios. Algunos individuos en este estudio mostraban preocupaciones personales, pero otros no.

Asimismo, resulta importante advertir que algunos individuos pueden experimentar situaciones de crisis en algunos contextos de sus vidas, pero no en otros (Lachman, 2004). De esta manera, el caos y el estrés pueden resultar característicos de un ámbito concreto en la vida de una persona (como, por ejemplo, el trabajo), al tiempo que todo se desarrolla sin problemas en otros contextos (como la familia).

Las investigaciones realizadas han determinado que, en una tercera parte de los casos en los que los individuos afirman sufrir una crisis en la madurez, este fenómeno «es el resultado de acontecimientos como la pérdida del empleo, los problemas económicos o la aparición de una enfermedad» (Lachman, 2004, pág. 315). A continuación, examinaremos el papel desempeñado por los acontecimientos vitales en el desarrollo durante la madurez.

Enfoque basado en los acontecimientos vitales

El establecimiento de etapas vinculadas a la edad constituye una de las principales formas de examinar el desarrollo de la personalidad de los adultos. Otra manera de definir el desarrollo de la personalidad adulta consiste en centrarse en los acontecimientos vitales (Schwarzer y Schultz, 2003). En las primeras formulaciones del enfoque basado en los acontecimientos vitales, se consideraba que estos hechos constituían circunstancias que exigían un esfuerzo a los individuos, obligándoles a cambiar su personalidad (Holmes y Rahe, 1967). Así, se pensaba que ciertos acontecimientos, como la muerte del cónyuge, el divorcio, el matrimonio, etc., provocaban distintos grados de estrés, por lo que resultaba probable que influyeran en el desarrollo del individuo.

Hoy en día, este enfoque se ha convertido en una teoría más compleja (Cui y Vaillant, 1996; Hultsch y Plemons, 1979; McLeod, 1996). Según el **enfoque contemporáneo basado en los acontecimientos vitales,** la influencia que las circunstancias de la vida ejercen sobre el desarrollo individual depende no sólo del acontecimiento en sí, sino también de otros factores de mediación (por ejemplo, la salud física o el apoyo familiar), de la adaptación del individuo al acontecimiento (por ejemplo, la evaluación de la amenaza o las estrategias para hacer frente a la nueva situación), de la fase del desarrollo en la que se encuentra el individuo, y del contexto histórico y social (véase la Figura 17.6). Si el individuo no goza de buena salud y dispone de un apoyo familiar reducido, sentirá que los acontecimientos vitales dan lugar a un mayor grado de estrés. Para una persona, ciertas circunstancias pueden ser causa de un elevado nivel de estrés, mientras que otra puede considerar que ese mismo acontecimiento constituye, simplemente, un nuevo reto. De igual manera, un divorcio puede resultar más estresante si se produce tras muchos años de matrimonio cuando los adultos ya tienen más de 50 años, que si la pareja sólo ha estado casada algunos años y aún no ha llegado a la treintena (Chiriboga, 1982). En la actualidad, los adultos pueden hacer frente a un divorcio con mayor eficacia que en la década de los cincuenta, debido a que este tipo de rupturas matrimoniales se ha convertido en un hecho más frecuente y mejor aceptado por la sociedad.

A pesar de que el enfoque basado en los acontecimientos vitales constituye una valiosa aportación que permite comprender mejor el desarrollo de los adultos, al igual que otras teorías, también presenta una serie de desventajas (Dohrenwend y Dohrenwend, 1978). Uno de estos inconvenientes es la gran importancia que se otorga al concepto del cambio en este enfoque, de manera que no se tiene en cuenta la estabilidad que, al menos en cierto grado, caracteriza al desarrollo adul-

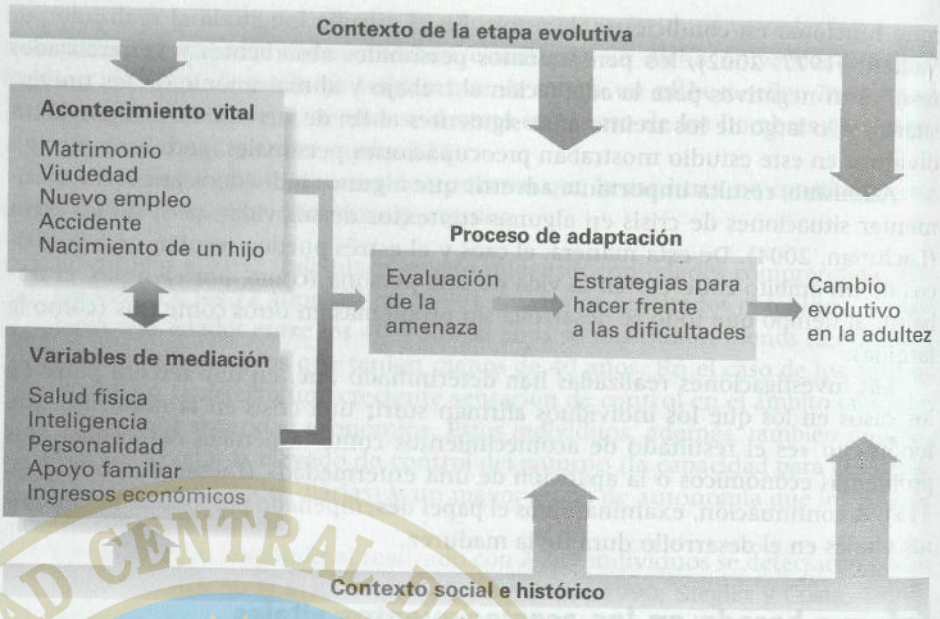


FIGURA 17.6 Marco contemporáneo basado en los acontecimientos vitales para interpretar el cambio evolutivo en la adultez

to. Además, tampoco se advierte que el estrés que experimentamos puede no surgir de los grandes acontecimientos de nuestra vida, sino de nuestras vivencias diarias (Pillow, Zautra y Sandler, 1996). Tener un matrimonio o un empleo aburridos pero que causan tensión, o vivir en la pobreza, no constituyen factores que puedan considerarse grandes acontecimientos vitales. Sin embargo, estas condiciones sí nos afectan día a día, lo que da lugar a altos niveles de estrés en nuestras vidas y, finalmente, a la aparición de enfermedades. Algunos psicólogos consideran que podemos obtener una mejor visión del origen del estrés que experimentamos si nos centramos más en las dificultades y en los aspectos positivos con los que nos encontramos cada día (Lazarus y Folkman, 1984).

En un estudio realizado con 210 agentes de policía de Florida (Estados Unidos), se determinó que el estrés diario provocado por la ineficacia del sistema judicial y por la información distorsionada que la prensa ofrecía del trabajo policial resultaba más elevado que el que los agentes experimentaban cuando se enfrentaban a la comisión de un delito o detenían a un individuo (Spielberger y Grier, 1983). Según otro estudio, las dificultades diarias más frecuentes que suponían una molestia para un grupo de estudiantes universitarios eran la pérdida de tiempo, la preocupación por alcanzar el rendimiento establecido y la soledad (Kanner y otros, 1981). Por otro lado, los aspectos positivos señalados por estos estudiantes con mayor frecuencia incluían el entretenimiento, una buena relación con los amigos y finalizar las tareas encomendadas. En este mismo estudio, se determinó que la preocupación diaria más frecuente para los adultos maduros era el peso corporal y la salud de los miembros de la familia, mientras que el aspecto positivo diario más señalado era mantener una buena relación con el cónyuge, la pareja o con un amigo (véase la Figura 17.7). Además, resultaba más probable que los adultos maduros señalaran que sus preocupaciones diarias estaban relacionadas con la economía (subida de los precios o de los impuestos, por ejemplo) a que lo hicieran los estudiantes universitarios. Según un reciente estudio, a pesar de que los adultos jóvenes experimentan factores de estrés diarios de manera más frecuente que los adultos maduros, éstos últimos deben hacer frente a una mayor carga de situaciones que generan estrés, ya que han de combinar la realización de demasiadas actividades de forma simultánea (Almeida y Horn, 2004). En este mismo estudio, las mujeres maduras presentaban mayores factores «entrelazados» de estrés (exigencias simultáneas que provienen de distintos contextos, como el trabajo o la familia) que los varones de su misma edad, por lo que se detectaba un mayor nivel de estrés en el caso de las mujeres. Además, los adultos maduros con

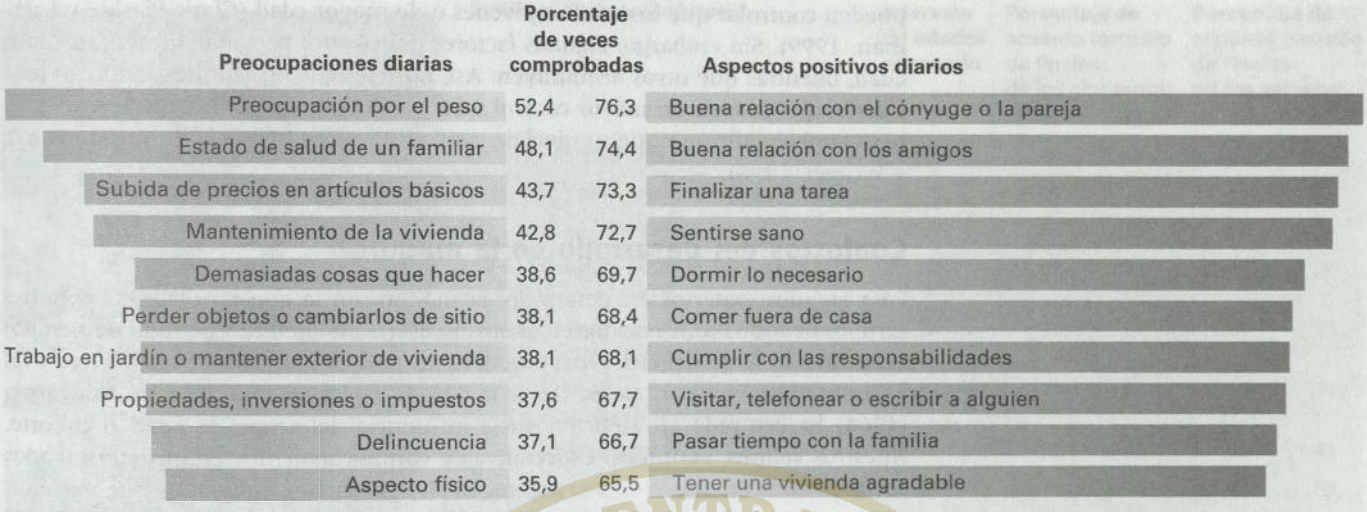


FIGURA 17.7 Las diez preocupaciones y aspectos positivos diarios más frecuentes para adultos maduros durante un período de nueve meses

un menor nivel educativo presentaban el mismo número de factores de estrés que los que presentaban un nivel educativo superior. Sin embargo, los primeros solían considerar que dichos factores resultaban más graves. Aún así, no podemos olvidar que este tipo de estrés diario no constituye una verdadera crisis de la madurez para la mayoría de los individuos.

Algunos expertos no comparten este enfoque basado en las preocupaciones diarias. En su opinión, cuando se evalúan los problemas rutinarios de un individuo, esta teoría presenta algunas de las desventajas que se detectan en el enfoque basado en los acontecimientos vitales (Dohrenwend y Shrout, 1985). Así, por ejemplo, conocer los problemas diarios de un adulto no aporta ningún tipo de información acerca de los cambios físicos que experimenta, de su forma de hacer frente a las dificultades o de la manera en la que percibe esas molestias en su vida diaria.

Estrés en la madurez

Tal y como hemos señalado, existen pruebas concluyentes de que la madurez no constituye un período evolutivo en el que la mayoría de los adultos experimente una crisis caótica. En los casos en los que sí se produce una crisis, los motivos suelen encontrarse en el estrés que surge de los acontecimientos vitales. ¿Existen diferencias entre la forma en la que los adultos maduros experimentan el estrés y la manera en que lo hacen los jóvenes y los ancianos? Margie Lachman (2004, pág. 320) trató esta cuestión en una reciente revisión de investigaciones de la que destacan los aspectos que se señalan a continuación. Un estudio determinó, a través del empleo de diarios durante períodos de una semana, que tanto los adultos jóvenes como los maduros experimentan más días caracterizados por altos niveles de estrés «y más días con distintas fuentes de estrés que los adultos que se encuentran en la vejez» (Almeida y Horn, 2004). Este descubrimiento viene a confirmar los resultados de investigaciones anteriores que indicaban que los niveles de estrés eran superiores en los adultos jóvenes y maduros, y que disminuían durante la vejez (Chiriboga, 1997). En el estudio antes señalado, al compararlos con los adultos de mayor edad, los individuos jóvenes y maduros se enfrentaban a una mayor cantidad de factores que generaban estrés —sobre todo los relacionados con sus hijos y con los riesgos económicos—, que los adultos que se encontraban en la vejez (Almeida y Horn, 2004). Otras investigaciones han determinado que los adultos maduros experimentan un número inferior de factores de estrés que no

pueden controlar que los adultos jóvenes o de mayor edad (Clark-Plaskie y Lachman, 1999). Sin embargo, algunos factores del control personal aumentan con la edad, mientras que otros disminuyen. Así, por ejemplo, los adultos maduros consideran que poseen un mayor control sobre su economía que los adultos jóvenes, pero también afirman que su nivel de control sobre los hijos es inferior (Lachman y Weaver, 1998).

Contextos del desarrollo en la madurez

Para algunos expertos en desarrollo, la manera en la que las distintas cohortes (grupos de individuos nacidos en el mismo año o en el mismo período de tiempo) avanzan a lo largo del ciclo vital está determinada por los cambios históricos y las distintas expectativas sociales. Desde la década de los sesenta, Bernice Neugarten (1964) ha centrado su atención en la influencia del grupo de edad o cohorte. Nuestros valores, actitudes, expectativas y comportamientos están determinados por el período en que vivimos. Así, según Neugarten, los individuos que nacieron durante los duros años de la Gran Depresión en Estados Unidos pueden poseer una visión de la vida distinta a la de los nacidos durante los años cincuenta, una década marcada por el optimismo.

Neugarten (1986) considera que el contexto social de un grupo de edad en concreto puede alterar su **reloj social**, es decir, el calendario que determina el momento en el que los individuos han de completar ciertas tareas vitales, como contraer matrimonio, tener hijos o crear una trayectoria profesional propia. Los relojes sociales sirven de guía en nuestras vidas. De esta manera, los individuos cuyas vidas no están sincronizadas con estos relojes sociales muestran mayores niveles de estrés que las personas que sí siguen el calendario socialmente establecido. Neugarten afirma que hoy en día existe un menor grado de acuerdo que en el pasado acerca de la edad o de la secuencia adecuada para que se produzcan los acontecimientos más importantes de la vida. De esta manera, la edad a la que los individuos se casan, tienen hijos, se educan y se jubilan está sujeta a mayores variaciones que en décadas anteriores.

Según un estudio, entre el final de la década de los cincuenta y los últimos años de la década de los setenta, se produjo un importante descenso en el porcentaje de adultos que consideran que existe una «edad adecuada» para los grandes acontecimientos y logros vitales (Passuth, Maines y Neugarten, 1984) (véase la Figura 17.8). En otra investigación, un grupo de adultos australianos respondió a las mismas preguntas sobre la existencia de una edad adecuada para vivir ciertos acontecimientos vitales que Neugarten había utilizado en sus investigaciones con adultos estadounidenses (Peterson, 1996). Los sujetos australianos consideraban que la edad para casarse y convertirse en abuelos debía ser más tardía, que se debía acabar la escuela antes y que la jubilación podía ocurrir dentro de un espacio de tiempo bastante amplio. En general, para los adultos australianos, las circunstancias de la vida debían experimentarse a lo largo de unos plazos de tiempo más extensos.

Resulta complicado intentar extraer patrones y verdades universales sobre el desarrollo de los adultos a partir de la observación de una cohorte concreta, ya que los resultados pueden no ser aplicables a otros grupos de edad. La mayoría de los individuos estudiados por Levinson y Vaillant, por ejemplo, nacieron antes o durante la Gran Depresión. Los datos aplicables a estos individuos pueden no ser adecuados para las personas que, hoy en día, tienen 50 años y que nacieron tras la Segunda Guerra Mundial, una época mucho más optimista, o para la generación siguiente al *baby-boom* que comienza ahora a vivir su madurez. Los varones maduros que participaron en los estudios de Levinson y Vaillant pueden haber sufrido un gran desgaste a una edad prematura. Por ello, quizás su situación no refleje un patrón de desarrollo normal caracterizado por el bajo nivel de estrés (Rossi, 1989).





Actividad/Acontecimiento	Intervalo de edades adecuado	Porcentaje de acuerdo (estudio de finales de los cincuenta)		Porcentaje de acuerdo (estudio de finales de los setenta)	
		H	M	H	M
Mejor edad para que un hombre se case	20-25	80	90	42	42
Mejor edad para que una mujer se case	19-24	85	90	44	36
Edad para ser abuelos	45-50	84	79	64	57
Mejor edad para finalizar los estudios y comenzar a trabajar	20-22	86	82	36	38
Edad en la que los hombres deberían tener una trayectoria profesional estable	24-26	74	64	24	26
Edad en la que la mayoría de hombres ya ha alcanzado su mejor empleo	45-50	71	58	38	31
Edad para jubilarse	60-65	83	86	66	41
Edad en la que un hombre tiene más responsabilidades	35-50	79	75	49	50
Edad en la que un hombre alcanza más logros	40-50	82	71	46	41
Mejor momento en la vida de un hombre	35-50	86	80	59	66
Edad en la que una mujer tiene más responsabilidades	25-40	93	91	59	53
Edad en la que una mujer alcanza más logros	30-45	94	92	57	48

FIGURA 17.8 Opinión individual acerca de la edad adecuada para que tengan lugar los principales acontecimientos y logros vitales: finales de los años cincuenta y de los años setenta

Contextos del género Según algunas opiniones críticas, las teorías sobre el desarrollo adulto basadas en la existencia de etapas tienden a centrarse exclusivamente en los varones (Deutsch, 1991). Así, por ejemplo, la atención de estas teorías se centra en la elección de una trayectoria profesional y en los logros laborales, aspectos que, históricamente, han dominado las decisiones y las oportunidades de las vidas de los varones, en mayor medida que las vidas de las mujeres. Además, estas teorías no se ocupan de manera adecuada de las preocupaciones que las mujeres experimentan con respecto a las relaciones, la interdependencia y el afecto (Gilligan, 1982). Asimismo, las teorías basadas en la existencia de etapas apenas han otorgado importancia al cuidado y la crianza de los hijos. Los roles desempeñados por las mujeres en el contexto familiar resultan complejos y suelen ocupar un lugar más importante en sus vidas que en las de los varones. Además, los hombres no están sometidos de una forma tan intensa como las mujeres a las exigencias propias de su rol, que les obligan a encontrar el equilibrio entre su trayectoria profesional y su familia. Los factores que generan estrés a los hombres maduros no coinciden con los que afectan a las mujeres de estas mismas edades. Según un reciente estudio, las mujeres maduras estaban sometidas a factores de estrés interpersonales, mientras que, en el caso de los varones, el estrés solía surgir de factores más centrados en el yo (Almeida y Horn, 2004).

Muchas de las mujeres que se encuentran en la actualidad viviendo su madurez o en etapas más avanzadas de su desarrollo



Según algunas opiniones críticas, las teorías sobre el desarrollo adulto basadas en la existencia de etapas tienden a ocuparse exclusivamente de los varones, ya que se centran en la elección de una trayectoria profesional y en los logros laborales y no tratan de manera adecuada las preocupaciones que las mujeres experimentan con respecto a las relaciones, la interdependencia y el afecto. Las teorías que defienden la existencia de etapas se basan en una secuencia normativa del desarrollo. Sin embargo, debido a que los roles femeninos cambian y son más complejos, resulta difícil determinar qué constituye una secuencia normativa. *¿Qué cambios se han producido en las vidas de las mujeres maduras en los últimos años?*

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST QUITO FUNDADA EN 1620



Un grupo de individuos Gusii interpretan una danza en el «Día del hábitat» en Nairobi, Kenia. En la cultura Gusii, el paso de un estatus a otro se basa en los acontecimientos vitales, no en la edad. Para este pueblo no existe una transición bien definida a la madurez.

experimentaron un cambio en su rol al acercarse a la treintena o más tarde (Fodor y Franks, 1990). Cuando comenzaban a asumir sus roles tradicionales, el comienzo del movimiento femenino alteró las vidas de un número importante de mujeres que habían sido educadas en un contexto tradicional y de sus familias. Estos cambios aún están ocurriendo en las vidas de muchas mujeres maduras, y cada vez se produce un mayor número de divorcios en etapas más avanzadas del desarrollo. Además, en un mundo obsesionado con la belleza y la juventud, se aplica un doble rasero con respecto al envejecimiento: las mujeres deben permanecer jóvenes, mientras que los hombres pueden envejecer. Según un estudio, a la mayoría de las mujeres maduras les gustaría tener diez años menos (Rossi, 1989).

Las oportunidades de las que disponen las mujeres tanto en su madurez como en otras etapas de su desarrollo se amplían gracias a los cambios fundamentales que se han producido en las actitudes sociales con respecto a la participación en el mundo laboral, las familias y los roles de género (Moen y Wethington, 1999). Los efectos de estos cambios afectan de una manera más decisiva a la generación del *baby-boom* que ahora comienza a vivir su madurez. En la actualidad, existen muchas similitudes entre los patrones de empleo que, a lo largo de todo el ciclo vital, han seguido las mujeres que ahora viven su madurez y la trayectoria laboral de los varones de su misma generación (Contemporary Research Press, 1993).

¿Deben las mujeres temer a la madurez y a las etapas posteriores de su vida? ¿Pierden en esta etapa juventud y oportunidades? ¿Es la madurez un período de declive o, por el contrario, constituye una nueva etapa de florecimiento en la vida, un momento de renovación, de desprenderse de las preocupaciones relacionadas con la apariencia juvenil y el físico? ¿Constituye la madurez una fase en la que plantearse nuevos retos, valorar la madurez que se ha logrado y disfrutar de los cambios?

Según un estudio, para muchas mujeres, el comienzo de la cincuentena constituía un período de plenitud en sus vidas (Mitchell y Helson, 1990). En una muestra de setecientas mujeres con edades comprendidas entre los 26 y los 80 años, los sujetos que comenzaban su cincuentena solían describir sus vidas como «de primera clase». Las vidas de estas mujeres se diferenciaban de las de otras que se encontraban en diferentes etapas por una serie de factores: más «nidos vacíos», mejor estado de salud, ingresos económicos superiores y una mayor preocupación por los padres. A esta edad, las mujeres daban muestras de confianza, participación, seguridad y amplitud en sus personalidades.

En resumen, la idea de que la madurez constituye una etapa negativa para las mujeres responde al estereotipo, al igual que gran número de las ideas preconcebidas con respecto a las distintas fases del desarrollo (Aldwin y Levenson, 2001); Huyck, 1999). Para las mujeres, al igual que para los hombres, la madurez está caracterizada por la diversidad y la heterogeneidad.

Contextos culturales Tal y como ya se ha señalado, en Estados Unidos, las crisis de la madurez constituyen un fenómeno menos influyente de lo que comúnmente se cree (Chiriboga, 1989). Sin embargo, ¿cuál es la situación en otras culturas? Se han realizado escasos estudios transculturales acerca de la madurez, y las teorías basadas en la existencia de etapas, como la de Levinson, no se han aplicado a otros contextos culturales. Sin embargo, en muchas culturas, sobre todo en las no industrializadas, el concepto de madurez no está claramente delimitado o, en algunos casos, simplemente no existe. De hecho, para ciertos pueblos resulta frecuente describir a los individuos como jóvenes o ancianos, pero no como maduros (Grambs, 1989), y otros carecen de términos como «adolescente», «adulto joven» o «adulto maduro».

Podemos centrarnos en el caso de la cultura Gusii, situada en el sur de Kenia (África). Los Gusii dividen el ciclo vital de manera distinta para las mujeres que para los hombres (LeVine, 1979):

Mujeres	Hombres
1. Niña	1. Niño
2. Muchacha sin ablación	2. Muchacho sin circuncidar
3. Muchacha con ablación	3. Muchacho guerrero circuncidado
4. Mujer casada	4. Hombre anciano
5. Mujer anciana	

De esta manera, en la cultura Gusii el paso de un estatus al siguiente se produce por motivos relacionados con los acontecimientos vitales, no con la edad. A pesar de que los Gusii carecen de una fase de transición bien definida hacia la madurez, algunos de los adultos de este pueblo efectúan una evaluación de sus vidas alrededor de los 40 años de edad. En este punto de sus vidas, estos individuos examinan su estatus presente y el tiempo limitado del que aún disponen en sus vidas. Su fuerza física disminuye y saben que no podrán ocuparse de sus tierras por siempre, por lo que recurren a poderes espirituales y se convierten en oficiantes de ritos o en sanadores. Sin embargo, al igual que en la cultura occidental, las crisis de la madurez constituyen casos excepcionales en la cultura Gusii, y no la norma.

¿Cuáles son las características de la madurez para las mujeres en otras culturas? Suele depender del grado de modernización de esa cultura, o de la forma en que un pueblo determinado considere los roles de género. Para algunos antropólogos, cuando las mujeres llegan a la madurez en las sociedades no industrializadas, disfrutan de una serie de ventajas (Brown, 1985). En primer lugar, suelen verse liberadas de las severas restricciones que se imponen a las mujeres jóvenes. Así, por ejemplo, durante la madurez, estas mujeres disfrutan de una mayor movilidad geográfica. Ya no tienen hijos a los que cuidar o, si los tienen, pueden dejarlos al cuidado de otros adultos, y las tareas domésticas son menores. Las oportunidades comerciales o religiosas, o las visitas a familiares que viven lejos, les permiten salir del contexto de su pueblo. Además, otro cambio de importancia que ocurre en las vidas de las mujeres que alcanzan la madurez es el derecho a ejercer autoridad sobre parientes más jóvenes, que serán los encargados de realizar las tareas necesarias. El trabajo de la mujer madura suele ser de coordinación, asignando tareas y encargos a mujeres de menor edad. Además, la mujer madura se encarga de tomar importantes decisiones que afectan a los miembros de generaciones más jóvenes: cómo se llamará un nieto, quién está preparado para pasar por un rito de iniciación o quién puede casarse con quién. El tercer cambio fundamental que se produce en las vidas de las mujeres maduras en las sociedades no industrializadas es la posibilidad de asumir una posición especial dentro del grupo que le permita ser reconocida más allá de su hogar. Dentro de estas posiciones se incluyen, por ejemplo, las tareas de matrona, curandera, casamentera o sacerdotisa.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Describir las teorías sobre la personalidad y el desarrollo durante la madurez

REVISA

- ¿Cuáles son algunas de las teorías basadas en la existencia de etapas que se ocupan del desarrollo en la edad adulta?
- ¿En qué consiste el enfoque basado en los acontecimientos vitales?
- ¿En qué se diferencia el estrés que afecta a los adultos maduros del que experimentan los adultos jóvenes y los ancianos?
- ¿De qué manera influyen los distintos contextos en el desarrollo durante la madurez?

REFLEXIONA

- ¿Qué enfoque del desarrollo adulto te parece más adecuado: el basado en etapas o el enfoque basado en los acontecimientos vitales? ¿O consideras necesario tener en cuenta ambas perspectivas para poder comprender el desarrollo de un adulto? Justifica tu respuesta.

2 ESTABILIDAD Y CAMBIO

Estudios longitudinales | Conclusiones

Tal y como señalamos en el Capítulo 1, un importante aspecto del desarrollo del ciclo vital es la relación existente entre el grado de estabilidad que muestran los individuos y la magnitud del cambio que experimentan en sus vidas. Varios estudios longitudinales se han centrado en este aspecto (estabilidad frente a cambio) al realizar un seguimiento de los sujetos de investigación en distintos momentos de sus vidas adultas.

Estudios longitudinales

Con el fin de comprender la incidencia de los conceptos de estabilidad y cambio en el desarrollo adulto, examinaremos cinco estudios longitudinales: el «Estudio Kansas City de Neugarten», el «Estudio Baltimore de Costa y McCrae», los «Estudios longitudinales Berkeley», las investigaciones realizadas por Vaillant y el «Estudio Mills College de Helson».

Estudio Kansas City de Neugarten Bernice Neugarten (1964) llevó a cabo uno de los primeros estudios longitudinales sobre el desarrollo de la personalidad adulta. En esta investigación, conocida como el «Estudio Kansas City», se estudió a individuos con edades comprendidas entre los 40 y los 80 años durante un período de 10 años. Los adultos realizaron test de personalidad, respondieron a cuestionarios y fueron entrevistados.

Neugarten llegó a la conclusión de que tanto la estabilidad como el cambio constituían factores característicos de los adultos en su desarrollo. Los aspectos en los que se detectaba una mayor estabilidad fueron las maneras de hacer frente a las dificultades (como, por ejemplo, evitar los problemas o enfrentarse a ellos sin rodeos), sentirse satisfecho con la vida y presentar una orientación hacia la consecución de objetivos. En lo referente al cambio, la tendencia a mostrarse pasivos y

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620 QUITO

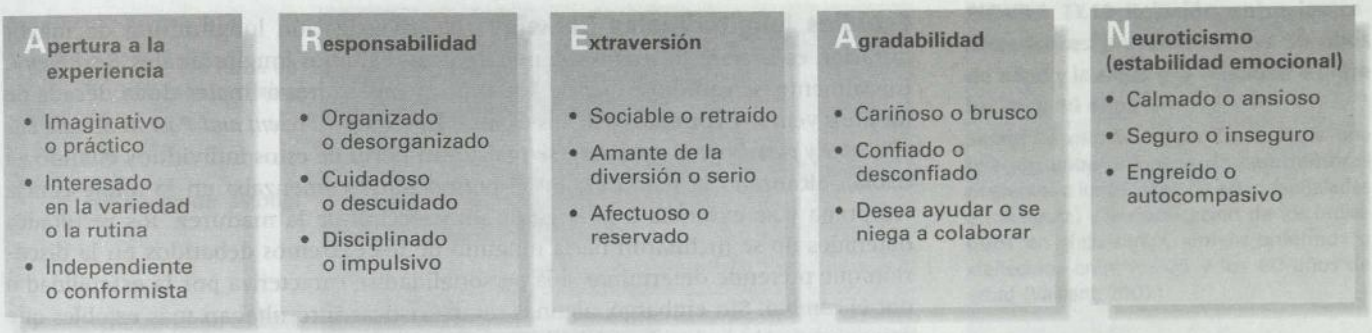


FIGURA 17.9 Los cinco grandes factores de la personalidad
Se presentan cada uno de los rasgos generales que engloban rasgos y características más concretos.

a sentirse amenazados por el entorno iba en aumento al tiempo que envejecían de los 40 a los 60 años de edad.

Estudio Baltimore de Costa y McCrae En la actualidad, sigue desarrollándose otro gran estudio de la personalidad adulta realizado por Paul Costa y Robert McCrae (1995, 1998; McCrae y Costa, 2003). Esta investigación se centra en los denominados **cinco grandes factores de la personalidad,** formados por la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión, la agradabilidad y el neuroticismo (estabilidad emocional) (véase la Figura 17.9). Numerosos estudios indican que estos factores constituyen importantes dimensiones de la personalidad (Costa y McCrae, 1995, 1998; McCrae y Costa, 2003).

Por medio de su test de los cinco factores de la personalidad, Costa y McCrae (1995, 2000) analizaron aproximadamente a mil hombres y mujeres con educación universitaria y edades comprendidas entre los 20 y los 96 años, con los que realizaron estudios de seguimiento a lo largo de muchos años. La recogida de datos comenzó entre los años cincuenta y mediados de la década de los sesenta, y aún continúa. Costa y McCrae llegaron a la conclusión de que la estabilidad caracterizaba a los cinco factores (estabilidad emocional, extraversión, apertura, agradabilidad y responsabilidad). Sin embargo, un reciente estudio ha señalado que la responsabilidad alcanza su mayor grado durante la madurez, lo que refleja la existencia del cambio (Lachman y Bertrand, 2001).

En una investigación, McCrae y sus colegas (1999) identificaron ciertas tendencias vinculadas con grupos de edad que afectaban a la personalidad en distintas culturas. En Alemania, Croacia, Italia, Portugal y Corea, los adultos de mayor edad obtenían resultados más bajos en extraversión y apertura a la experiencia que los adultos más jóvenes, pero sus resultados eran mayores en agradabilidad y responsabilidad. Patrones similares de cambios relacionados con la edad se detectaron en un estudio con adultos chinos y estadounidenses (Yang, McCrae y Costa, 1998). En estos estudios, por otra parte, se identificaron escasas variaciones culturales.

En otro reciente estudio, 285 adultos estadounidenses (estados del medio oeste) y 450 adultos chinos (Pekín) realizaron el «Inventario Psicológico California» (Labouvie-Vief y otros, 2000), un test estandarizado de personalidad en el que los individuos responden a un gran número de ítems que evalúan una serie de rasgos de personalidad. Los individuos que realizan este test deben señalar si se reconocen en las afirmaciones de cada ítem. El análisis de los resultados indicó que los adultos de mayor edad eran menos extravertidos y menos flexibles que los adultos jóvenes. Además, resultaba más probable que el autocontrol fuera más elevado en los adultos de mayor edad, quienes también presentaban una mayor tendencia hacia comportamientos que respetaban las normas al compararlos con los adultos de menor edad. Los cambios asociados con la edad resultaban más evidentes en el caso de los adultos chinos que en el de los estadounidenses.

Estudios longitudinales Berkeley La investigación longitudinal de mayor duración es la serie de análisis denominados «Estudios longitudinales Berkeley». Inicialmente, se estudió a más de 500 niños y sus padres a finales de la década de los años veinte y comienzos de los treinta. En el libro *Present and Past in Middle Life* (*Presente y pasado en la madurez*), se realizó un perfil de estos individuos cuando ya habían alcanzado la madurez. En el período que comenzaba en la adolescencia temprana y se extendía a lo largo de una sección de la madurez, los resultados obtenidos no se inclinaron hacia ninguno de los extremos debatidos en la discusión que pretende determinar si la personalidad se caracteriza por la estabilidad o por el cambio. Sin embargo, algunas características sí resultaban más estables que otras, como el grado en el que los individuos se muestran orientados hacia las tareas intelectuales, la confianza en sí mismos y la apertura ante nuevas experiencias. Las características más afectadas por el cambio fueron el grado en el que los individuos se mostraban inclinados hacia el cuidado de otros o hacia la hostilidad, así como su capacidad de autocontrol.

John Clausen (1993), uno de los investigadores que realizaron los «Estudios longitudinales Berkeley», considera que se ha prestado demasiada atención a la existencia de discontinuidades para todos los seres humanos, tal y como se puede desprender de las teorías basadas en la existencia de etapas en la edad adulta. Por ello, Clausen opina que algunos individuos experimentan crisis recurrentes y cambian en gran medida a lo largo de sus vidas, mientras que otros presentan existencias más estables y continuas, y experimentan muchos menos cambios.

Estudios de George Vaillant George Vaillant (2002) ha realizado tres estudios longitudinales sobre el desarrollo adulto y el envejecimiento: 1) una muestra de 269 individuos de clase social privilegiada, licenciados por la Universidad de Harvard, y nacidos alrededor de 1920 (denominado el «Estudio Grant»); 2) una muestra de 456 varones procedentes de contextos desfavorecidos nacidos alrededor de 1930, y 3) una muestra de 90 mujeres con sobredotación intelectual, de clase media y nacidas alrededor de 1910. Se ha analizado a estos individuos en numerosas ocasiones (en la mayor parte de los casos, cada dos años), en un seguimiento que comenzó entre la década de los veinte y de los cuarenta y que continúa hoy en día para los sujetos que siguen con vida. Las formas de evaluación más empleadas son las entrevistas en profundidad con los participantes, sus padres y sus profesores.

Vaillant creó tres categorías para clasificar a los individuos con edades comprendidas entre los 75 y los 80 años: «feliz-sano», «infeliz-enfermo» y «fallecido». Este investigador utilizó los datos recogidos acerca de estos individuos cuando tenían 50 años de edad con el fin de predecir en qué categoría resultaba probable que pudieran encuadrarse entre los 75 y los 80 años de edad. El abuso del alcohol y el consumo de tabaco constituyeron los factores más fiables a la hora de predecir qué sujetos habrían fallecido antes de los 75-80 años. Otros factores detectados a los 50 años de edad se relacionaban con la pertenencia a la categoría «feliz-sano» cuando se contara con 75-80 años:

- Realizar ejercicio de forma regular.
- Evitar el sobrepeso.
- Haber recibido una buena educación académica.
- Tener un matrimonio estable.
- Presentar una orientación personal hacia el futuro.
- Ser agradecido y ser capaz de perdonar.
- Mostrar empatía hacia otros individuos.
- Ser activo con otros individuos.
- Poseer estrategias eficaces para enfrentarse a las dificultades.

Disponer de una buena situación económica a la edad de 50 años no se relacionaba con la pertenencia a la categoría de «feliz-sano» a los 75-80 años. En la Figura 17.10 se muestran los resultados obtenidos en uno de los estudios de Vai-

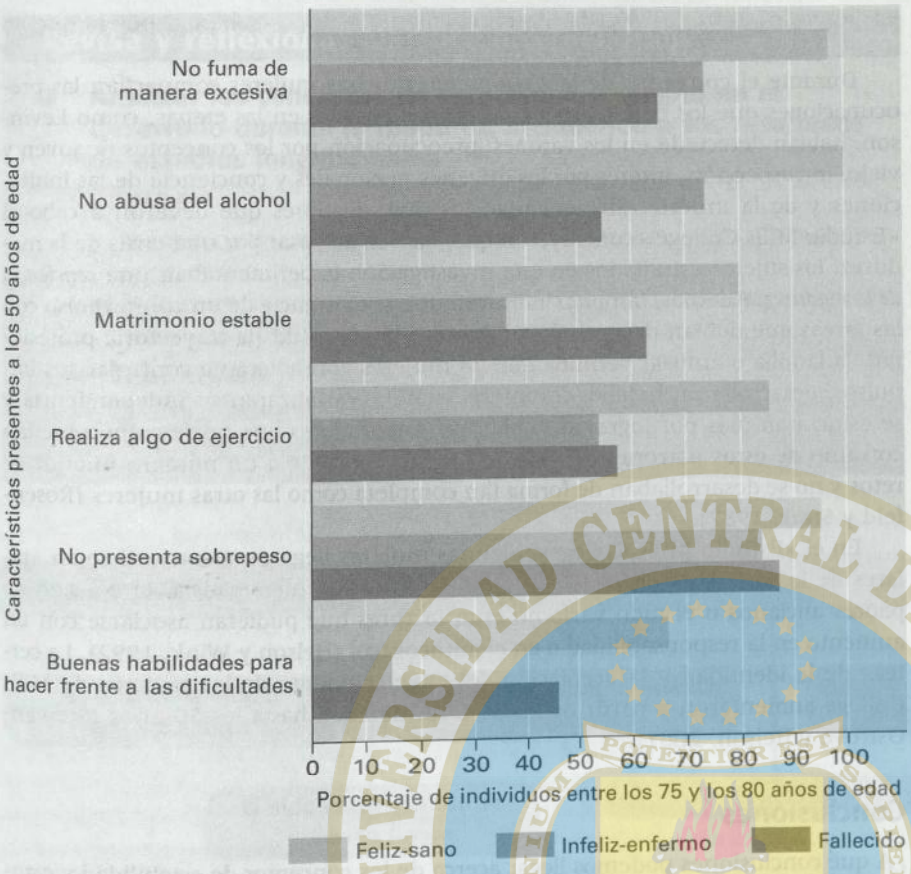


FIGURA 17.10 Relación entre las características presentes a los 50 años de edad y la salud y la felicidad a entre los 75 y 80 años

Según un estudio longitudinal, existe una relación entre una serie de características presentes a los 50 años de edad (señaladas en la figura) y la clasificación de los individuos en «feliz-sano», «infeliz-enfermo» o «fallecido» entre los 75 y los 80 años de edad (Vaillant, 2002).

llant, el «Estudio Grant» de varones de Harvard. Como puede apreciarse, cuando los individuos de 50 años de edad no consumían grandes cantidades de tabaco, no abusaban del alcohol, tenían un matrimonio estable, practicaban ejercicio físico, mantenían un peso adecuado y poseían estrategias eficaces para enfrentarse a las dificultades, resultaba más probable que permanecieran con vida y fueran felices a la edad de 75-80 años.

Estudio Mills College de Helson Ravenna Helson y sus colegas (Helson, 1997; Helson, Mitchell y Moane, 1984; Helson y Wink, 1992; Stewart, Ostrove y Helson, 2001) realizaron otra investigación longitudinal acerca del desarrollo de la personalidad en la adultez. Inicialmente, estudiaron a 132 mujeres que cursaban el último año de estudios universitarios en Mills College (California) a finales de la década de los cincuenta. Luego, volvieron a estudiarlas cuando ya contaban con más de 30 años de edad, más de 40 y más de 50. Helson y sus colegas distinguieron tres grupos principales entre las mujeres de Mills: las orientadas hacia la familia, las orientadas hacia el mundo laboral (tanto si deseaban formar una familia como si no) y las que no seguían ninguno de los dos caminos anteriores (mujeres sin hijos que buscaban trabajos de bajo nivel). A pesar de sus diferentes perfiles en la universidad y sus distintas trayectorias vitales, las mujeres de los tres grupos experimentaban algunos cambios psicológicos similares a lo largo de su vida adulta. Sin embargo, las mujeres que se clasificaban en el tercer grupo pasaban por menos transformaciones que las que orientaban sus vidas hacia la familia o hacia el trabajo. En el período de tiempo comprendido entre los 27 años de edad y el comienzo de la cuarentena, se producía un cambio hacia actitudes femeninas menos tradicionales, incluyendo un grado de dominancia más elevado, mayor interés por los acontecimientos que ocurrían fuera del contexto familiar y una estabilidad emocional también mayor. Estas alteraciones pueden deberse a los cambios socia-



A los 55 años de edad, el actor Jack Nicholson afirmó: «Me siento exactamente igual que siempre: una bestia feroz sujeta por algunas riendas.» Para Nicholson, su personalidad apenas ha cambiado; otros adultos consideran que sí han cambiado a lo largo de su desarrollo. *¿En qué medida cambia o permanece inalterada la personalidad a lo largo de la edad adulta?*

les acaecidos entre las décadas de los cincuenta y de los ochenta, por lo que no tienen por qué estar relacionadas con la edad.

Durante el comienzo de la cuarentena, muchas mujeres compartían las preocupaciones que los defensores de las teorías basadas en las etapas, como Levinson, habían detectado en los varones: preocupación por los conceptos de joven y viejo, introspección, interés por los orígenes personales y conciencia de las limitaciones y de la muerte. Sin embargo, los investigadores que llevaron a cabo el «Estudio Mills College» concluyeron que, en vez de pasar por una crisis de la madurez, los sujetos estudiados en esta investigación experimentaban una *conciencia de la madurez*. Además, también indicaron que la existencia de un compromiso con las tareas que debían desempeñarse durante la juventud (la trayectoria profesional, la familia o ambas) permitía que las mujeres aprendieran a controlar sus impulsos, desarrollaran habilidades interpersonales, alcanzaran su independencia y se esforzaran más por lograr sus objetivos. Las mujeres que no se comprometían con uno de estos patrones de vida debían hacer frente a un número inferior de retos y no se desarrollaban de forma tan completa como las otras mujeres (Rosenfeld y Stark, 1987).

En el «Estudio Mills College», algunas mujeres llegaron a convertirse en «pilares de la sociedad» entre los 40 y los 50 años. La menopausia, el cuidado de padres ancianos o el nido vacío no eran factores que pudieran asociarse con un aumento en la responsabilidad o en el autocontrol (Helson y Wink, 1992). La certeza de la identidad y la aceptación del envejecimiento de las mujeres de Mills College aumentaron a partir de los 30 años de edad hasta los 50 años (Stewart, Ostrove y Helson, 2001).

Conclusiones

¿A qué conclusiones podemos llegar acerca de los conceptos de estabilidad y cambio en el desarrollo de la personalidad durante la edad adulta? Según Avshalom Caspi y Brent Roberts (2001), con las pruebas de las que se dispone no se puede concluir que los rasgos de personalidad se fijen definitivamente a una edad determinada durante la adultez. Sin embargo, estos autores afirman que, de manera frecuente, el cambio no resulta ilimitado y que, en algunos casos, los cambios que se producen en la personalidad son poco importantes. Además, afirman que la edad es un factor positivamente relacionado con la estabilidad, y que esta asociación alcanza su mayor intensidad entre los 50 y los 70 años de edad. Es decir, los individuos muestran una mayor estabilidad en su personalidad cuando han alcanzado la madurez que cuando aún se encuentran en la juventud. Estas conclusiones forman la base sobre la que se asienta el concepto de *modelo acumulativo de personalidad* que se aplica al desarrollo de la personalidad. Según este modelo, con el tiempo y la edad, los individuos se muestran más hábiles al interactuar con su entorno, y lo hacen con estrategias que fomentan la estabilidad de los rasgos de personalidad.

Sin embargo, la madurez no está libre de cambios. Existen numerosas pruebas que permiten afirmar que los contextos sociales, las nuevas experiencias y las transformaciones sociales e históricas pueden influir en el desarrollo de la personalidad. No obstante, Caspi y Roberts (2001) opinan que, al envejecer, la estabilidad gana importancia frente al cambio.

Otros investigadores afirman que la estabilidad en la personalidad comienza a hacerse evidente alrededor de los 30 años de edad (Costa y McCrae, 2000; McCrae, 2001). Sin embargo, otros autores señalan que, durante la madurez, pueden producirse amplios cambios en la personalidad (Lewis, 2001). Además, resulta muy probable que ciertos individuos cambien más que otros. En definitiva, aún no existe acuerdo a la hora de determinar el grado de influencia que la estabilidad y el cambio ejercen sobre el desarrollo de la personalidad durante los años de la adultez (Bertrand y Lachman, 2003).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Analizar los conceptos de estabilidad y cambio en el desarrollo durante la madurez, atendiendo a los resultados de estudios longitudinales

REVISA

- Nombra cuatro estudios longitudinales y explica los resultados obtenidos por cada uno de ellos.
- ¿A qué conclusiones podemos llegar al analizar los conceptos de estabilidad y cambio en el desarrollo durante la edad adulta?

REFLEXIONA

- ¿Por qué resulta importante llevar a cabo estudios longitudinales sobre la estabilidad y el cambio en el desarrollo?

3 RELACIONES CERCANAS

Amor y matrimonio en la madurez

Relaciones entre hermanos y amistades

Relaciones intergeneracionales

El nido vacío y cómo se vuelve a llenar

Abuelos

Para los estadounidenses maduros, un importante factor que influye en el bienestar es el hecho de disfrutar de relaciones positivas con los demás, especialmente con los padres, el cónyuge y los hijos (Lachman, 2004; Markus y otros, 2004). Para comenzar nuestro análisis de las relaciones durante la madurez, nos centraremos en el amor y el matrimonio en el caso de los adultos maduros.

Amor y matrimonio en la madurez

En primer lugar, nuestro análisis del amor y del matrimonio en la madurez se centrará en el aumento en el amor afectuoso que suele tener lugar en esta etapa evolutiva, así como en las características del matrimonio y el divorcio en la edad adulta.

Amor afectuoso Tal y como se indicó en el Capítulo 15, el amor romántico y el amor afectuoso constituyen dos de las formas más importantes en las que se manifiesta este sentimiento. La pasión propia del amor romántico goza de intensidad durante la juventud, mientras que, en la madurez, se produce un aumento del amor afectuoso o de compañía. Así, la atracción física, el romance y la pasión constituyen factores de importancia al comienzo de las nuevas relaciones, sobre todo durante la juventud. Con el paso del tiempo, la seguridad, la lealtad y el interés emocional mutuo adquieren importancia en la relación, especialmente durante la madurez.

Matrimonio y divorcio Incluso los matrimonios que resultaban difíciles y complicados durante la juventud adquieren un mayor grado de ajuste durante la madurez. A pesar de que los miembros de la pareja pueden haber pasado por etapas caóticas, finalmente llegan a encontrar una base sólida y profunda sobre la que asentar su relación. En la madurez, las preocupaciones económicas pueden ser

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST SAPIENTIA FUNDADA EN 1620 QUITO

menores, disminuyen las tareas domésticas y se dispone de más tiempo para dedicar a la relación. Los miembros de una pareja que realizan actividades juntos suelen presentar una visión más positiva de su matrimonio en esta etapa de sus vidas.

La mayoría de los individuos maduros casados se muestran satisfechos con su matrimonio. En un estudio a gran escala realizado con individuos maduros, el 72 por 100 de los que estaban casados afirmaron que su matrimonio era «excelente» o «muy bueno» (Brim, 1999). Probablemente, muchos de los matrimonios más negativos ya se han separado al llegar a la madurez. ¿Existen diferencias entre los factores que permiten predecir si una pareja se divorciará durante la madurez y los aspectos que permiten determinar que un matrimonio se separará durante la juventud? En el Capítulo 15, «Desarrollo socioemocional en la juventud», estudiamos la amplia investigación realizada por John Gottman acerca de los factores que hacen que un matrimonio funcione. Recientemente, en un estudio longitudinal desarrollado a lo largo de catorce años, Gottman y Robert Levenson (2000) concluyeron que las parejas que se divorcian durante la madurez suelen presentar características similares a las de los personajes interpretados por Annette Bening y Kevin Spacey en la película *American Beauty*: fríos y distantes, con emociones reprimidas. Las parejas que se divorcian en la madurez se muestran alienadas y evasivas, como las personas que, en un restaurante, comparten mesa sin dirigirse la palabra. Estas relaciones son distantes y apenas existe en ellas la risa, el amor o el interés mutuo. Uno de los miembros de la pareja que se divorcia en esta etapa de su desarrollo suele sentir que su vida está «vacía». Los investigadores han determinado que, cuando el divorcio se produce en parejas de adultos jóvenes (con frecuencia en los siete primeros años de matrimonio), la separación se caracteriza por la presencia de emociones acaloradas que desgastan el matrimonio al poco tiempo de haber comenzado. Con frecuencia, las parejas que se divorcian en la juventud suelen ser inestables, expresivas y marcadas por la decepción, lo que no dudan en comunicar a su cónyuge.

Según un reciente estudio realizado por la asociación americana de jubilados (2004) con 1.148 adultos con edades comprendidas entre los 40 y los 70 años que se habían divorciado al menos una vez a partir de los 40 años, los hijos suponían la principal razón por la que los individuos retrasaban el divorcio y permanecían casados. A pesar de las preocupaciones y el estrés que surgen del proceso de divorcio, tres de cada cuatro individuos divorciados afirmaban que finalizar su matrimonio había sido la decisión correcta. Además, estas personas presentaban una visión positiva de su futuro. En el caso de las mujeres divorciadas, el 60 por 100 señalaban que habían sido las responsables de iniciar el proceso de divorcio, frente a sólo el 41 por 100 de los hombres divorciados. Las mujeres se mostraban más preocupadas por los problemas económicos que pudieran surgir tras el divorcio (44 por 100) que los hombres (11 por 100). A continuación se presentan las principales razones mencionadas por los adultos maduros y ancianos para justificar su divorcio:

Principales causas de divorcio para las mujeres:

1. Maltrato verbal, físico o emocional (23 por 100).
2. Abuso de alcohol o drogas (18 por 100).
3. Infidelidad (17 por 100).

Principales causas de divorcio para los hombres:

1. Sin problemas definidos, simplemente se acabó el amor (17 por 100).
2. Infidelidad (14 por 100).
3. Valores y estilos de vida distintos (14 por 100).

En comparación con el divorcio en la juventud, las rupturas matrimoniales que se producen durante la madurez pueden resultar más positivas en algunos aspectos, y más negativas en otros. Para los individuos maduros, el divorcio puede acarrear menores consecuencias que, además, resultan menos intensas que en el caso de los individuos de menor edad. En la madurez, se poseen mayores recursos,

y esta etapa puede representar una oportunidad para simplificar sus vidas y deshacerse de pertenencias que ya no resultan necesarias, como una vivienda de gran tamaño. Los hijos ya son adultos y podrán hacer frente al divorcio de sus madres de una manera más eficaz. Además, los miembros de la pareja pueden haber alcanzado un mayor grado de comprensión de sí mismos y tal vez necesiten realizar cambios en sus vidas como, por ejemplo, poner fin al matrimonio.

Por el contrario, tal vez no se renuncie con facilidad al compromiso emocional y a la inversión de tiempo que se ha realizado en un matrimonio durante tantos años. Para muchos individuos maduros, el divorcio representa un fracaso en los mejores años de sus vidas. El individuo que inicia la separación puede considerar que la situación constituye una forma de escapar de una relación insostenible, pero el otro miembro de la pareja suele considerar que el divorcio es una traición, el final de una relación que se ha construido a lo largo de muchos años gracias al compromiso y la confianza.

El nido vacío y cómo se vuelve a llenar

El momento en que un hijo comienza su vida adulta y empieza a desarrollar su propia trayectoria profesional o a vivir en un nuevo núcleo familiar distinto del creado por sus padres, constituye un importante momento para la familia en su conjunto. Los padres han de realizar nuevos ajustes, ya que la ausencia del hijo da lugar a un desequilibrio. El **síndrome del nido vacío** da lugar a un descenso en el bienestar que surge del matrimonio, ya que los hijos suponen una fuente de satisfacción, y su ausencia crea un vacío emocional en los padres.

Los estudiantes suelen pensar que sus padres viven peor cuando los hijos abandonan el hogar para ir a la universidad. Si bien es cierto que los padres que centran sus vidas en sus hijos pueden experimentar el síndrome del nido vacío, la mayoría de los padres no se ven afectados por un descenso en la satisfacción derivada de su matrimonio una vez que sus hijos han abandonado el hogar. Al contrario, para la mayoría de los padres, dicha satisfacción aumenta después de finalizada la crianza de los hijos (Fingerman, 2003; Fingerman y Lang, 2004). Sin hijos en casa, los miembros de la pareja disponen de más tiempo para centrarse en sus intereses profesionales y para dedicárselo a su cónyuge (Ward y Spitze, 2004).

Debido a la inestable situación económica que caracteriza al mundo actual, el nido vacío vuelve a llenarse cada vez con mayor frecuencia cuando un hijo adulto regresa al hogar paterno tras una trayectoria profesional poco exitosa o después de un divorcio. Además, algunos individuos no abandonan el hogar de sus padres hasta edades cercanas a los 30 años, ya que no disponen de los medios económicos necesarios para independizarse. Incluso cuando el nido ya se encuentra vacío, la generación que vive su etapa de madurez siempre ha ayudado a la generación más joven por medio de préstamos o donaciones para sufragar los gastos educativos. Además, la generación madura siempre ha sido una fuente de apoyo emocional. Los hijos ya adultos agradecen el apoyo económico y emocional que reciben de sus padres en un momento en el que se ven sometidos a un elevado nivel de estrés en lo relativo a sus trayectorias profesionales, sus empleos y su estilo de vida. Asimismo, los padres se sienten satisfechos de poder proporcionar este tipo de apoyo a sus hijos.

Sin embargo, al igual que ocurre con la mayoría de las formas de organizar la vida en familia, la vuelta de un hijo adulto a casa presenta ventajas e inconvenientes. La pérdida de privacidad, por ejemplo, constituye una de las quejas más frecuentemente expresadas por padres e hijos que viven esta situación. Los hijos adultos suelen expresar su descontento porque sus padres limitan su independencia, dificultan su vida sexual, reducen las ocasiones en las que pueden escuchar la música que desean y los tratan como niños en vez de adultos. Los padres, por su parte, suelen quejarse de que su casa, antes tranquila, ahora está llena de ruidos, de que se mantienen despiertos hasta tarde preocupados por saber cuándo volve-

rá a casa su hijo adulto, de lo difícil que resulta organizar las comidas por la disparidad de horarios, de que su relación de pareja se ha visto invadida y de que llevan el peso de demasiada responsabilidad por sus hijos adultos. En definitiva, cuando los hijos adultos vuelven a casa para quedarse, se crea un desequilibrio en la vida familiar. Esta nueva situación suele funcionar cuando se dispone del espacio necesario, los padres tratan a sus hijos como adultos no como niños y existe un ambiente de confianza y comunicación.

Relaciones entre hermanos y amistades

Para la mayoría de adultos, las relaciones entre hermanos también existen durante todo su ciclo vital (Teti, 2001; White, 2001). En la actualidad, el 80 por 100 de los adultos tienen, al menos, un hermano o hermana vivos. Las relaciones entre hermanos en la adultez pueden ser muy cercanas, indiferentes o estar caracterizadas por una gran rivalidad, aunque la mayoría suelen estar marcadas por la cercanía (Cicirelli, 1991). Los hermanos que se muestran psicológicamente cercanos durante la edad adulta solían estar igualmente unidos en la niñez, por lo que resulta extraño que la cercanía entre hermanos se desarrolle por primera vez cuando ambos son ya adultos (Dunn, 1984).

Asimismo, las amistades continúan siendo tan importantes durante la madurez como lo fueron en la juventud (Antonucci, 1989). La creación de amistades íntimas es un proceso largo, por lo que las relaciones de amistad que se han mantenido durante la adultez suelen ser de una naturaleza más profunda que las que se forman ya en los años de la madurez.

Abuelos

Muchos adultos se convierten en abuelos por primera vez durante la madurez. ¿Qué satisfacción se obtiene del hecho de ser abuelo? ¿Qué roles asumen los abuelos? ¿Qué formas de actuar adoptan con sus nietos?

Satisfacción con los nietos Una mayoría de individuos afirma que ser abuelos resulta más sencillo que ser padres. Según un estudio, el contacto frecuente con los nietos servía como factor para predecir la existencia de elevados niveles de satisfacción con respecto al hecho de ser abuelos tanto para las mujeres como para los hombres (Peterson, 1999). Así, los individuos participantes en el estudio consideraban que las oportunidades para observar el desarrollo de los nietos y compartir sus actividades constituían los aspectos más positivos de ser abuelos, mientras que la falta de un contacto frecuente con los nietos se consideraba el factor más negativo. Tan sólo un reducido porcentaje (8 por 100) de los abuelos australianos señalaron que se sentían menos satisfechos con su papel (Peterson, 1999).

Roles y estilos de abuelos ¿Cuál es el significado del rol de abuelo? Existen tres significados vinculados al hecho de ser abuelos (Neugarten y Weinstein, 1964). Para algunos adultos de edad avanzada, ser abuelos constituye una fuente de satisfacción y continuidad biológicas; otros se sienten realizados emocionalmente, pues su rol de abuelo proporciona sentimientos de compañía y satisfacción que tal vez no existían en relaciones anteriores con sus hijos. Para otros, el rol de abuelo se presenta como una opción lejana.

El rol de abuelo puede desempeñar funciones diferentes en distintas familias, grupos étnicos y culturas, y también en situaciones distintas (Kivnick y Sinclair, 1996). Por ejemplo, en un estudio sobre abuelos y nietos blancos, afroamericanos, y estadounidenses de origen mexicano, los abuelos hispanos veían con mayor frecuencia a sus nietos, representaban una fuente de apoyo para los niños y sus padres y disfrutaban de una relación más satisfactoria con sus nietos (Bengtson, 1985). Según una investigación realizada con tres generaciones de familias de

Chicago (Estados Unidos), las abuelas tenían una relación más cercana con sus hijos y nietos, daban consejos de índole personal en mayor medida que los abuelos varones (Hagestad, 1985).

Los resultados obtenidos en una investigación anterior también resaltaron la diversidad existente en la forma en que los abuelos interactúan con sus nietos (Neugarten y Weinstein, 1964). Se determinó la existencia de tres estilos primordiales: formal, lúdico y distante. En el primer estilo, los abuelos desempeñaban un rol que se considera adecuado y ya establecido. Estos adultos mostraban gran interés por sus nietos, pero evitaban ofrecer consejos acerca de la crianza de los niños. En el estilo lúdico, los abuelos eran informales y participaban en los juegos de sus nietos, quienes constituían una fuente de actividades de ocio. En estas relaciones se otorgaba gran importancia a la satisfacción mutua. Un porcentaje relevante de abuelos desempeñaban papeles distantes. En este estilo, el abuelo se mostraba benevolente con sus nietos, pero la interacción no se producía de manera frecuente. Los abuelos con edades superiores a los 65 años solían mostrar un estilo de interacción formal, mientras que los que tenían edades inferiores tendían a presentar un estilo lúdico de ser abuelos.

Abuelas y abuelos De manera consistente, los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas han determinado que las abuelas mantienen un mayor contacto con sus nietos que los abuelos (Reitzes y Mutran, 2004; Roberto, Allen y Blieszner, 2001). Para las mujeres, las expectativas que poseen con respecto al rol de abuela son el reflejo de su responsabilidad para mantener los vínculos entre los miembros de las distintas generaciones familiares. En el caso de los hombres, el papel de abuelo se relacionaba con la existencia de menos expectativas y tendía a ser más voluntario.

El cambiante perfil de los abuelos En 1997, la Oficina Estadounidense del Censo (*U.S. Bureau of the Census*) presentó su primer informe sobre formas de organización de los estilos de vida en el que se incluía a los abuelos. De manera especial, destacaba el número cada vez mayor de niños que vivían con sus abuelos (Fuller-Thompson y Minkler, 2001, Goodman, 2003). En 1980, 2,3 millones de niños vivían con sus abuelos, pero en 2000, esa cifra había alcanzado ya los 5,6 millones (*U.S. Bureau of the Census*, 2001). En el caso de esos abuelos, 42 por 100 era responsable de sus nietos. El divorcio de los padres, los embarazos adolescentes y el consumo de drogas por parte de los padres constituían las principales razones por las que los abuelos debían volver a asumir el rol de padres que, en principio, ya habían dejado atrás.

En casi la mitad de los casos de niños que viven con sus abuelos, el adulto responsable de la crianza del menor es una abuela que vive sola, lo que suele ocurrir, sobre todo, en el caso de las familias afroamericanas (53 por 100). La situación en la que ambos abuelos educan a sus nietos suele producirse, principalmente, en el contexto de familias blancas.

Los abuelos que se encargan de la crianza de sus nietos presentan un mejor estado de salud y mayores niveles de educación. Además, suelen trabajar fuera de casa y ser más jóvenes que los abuelos que se mudan al domicilio de sus hijos. Menos del 20 por 100 de los abuelos que crían a sus nietos tiene una edad igual o superior a 65 años. Según un reciente estudio realizado con abuelos que se encargaban de la crianza de sus nietos, el estrés surgía cuando los abuelos eran más jóvenes, si los nietos presentaban problemas físicos o psicológicos y cuando existía un escaso grado de cohesión familiar (Sands y Goldberg-Glen, 2000).

Según el informe de la Oficina Estadounidense del Censo de 2000, la mayoría de abuelos que vivían con sus hijos realizaban aportaciones a los ingresos familiares y cuidaban de sus nietos mientras los padres trabajaban. Tan sólo el 10 por 100 de los abuelos en esta situación vivía en la pobreza. Casi la mitad de los abuelos que vivían con sus hijos eran inmigrantes. Debido en parte a que la esperanza de vida

de las mujeres es mayor que la de los hombres, hay más abuelas que abuelos que viven con sus hijos (2,9 millones frente a 1,7 millones), por lo que aproximadamente el 70 por 100 de los adultos de edad avanzada que viven con sus hijos son mujeres.

Con el aumento de los índices de divorcio y de nuevos matrimonios tras una ruptura, los derechos de visita a los nietos se han convertido en una fuente de preocupación para muchos abuelos. En los últimos 10 a 15 años, numerosos estados han aprobado leyes que permiten que los abuelos soliciten a un tribunal la autorización para visitar a sus nietos, incluso en el caso de que uno de los padres se niegue. Sin embargo, los expertos discrepan a la hora de determinar si este tipo de derechos de visita forzados benefician al niño.

Relaciones intergeneracionales

Los adultos que se encuentran en su madurez desempeñan un importante papel tanto en las vidas de los individuos más jóvenes como en las de los mayores (Lachman, 2004). Estos adultos comparten sus experiencias y transmiten sus valores a la nueva generación (McAdams, 2001). Tal vez se encuentran en el momento en que sus hijos abandonan el hogar familiar y experimentan el síndrome del nido vacío, han de adaptarse a la vuelta de un hijo adulto al hogar paterno o se convierten en abuelos. Además, en la madurez, los adultos pueden proporcionar o recibir ayuda económica, cuidar de un padre o madre viudo o enfermo, o comienzan a adaptarse a ser la generación de mayor edad tras la muerte de sus progenitores (Putney y Bengtson, 2001).

En cada nueva generación se repiten o cambian las características de personalidad, las actitudes y los valores. Con el fallecimiento de los miembros más ancianos de la familia, la siguiente generación permite que su legado biológico, intelectual, emocional y personal perdure. Sus hijos se convierten en la nueva generación de mayor edad y sus nietos son ahora la segunda generación. Cuando los hijos adultos alcanzan la madurez, suelen presentar una visión más positiva de sus padres (Field, 1999). De esta manera, según un reciente estudio, los conflictos entre madres e hijas disminuían a lo largo del curso vital tanto en Estados Unidos como en Japón (Akiyama y Antonucci, 1999).

En su mayor parte, el contacto entre las distintas generaciones de una familia resulta considerable (Allen, Blieszner y Roberto, 2000; Bengtson, 2001; Miller-Day, 2004). Al comparar distintas generaciones se detectan tanto similitudes como diferencias, ya que el contacto con los padres y con los hijos se mantiene a lo largo de todo desarrollo. Así, por ejemplo, las similitudes entre los padres y un hijo adulto resultan más evidentes en los aspectos relacionados con la religión y la política, pero son menos obvias en lo referido a los roles de género, estilos de vida y orientación laboral.



¿Cuáles son las características de las relaciones intergeneracionales?

¿Cuáles son los conflictos más frecuentes que surgen en la relación entre padres e hijos adultos? Según un estudio, estos conflictos se relacionaban con los estilos de comunicación y de interacción (como, por ejemplo, «no para de gritar» o «es demasiado crítica»), costumbres y elección de estilos de vida (como en lo relativo a la actividad sexual o la forma de organización del estilo de vida), los valores y estilos de crianza de los hijos (como la decisión de tener hijos, ser un padre permisivo o controlador, etc.), la política, religión e ideología (como la falta de participación en actos religiosos) (Clarke y otros, 1999). En este estudio, se apreció que padres e hijos adultos no coincidían al determinar cuáles eran las principales causas de los conflictos existentes entre ellos. Así, los padres solían mencionar, sobre todo, las costum-

bres y la elección de estilos de vida, mientras que los hijos señalaban el estilo de comunicación e interacción como principal causa de conflicto.

La relación entre los padres y sus hijos adultos está relacionada con las características que presentaba su relación en etapas anteriores de la vida, tal y como indican los siguientes estudios:

- Según una investigación realizada en Nueva Zelanda acerca de los antecedentes en la crianza de los hijos y su influencia en las relaciones intergeneracionales, la existencia de un entorno familiar y de un estilo de crianza caracterizados por el apoyo (lo que se evaluó cuando los hijos tenían entre 3 y 15 años de edad), daba lugar a una relación más positiva entre padres e hijos (en lo relativo al contacto, conflicto y ayuda mutua) cuando los hijos tenían 26 años de edad (Belsky o otros, 2001).
- Según otro estudio, cuando la relación con los padres durante la adolescencia del hijo se había caracterizado por la confianza paterna, los individuos daban muestras de una mayor cercanía a sus progenitores cuando alcanzaban la juventud (Jacobs y Tanner, 1999). En este estudio también se concluyó que las hijas que habían experimentado la falta de confianza de sus padres durante un período extenso en la adolescencia, se sentían más separadas de sus progenitores que los hijos varones que habían tenido una vivencia similar.
- Por último, según otra investigación, la motivación que los hijos adultos sienten para proporcionar apoyo social a sus padres ancianos está asociada con las experiencias familiares previas (Silverstein y otros, 2002). Los hijos que habían pasado más tiempo realizando actividades en común con sus padres y que habían recibido un mayor apoyo económico de sus progenitores durante etapas más tempranas de sus vidas, también proporcionaban más apoyo a sus padres cuando éstos alcanzaban la vejez.

Las relaciones intergeneracionales también están caracterizadas por las diferencias de género (Bengtson, 2001; Etaugh y Bridges, 2001, 2004; Miller-Day, 2004). Según las conclusiones a las que se llegó en un estudio, las relaciones entre madres e hijas eran más cercanas durante la adultez que las relaciones entre madres e hijos varones, padres e hijas o padres e hijos varones (Rossi, 1989). Además, este mismo estudio estableció que los hombres casados se relacionaban más con la familia de sus esposas que con su propio entorno familiar. Asimismo, cuando se pedía a los sujetos de la muestra de investigación que nombraran a los parientes más importantes o por los que sentían más afecto, los individuos mencionaban a sus abuelas o tías maternas con una frecuencia dos veces mayor que a sus abuelas o tías paternas. Para saber más acerca de las relaciones generacionales entre madres e hijas, puedes leer el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

«Tuvimos una agradable conversación»: Cómo describen madres e hijas su relación en diferentes momentos del desarrollo en la edad adulta

A pesar de que las investigaciones realizadas han demostrado que madres e hijas disfrutan durante la adultez de contactos más frecuentes y experimentan sentimientos positivos de manera recíproca, poco se sabe de qué aspectos de

estas relaciones resultan más satisfactorios para ambas. Con el fin de analizar esta cuestión, Karen Fingerman (2000) estudió a 48 parejas de madres adultas en la vejez (con una media de edad de 76 años) y sus hijas que se encontraban en la madurez (con una edad media de 46 años), y 44 parejas de madres maduras (con una edad media de 47 años) e hijas jóvenes (con una edad media de 21 años). Al realizar las entrevistas, los investigadores plantearon a los participantes en el estudio la siguiente cuestión:

> Piense en la última vez que tuvo un encuentro especialmente agradable con su hija/madre. Cuando digo «encuentro», me refiero a una situación en la que estuvieron juntas, fueron a casa de la otra (o su hija volvió a casa desde la universidad) o mantuvieron una conversación telefónica. Explique cómo se desarrolló dicho encuentro, dando todos los detalles que pueda acerca de la visita, qué ocurrió y por qué le resultó especialmente agradable (pág. 98).

Las transcripciones de las entrevistas se codificaron y se obtuvieron las siguientes categorías:

- *Participación y conexión.* Las madres en ambos grupos de edad se mostraban más involucradas en la relación con sus hijas, mientras que las hijas mostraban un menor grado de conexión.
- *Familia.* Las madres e hijas de mayor edad solían referirse (con mayor frecuencia que las participantes más jóvenes) a la familia extensa, como los nietos, los hermanos, el padre, el esposo o la familia en general. Por el contrario, las parejas de madres e hijas más jóvenes «tendían a hablar de su propia personalidad y a referirse a situaciones en las que ambas habían disfrutado de un encuentro en concreto».
- *Ayuda.* «Las hijas jóvenes y las madres de mayor edad solían presentar un grado de satisfacción más elevado cuando sus madres o hijas (respectivamente) les ayudaban de alguna manera, lo que no se producía de forma tan evidente en el caso de las mujeres maduras.»
- *Interactividad.* Las madres más jóvenes tendían a centrarse en actividades en las que disfrutaban del mayor grado de madurez que mostraban sus hijas. «Las hijas más jóvenes obtenían satisfacción cuando podían probar sus ideas con sus madres, mientras que las hijas de mayor edad», disfrutaban del vínculo con el pasado que sus madres representaban.
- *Comentarios negativos.* Resultaba más probable que las madres e hijas de mayor edad «dijeran algo negativo a que lo hicieran las madres e hijas más jóvenes», aunque este tipo de comentarios no resultaba frecuente.

En resumen, la forma en la que tanto las madres como sus hijas perciben sus encuentros constituye un reflejo de las necesidades evolutivas individuales. A pesar de que el centro de atención de las relaciones entre madres e hijas puede cambiar, en general, las madres se volcaban más en sus hijas a lo largo de toda la adultez que las hijas en sus madres.

Los adultos maduros desempeñan un importante papel en las relaciones intergeneracionales (Lachman, 2004; Williams y Nussbaum, 2001). Con frecuencia se les ha denominado la «generación sándwich», la «generación estrujada» o la «generación sobrecargada», por las responsabilidades que emanan de sus hijos adolescentes o jóvenes, por un lado, y de sus padres ancianos, por otro (Etaugh y Bridges, 2004).

Esta doble presión puede dar lugar a la aparición de estrés en la madurez. Muchos adultos maduros experimentan altos niveles de estrés cuando sus padres enferman o fallecen. Según un estudio, cuando los adultos alcanzan la madurez, los padres del 41 por 100 aún viven, pero los padres del 71 por 100 de estos adultos ya habrán fallecido cuando sus hijos salgan de la madurez (Bumpass y Aquilino, 1994).

Investigaciones recientes apuntan que, al contrario de lo que se suele indicar en los medios de comunicación, cada vez menos adultos maduros se encuentran «estrujados» entre los distintos roles que deben desempeñar como cuidadores de sus padres y de sus hijos (Hoyer y Roodin, 2003). Según un estudio, una gran mayoría de los hijos que ya se encuentran en la madurez no son responsables del cuidado directo de sus padres (Rosenthal, Martin-Matthews y Matthews, 1996). Cuando se necesitaba este tipo de responsabilidad, la solían asumir las hijas con edades comprendidas entre los 55 y los 60 años que no tenían responsabilidades directamente relacionadas con el cuidado o la crianza de niños. Según otra investigación, el momento en que los adultos maduros debían responsabilizarse del cuidado de sus padres solía coincidir con el abandono del hogar familiar por parte de los hijos del adulto maduro, que comenzaban sus propias trayectorias profesionales o que habían fundado una nueva familia.

Cuando los adultos emigran a otro país, el estrés intergeneracional puede aumentar. Para saber más acerca de la influencia de la inmigración y la aculturación en las relaciones intergeneracionales en las familias estadounidenses de origen mexicano, puedes leer el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Relaciones intergeneracionales en familias estadounidenses de origen mexicano: efectos de la inmigración y la aculturación

En las últimas décadas, ha aumentado el número de mexicanos que emigran a Estados Unidos, y se calcula que esta cifra continuará creciendo. La emigración suele conllevar la separación de la familia extensa, pero también puede dar lugar a la separación de miembros más cercanos de la familia, sobre todo cuando el marido emigra en primer lugar y luego se unen a él su mujer y sus hijos. Debido al aislamiento inicial, especialmente en el caso de la esposa, la familia experimenta un grado considerable de estrés debido a su nueva ubicación y a la ausencia de amigos o parientes. Al cabo de pocos años, suele crearse una red social en el vecindario con individuos del mismo origen étnico.

Tan pronto como se alcanza cierto grado de estabilidad en sus vidas, las familias mexicanas pueden facilitar la inmigración de miembros de la familia extensa, como la abuela o una hermana de los padres que se encarga del cuidado de los niños y permite que la madre trabaje fuera del hogar. En algunos casos, la generación de mayor edad permanece en el país de origen y se traslada a vivir con sus hijos en la vejez. La cercanía de México les permite visitar sus lugares de origen —o recibir visitas desde allí— durante las vacaciones o en momentos de crisis, como cuando un hijo adolescente se escapa de casa.

En el contexto de una familia estadounidense de origen mexicano pueden identificarse tres niveles de aculturación (Falicov y Karrer, 1980). La madre y los abuelos pueden encuadrarse en el primer nivel, el padre en el nivel intermedio y los hijos en el nivel avanzado. Estos diferentes niveles pueden dar lugar a la existencia de conflictos en la familia. El modelo de crianza de los hijos practicado por los padres puede no coincidir con el modelo de la cultura dominante en el país de acogida, lo que puede afectar a todas las generaciones familiares. Por ejemplo, la madre y los abuelos pueden resistirse de manera especial a las exigencias de autonomía y de libertad para tener citas planteadas por las hijas adolescentes, al igual que el padre. En los últimos años, cada vez más

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
QUITO

mujeres jóvenes de origen mexicano abandonan el hogar familiar para continuar sus estudios, una situación que suele dar lugar a estrés en las familias muy vinculadas a los valores de su país de origen.

Cuando los hijos abandonan el hogar familiar, los padres comienzan a hacer frente a su futuro como pareja madura, lo que puede resultar complicado para muchos matrimonios estadounidenses de origen mexicano, ya que su orientación vital los ha preparado mejor para ser padres que para relacionarse dentro del matrimonio. Los terapeutas familiares que trabajan con familias de origen mexicano suelen señalar que, en estas parejas, resulta frecuente la existencia de un distanciamiento psicológico entre los cónyuges así como cierta separación emocional en la madurez. Los miembros del matrimonio continúan viviendo juntos y cumplen con sus obligaciones familiares, pero se relacionan entre ellos sólo de manera superficial. Puede resultar difícil que la generación más joven de estadounidenses de origen mexicano acepte el estilo de vida de sus padres, por lo que pueden cuestionar la relación conyugal de sus padres y rebelarse contra unos valores que no comparten. A pesar del estrés intergeneracional provocado por la emigración y la aculturación, la mayoría de las familias estadounidenses de origen mexicano mantiene un alto grado de contacto entre las distintas generaciones y sigue presentando una fuerte orientación hacia la familia.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Estudiar algunos aspectos importantes de las relaciones cercanas durante la madurez

REVISA

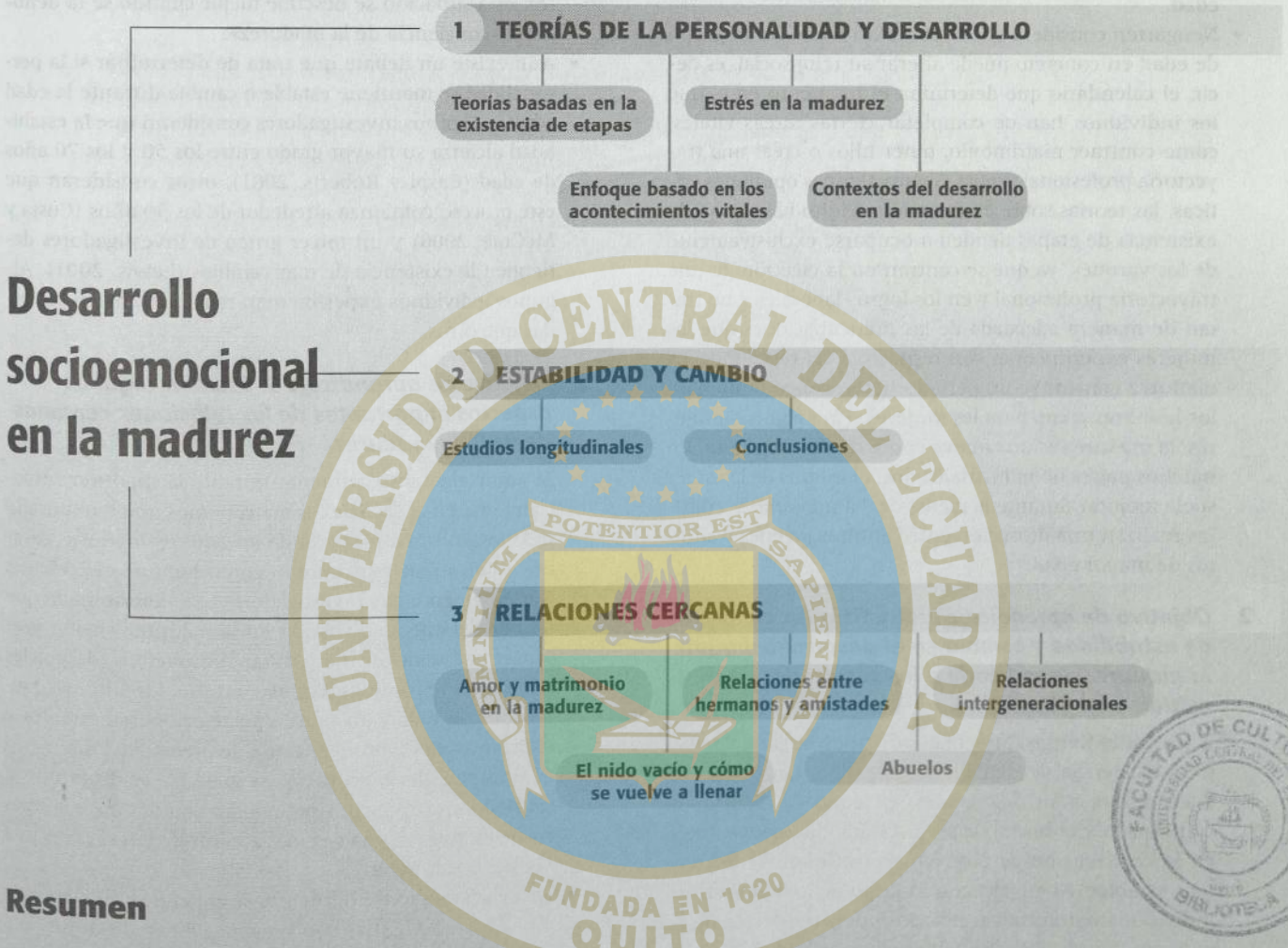
- ¿De qué manera pueden describirse el amor y el matrimonio durante la madurez?
- ¿Qué es el nido vacío? ¿De qué manera puede volver a llenarse?
- ¿Cuáles son algunas de las ideas existentes acerca de la paternidad en la madurez?
- ¿Cómo son las relaciones entre hermanos y las amistades en la madurez?
- ¿Cuáles son las características del hecho de convertirse en abuelos?
- ¿Cómo son las relaciones intergeneracionales?

REFLEXIONA

- ¿Pueden establecerse etapas diferenciadas en la madurez? Reflexiona acerca de lo que has leído en este capítulo y en el de 16, e indica cuáles podrían ser estas etapas. ¿Se relacionarían con la edad? Si fuera así, ¿de qué manera lo harían?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1826
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA MINIUM
FUNDADA EN 1620
QUITO
FACULTAD DE CULTURA FÍSICA
BIBLIOTECA

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Describir las teorías sobre la personalidad y el desarrollo durante la madurez*

- Erikson afirma que el séptimo estadio del ciclo vital humano, productividad frente a estancamiento, tiene lugar durante la madurez. Los cuatro tipos de productividad son la biológica, la parental, la laboral y la cultural. Según Levinson, los individuos deben dominar ciertas tareas del desarrollo en diferentes momentos de su ciclo vital. Además, los cambios que ocurren en la madurez se centran en cuatro conflictos: ser joven frente a ser viejo, ser destructivo frente a ser constructivo, ser masculino frente a ser femenino, y sentirse unido a otros frente a sentirse separado de los demás. Levinson señaló que la mayoría de los estadounidenses, especialmente los hombres, experimentan una crisis de la madurez. En buena parte, sin embargo, se ha exagerado la incidencia de estas crisis. Existen numerosas variaciones individuales en el desarrollo durante la madurez.
- En una primera formulación del enfoque basado en los acontecimientos vitales, estos acontecimientos son el origen de circunstancias que exigían un esfuerzo a los individuos y que generaban estrés en sus vidas. Según la visión contemporánea del enfoque basado en los acontecimientos vitales, la forma en la que estos hechos influyen en el desarrollo del individuo depende no sólo del acontecimiento en sí, sino también de factores de mediación, el grado de adaptación al acontecimientos, el contexto determinado por la etapa del desarrollo y el contexto social e histórico.
- Las investigaciones realizadas han determinado que tanto los adultos jóvenes como los maduros experimentan más días caracterizados por el estrés, se enfrentaban a

una mayor cantidad de factores que generan esta situación, y también se veían afectados por más factores que producían estrés por sobrecarga que los adultos de mayor edad. Por otra parte, los adultos maduros experimentan un número inferior de factores de estrés que no pueden controlar que los adultos jóvenes o de mayor edad.

- Neugarten considera que el contexto social de un grupo de edad en concreto puede alterar su reloj social, es decir, el calendario que determina el momento en el que los individuos han de completar ciertas tareas vitales, como contraer matrimonio, tener hijos o crear una trayectoria profesional propia. Según algunas opiniones críticas, las teorías sobre el desarrollo adulto basadas en la existencia de etapas tienden a ocuparse exclusivamente de los varones, ya que se centran en la elección de una trayectoria profesional y en los logros laborales y no tratan de manera adecuada de las preocupaciones que las mujeres experimentan con respecto a las relaciones. La madurez constituye un período heterogéneo tanto para los hombres como para las mujeres. Para algunas mujeres, la madurez es una nueva época de florecimiento. En muchos países no industrializados, el estatus de la mujer suele mejorar durante la madurez. La mayoría de culturas realizan una distinción entre adultos jóvenes y adultos de mayor edad.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Analizar los conceptos de estabilidad y cambio en el desarrollo durante la madurez, atendiendo a los resultados de estudios longitudinales*

- El «Estudio Kansas City» realizado por Neugarten detectó la existencia de estabilidad y cambio. Las formas de hacer frente a las dificultades, el grado de satisfacción con la vida y el hecho de ser un individuo concentrado en la consecución de objetivos constituían los factores más estables. Al envejecer a lo largo de la madurez, los individuos se mostraban más pasivos y temerosos de su entorno. En el «Estudio Baltimore» realizado por Costa y McCrae, se detectó un alto grado de estabilidad relacionado con los cinco grandes factores de la personalidad: la estabilidad emocional, la extraversión, la apertura hacia la experiencia, la agradabilidad y la responsabilidad. Los resultados obtenidos en los «Estudios longitudinales Berkeley» no permiten apoyar ninguno de los extremos debatidos en la discusión sobre los conceptos de estabilidad y cambio. Las características más estables fueron la orientación intelectual, la confianza en sí mismo y la apertura hacia nuevas experiencias. Las características que más cambiaron fueron la inclinación hacia el cuidado de otros, la hostilidad y el autocontrol. Las investigaciones realizadas por George Vaillant demostraron la existencia de relaciones entre una serie de características presentes a los 50 años de edad y el estado de salud y el bienestar entre los 75 y los 80 años. En el «Estudio Mills College» de mujeres, se identificó un cambio hacia características femeninas menos tradicionales entre los 27 y los 40 años de edad, pero esta tendencia bien puede deberse a las transformaciones sociales. Al comenzar la cuarentena, las mujeres experimentan muchos de las preocupaciones que Levinson describió en el caso de los hombres. Sin embargo, en vez de una crisis de la madurez, esta situación se describe mejor cuando se la denomina «conciencia de la madurez».
- Aún existe un debate que trata de determinar si la personalidad se mantiene estable o cambia durante la edad adulta. Algunos investigadores consideran que la estabilidad alcanza su mayor grado entre los 50 y los 70 años de edad (Caspi y Roberts, 2001), otros consideran que este proceso comienza alrededor de los 30 años (Costa y McCrae, 2000) y un tercer grupo de investigadores defienden la existencia de más cambios (Lewis, 2001). Algunos individuos experimentan más cambios en sus vidas que otros.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Estudiar algunos aspectos importantes de las relaciones cercanas durante la madurez*

- El amor afectuoso aumenta durante la madurez, especialmente en el caso de los matrimonios que han durado muchos años. La mayoría de los adultos maduros casados califican su matrimonio como bueno o excelente. Recientemente, los investigadores han determinado que las parejas que se divorcian en la madurez suelen presentar una relación fría y distante, caracterizada por las emociones reprimidas. Por el contrario, los adultos jóvenes que se divorcian presentan relaciones inestables y expresivas. El divorcio es causa de preocupación.
- El síndrome del nido vacío no suele hacer disminuir la satisfacción conyugal, sino que la aumenta en la mayoría de los casos. Cada vez más adultos jóvenes regresan a vivir al hogar paterno.
- Las relaciones entre hermanos se extienden a lo largo de toda la vida. Algunas son cercanas; otras, distantes. Las amistades siguen constituyendo un factor de importancia en la madurez.
- La mayoría de los abuelos se muestran satisfechos con su rol. Existen diferencias de roles y estilos de abuelos. Las abuelas pasan más tiempo con sus nietos que los abuelos, y el papel de la abuela suele relacionarse con la existencia de mayores deseos de mantener los vínculos entre las generaciones, lo que resulta más evidente que en el caso de los abuelos. El perfil de los abuelos está cambiando, debido a factores como el divorcio y los matrimonios que siguen a una ruptura de pareja.
- En las familias, suele producirse un contacto continuo entre las generaciones. Las madres y las hijas presentan la relación más cercana. La generación madura se ha denominado la «generación sándwich» o «generación estrujada» porque ha de hacer frente a sus obligaciones como padres y como hijos. Esta generación desempeña un importante papel en las relaciones intergeneracionales.


UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM
SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

CAPÍTULO 18



Cada uno de nosotros se encuentra solo en el centro de la tierra, atravesado por un rayo de sol, cuando, de repente, llega el atardecer.

SALVATORE QUASIMODO
Poeta italiano, siglo XX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo físico en la vejez

Esquema del capítulo

LONGEVIDAD **1**

Esperanza de vida y ciclo vital
El anciano-joven, el anciano y el anciano muy mayor.
Teorías biológicas del envejecimiento

EL TRANSCURSO DEL DESARROLLO FÍSICO EN LA VEJEZ **2**

Envejecimiento cerebral
Sistema inmunológico
Aspecto físico y movimiento
Desarrollo sensorial
Sistemas circulatorio y pulmonar
Sexualidad

SALUD **3**

Problemas de salud
El anciano-anciano resistente
Ejercicio físico, nutrición y peso corporal
Uso y abuso de sustancias
Tratamiento médico

Objetivos de aprendizaje

1 **Analizar las características de la longevidad y de los aspectos biológicos del envejecimiento**

2 **Describir los cambios que afectan al cerebro y al cuerpo durante la vejez**

3 **Identificar los problemas de salud que afectan a los adultos ancianos y determinar cómo pueden tratarse**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST QUAM INSCIENTIA SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Aprender a envejecer de manera positiva

El escritor irlandés Jonathan Swift dijo: «Ningún hombre sabio ha deseado jamás ser más joven». Sin duda, un cuerpo de 70 años no funciona tan bien como antes. También es cierto que el temor que sentimos ante el envejecimiento es mayor de lo que debería ser. Sin embargo, nuestra imagen del envejecimiento está cambiando, ya que cada vez más personas alcanzan una vejez plena *y* activa. A pesar de que, por norma, las articulaciones de un individuo de 75 años de edad deberían perder movilidad, podemos aprender a no seguir estas normas. Por ejemplo, un hombre de 75 años puede *elegir* que va a entrenarse y a correr un maratón, y una mujer de 80 años cuya capacidad para trabajar no ha disminuido puede *elegir* que va a fabricar y vender juguetes.

Consideremos el caso de Sadie Halperin, de 85 años de edad, quien, durante once meses, ha seguido una tabla de ejercicios en un centro de rehabilitación para ancianos en Boston (EE.UU.). Sadie levanta pesas y pedalea en una bicicleta estática, y afirma que, antes de comenzar con este entrenamiento, casi todo lo que hacía (ir de compras, cocinar, caminar) era una auténtica pesadilla. Cuando caminaba, se sentía tambaleante y tenía que apoyarse en las paredes. Ahora se mueve sin necesidad de apoyos y afirma que se siente maravillosamente bien. Al principio sólo podía levantar pesos de 7 kilos con ambas piernas; ahora puede con el doble. Antes sólo podía levantar pesas de 9 kilos con sus brazos cuando estaba acostada en un banco, pero ya entrena con más de 22 kilos. La tabla de ejercicios que practica Sadie ha aumentado su fuerza muscular y le ayuda a combatir la osteoporosis, ya que reduce la pérdida de calcio que sufren sus huesos y que podría dar lugar a fracturas mortales (Ubell, 1992).



Sadie Halperin, de 85 años de edad, logró doblar su fuerza tras once meses de ejercicio físico. Antes de practicar su programa de ejercicios, se sentía tambaleante al caminar y tenía que apoyarse en las paredes. Ahora camina sin necesidad de apoyos y afirma que se siente maravillosamente bien.

VISTA PREVIA

La historia de desarrollo físico y bienestar que siente ahora Sadie Halperin nos plantea algunas cuestiones de gran interés acerca de la evolución del

ciclo vital, cuestiones que trataremos en este capítulo: ¿por qué envejecemos? ¿Podemos hacer algo para ralentizar este proceso? ¿Cuántos años podemos vivir? ¿Qué probabilidades existen de que alcancemos la edad de 100 años? ¿Mantienen relaciones sexuales los ancianos? ¿Podemos vivir más si seguimos ciertos hábitos alimenticios y practicamos ejercicio físico?

1 LONGEVIDAD

Esperanza de vida y ciclo vital | **El anciano-joven, el anciano y el anciano muy mayor** | **Teorías biológicas del envejecimiento**

Cuando ya tenía 80 años, Linus Pauling afirmaba que la vitamina C ralentiza el proceso del envejecimiento. Roy Walford, investigador de dicho proceso, ayuna dos días a la semana porque considera que la alimentación escasa (no la mala alimentación) también lo hace más lento. ¿Qué sabemos realmente acerca de la longevidad?

Esperanza de vida y ciclo vital

Ya no somos una sociedad de jóvenes. Debido a que cada vez más individuos alcanzan edades avanzadas, se está igualando la proporción de personas en los diferentes grupos de edad. Por ello, el concepto de una etapa del desarrollo denominada «vejez» es reciente: antes del siglo XX la mayoría de los individuos fallecían antes de cumplir los 65 años.

Tal y como mencionamos en el Capítulo 1, a pesar de que un porcentaje muy superior de personas alcanza edades avanzadas, la extensión del ciclo vital apenas ha sufrido variaciones desde los comienzos de la historia. El **ciclo vital** constituye el límite de la vida, el número máximo de años que un individuo puede vivir. Para el ser humano, el ciclo vital máximo alcanza, aproximadamente, los 120 o 125 años. La **esperanza de vida** es el número de años que vivirá, de media, un individuo nacido en un año en concreto. Los avances en la medicina, la nutrición, el ejercicio y en el estilo de vida han hecho aumentar nuestra esperanza de vida una media de treinta años más desde 1900.

La esperanza media de vida de los individuos nacidos hoy en día en Estados Unidos es de 77 años (80 para las mujeres, 74 para los hombres). En este país aún existe una diferencia de siete años entre la esperanza de vida de las mujeres blancas no hispanas (77 años) y de las afroamericanas (70 años), pero este margen se está acortando, ya que en 1970 era de 8 años (Centro Nacional para las Estadísticas Sanitarias, *Nacional Center for Health Statistics*, 2004).

¿Qué puesto ocupa Estados Unidos en las clasificaciones por esperanza de vida comparado con otros países? La situación de los estadounidenses es considerablemente mejor que la de algunos países, y algo peor que la de otros. Por ejemplo, en la actualidad los japoneses tienen la mayor esperanza de vida en el momento del nacimiento (81 años) (UNICEF, 2004). Las diferencias existentes entre la esperanza de vida de la población de distintos países se deben a factores como las condiciones sanitarias y el acceso a cuidados médicos durante el ciclo vital.

Los índices de esperanza de vida que hemos mencionado indican los años que se puede esperar que viva una persona nacida en un año en concreto. ¿Cuántos años más pueden esperar vivir los estadounidenses de 65 años? Hoy en día, pueden aspirar a vivir una media de dieciocho años más (20 en el caso de las mujeres, 16 en el de los hombres) (*Nacional Center for Health Statistics*, 2004).

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST FUNDADA EN 1826 QUITO

Para evaluar la posibilidad de que un individuo concreto alcance la edad de 100 años, puede consultarse la Figura 18.1.

¿Existen diferencias de género en los años que viven los seres humanos? En la actualidad, la esperanza de vida para las mujeres es de 80 años, mientras que en el caso de los hombres se reduce a 74 años. A partir de los 35 años, el número de mujeres comienza a superar al de hombres. Esta diferencia se amplía durante el resto de la adultez. Las mujeres constituyen más del 61 por 100 de la población de adultos con 75 años. ¿A qué se debe este hecho? Probablemente, este margen es el resultado de factores sociales como la actitud ante la salud, las costumbres, los estilos de vida y la ocupación. Por ejemplo, resulta más probable que los

Este test constituye una guía aproximada que permite predecir la longevidad. La esperanza de vida básica es de 73 años en el caso de los varones, y de 80 años para las mujeres. Escribe tu esperanza básica de vida. Si tu edad se encuentra entre los 50 y los 70 años, suma diez años más a tu esperanza de vida, porque se ha demostrado tu capacidad de resistencia. Si tienes más de 60 años y llevas una vida activa, puedes añadir dos años más.

Esperanza de vida

Decide de qué manera puede aplicarse cada ítem a tu situación personal. Suma o resta el número adecuado de años a tu esperanza básica de vida.

1. Antecedentes familiares
   - — Suma cinco años si dos o más de tus abuelos vivieron hasta los 80 años o más.
   - — Resta cuatro años si alguno de tus padres, abuelos o hermanos murieron por ataque cardiaco o apoplejía antes de los 50 años.
   - — Resta dos años si alguno de estos familiares murió por dichas enfermedades antes de los 60 años.
   - — Resta tres años por cada caso de diabetes, trastornos del tiroides, cáncer de mama, cáncer del aparato digestivo, asma o bronquitis crónica que se haya producido en los padres o los abuelos.
2. Matrimonio
   - — Suma cuatro años si estás casado.
   - — Si tienes más de 25 años y no estás casado, resta un año por cada década de tu vida en la que hayas permanecido soltero.
3. Estatus económico
   - — Suma dos años si los ingresos de tu familia superan los 60.000 dólares anuales.
   - — Resta tres años si la situación económica que has vivido en gran parte de tu vida puede calificarse de pobreza.
4. Físico
   - — Resta un año por cada 5 kilos de sobrepeso que presentes.
   - — Resta dos años por cada 2,5 centímetros que la circunferencia de tu cintura supere a la de tu pecho.
   - — Suma tres años si tienes más de 40 años y no presentas sobrepeso.
5. Ejercicio
   - — Suma tres años si practicas ejercicio de forma regular y moderada (hacer footing tres veces a la semana).
   - — Suma cinco años si practicas ejercicio de forma regular e intensa (carreras de larga distancia tres veces a la semana).
   - — Resta tres años si tu trabajo es sedentario.
   - — Suma tres años si tu trabajo es activo.
6. Alcohol
   - — Suma dos años si consumes alcohol de forma reducida (de una a tres bebidas al día).
   - — Resta de cinco a diez años si consumes cantidades elevadas de alcohol (más de cuatro bebidas al día).
   - — Resta un año si eres abstemio.
7. Tabaco
   - — Resta ocho años si fumas dos o más cajetillas de cigarrillos al día.
   - — Resta dos años si fumas una o dos cajetillas al día.
   - — Resta dos años si fumas menos de una cajetilla.
   - — Resta dos años si fumas puros o en pipa de manera frecuente.
8. Disposición personal.
   - — Suma dos años si eres una persona razonable y práctica.
   - — Resta dos años si eres agresivo, intenso y competitivo.
   - — Suma de uno a cinco años si te consideras una persona básicamente feliz y contenta con tu vida.
   - — Resta de uno a cinco años si sueles estar triste, preocupado o con sentimientos de culpa.
9. Educación
   - — Resta dos años si tu educación académica es inferior al bachillerato.
   - — Suma un año si estudiaste cuatro años después del bachillerato.
   - — Suma tres años si estudiaste cinco o más años después del bachillerato.
10. Entorno
    - — Suma cuatro años si has pasado la mayor parte de tu vida en un medio rural.
    - — Resta dos años si has pasado la mayor parte de tu vida en un medio urbano.
11. Sueño
    - — Resta cinco años si duermes más de nueve horas al día.
12. Temperatura
    - — Suma dos años si el termostato de tu casa no supera los 20 grados centígrados.
13. Cuidados sanitarios
    - — Suma tres años si te has sometido a exámenes médicos y tratamiento dental frecuentes.
    - — Resta dos años si has estado enfermo con frecuencia.
    - — **Resultado total de tu esperanza de vida.**

FIGURA 18.1 ¿Puedes llegar a cumplir 100 años?

hombres, y no las mujeres, fallezcan por alguna de las principales causas de muerte en Estados Unidos: cáncer del sistema respiratorio, accidentes de circulación, cirrosis, enfisema pulmonar y enfermedades coronarias (Goldman y otros, 2004). Todas estas causas están relacionadas con el estilo de vida. Así, por ejemplo, las diferencias que se detectan entre ambos sexos en los casos de fallecimiento por cáncer de pulmón o enfisema se deben a que los hombres consumen más tabaco que las mujeres.

Si el estrés laboral influyera en la esperanza de vida, las diferencias entre sexos deberían reducirse, ya que muchas mujeres trabajan hoy en día fuera del hogar. Sin embargo, en los últimos cuarenta años se ha detectado la tendencia contraria: la diferencia entre ambos sexos se amplía. Tal vez, trabajar fuera de casa beneficia a las mujeres, ya que su vida laboral constituye una fuente de autoestima y satisfacción que supera a cualquier otro factor adicional de estrés que pueda tener su origen en el trabajo.

La diferencia en longevidad que se aprecia entre ambos sexos puede también deberse a factores biológicos. Casi en la totalidad de las especies, las hembras viven más que los machos. Las mujeres presentan una mayor resistencia ante las infecciones y las enfermedades degenerativas. Así, por ejemplo, la producción de estrógeno ayuda a proteger a las mujeres frente a la arteriosclerosis (endurecimiento de las arterias), y el cromosoma X adicional presente en las mujeres puede estar relacionado con una mayor producción de anticuerpos que se enfrenten a las infecciones.

Individuos centenarios En 1980, se contabilizaban tan sólo 15.000 individuos centenarios (individuos con 100 o más años de edad) en Estados Unidos. En 2000, la cifra había aumentado hasta 77.000, y se espera que siga creciendo y alcance los 834.000 en 2050. Muchas personas esperan que, con la edad, aumenten los problemas de salud. Sin embargo, las investigaciones realizadas han determinado que este hecho no se cumple en el caso de algunos individuos centenarios (Terry y otros, 2004). Según un reciente estudio, 32 por 100 de los varones y 15 por 100 de más de cuatrocientos individuos centenarios jamás habían padecido enfermedades comunes relacionadas con la edad como problemas cardiacos, cáncer y apoplejía (Evert y otros, 2003).

La genética desempeña un importante papel en el hecho de que un individuo alcance una edad avanzada (Martin y Buckwalter, 2001; Perls, Lauerman y Silver, 1999). No obstante, también influyen otros factores. Así, un número desproporcionado de los individuos centenarios son mujeres que nunca se han casado. Según el «Estudio de individuos centenarios de Nueva Inglaterra» (*New England Centenarian Study*), las vidas de la mayoría de estas personas han resultado difíciles: son supervivientes del Holocausto o vivieron en una situación de extrema pobreza al llegar a Estados Unidos como inmigrantes (Perls, Lauerman y Silver, 1999). El factor que ha contribuido a su supervivencia es su capacidad para hacer frente al estrés de manera eficaz.

En una investigación se entrevistó a 1.200 individuos centenarios acerca de diversos aspectos de sus vidas (Segerberg, 1982). En su opinión, la vida tiene las siguientes características:

- Mary Butler afirmó que resulta importante encontrar algo que te haga reír cada día, y considera que una buena carcajada siempre es mejor que una dosis de medicina.
- Elza Wynn piensa que ha vivido tanto tiempo porque así lo decidió. Había pensado que su vida acabaría a los 77 años, pero luego decidió que esperaría algo más antes de morirse.
- Anna Marie Robertson («Grandma») Moses señaló que se sentía más vieja a los 16 años que en cualquier otro momento de su vida. Incluso cuando alcanzó una edad muy avanzada, afirmó que nunca se había planteado su edad.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR QUITO

- Billy Red Fox cree que, para poder llegar a los cien años, resulta importante mantenerse activo y no preocuparse demasiado. Cuando tenía 95 años, cambió de empleo para dedicarse a las relaciones públicas. Incluso con 100 años, Billy viaja once meses al año para realizar apariciones públicas y dar charlas en centros comunitarios.

¿Qué probabilidad existe de que lleguemos a los 100 años de edad? Según los ítems que aparecen en la Figura 18.1, algunos de los factores más influyentes en la longevidad son la herencia genética y los antecedentes familiares, el estado de salud (peso, dieta, consumo de tabaco y ejercicio físico realizado), la educación, la personalidad y el estilo de vida. Para saber más acerca de los factores relacionados con la longevidad, puedes leer el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital» que se presenta a continuación.



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Se vive más en Okinawa

Los habitantes de Okinawa, una isla japonesa situada en el Mar de la China oriental, viven más que los de cualquier otro lugar del planeta. En Okinawa hay 34,7 individuos centenarios por cada 100.000 habitantes, la proporción más alta del mundo. En comparación, en Estados Unidos hay aproximadamente 10 individuos de más de 100 años por cada 100.000 habitantes. La esperanza de vida en Okinawa es de 81,2 años (86 para las mujeres, 78 para los hombres), también la más elevada del mundo.

¿Cuáles son las causas de esta longevidad? Algunas de las explicaciones posibles son las siguientes (Willcox, Willcox y Suzuki, 2002):

- *Dieta.* Los habitantes de Okinawa consumen alimentos muy sanos, con abundantes cereales, pescado y verduras, y poca carne, huevos o productos lácteos. El riesgo de morir de cáncer es muy inferior para los habitantes de Okinawa que para el resto de japoneses o para los estadounidenses (véase la Figura 18.2). Aproximadamente 100.000 individuos oriundos de Okinawa emigraron a Brasil y adoptaron con rapidez las costumbres alimenticias de su país de acogida, con un abundante consumo de carnes rojas. El resultado: la esperanza de vida de los individuos provenientes de Okinawa que viven en Brasil es inferior en diecisiete años a la de los que aún viven en la isla.
- *Estilo de vida con bajos niveles de estrés.* El estilo de vida relajado típico de Okinawa tiene más en común con la forma de vida de las islas del sur del Pacífico que con el estrés que se vive en el resto de Japón.
- *Una comunidad que atiende a sus ancianos.* Los habitantes de Okinawa se preocupan unos por otros y no aíslan ni ignoran a los ancianos. Si un anciano necesita ayuda, no dudará en solicitársela a un vecino. Este apoyo y preocupación podrían ser el motivo por el que en Okinawa se registra el índice más bajo de suicidios de mujeres de edad avanzada de todo Extremo Oriente, un área en la que se detecta un alto índice de suicidios de mujeres ancianas.
- *Actividad.* Muchos ancianos de Okinawa llevan vidas activas, y realizan actividades como pasear o encargarse de su jardín. Además, muchos continúan desempeñando sus empleos de siempre.
- *Espiritualidad.* Muchos ancianos de Okinawa hallan en la espiritualidad la sensación de que existe un objetivo en sus vidas. La oración es una prác-

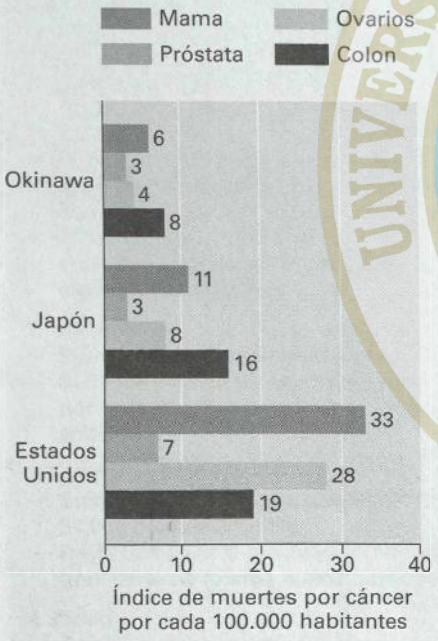


FIGURA 18.2 Riesgo de fallecer por cáncer en Okinawa, Japón y Estados Unidos.

El riesgo de fallecer por diferentes tipos de cáncer es inferior en Okinawa que en Estados Unidos y Japón (Willcox, Willcox y Suzuki, 2002). Los habitantes de Okinawa consumen gran cantidad de tofu y otros derivados de la soja, alimentos ricos en flavonoides (sustancias de las que se piensa que pueden reducir el riesgo de padecer cáncer de mama y de próstata). Además, su alimentación se basa en el consumo de grandes cantidades de pescado, sobre todo atún, caballa y salmón, que reducen el riesgo de padecer cáncer de mama.

tica frecuente, y se considera que libera a la mente de tensiones y problemas.

El anciano-joven, el anciano y el anciano-muy mayor

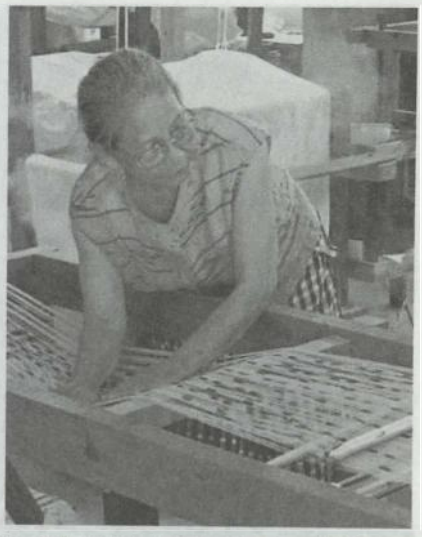
¿Deseas vivir hasta los 100 años, o los 90? Tal y como señalamos en el Capítulo 1, estas edades se encuadran dentro de la vejez, una etapa que comienza a los 60 años y que se extiende aproximadamente hasta los 120-125 años. La vejez supone el período más extenso de todas las etapas del desarrollo humano, ya que abarca de 50 a 60 años. Algunos expertos en desarrollo establecen una diferencia entre el *anciano-joven* (de 65 a 74 años de edad) y el *anciano* (75 años en adelante) (Charness y Bosman, 1992). Sin embargo, otros expertos añaden la categoría de *anciano muy mayor* (85 años en adelante) como una etapa distinta a las otras fases de la vejez (Baltes y Smith, 2003).

Como analizamos en el Capítulo 1, Paul Baltes (Baltes, 2000; Baltes y Smith, 2003) afirma que los ancianos-ancianos (con más de 85 años de edad) deben hacer frente a una serie de problemas: pérdidas significativas de su potencial cognitivo y de la capacidad para aprender, aumento del estrés crónico, una incidencia evidente de las discapacidades físicas y mentales, altos niveles de debilidad y aumento de la soledad, así como la dificultad que entraña morir con dignidad a edades tan avanzadas. Baltes compara los problemas de los ancianos-ancianos con las mejoras en el envejecimiento de los adultos con edades comprendidas entre los 60 y los 80 años. Estos últimos presentan un evidente potencial para alcanzar una buena forma física y cognitiva, mayores niveles de bienestar emocional y estrategias más eficaces para gestionar las pérdidas y ganancias que se producen durante la vejez.

Los individuos ancianos-ancianos son principalmente mujeres, la mayoría de las cuales son viudas y viven solas o en residencias para la tercera edad. La mayor parte de estas mujeres, además, ingresan en centros hospitalarios en algún momento durante sus últimos años de vida. Allí, o en residencias para ancianos, fallecen en soledad (Baltes y Smith, 2003). Sus necesidades, capacidades y recursos suelen ser distintos de los que presentan los ancianos con edades comprendidas entre los 60 y los 80 años.

Sin embargo, los ancianos-ancianos también constituyen un grupo heterogéneo y diverso (Roberts, Dunkle y Haug, 1994). Muchos de estos individuos han vivido más que las personas que les proporcionaban apoyo social y económico, por lo que dependen de la sociedad para su vida cotidiana, aunque esta circunstancia no puede aplicarse a todos los ancianos-ancianos. Un número significativo de individuos de esta edad presentan dificultades cognitivas, pero no todos. Casi una cuarta parte de los ancianos-ancianos viven en residencias, y muchos presentan algún tipo de limitación de sus capacidades físicas o dificultades para cuidar de sí mismos. Sin embargo, más de las tres cuartas partes de estos individuos no están ingresados en residencias y continúan viviendo en su entorno habitual. Más de un tercio de los ancianos con edades superiores a 80 años que viven en su entorno cotidiano manifiesta que su salud es excelente o buena, y 40 por 100 afirma que no tiene ningún tipo de limitación en sus capacidades físicas (Suzman y otros, 1992).

Muchos expertos en envejecimiento prefieren referirse a las categorías mencionadas (anciano-joven, anciano y anciano-anciano) atendiendo a la *función* y no a la edad. Tal y como señalamos en el Capítulo 1, la edad no constituye tan sólo un concepto cronológico, sino que también existe la edad biológica, la psicológica y la social. De esta manera, si atendemos a la *edad funcional*, es decir, a la capacidad real de funcionar que una persona posee, un individuo de 85 años de edad puede encontrarse en una mejor situación biológica y psicológica que una persona de 65 años. Teniendo en cuenta el concepto de edad funcional y su importancia en las diferencias individuales que se detectan en el proceso del envejecimiento, resulta



Toskiko Taira, de 80 años de edad, trenza fibras de banano en un telar en Okinawa. Toskiko, al igual que muchos de sus paisanos, considera que tener objetivos le ayuda a mantenerse joven.



Iva Blake, con 100 años de edad, es una de las personas más ancianas de Estados Unidos. Mediante la adaptación a unas circunstancias cambiantes, aún es capaz de atender su jardín desde su silla de ruedas. *¿Cuáles son algunas características de los ancianos muy mayores?*



a)



b)

a) La francesa Jeanne Louise Calment, recientemente fallecida a la edad de 122 años. Aunque se ha afirmado que ciertos individuos han vivido durante más años, los científicos consideran que el ciclo vital humano se extiende, como máximo, hasta los 120-125 años. b) La herencia genética constituye un importante factor que determina cuánto viviremos. Por ejemplo, tal y como se señala en la Figura 18.1, se pueden sumar cinco años a la esperanza de vida si dos o más de los abuelos de un individuo han vivido más de 80 años. Las mujeres presentan una mayor esperanza básica de vida, superior en siete años a la de los varones. Las tres hermanas que aparecen en la foto superan todas los 80 años de edad.

evidente que existen diferencias significativas cuando comparamos al grupo de edad de los individuos ancianos que están entre los 65 y los 80 años con el grupo de ancianos-ancianos, que ha superado ya los 85 años de edad (Baltes y Smith, 2003; Suzman y otros, 1992).

Teorías biológicas del envejecimiento

Incluso cuando un individuo mantiene un excelente estado de salud durante su adultez, siempre existe un momento en que comenzará a envejecer. Los expertos en el ciclo vital llegan a afirmar que el envejecimiento biológico comienza en el momento del nacimiento (Schaie, 2000). ¿Cuál es la explicación biológica del envejecimiento? Se han planteado cuatro teorías biológicas que proporcionan interesantes explicaciones de los motivos por los que se produce este proceso: la teoría del reloj celular, la teoría de los radicales libres, la teoría mitocondrial y la teoría del estrés hormonal.

Teoría del reloj celular La **teoría del reloj celular,** formulada por Leonard Hayflick, afirma que las células pueden dividirse un máximo de setenta y cinco a ochenta veces y que, al aumentar nuestra edad, las células pueden dividirse en un menor número de ocasiones. Hayflick halló que las células extraídas de adultos con edades comprendidas entre los 50 y los 80 años se dividían menos de setenta y cinco a ochenta veces. Basándose en las formas en las que se produce la división celular, Hayflick estableció que el límite máximo del potencial del ciclo vital humano se encuentra entre los 120 y los 125 años de edad.

En la última década, las investigaciones realizadas han intentado completar algunos aspectos de la teoría del reloj celular (Cherif y otros, 2003; Riethman y otros, 2004; Sharpless y DePaulo, 2004). Hayflick desconocía el motivo por el que

las células mueren, pero recientemente se ha descubierto que la respuesta a esta cuestión puede encontrarse en los extremos de los cromosomas (Shay y Wright, 1999, 2000, 2002, 2004).

Los telómeros son secuencias de ADN que se localizan en los extremos de los cromosomas. Cada vez que una célula se divide, sus telómeros se acortan (véase la Figura 18.3). Al cabo de setenta u ochenta reduplicaciones, los telómeros se reducen de forma drástica y la célula no puede reproducirse.

En las investigaciones realizadas, al inyectar la enzima telomerasa en células humanas cultivadas en laboratorio, la vida celular se extendió de forma considerable, superando el límite de divisiones establecido entre setenta y ochenta (Shay y Wright, 1999). Según un estudio, el desgaste de los telómeros que se produce por causas relacionadas con la edad está asociado con una reducción en la capacidad para recuperarse del estrés y con un aumento en los índices de cáncer (Rudolf y otros, 1999).

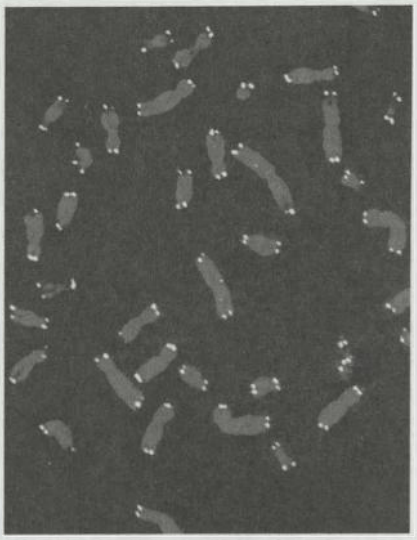


FIGURA 18.3 Los telómeros y el envejecimiento
En la fotografía se aprecia cómo los telómeros iluminan los extremos de los cromosomas.

Teoría de los radicales libres La **teoría de los radicales libres** constituye otra hipótesis microbiológica del envejecimiento. Según esta teoría, los individuos envejecen porque los procesos metabólicos normales que se producen en sus células dan lugar a moléculas inestables de oxígeno denominadas radicales libres. Estas moléculas se desplazan por la célula dañando el ADN y otras estructuras (Berr, 2002; Poon y otros, 2004). Al igual que todos los organismos, al producirse el metabolismo de la energía, las células generan productos de desecho, entre los que se encuentran estas problemáticas moléculas de oxígeno. Debido al movimiento caótico de los radicales libres dentro de la célula, se producen daños que pueden dar lugar a una serie de problemas de salud, como el cáncer o la artritis (Hauck y Bartke, 2001; Troen, 2003). Se ha establecido una relación entre el exceso de alimentación y el aumento de los radicales libres. Además, las investigaciones realizadas han determinado recientemente que la limitación de la ingesta de calorías (dentro de dieta con calorías limitadas, aunque adecuada en proteínas, vitaminas y minerales) reduce el daño oxidante provocado por los radicales libres (Yu, Lim y Sugano, 2002).

Teoría mitocondrial La **teoría mitocondrial** afirma que el envejecimiento es el resultado del deterioro de las mitocondrias dentro de las células. Existe un creciente interés en el estudio del papel desempeñado por las mitocondrias (orgánulos celulares que proporcionan la energía necesaria para el funcionamiento, crecimiento y reparación de la célula) en el envejecimiento (Ames, 2004; Bertoni-Freddari y otros, 2004; Kang y Hamasaki, 2003). Se supone que el deterioro de las mitocondrias se debe al daño oxidante y a la pérdida de micronutrientes fundamentales proporcionados por la célula (Driver, Georgiou y Gergiou, 2004; Genova y otros, 2004; Merry, 2004; Pierson, 2003).

Uno de los productos derivados de la producción energética mitocondrial son los radicales libres que hemos mencionado con anterioridad. Según la teoría mitocondrial, los perjuicios causados por los radicales libres dan lugar a un ciclo en el que el daño oxidante impide el funcionamiento de las mitocondrias, lo que provoca la creación de mayores cantidades de radicales libres. Como resultado, al cabo de un período de tiempo, la mitocondria afectada resulta tan ineficaz que no puede producir la energía necesaria para cubrir las necesidades de la célula (Barja, 2004). Se ha relacionado el deterioro mitocondrial con la incidencia de enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas, como la demencia senil, y con una reducción en el funcionamiento hepático (Anantharaju, Feller y Chedid, 2002; Floyd y Hensley, 2002). Sin embargo, aún no se ha determinado si este deterioro de las mitocondrias da lugar al envejecimiento o si ambos procesos se producen de manera simultánea (DiMauro y otros, 2002).

Teoría del estrés hormonal Las tres teorías que hemos descrito hasta ahora (teoría del reloj celular, de los radicales libres y teoría mitocondrial) intentan ex-

plicar el envejecimiento desde el nivel celular. Por el contrario, la **teoría del estrés hormonal** afirma que el envejecimiento del sistema hormonal del cuerpo puede disminuir la resistencia ante el estrés y hacer aumentar la probabilidad de padecer enfermedades (Finch y Seeman, 1999; Parsons, 2003). El eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) constituye uno de los sistemas regulatorios más importantes del cuerpo para responder al estrés exterior y mantener el equilibrio interno. El término «hipotalámico» hace referencia al hipotálamo cerebral; «pituitario» se refiere a la glándula situada cerca del hipotálamo y «adrenal», a las dos glándulas adrenales (o suprarrenales) situadas en la parte superior de los riñones.

Al envejecer, las hormonas estimuladas por el estrés permanecen en niveles elevados durante más tiempo que en edades más jóvenes. Estos niveles prolongados y altos de hormonas relacionadas con el estrés se asocian con un mayor riesgo de padecer enfermedades, incluyendo los trastornos cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y la hipertensión. Recientemente, una variación de esta teoría se ha centrado en el importante papel desempeñado por una reducción del funcionamiento del sistema inmunológico que se produce al aumentar la edad de los individuos (Hawkley y Cacioppo, 2004). El envejecimiento provoca déficit en el sistema inmunológico que favorecen la aparición de enfermedades infecciosas en individuos ancianos. Esta situación puede verse acentuada por la duración más extensa del estrés y por la disminución que se produce en los procesos reparadores durante esta etapa evolutiva.

¿Cuál de estas teorías explica mejor el envejecimiento? Aún no se ha establecido una respuesta para esta cuestión, pero podría ocurrir que todos estos procesos biológicos estén relacionados con el envejecimiento.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Analizar las características de la longevidad y de los aspectos biológicos del envejecimiento

REVISA

- ¿En qué se diferencian los conceptos de ciclo vital y de esperanza de vida? ¿Cuáles son las características de los individuos centenarios? ¿Cuáles son las diferencias entre sexos que influyen en la longevidad?
- ¿Cómo pueden resumirse las diferencias existentes entre los ancianos-jóvenes, los ancianos y los ancianos-ancianos?
- ¿Cuáles son las cuatro teorías principales acerca del envejecimiento?

REFLEXIONA

- Si pudiéramos aumentar el límite máximo del ciclo vital humano, ¿resultaría positivo? Si fuera así, ¿quién resultaría beneficiado?

EL TRANSCURSO DEL DESARROLLO FÍSICO EN LA VEJEZ

Envejecimiento cerebral | **Aspecto físico y movimiento** | **Sistemas circulatorio y pulmonar** | **Sistema inmunológico** | **Desarrollo sensorial** | **Sexualidad**

A pesar de que, al aumentar la edad, se produce un incremento inevitable del riesgo de padecer algún tipo de discapacidad física, el comienzo de estos problemas

no tiene lugar de manera uniforme. Al reconocerse que existen considerables variaciones en los índices de disminución del funcionamiento, se ha prestado más atención a los factores que permiten mantener de forma eficaz las capacidades funcionales con los años (Birren, 1996; Whitbourne, 2000). En un análisis se examinó el Estudio sobre el envejecimiento en condiciones positivas de la «Red de investigación MacArthur» (*MacArthur Research Network on Successful Aging Study*), un estudio longitudinal realizado en tres emplazamientos que se centró en el envejecimiento en condiciones positivas de hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 70 y los 79 años. En este estudio, la ejecución física (como andar de manera adecuada, mantener el equilibrio y sentarse y levantarse de forma repetida) disminuía con la edad, pero con notables diferencias individuales (Seeman y otros, 1994). La ejecución física de los ancianos-ancianos que presentaban un mal estado de salud y provenían de entornos desfavorecidos resultaba inferior a la de los individuos de la misma edad que disfrutaban de una buena salud y poseían un estatus socioeconómico más elevado. Además, la mayoría de los adultos ancianos mantenían su nivel de ejecución física durante un período de tres años entre los 70 y los 80 años, y algunos incluso mejoraban dichos niveles en este mismo período de tiempo.

Al analizar las características del desarrollo físico, describiremos los cambios relacionados con la edad que van ocurriendo en el proceso de declive de las capacidades físicas. Sin embargo, también resaltaremos ciertos avances realizados por las investigaciones que señalan que las capacidades corporales disminuyen lentamente, pero que, en ocasiones, incluso las funciones que se han perdido pueden recuperarse. Según una investigación, el índice de discapacidades presentes en los individuos ancianos había descendido casi 15 por 100 entre 1982 y 1994 (Manton, Corder y Stallard, 1997), una reducción relacionada con el ejercicio físico, la disminución del número de fumadores y los avances médicos (Suzman, 1997).

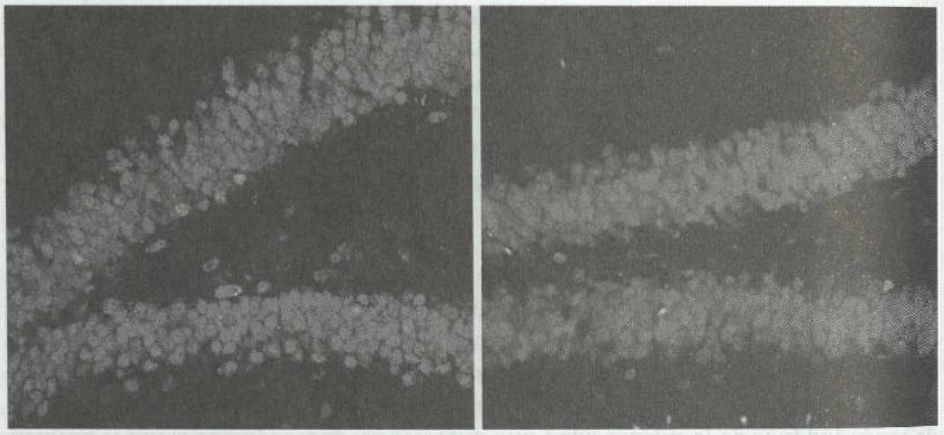
Envejecimiento cerebral

La mayor parte de las investigaciones llevadas a cabo en los cerebros de individuos adultos se centran en el envejecimiento cerebral padecido por ancianos. ¿Cuáles son algunos de los descubrimientos generales que se han efectuado acerca de este envejecimiento? ¿Cuánta plasticidad y capacidad de adaptación mantiene el cerebro?

Disminución del tamaño y ralentización cerebral Por término medio, el cerebro pierde de 5 a 10 por 100 de su peso entre los 20 y los 90 años de edad. Al mismo tiempo, también disminuye el volumen cerebral. Los científicos aún no han determinado con total certeza el motivo de estos cambios, pero muchos consideran que pueden deberse a un descenso en las dendritas, a los daños en la vaina de mielina que recubre los axones o, simplemente, a la muerte de células cerebrales.

La disminución del tamaño es más evidente en algunas áreas cerebrales que en otras. El córtex prefrontal se reduce con el envejecimiento y, según investigaciones recientes, esta disminución está relacionada con un descenso en la memoria de trabajo de los ancianos (Salat, Kaye y Janowski, 2002).

Durante la madurez comienza una ralentización general del funcionamiento cerebral y de la médula espinal, proceso que se acelera durante la vejez (Birren, 2002) y que afecta tanto a la coordinación física como al rendimiento intelectual. Por ejemplo, tras la edad de 70 años, muchos adultos ya no presentan reflejo rotular, y a los 90 años, la mayor parte de los reflejos surgen de manera más lenta (Spence, 1989). La ralentización de las funciones cerebrales puede afectar al rendimiento de los ancianos en test de inteligencia, especialmente si se realizan con límites de tiempo (Birren, Woods y Williams, 1980).



Ejercicio Entorno estimulante

FIGURA 18.4 Generación de nuevas células nerviosas en ratones adultos
Las investigaciones realizadas han determinado que el ejercicio (carreras) y un entorno estimulante (una jaula mayor y muchos juguetes) pueden hacer que las células cerebrales se dividan y den lugar a la formación a nuevas células (Kempermann, van Praag y Gage, 2000). Las células se señalan con una marca química que se integra en el ADN de las células que se dividen (puntos con tono oscuro). Al cabo de cuatro semanas, se utilizó dicha marca química para señalar las neuronas. Tal y como se advierte en las fotografías, tanto los ratones que habían realizado ejercicio como los que vivían en un entorno más estimulante presentaban muchas células que aún se encontraban en fase de división (puntos con tono oscuro) y otras que se habían convertido en nuevas neuronas (puntos con tono claro).

Si el cerebro fuera un ordenador, la descripción que hemos dado del envejecimiento cerebral podría hacernos pensar que, en este estado, no sería capaz de efectuar muchas funciones. Sin embargo, al contrario que los ordenadores, el cerebro posee una increíble capacidad regeneradora. Así, incluso durante la vejez, el cerebro tan sólo pierde una parte de su capacidad funcional (Anderton, 2002).

Neurotransmisores La acetilcolina, la dopamina y el ácido gamma-aminobutírico son algunos de los neurotransmisores que han sido objeto de estudios. Según algunos investigadores, una pequeña disminución de los niveles de acetilcolina puede dar lugar al descenso en el funcionamiento de la memoria asociado con el funcionamiento normal. Además, se considera que una reducción mayor en los niveles de esta sustancia puede dar lugar a pérdidas graves de memoria que se relacionan con la enfermedad de Alzheimer (Descarries y otros, 2004; Small y Fodero, 2002). Las reducciones normales de los niveles de dopamina que están relacionadas con la edad pueden ocasionar problemas en la capacidad para planificar y en la ejecución de actividades motoras (Haycock y otros, 2003, Salvatore, Apparsundaram y Gerhardt, 2003). Las enfermedades relacionadas con la edad que se caracterizan por una merma en el control de la capacidad motora, como la enfermedad de Parkinson, están asociadas con una reducción drástica en la producción de dopamina (DeKosky y Marck, 2003, Piccini, Pavese y Brooks, 2003). El ácido gamma-aminobutírico (GABA) inhibe las señales neuronales en el cerebro. La producción de esta sustancia disminuye con la edad (Mhatre, Fernandez y Ticku, 1991). El GABA contribuye a controlar la precisión de las señales que se transmiten de una neurona a otra. Según un reciente estudio, al inyectar ácido GABA en los cerebros de monos ancianos, se conseguía que focalizaran su visión y su razonamiento gracias a que se eliminaban los impulsos estáticos que provocaban interferencias desde otras neuronas (Leventhal y otros, 2003).

Capacidad de adaptación del cerebro Con el aumento de la edad, el cerebro adulto se adapta de múltiples maneras. En primer lugar, los seres humanos pueden generar nuevas células cerebrales a lo largo de toda su vida (Gould y otros, 1999; Kempermann, Wiskott y Gage, 2004; Luque, Gimenez y Ribotta, 2004; Manev y Manev, 2005; Shi y otros, 2004). Sin embargo, esta creación de células depende, en parte, de la estimulación medioambiental que se obtiene a través de actividades como el ejercicio físico y el aprendizaje (Churchill y otros, 2002; Prickaerts y otros, 2004; Schaffer y Gage, 2004; Zitnik y Martin, 2002). En la Figura 18.4 se muestran los resultados obtenidos en un estudio en el que tanto los ratones sometidos a ejercicio físico (carreras) como los que se ubicaron en un entorno estimulante generaron nuevas células cerebrales.

Otro estudio demostró la existencia de un segundo tipo de adaptación. En esta investigación se compararon los cerebros de adultos de distintas edades (Coleman, 1986). A partir de los 40 años de edad, se incrementaba el crecimiento de dendritas. Sin embargo, en los individuos con más de 90 años de edad, no se detectó dicho aumento, que puede compensar la posible pérdida de neuronas que se produce entre los 70 y los 90 años, pero no la que tiene lugar a partir de esta última edad. La carencia de crecimiento de dendritas en los individuos ancianos podría deberse a la falta de estimulación medioambiental y de ejercicio.

Stanley Rapaport (1994), jefe del laboratorio de neurociencia del Instituto Nacional del Envejecimiento de Estados Unidos (*National Institute on Aging*), descubrió la existencia de otra forma en la que se produce la adaptación en los cerebros en proceso de envejecimiento. Este investigador comparó los cerebros de individuos jóvenes y ancianos que realizaban las mismas tareas. Los cerebros de mayor edad habían vuelto a crear conexiones internas para compensar pérdidas. Si una neurona no era capaz de realizar cierta tarea, las células colindantes se encargaban de efectuar el trabajo necesario para suplir esa carencia. Rapaport llegó a la conclusión de que, al envejecer, el cerebro puede redistribuir las responsabilidades para efectuar una tarea determinada de una región a otra.

Otra muestra de la adaptación que experimenta el cerebro al envejecer es el aumento en la mielinización que conecta el córtex prefrontal con el sistema límbico y que se produce entre los 40 y los 60 años de edad (Fischer y Pruyne, 2003). Probablemente, este tipo de mielinización permite aumentar la integración de las respuestas emocionales del sistema límbico con las habilidades de razonamiento del córtex prefrontal. Este proceso de integración de la cognición y la emoción facilita, con probabilidad, la capacidad reflexiva que caracteriza a muchos adultos maduros.

Los cambios en la lateralización pueden constituir otro tipo de adaptación que se produce como consecuencia del envejecimiento cerebral. Como ya mencionamos en capítulos anteriores, la lateralización es la especialización funcional de un hemisferio cerebral u otro. Por medio de técnicas de formación de imágenes neurales, las investigaciones realizadas han determinado recientemente que la actividad cerebral del córtex prefrontal se muestra menos lateralizada en adultos ancianos que en individuos jóvenes cuando realizan tareas cognitivas (Cabeza, 2002; Dixit y otros, 2000). Por ejemplo, tal y como se muestra en la Figura 18.5, cuando los adultos jóvenes realizan la tarea de reconocer palabras que previamente han visto, el procesamiento de la información tiene lugar, sobre todo, en el hemisferio derecho, mientras que, en el caso de los adultos ancianos, dicha actividad tiende a realizarse en ambos hemisferios (Madden y otros, 1999).

La disminución en la lateralización que se detecta en los adultos ancianos puede desempeñar un papel compensatorio dentro del proceso de envejecimiento cerebral, es decir, la utilización de ambos hemisferios puede mejorar el funcionamiento cognitivo de estos individuos. Los resultados obtenidos en otro estudio parecen confirmar esta teoría. En esta investigación se detectó que los adultos ancianos que utilizaban ambos hemisferios realizaban tareas de memoria de trabajo más rápidamente que los individuos de la misma edad que utilizaban sólo un hemisferio de forma primordial (Reuter-Lorenz y otros, 2000). Sin embargo, la disminución en la lateralización puede no ser más que una consecuencia del envejecimiento, lo que puede mostrar que la capacidad cerebral para especializarse en la ejecución de ciertas funciones disminuye con la edad. Así, durante la niñez, el cerebro aumenta la diferenciación entre áreas que se especializan para efectuar ciertas funciones, pero este proceso puede invertirse al aumentar la edad. La teoría de la desdiferenciación se ve apoyada porque el número de intercorrelaciones en rendimiento al realizar tareas cognitivas es mayor en los adultos ancianos que en los individuos jóvenes (Baltes y Lindenberger, 1997). Para saber más acerca del envejecimiento y el cerebro, puedes leer el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».

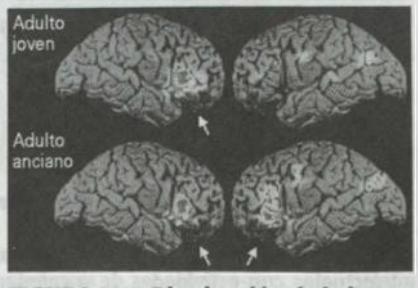


FIGURA 18.5 Disminución de la lateralización cerebral en adultos ancianos
Al ejecutar tareas de memoria, los adultos jóvenes usaban, principalmente, la región prefrontal derecha del cerebro (*fotografía superior izquierda*), mientras que los adultos ancianos utilizaban tanto la región prefrontal derecha como la izquierda (*fotos inferiores*).



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

El estudio de las monjas de Mankato

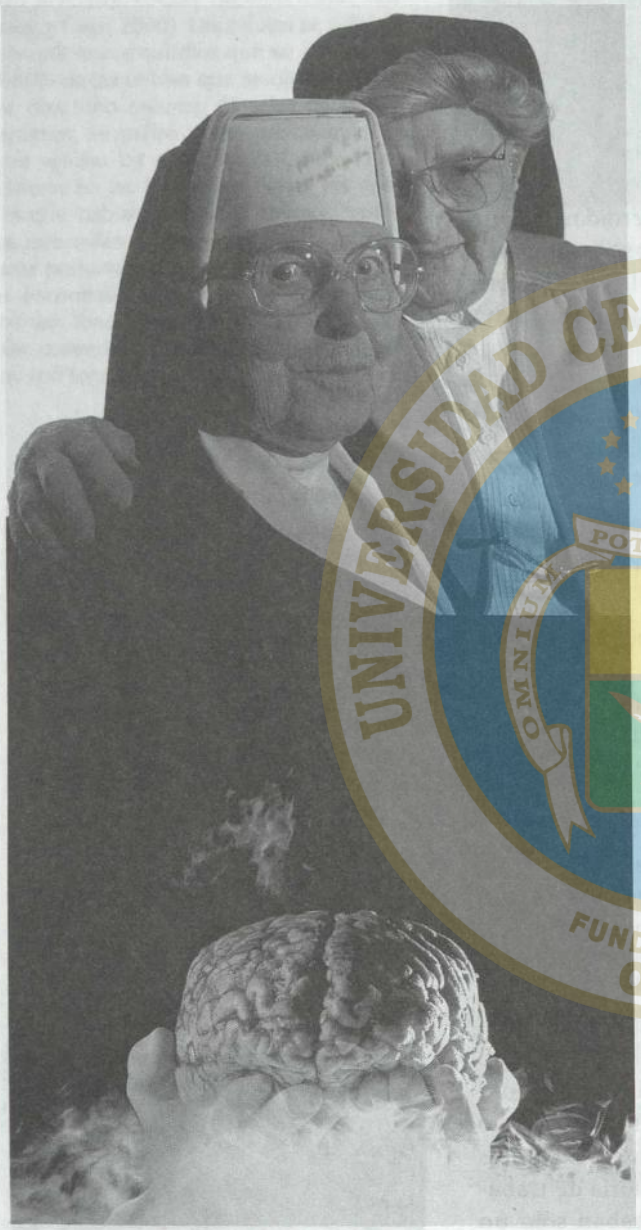


***Foto superior*: La hermana Marcella Zachman (*izquierda*) dejó de dar clases a la edad de 97 años. Ahora, con 99 años, ayuda a monjas enfermas a ejercitar sus capacidades intelectuales con actividades de vocabulario o con un juego de cartas denominado *Skip-Bo*, en el que pierde de forma deliberada. La hermana Mary Esther Boor (*derecha*), de 99 años de edad, también era profesora. Realiza rompecabezas para mantener su capacidad intelectual y se presenta voluntaria para atender la recepción de su residencia.**
***Foto inferior*: Un científico sostiene el cerebro de una de las monjas de Mankato. Las religiosas donan sus cerebros para que los investigadores estudien los efectos de la estimulación en el crecimiento cerebral.**

El «Estudio de las monjas de Mankato» (*Nun Study*) dirigido por David Snowdon, constituye una interesante investigación, aún en proceso, del envejecimiento de 678 monjas, muchas de ellas residentes en un convento en Mankato, Minnesota (Estados Unidos) (Danner, Snowdon y Friesen, 2001; Kemper y otros, 2001; Riley, Snowdon y Markesbery, 2002; Snowdon, 1995, 1997, 2002, 2003). Cada una de las 678 religiosas accedió a participar en evaluaciones anuales de su funcionamiento cognitivo y físico. Además, también se mostraron de acuerdo en donar sus cerebros a la investigación tras su fallecimiento, lo que las convierte en el mayor grupo de donantes de cerebros del mundo. El examen de los órganos donados por estas religiosas, al igual que los provenientes de otros individuos, ha hecho que los expertos en neurología consideren que el cerebro presenta una increíble capacidad para cambiar y crecer, incluso a edades avanzadas. Las Hermanas de Notre Dame de Mankato llevan vidas intelectualmente estimulantes, y los investigadores consideran que este hecho beneficia su calidad de vida al llegar a la vejez y contribuye, probablemente, a su longevidad.

Los siguientes son algunos de los resultados obtenidos con este estudio:

- Se ha establecido la existencia de una relación entre las emociones positivas registradas en la juventud y la longevidad de este grupo de monjas (Danner, Snowdon y Friesen, 2001). Para llegar a esta conclusión, se evaluó el contenido emocional de las autobiografías escritas personalmente por 180 religiosas cuando tenían 22 años de edad. Aquellas que habían obtenido puntuaciones más altas en contenido emocional positivo presentaban mayores probabilidades de seguir con vida entre los 75 y los 95 años de edad, frente a las religiosas cuyos escritos se caracterizaban por el contenido emocional negativo.
- Las religiosas que habían ejercido labores docentes durante la mayor parte de sus vidas mostraban una disminución más moderada de sus capacidades intelectuales que las monjas que habían desempeñado trabajos relacionados con los servicios. Por ello, parece confirmarse que las neuronas se mantienen sanas y vivas cuando se estimula al cerebro con actividad intelectual (Snowdon, 2002).
- En los análisis efectuados tras su fallecimiento, los cerebros de las monjas con mayores niveles de ácido fólico presentaban menor nivel de daños que se parecieran a los producidos por el Alzheimer (Snowdon y otros, 2000). Probablemente, la presencia de cantidades notables de ácido fólico en la sangre indica una menor posibilidad de padecer una apoplejía y tal vez contribuya a prevenir la disminución de capacidades cerebrales.

Tanto este estudio como otros permiten abrigar la esperanza de que los científicos descubran formas de determinar la capa-

cidad de adaptación del cerebro con el fin de prevenir y tratar las enfermedades neuronales. Así, por ejemplo, los investigadores pueden hallar maneras más eficaces de ayudar a los ancianos a recuperarse tras un episodio de apoplejía. Incluso en los casos en los que uno de estos episodios ha dañado de manera irreversible una zona del cerebro, pueden crearse nuevas rutas para que los mensajes sorteen el bloqueo o para que se retome la función desempeñada por esa área en concreto.

Sistema inmunológico

Existen numerosas pruebas que demuestran la existencia de una reducción en el funcionamiento del sistema inmunológico al envejecer (Breitbart y otros, 2002; Li y otros, 2002; Morley, 2004). Tal y como ya indicamos en nuestro análisis de la teoría del estrés hormonal, la duración prolongada de una situación de estrés y la disminución en los procesos reparadores que se detectan en adultos ancianos pueden acelerar los efectos del envejecimiento sobre el sistema inmunológico (Hawkley y Cacioppo, 2004). Una dieta en la que se consuman cantidades insuficientes de proteínas está relacionada con un mayor deterioro del sistema inmunológico, lo que da lugar a una reducción del número de células T encargadas de destruir células infectadas (Kaiser y Morley, 1994). Las investigaciones realizadas han determinado que el ejercicio físico puede mejorar el funcionamiento del sistema inmunológico (Kohut y otros, 2002; McElhaney, 2002). Debido a la reducción en dicho funcionamiento que se detecta en los individuos ancianos, la vacunación contra la gripe resulta especialmente importante para este segmento de la población (Menec, MacWilliam y Aoki, 2002).

Aspecto físico y movimiento

En el Capítulo 16, «Desarrollo físico y cognitivo en la madurez», ya señalamos algunos de los cambios que se producen en el aspecto físico durante dicha etapa evolutiva. En la vejez, estos cambios se acentúan (Gilhar y otros, 2004), y se hacen especialmente visibles en forma de arrugas faciales y de manchas cutáneas.

Al envejecer, también disminuye nuestra estatura. De los 30 a los 50 años de edad, los varones pierden aproximadamente 1,25 centímetros, y luego pueden perder otros dos centímetros entre los 50 y los 70 años de edad. En el caso de las mujeres, la pérdida de estatura puede ser de cinco centímetros entre los 25 y los 75 años (Hoyer y Roodin, 2003). No obstante, debemos señalar que existen muchas diferencias individuales en la reducción de la estatura que se produce durante la madurez y la vejez, una disminución que se debe a la pérdida de materia ósea en las vértebras.

Normalmente, el peso corporal disminuye a partir de los 60 años de edad, lo que tal vez ocurra por la pérdida de masa muscular que también da lugar a un aspecto más «blando» del cuerpo. En la Figura 18.6 se muestra la disminución en el porcentaje de masa muscular y de materia ósea que se produce entre los 25 y los 75 años de edad, así como el aumento correspondiente en el porcentaje de grasa corporal. Sin embargo, no debemos olvidar que el ejercicio físico y un programa adecuado de levantamiento de pesas puede ayudar a reducir la pérdida de masa muscular y, por consiguiente, mejorar el aspecto físico del anciano. Trataremos este asunto en mayor profundidad más adelante en este mismo capítulo.

Los adultos ancianos se mueven más lentamente que los de menor edad, una diferencia que se aprecia en un gran número de movimientos de distinta dificultad (véase la Figura 18.7). La ralentización general de los movimientos que se produce en los individuos ancianos resulta evidente en actividades cotidianas, como al intentar alcanzar o agarrar un objeto alejado, al desplazarse de un lugar a otro o al efectuar movimientos continuados (Lan y otros, 2003). La capacidad para cami-

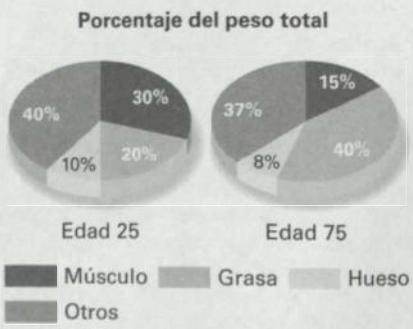


FIGURA 18.6 Cambios en la composición ósea, muscular y de grasas corporales de los 25 a los 75 años de edad
Destaca la disminución de masa ósea y muscular y el aumento en los depósitos grasos entre los 25 y los 75 años de edad.

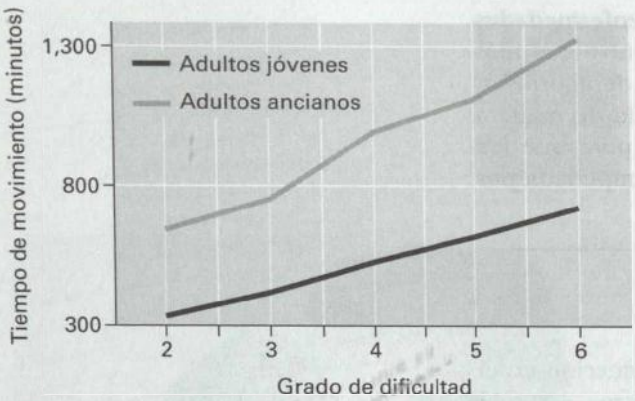


FIGURA 18.7 Envejecimiento y capacidad de movimiento
Los adultos ancianos tardan más en realizar movimientos que los individuos de menor edad, lo que ocurre en las actividades motoras de distinta dificultad (Ketcham y Stelmach, 2001).

nar con rapidez a lo largo de una distancia determinada no sólo requiere fuerza muscular, sino también la integración del estado de forma cardiovascular, la visión y la estabilidad postural (Morley, 2004). Se ha demostrado que andar con regularidad retrasa la aparición de discapacidades físicas en los ancianos (Wong y otros, 2003).

Desarrollo sensorial

Los cambios sensoriales que se producen durante la vejez afectan a la capacidad visual y auditiva, al gusto, el olfato, el tacto y a la sensación de dolor.

Capacidad visual Con la edad se produce una reducción en la agudeza visual, y en la percepción de los colores y de la profundidad. Además, durante esta etapa pueden aparecer distintas enfermedades oculares.

Agudeza visual En la vejez, se acentúa el deterioro de la capacidad visual que, para la mayoría de adultos, comenzó durante la juventud y la madurez (Crews y Campbell, 2004; Fozard, 2000). La conducción nocturna se hace más difícil, lo que se debe, en parte, a que disminuye la tolerancia a los brillos. La adaptación a la oscuridad se hace más lenta, por lo que los individuos ancianos tardan más en recuperar su visión cuando pasan de un ambiente bien iluminado a una situación de semioscuridad. El campo de visión se reduce, lo que implica que la intensidad de los estímulos localizados en la zona periférica ha de aumentar para que puedan ser percibidos por el ojo. Por ello, el individuo tal vez no detecte aquellos hechos que ocurran fuera del centro del campo de visión (Fozard y Gordon-Salant, 2001).

El deterioro de la capacidad visual se debe, con frecuencia, a una reducción en la calidad o la intensidad de la luz que alcanza la retina. En edades muy avanzadas, estas alteraciones pueden aparecer combinadas con cambios degenerativos en la retina, que dan lugar a una gran dificultad visual, por lo que suelen ser necesarios libros con caracteres ampliados así como el uso de lupas.

En un estudio realizado con quinientos adultos con edades comprendidas entre los 70 y los 102 años, se estableció una relación entre el funcionamiento sensorial y la competencia mostrada para efectuar actividades cotidianas (Marsiske, Klumb y Baltes, 1997). La agudeza sensorial, especialmente la visual, se relacionó con el hecho de que los ancianos se ducharan y arreglaran por sí mismos, fueran capaces de realizar tareas domésticas, participaran en actividades intelectuales y vieran la televisión. También influía la manera en que llevaban a cabo estas tareas y actividades.

En un amplio estudio llevado a cabo recientemente sobre los cambios que se producen en la capacidad visual de los adultos, se determinó que la edad de los ancianos constituía un factor de relevancia a la hora de establecer una diferenciación entre el funcionamiento visual de estos individuos y el de adultos más jóvenes (Brabyn y oros, 2001). A partir de los 75 años, y sobre todo a partir de los 85, los adultos ancianos mostraban un rendimiento significativamente inferior en una serie de tareas visuales cuando se les comparaba con adultos jóvenes y con otros adultos ancianos con edades comprendidas entre los 60 y los 75 años. El mayor deterioro de la percepción visual en el caso de los individuos con más de 75 años, y sobre todo en los sujetos con edades superiores a los 85 años, se detectó en el caso de la existencia de resplandor. Los adultos ancianos, especialmente los que superaban los 85 años de edad, se mostraban mucho menos capaces de ver con claridad en circunstancias en las que existía una fuente de resplandor. Además, tardaban mucho más en recuperarse de un deslumbramiento que los adultos de

menor edad (véase la Figura 18.8). Así, por ejemplo mientras que los adultos más jóvenes recuperaban la visión en menos de diez segundos tras un deslumbramiento, 50 por 100 de los individuos de 90 años de edad no recuperaban la visión después de 1,5 minutos. Otro aspecto del funcionamiento visual en el que este estudio detectó un deterioro fue la capacidad para percibir la periferia de un campo de visión.

Percepción de los colores Al aumentar la edad, la percepción de los colores por parte de los individuos ancianos también puede sufrir una reducción. Este fenómeno se debe a que el cristalino adquiere una tonalidad amarillenta (Weale, 1992), y resulta más frecuente en la sección del espectro que comprende los tonos verdes, azules y violetas. Por ello, para estos individuos puede resultar más complicado combinar colores estrechamente relacionados, como el azul marino y el negro.

Percepción de la profundidad Al igual que con otras áreas de la percepción, la capacidad para advertir la profundidad sufre pocos cambios desde la infancia hasta la vejez. La percepción de la profundidad suele comenzar a reducirse en esta última etapa evolutiva, por lo que los individuos ancianos pueden encontrarse con dificultades a la hora de determinar la distancia o la altura a la que se encuentra un objeto (Brabyn y otros, 2001; Zarof y otros, 2003). Debido a este deterioro en la percepción de la profundidad, los bordillos de las aceras o los escalones en las calles pueden convertirse en obstáculos para los ancianos. Uno de los factores que influyen en dicho deterioro es la reducción en la sensibilidad al contraste entre la claridad y la oscuridad, que se produce por la cantidad de luz que se refleja en las superficies (un objeto claro brilla más que uno oscuro). La diferencia de contraste facilita la visión de objetos que resaltan sobre el color de fondo. En comparación con los adultos más jóvenes, los ancianos precisan contrastes más acentuados y perfiles más definidos con el fin de diferenciar los objetos del fondo sobre el que se encuentran situados.

Enfermedades oculares La cataratas, el glaucoma y la degeneración macular constituyen tres de las enfermedades que pueden mermar la capacidad visual de los adultos ancianos:

- Las **cataratas** son el resultado de un aumento en el grosor del cristalino que produce que la visión se nuble, se distorsione y se vuelva opaca (Fujikado y otros, 2004). A los 70 años de edad, aproximadamente 30 por 100 de los individuos sufren una pérdida parcial de la visión debido a las cataratas. En principio, esta dolencia puede tratarse con el empleo de lentes correctoras. Si empeora, puede solucionarse con una sencilla intervención quirúrgica (Hylton y otros, 2003; Stifer y otros, 2004).
- El **glaucoma** provoca daños en el nervio óptico debido a la presión generada por un aumento de los fluidos en el globo ocular (Babaloa y otros, 2003; Mok, Lee y So, 2004). Aproximadamente 1 por 100 de los individuos con más de 70 años de edad y 10 por 100 de los que superan los 90 años padece glaucoma, una dolencia que puede tratarse con gotas oculares. Si no se aplica un tratamiento adecuado, el glaucoma puede destruir la capacidad visual de una persona.
- La **degeneración macular** es una enfermedad que consiste en el deterioro de la mácula de la retina, que constituye el foco central del campo de visión. Los individuos que padecen esta dolencia pueden presentar una visión periférica relativamente normal, pero no pueden percibir con claridad lo que se

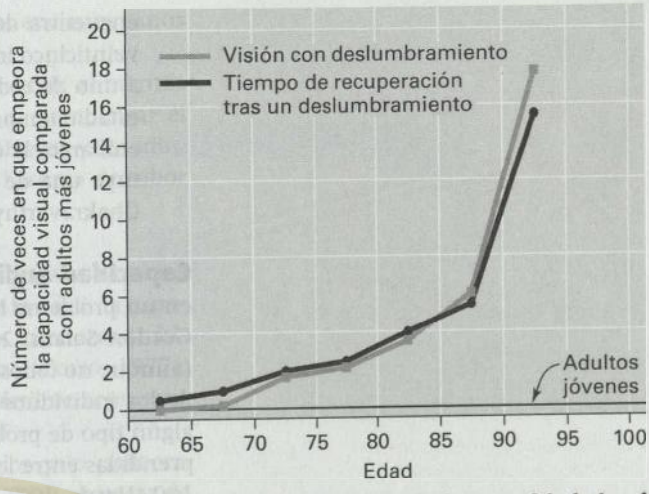


FIGURA 18.8 Índices de disminución de la capacidad visual en situaciones de deslumbramiento en individuos adultos de distintas edades

Los adultos ancianos, sobre todo los que tienen más de 85 años de edad, presentan una menor capacidad para ver con claridad en situaciones de deslumbramiento que los adultos más jóvenes. Además, la visión de los ancianos se recupera más lentamente tras un deslumbramiento. Estos datos se obtuvieron de una muestra aleatoria de ancianos del Condado de Marin, en California (Estados Unidos). En el gráfico se muestra el factor por el que la capacidad media de cada grupo de edad empeoraba con respecto a los valores normativos para adultos jóvenes.

encuentra delante de ellos. La degeneración macular afecta a uno de cada veinticinco individuos con edades comprendidas entre los 66 y los 74 años, y a uno de cada seis con una edad superior a los 75 años. Si se detecta en un estadio temprano, puede solucionarse con cirugía con láser (Howe, 2003). Sin embargo, la degeneración macular resulta difícil de tratar, por lo que constituye una de las causas principales de ceguera entre los ancianos (Chopdar, Chakravarthy y Verma, 2003; Sarks, 2002).

Capacidad auditiva La merma en la capacidad auditiva no suele convertirse en un problema hasta la vejez (Crews y Campbell, 2004; Fozard, 2000; Fozard y Gordon-Salant, 2001). Incluso durante esta etapa, algunos problemas auditivos (aunque no todos) pueden corregirse con el empleo de audífonos. Sólo 19 por 100 de los individuos con edades comprendidas entre los 45 y los 54 años padecen algún tipo de problema auditivo, pero en el caso de las personas con edades comprendidas entre los 75 y los 79 años, el índice de afectados aumenta hasta 75 por 100 (Harris, 1975). Se ha calculado que 15 por 100 de la población de más de 65 años de edad padece sordera según la definición legal, lo que suele deberse a un deterioro de la cóclea, el receptor neuronal primordial para la audición que se encuentra en el oído interno (Olsho, Harkins y Lenhardt, 1985). La utilización de dos audífonos ajustados para corregir cada oído por separado puede, en ocasiones, ayudar a los adultos con problemas auditivos.

Anteriormente, al analizar la capacidad visual, nos referimos a las investigaciones realizadas sobre la importancia de la edad de los adultos ancianos a la hora de determinar el grado de deterioro visual. La edad también constituye un factor relevante que afecta al grado de deterioro auditivo que sufren estos individuos (Stenkley, Vik y Laukli, 2004). Tal y como se muestra en la Figura 18.9, la reducción de las capacidades visual y auditiva es mucho mayor en los individuos con edades superiores a los 75 años que en los sujetos con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años (Charness y Bosman, 1992).

Olfato y gusto La mayoría de los adultos ancianos pierden parte de sus sentidos del olfato o del gusto, o de ambos (Schiffman, 1996). Esta reducción puede disminuir el disfrute que experimentan a través de la comida y, por ende, el grado de satisfacción que sienten en sus vidas. Una de las consecuencias negativas de esta situación es la menor capacidad que muestran los individuos ancianos para detectar el humo que surge de un incendio. La pérdida de parte de la capacidad del gusto y del olfato suele comenzar alrededor de los 60 años de edad. Con el fin de aumentar su consumo por parte de individuos ancianos, se han añadido sustancias que estimulan el nervio olfativo a ciertos alimentos. Además, la disminución de las

Sistema de percepción	Anciano-joven (65 a 74 años de edad)	Anciano muy mayor (75 o más años de edad)
Visual	Se produce una pérdida de la agudeza visual incluso cuando se utilizan lentes correctoras. Disminuye la transmisión de luz a través de la retina (la mitad que en adultos jóvenes). Mayor sensibilidad al deslumbramiento. Disminuye la capacidad para diferenciar colores.	Se produce una pérdida significativa de la agudeza visual y de la capacidad para diferenciar colores. Disminuye la amplitud del campo de visión. A edades avanzadas, los individuos presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades oculares, desde las cataratas al glaucoma.
Auditivo	Se produce una pérdida significativa de la capacidad para percibir sonidos de alta frecuencia, y pérdidas menores en la percepción de sonidos de frecuencia media. Esta reducción puede compensarse con el uso de audífonos. Existe una mayor sensibilidad a que el ruido impida oír con claridad.	Se produce una pérdida significativa de la capacidad para percibir sonidos de alta y media frecuencia. Resulta más probable que se necesite utilizar un audífono que en el caso de los ancianos-jóvenes.

FIGURA 18.9 Deterioro de las capacidades visual y auditiva en el anciano-joven y el anciano muy mayor

capacidades gustativa y olfativa resulta menos pronunciada en los ancianos sanos que en los que presentan un peor estado de salud.

Con frecuencia, muchos individuos ancianos prefieren consumir alimentos muy condimentados (más dulces, picantes y salados) con el fin de compensar el deterioro que experimentan sus sentidos del gusto y del olfato (Hoyer y Roodin, 2003), lo que puede dar lugar a un mayor consumo de «comida basura» de sabor fuerte pero con un bajo nivel nutritivo.

Tacto y percepción del dolor El envejecimiento también da lugar a cambios en el sentido del tacto (Gescheider, 1997). Según un estudio, con la edad, la capacidad de los individuos para sentir es menor en las extremidades inferiores (tobillos, rodillas, etc.) que en las superiores (muñecas, hombros, etc.) (Corso, 1977). Para la mayoría de los ancianos, la reducción de su sensibilidad táctil no representa un problema (Hoyer y Roodin, 2003).

Los ancianos presentan una menor sensibilidad ante el dolor y lo padecen menos que los adultos más jóvenes (Harkins, Price y Martinelli, 1986). A pesar de que esta disminución en su sensibilidad ante el dolor puede resultar positiva en caso de enfermedad o de lesiones, también puede resultar contraproducente si evita que el individuo sienta heridas o dolencias que deben recibir tratamiento.

Sistemas circulatorio y pulmonar

Hasta no hace mucho, se consideraba que el rendimiento cardiaco, es decir, la cantidad de sangre que el corazón bombea, disminuía con la edad incluso en el caso de adultos sanos. Sin embargo, en la actualidad se sabe que, si no existen enfermedades cardiacas, la cantidad de sangre bombeada es la misma, sin importar la edad del individuo.

En el pasado, a un individuo de 60 años de edad con una tensión arterial de 160/190 se le habría dicho que esta medición resultaba normal para su edad. Hoy en día, se puede reducir el índice de tensión arterial con medicación, ejercicio y una dieta saludable. Además, la mayoría de los expertos en envejecimiento incluso recomiendan que deberían tratarse los casos en los que la tensión arterial supera, de manera repetitiva, un índice de 120/80, con el fin de reducir el riesgo de padecer un ataque cardiaco, una apoplejía o algún tipo de dolencia renal (Safer y Smulyan, 2001; Sleight, 2003). El aumento de la tensión arterial que se produce con la edad puede estar asociado con la aparición de enfermedades, obesidad, ansiedad, endurecimiento de los vasos sanguíneos o falta de ejercicio físico. Si la existencia de estos factores se prolonga, empeorará la tensión arterial de un individuo (Antelmi y otros, 2004). Según un reciente estudio longitudinal, los adultos ancianos que padecían enfermedades cardiovasculares presentaban menos probabilidades de envejecer en condiciones positivas (lo que se definía como no presentar enfermedades cardiovasculares, cáncer o enfermedades pulmonares obstructivas, y mantener intacto el funcionamiento físico y cognitivo) que los ancianos que no padecían dichas enfermedades (Newman y otros, 2003).

La capacidad pulmonar disminuye un 40 por 100 entre los 20 y los 80 años de edad, incluso si no se padece ninguna enfermedad (Fozard, 1992). Los pulmones pierden elasticidad, el pecho se encoge y el diafragma se debilita. Sin embargo, también es cierto que los adultos ancianos pueden mejorar el funcionamiento de sus pulmones si realizan ejercicios que fortalezcan el diafragma. El consumo de tabaco puede producir una merma importante en el funcionamiento pulmonar que puede dar lugar al fallecimiento del individuo.

Sexualidad

El envejecimiento provoca ciertos cambios en el rendimiento sexual de los seres humanos, lo que resulta más evidente en el varón que en la mujer. En el caso de

los hombres, el orgasmo se alcanza con menor frecuencia, cada dos o tres intentos y no en cada encuentro sexual. Además, para conseguir la erección se hace necesaria una estimulación más directa. De los 65 a los 80 años de edad, aproximadamente uno de cada cuatro hombres presenta grandes dificultades para alcanzar o mantener la erección, y a partir de los 80 años, este porcentaje aumenta a uno de cada dos hombres (Butler y Lewis, 2002).

La sexualidad puede extenderse a lo largo de toda la vida si no se producen dos circunstancias concretas: una enfermedad y la creencia de que los ancianos son o deberían ser individuos asexuales. Incluso cuando una enfermedad impide el contacto sexual, aún existe la posibilidad de que exista otro tipo de relaciones, como la cercanía, la sensualidad y la valoración como varón o como mujer (Johnson, 1996).

Obviamente, esta idea contradice la creencia popular y la opinión de muchos individuos en la sociedad, incluso la de numerosos profesionales de la salud. Afortunadamente, muchos adultos ancianos continúan practicando sexo sin comunicarlo abiertamente y sin dejarse intimidar por la imagen social aceptada y destructiva del «viejo verde» o de la mujer anciana, asexual y muy poco atractiva.

Según un estudio realizado con adultos de entre 60 y 70 años de edad, muchos aún practicaban sexo (Wiley y Bortz, 1996). En esta investigación, las mujeres consideraban que los besos constituían una de las prácticas sexuales más placenteras, mientras que los hombres mencionaban el sexo oral como la actividad con la que más disfrutaban. En otro estudio realizado con una muestra de más de 1.200 ancianos (con una edad media de 77 años), casi el 30 por 100 había participado en algún tipo de actividad sexual durante el mes anterior a la investigación (Matthias y otros, 1997). Dos tercios de los adultos ancianos se mostraban satisfechos con su nivel de actividad sexual.

Varias terapias han demostrado su eficacia a la hora de tratar ancianos que presentaban dificultades sexuales (Burgess, 2004; Carbone y Seftel, 2002). Según una investigación, la educación sexual (consistente, en su mayor parte, en la transmisión de información sobre el sexo) daba lugar a un mayor interés por el sexo, a un conocimiento más amplio y a una actividad sexual más frecuente en el caso de los adultos ancianos (White y Catania, 1981).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Describir los cambios que afectan al cerebro y al cuerpo durante la vejez

REVISA

- ¿Cuánta plasticidad y capacidad de adaptación muestra el cerebro durante el proceso de envejecimiento?
- ¿De qué manera cambia el sistema inmunológico al producirse el envejecimiento?
- ¿Qué cambios en el aspecto físico y el movimiento caracterizan a la vejez?
- ¿De qué manera cambian la capacidad visual y auditiva, el olfato, el gusto, el tacto y la percepción del dolor en los adultos ancianos?
- ¿Qué cambios sufre el sistema circulatorio durante la vejez? ¿Qué alteraciones se producen en los pulmones en esta misma etapa?
- ¿Cuáles son las características de la sexualidad durante la vejez?

REFLEXIONA

- Si pudieras entrevistar a las monjas de Mankato, ¿qué preguntas les plantearías?

3 SALUD

Problemas de salud | **Ejercicio físico, nutrición y peso corporal** | **Tratamiento médico**

El anciano muy mayor resistente | **Uso y abuso de sustancias**

¿Qué estado de salud presentan los adultos ancianos? ¿A qué problemas de salud se enfrentan? Al analizar la salud de los ancianos, advertiremos que la mayoría de individuos de estas edades disfrutan de un mejor estado de salud de lo que comúnmente se cree.

Problemas de salud

Al envejecer, aumenta la probabilidad de padecer alguna dolencia o enfermedad. Así, por ejemplo, aunque muchos individuos mantienen un buen estado de salud general, la mayoría de adultos con más de 80 años de edad suelen presentar algún tipo de afección. En el Capítulo 16, «Desarrollo físico y cognitivo en la madurez», ya señalamos que las enfermedades crónicas son dolencias que surgen de manera paulatina y que presentan una larga duración. Además, señalamos que este tipo de desórdenes era poco frecuente en la juventud, que su incidencia aumentaba en la madurez y que se convertían en trastornos comunes durante la vejez. Tal y como se muestra en la Figura 18.10, la artritis es la enfermedad crónica más frecuente

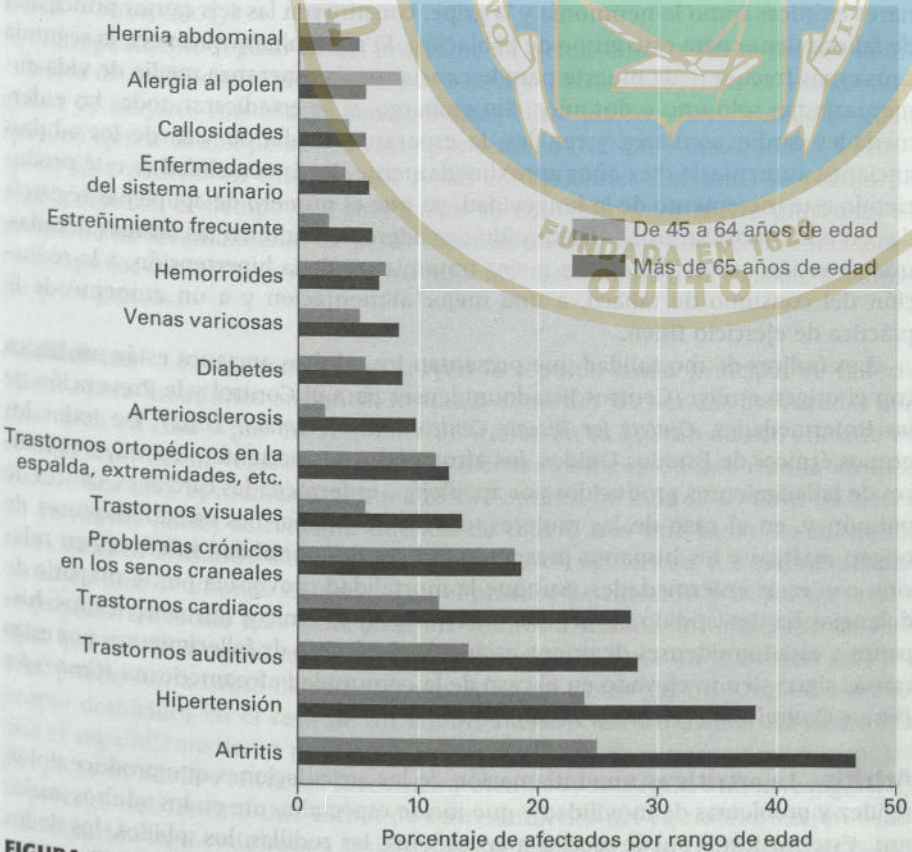
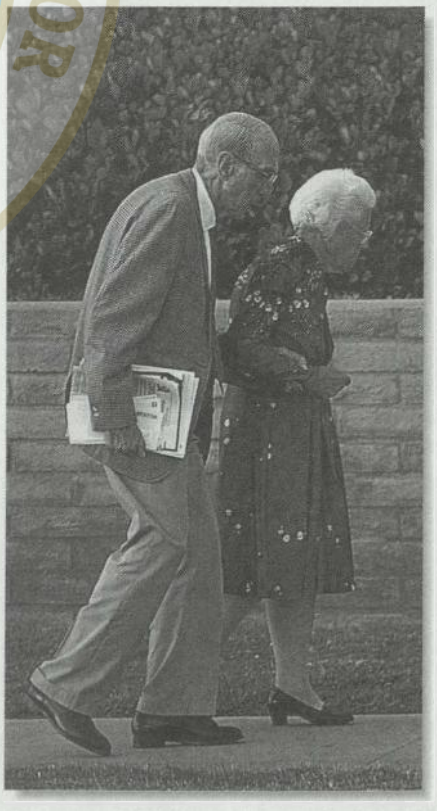


FIGURA 18.10 Trastornos crónicos con mayor incidencia en la madurez y la vejez



en los años de la vejez, seguida de la hipertensión. La incidencia de estas dolencias es mayor en el caso de las mujeres ancianas, quienes también tienen más probabilidades de presentar problemas de visión. Los hombres ancianos, por su parte, padecen más trastornos auditivos que las mujeres.

A pesar de que los adultos con edades superiores a los 65 años suelen presentar algún tipo de dolencia física, muchos de ellos aún pueden realizar sus actividades cotidianas o, incluso, trabajar. Las enfermedades crónicas que limitan de forma más evidente la capacidad para trabajar son las dolencias cardiacas (52 por 100), la diabetes (34 por 100), el asma (27 por 100) y la artritis (27 por 100).

El estado de salud que presentan los adultos ancianos está relacionado con el estilo de vida y factores sociales y psicológicos (Siegler, Bosworth y Poon, 2003). Según los «Estudios McArthur sobre el envejecimiento en condiciones positivas» (*McArthur Studies of Succesful Aging*), la participación en actividades físicas protegió la salud de prácticamente todos los grupos de adultos ancianos que participaron en esta investigación (Seeman y Chen, 2002). Además, se estableció una relación entre el apoyo emocional y el mejor funcionamiento de los individuos que padecían enfermedades cardiovasculares. Asimismo, se determinó que la eficacia personal constituía un factor de protección en el caso de individuos que habían padecido cáncer. La existencia de conflictos en las relaciones se vinculó con un mayor deterioro de los adultos ancianos con diabetes o hipertensión. Otro factor relacionado con los problemas de salud durante la vejez fue la escasez de recursos económicos. De esta manera, la proporción de adultos ancianos con escasos recursos que afirmaba que su capacidad de actividad se veía limitada por alguna enfermedad crónica triplicaba a la de los adultos ancianos con ingresos más elevados.

Causas de fallecimiento en adultos ancianos Casi tres cuartas partes de todos los adultos ancianos fallecen por causa de enfermedades cardiacas, cardiovasculares (apoplejía) o cáncer que, junto con la diabetes y enfermedades pulmonares crónicas como la neumonía y la gripe, constituyen las seis causas principales de fallecimiento para este grupo de población. Si se eliminara el cáncer, la segunda causa más frecuente de muerte para los ancianos, la esperanza media de vida aumentaría tan sólo uno o dos años. Sin embargo, si se erradicaran todas las enfermedades cardiovasculares y renales, la esperanza media de vida de los adultos ancianos aumentaría diez años aproximadamente. En la actualidad se está produciendo este incremento de la longevidad, ya que el número de apoplejías registradas en adultos ancianos ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, una situación que se debe a un mejor tratamiento de la hipertensión, a la reducción del consumo de tabaco, a una mejor alimentación y a un aumento de la práctica de ejercicio físico.

Los índices de mortalidad que presentan los adultos ancianos están asociados con el origen étnico (Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de las Enfermedades, *Centers for Disease Control and Prevention*, 2002). De todos los grupos étnicos de Estados Unidos, los afroamericanos presentan los mayores índices de fallecimientos producidos por apoplejías, enfermedades cardiacas, cáncer de pulmón y, en el caso de las mujeres, cáncer de mama. Los estadounidenses de origen asiático y los hispanos presentan índices de mortalidad inferiores en relación con estas enfermedades. Aunque la mortalidad provocada por la mayoría de dolencias ha descendido en general en estos grupos étnicos (afroamericanos, hispanos y estadounidenses de origen asiático), el número de fallecimientos por estas causas sigue siendo elevado en el caso de la comunidad afroamericana (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2002).

Artritis La **artritis** es una inflamación de las articulaciones que produce dolor, rigidez y problemas de movilidad y que incide especialmente en los adultos ancianos. Este trastorno puede afectar a las caderas, las rodillas, los tobillos, los dedos de las manos y las vértebras. Los individuos con artritis suelen sentir dolor y rigi-

dez, así como dificultades para moverse y realizar actividades cotidianas. Aunque no se conoce una cura para esta enfermedad, sus síntomas pueden reducirse con medicamentos, como la aspirina, actividades físicas que ejerciten todos los movimientos posibles de la articulación afectada, reducción del peso y, en casos extremos, sustitución de la articulación por una prótesis (Burke y otros, 2003; Davenport, 2004; Kralik y otros, 2004).

Osteoporosis El proceso normal de envejecimiento da lugar a cierta pérdida de tejido óseo del esqueleto. Sin embargo, en algunos casos, esta reducción de tejidos puede llegar a ser grave. La **osteoporosis** supone la pérdida significativa de tejido óseo, y constituye el principal motivo por que los adultos ancianos caminan con un evidente encorvamiento. La osteoporosis afecta especialmente a las mujeres, y representa la causa más frecuente de fracturas entre la población femenina (Tornetta y otros, 2004). Aproximadamente 80 por 100 de los casos de osteoporosis registrados en Estados Unidos afectan a mujeres, y 20 por 100 a varones. Casi dos tercios de todas las mujeres con edades superiores a los 60 años padecen esta dolencia que, además, afecta con mayor frecuencia a las mujeres blancas no hispanas, delgadas y de complexión pequeña.

La osteoporosis está relacionada con la existencia de un déficit en los niveles de calcio, vitamina D, estrógeno y a una falta de ejercicio (Hauselmann y Rizzoli, 2003; Melton y otros, 2004). Con el fin de prevenir esta enfermedad, las mujeres maduras deberían consumir alimentos ricos en calcio, practicar más ejercicio y evitar el consumo de tabaco (Whitehead y otros, 2004). Son alimentos con un alto contenido en calcio los productos lácteos (leche y yogur desnatados, por ejemplo), y ciertas verduras (como el brécol, las hojas de nabo y la col rizada). También pueden emplearse algunos medicamentos, como Fosimax, para reducir el riesgo de padecer osteoporosis. Las mujeres en proceso de envejecimiento deberían someterse a chequeos médicos para medir su densidad ósea (Burke y otros, 2003; Dolan y otros, 2004).

El seguimiento regular de un programa de ejercicio físico puede reducir la incidencia de osteoporosis (Fitzpatrick, 2003; Nies y otros, 2003). En un estudio, un grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 50 y los 70 años de edad practicó ejercicios con pesas dos veces por semana (Nelson y otros, 1994). El riesgo de que padecieran osteoporosis (y las consiguientes fracturas) se redujo de forma drástica, al tiempo que mejoraban su equilibrio y su fuerza muscular. El programa de levantamiento de pesas consistía en tres series de ocho repeticiones en máquinas con el fin de reforzar los músculos del abdomen, la espalda, los muslos y los glúteos.

Accidentes Los accidentes constituyen la séptima causa principal de fallecimiento para los adultos ancianos. Resultan comunes las heridas provocadas por una caída en casa o por un accidente de tráfico en el que un adulto anciano es el conductor de un vehículo siniestrado o bien es un peatón que resulta atropellado. Cada año, aproximadamente 200.000 adultos de más de 65 años (mujeres en su mayor parte) sufren una fractura de cadera tras una caída. La mitad de estos adultos ancianos fallece en los doce meses siguientes, normalmente por causa de una neumonía. Debido a que el proceso de curación y de recuperación se produce de forma más lenta para los adultos ancianos, un accidente de este tipo, que tan sólo representa una dificultad temporal para un individuo más joven, puede ser la causa de una larga estancia en cama (en un hospital o en su propio domicilio) en el caso de un adulto anciano. En un estudio se demostró que el seguimiento de un programa de ejercicio reducía el riesgo de sufrir caídas por parte de adultos ancianos (Province y otros, 1995). Según otra investigación, la práctica del Tai Chi, una forma de entrenamiento del equilibrio, mejoraba la coordinación de los adultos en situaciones que implicaban cierta dificultad (Wong y otros, 2001).

El anciano muy mayor resistente

Según la creencia más comúnmente extendida, el anciano muy mayor (con 85 años de edad o más) es un individuo discapacitado y frágil, una imagen difundida en gran parte por los medios de comunicación. Con frecuencia, se han presentado de manera pesimista las consecuencias del rápido crecimiento de la población anciana. Este aumento representaría una pesada carga porque estos individuos necesitan la ayuda constante de otras personas. Sin embargo, tal y como señalamos con anterioridad en este capítulo, los ancianos muy mayores constituyen un grupo heterogéneo. Así, por ejemplo, menos del 50 por 100 de los individuos estadounidenses con edades comprendidas entre los 85 y los 89 años presentan algún tipo de discapacidad (Siegler, Bosworth y Poon, 2003).

Debido a la gran atención prestada a las discapacidades crónicas que afectan a los ancianos muy mayores, los estudios apenas se han fijado en los individuos que han conseguido envejecer de manera positiva. Por ello, el mayor interés que se muestra en la actualidad por estudiar el envejecimiento en condiciones positivas ha dado lugar al surgimiento de una imagen más optimista de los ancianos muy mayores, que contrasta con la que existía en el pasado (Freund y Riedeger, 2003). Por ejemplo, la cirugía para curar las cataratas y otro tipo de técnicas de rehabilitación pueden mejorar el funcionamiento de los ancianos muy mayores. En un estudio se demostró que el entrenamiento de la fuerza muscular de las piernas durante ocho semanas mejoraba la capacidad para andar de los residentes en hogares de ancianos que tenían 90 años de edad por término medio (Fiatarone y otros, 1990). En el caso del tratamiento y la prevención de la osteoporosis, se han conseguido éxitos al utilizar suplementos de calcio, terapias de sustitución de estrógenos y otras técnicas hormonales.

En resumen, la antigua imagen que se tenía de los ancianos muy mayores era tan sólo un estereotipo. Una parte importante de estos individuos se muestran resistentes y activos, y existen motivos para ser optimista con respecto al desarrollo de nuevas formas de prevención e intervención.

Ejercicio físico, nutrición y peso corporal

La práctica de ejercicio físico y la existencia de hábitos alimenticios saludables constituyen importantes aspectos que permiten prevenir la aparición de problemas de salud en la vejez y que mejoran el estado de salud de los ancianos.

Ejercicio físico El hecho de que los individuos ancianos puedan encontrarse en el atardecer de sus vidas no implica que deban vivir sus últimos años de manera pasiva. Los datos de los que se dispone acerca de los adultos ancianos parecen indicar que estas personas se muestran más felices y sanas cuanto más activas sean sus vidas. Por ello se ha planteado la posibilidad de que la práctica regular de ejercicio pueda dar lugar a una mejora del estado de salud en la vejez y a un aumento en la longevidad. A continuación analizaremos los resultados obtenidos en algunos estudios acerca del ejercicio y el envejecimiento.

En un estudio se evaluó el estado de salud cardiovascular de 101 hombres y mujeres ancianos (con una edad media de 67 años) (Blumenthal y otros, 1989). De manera aleatoria, la muestra se dividió en tres grupos: un grupo que realizaba ejercicio aeróbico, un grupo de control que practicaba yoga y ejercicios de flexibilidad y un tercer grupo de control en espera. Antes y después del programa, que se desarrolló durante cuatro meses, los individuos participantes se sometieron a profundos exámenes médicos. En el grupo de ejercicio aeróbico, los individuos participaron en tres sesiones de ejercicio supervisado a la semana durante un período de dieciséis semanas. Cada sesión consistía de diez minutos de calentamiento, treinta minutos de ejercicio continuo en una bicicleta estática, quince minutos en los que se caminaba a un ritmo elevado o se corría y cinco minutos de enfria-

miento. En el grupo que practicaba yoga, los individuos participaron en sesiones de ejercicio supervisado de sesenta minutos de duración al menos dos veces por semana durante dieciséis meses. A lo largo de este período de cuatro meses, se detectó una mejora significativa en la salud cardiovascular del grupo de ejercicio aeróbico (consumo máximo de oxígeno, nivel de colesterol y tensión arterial). Por el contrario, esa mejoría no se pudo identificar en el caso del grupo que practicaba yoga ni en el grupo en espera.

Según otro estudio, el ejercicio marca la diferencia entre la vida y la muerte para los adultos maduros y ancianos (Blair, 1990). En esta investigación se clasificó a más de diez mil hombres y mujeres en tres niveles de forma física: bajo, medio y alto (Blair y otros, 1989). Luego, se les estudió durante un período de ocho años. Tal y como se muestra en la Figura 18.11, los participantes sedentarios (con un bajo nivel de forma física) presentaban más del doble de posibilidades de fallecer durante dicho período de tiempo que los individuos con un nivel moderado de forma física. Si se les comparaba con el grupo con la mejor forma física, los individuos sedentarios presentaban tres veces más probabilidades de fallecer. Estos efectos positivos de la buena forma física se detectaban en el caso de ambos sexos.

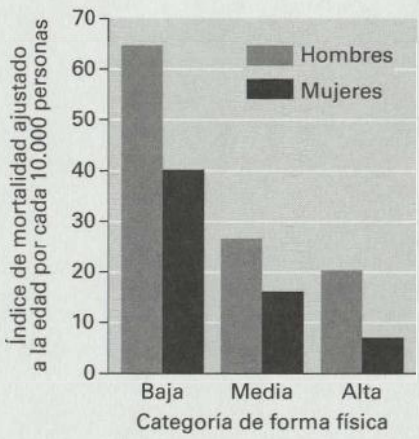


FIGURA 18.11 Estado de forma física y mortalidad

Según este estudio con adultos maduros y ancianos, si los individuos presentaban un estado de forma física moderado o bueno, resultaba menos probable que fallecieran en un período de ocho años, frente a los individuos con un nivel bajo de forma física (sedentarismo) (Blair y otros, 1989).

Cada vez más, los gerontólogos recomiendan que los adultos ancianos practiquen ejercicios de entrenamiento de la fuerza junto con actividades aeróbicas y de estiramiento (Hunter, McCarthy y Bamman, 2004; Pennix y otros, 2002; Seynnes y otros, 2004). Por término medio, la masa muscular corporal disminuye con la edad: durante los años de la adultez, se pierden unos 2,9 kg de masa muscular cada década. El ritmo al que se produce esta pérdida aumenta a partir de los 45 años de edad. Los ejercicios de levantamiento de pesas pueden ayudar a conservar, y probablemente a aumentar, la masa muscular de los adultos ancianos (Sequin y Nelson, 2003). Según un estudio, este tipo de ejercicio también reducía la incidencia de episodios de depresión en individuos ancianos (Singh, Clements y Fiatarone, 1997). Tras realizar una revisión de los resultados obtenidos en sesenta y dos investigaciones, se llegó a la conclusión de que el entrenamiento de la fuerza puede mejorar la potencia muscular y algunos aspectos de las limitaciones funcionales, como la velocidad al andar, de los adultos ancianos (Latham y otros, 2004).

El ejercicio constituye una forma excelente de mantener un buen estado de salud. Las investigaciones siguen aportando pruebas que confirman sus efectos positivos en la situación de los adultos ancianos (Dejong y Franklin, 2004; Hawkins, Wiswell y Marcell, 2003; McAuley, Kramer y Colcombe, 2004). El ejercicio permite que los individuos vivan de manera independiente y con dignidad durante la vejez. A los 80, 90 e incluso 100 años de edad, la práctica de ejercicio físico puede ayudar a evitar que los ancianos sufran caídas o, incluso, que deban ser ingresados en residencias. Poseer un buen estado de forma física implica que el individuo es capaz de hacer lo que desea, sin importar su edad. En la Figura 18.12 se ofrece más información acerca de los efectos positivos del ejercicio físico sobre la salud.

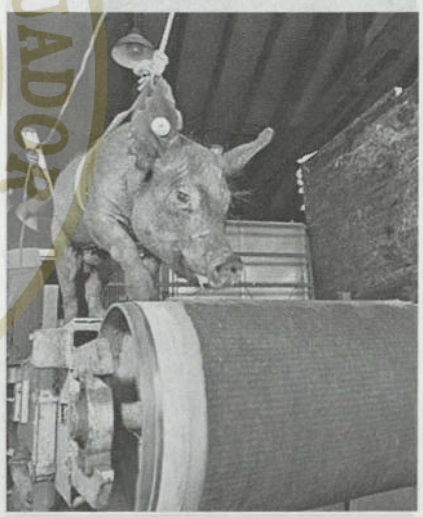


FIGURA 18.12 El experimento de los cerdos corredores

Los resultados obtenidos del estudio con cerdos a los que se hizo correr demostraron los efectos del ejercicio físico en la salud. En una investigación, se hizo que un grupo de cerdos corriese 160 kilómetros a la semana (Bloor y White, 1983). Luego, se estrecharon las arterias que suministraban sangre a los corazones de los animales. En el caso de los cerdos que habían sido entrenados, sus corazones desarrollaron una amplia red alternativa de suministro de sangre, y se salvó el 42 por 100 de los tejidos cardiacos en peligro, frente a sólo 17 por 100 en el caso del grupo de control de cerdos que no habían sido sometidos al entrenamiento físico.

Revisiones recientes de los estudios realizados sobre el ejercicio y el envejecimiento han llegado a las siguientes conclusiones (Singh, 2002, 2004):

- *El ejercicio puede minimizar los cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento, y mejorar el estado de salud y el bienestar.* El ejercicio puede modificar la magnitud de los cambios que se producen en la coordinación motora, en la función cardiovascular, en el metabolismo (colesterol, por ejemplo) y en la capacidad de atención (Brach y otros, 2004; Ferrera, 2004).
- *El ejercicio puede optimizar la composición del cuerpo durante el envejecimiento.* La práctica de ejercicio puede aumentar la masa muscular y ósea, así como disminuir la fragilidad de los huesos (Karlsson, 2004).
- *El ejercicio está relacionado con la prevención de enfermedades crónicas frecuentes.* El ejercicio puede reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares,

diabetes de tipo II, osteoporosis, apoplejía y cáncer de mama (MacGavock y otros, 2004).

- *El ejercicio está asociado con un mejor tratamiento de numerosas enfermedades.* Cuando el ejercicio forma parte de algún tratamiento, se detecta una mejora en los síntomas que presentan los individuos afectados por artritis, enfermedades pulmonares, insuficiencia cardiaca, enfermedades de las arterias coronarias, hipertensión, diabetes de tipo II y obesidad (Jadelis y otros, 2001; Nazarian, 2004).
- *El ejercicio está relacionado con el aumento de la longevidad.* El consumo de energía durante el ejercicio que ascienda, al menos, a 1.000 kilocalorías por semana reduce la mortalidad en un 30 por 100 aproximadamente. Si ese consumo es de 2.000 kilocalorías a la semana, la mortalidad se reduce en un 50 por 100 (Lee y Skerrett, 2001).



FIGURA 18.13 Restricción calórica en monos
En las fotos se muestra a dos monos utilizados en el Centro de Investigación de Primates de Wisconsin (Estados Unidos). Ambos animales tienen 24 años de edad. El mono en la fotografía superior siguió una dieta con restricción calórica, mientras que al animal en la fotografía inferior se le administró una dieta normal. Destaca el hecho de que el mono al que se aplicó la restricción calórica presenta un aspecto más joven y niveles inferiores de glucosa e insulina. El mono que siguió una dieta normal presentaba mayores niveles de triglicéridos y un mayor grado de daño por oxidación en sus células.

Nutrición y peso Los investigadores han mostrado un especial interés por dos aspectos de la desnutrición de adultos ancianos: 1) el déficit de vitaminas y minerales, y 2) la influencia de la limitación de la ingesta de calorías en la mejora de la salud y el aumento de la longevidad.

Algunos adultos ancianos, al reducir la ingesta de calorías, perjudican su salud, lo que ocurre especialmente cuando su organismo no recibe las vitaminas y minerales adecuados (Higgins y Barkley, 2004; Stokstad, 2003). Uno de los cambios que se produce en los hábitos alimenticios de los adultos ancianos es la reducción del consumo de alimentos entre comidas, lo que puede dar lugar a una pérdida de peso perjudicial, especialmente en el caso de las mujeres (Morley, 2003). Algunas estrategias para aumentar el peso de estos individuos consisten en utilizar potenciadores del sabor de los alimentos y proporcionarles suplementos calóricos entre comidas (Morley, 2003; Thomas, 2003).

Francis Bacon, filósofo y ensayista inglés del siglo XVIII, fue el primer autor que recomendó que se estudiara científicamente la relación entre la dieta y la longevidad. En su opinión, la mejor dieta era la más frugal. ¿Puede una ingesta reducida de alimentos aumentar la longevidad o podría incluso extender el ciclo vital humano?

Los investigadores han reunido abundantes pruebas que indican que la restricción calórica en animales de laboratorio (ratas, en su mayor parte) puede aumentar el ciclo vital del animal (Goto y otros, 2002; Heilbronn y Ravussin, 2003; Magwere, Chapman y Partridge, 2004; Payne, Dodd y Leewenburg, 2003). Los animales a los que se alimentó siguiendo una dieta con calorías limitadas, aunque sí recibían las cantidades adecuadas de proteínas, vitaminas y minerales, vivían un 40 por 100 más que los animales que disponían de la cantidad de alimentos que desearan. Además, las enfermedades crónicas, como las renales, aparecían a una edad más tardía. La restricción calórica también retrasó la aparición de alteraciones bioquímicas como el aumento del colesterol y de los triglicéridos relacionado con la edad y que se detecta tanto en humanos como en animales (véase la Figura 18.13).

Aún se desconoce si este tipo de dietas basadas en una ingesta muy reducida de calorías (en algunos casos, los animales consumían un 40 por 100 menos que en circunstancias normales) puede aumentar el ciclo vital humano (Heilbronn y Ravussin, 2003; Lane y otros, 2004; Roth y otros, 2002). La mayoría de los expertos en nutrición no recomiendan que los ancianos sigan este tipo de dietas. Por el contrario, señalan que, para mantener un buen estado de salud, resulta necesario que los adultos ancianos sigan una dieta equilibrada, baja en grasas y en la que se incluyan los nutrientes necesarios.

No se sabe a ciencia cierta de qué manera influye la restricción calórica en el ciclo vital de los animales. Algunos expertos consideran que puede reducir el nivel de radicales libres o de partículas potencialmente tóxicas que se generan en la digestión de los alimentos. Para otros, la restricción calórica puede dar lugar a un estado de emergencia denominado «modo de supervivencia» en el que el cuerpo

deja de realizar todas las funciones que no resultan necesarias y se centra, únicamente, en mantenerse con vida. Debido a los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas con animales, los Institutos Nacionales Estadounidenses de la Salud (*National Institutes of Health*) pretenden llevar a cabo estudios de restricción calórica con humanos (Johannes, 2002). La limitación de la ingesta de calorías por parte de personas en un 30 por 100 significaría que, por término medio, las mujeres consumieran 1.120 calorías diarias, una cantidad que ascendería a 1.540 en el caso de los hombres.

Los hombres más delgados viven más y presentan un mejor estado de salud. En un estudio realizado con 19.297 alumnos de Harvard, aquellos con menor peso presentaban menos probabilidades de fallecer en las tres décadas posteriores (Lee y otros, 1993). En esta investigación, se dividió a los individuos de la muestra en cinco categorías de acuerdo con su índice de masa corporal (una compleja fórmula basada en el peso y la altura). Al reducirse la masa corporal, también disminuía la probabilidad de fallecimiento. El riesgo de que fallecieran los varones con mayor sobrepeso superaba en 67 por 100 al de los hombres más delgados. Así, por ejemplo, el riesgo de que el hombre con mayor peso corporal (con 82 kilos de peso y una altura de 178 centímetros) falleciera por causa de una enfermedad cardiovascular era 2,5 veces superior. En la actualidad, estas investigaciones se centran en la relación existente entre el índice de masa corporal y la longevidad en el caso de las mujeres, y se prevé obtener resultados similares a los conseguidos con varones.

Controversia sobre las vitaminas y el envejecimiento Durante años, la mayoría de los expertos en envejecimiento y salud han indicado que todo lo que se necesitaba para envejecer de manera positiva era seguir una dieta equilibrada, por lo que no se recomendaba el empleo de suplementos vitamínicos. Sin embargo, cada vez más investigaciones cuestionan esta práctica de no recomendar el consumo de suplementos vitamínicos para adultos maduros y ancianos. Según los resultados de los nuevos estudios, existe la posibilidad de que algunos de estos suplementos (principalmente un grupo denominado «antioxidantes», en el que se incluyen la vitamina C, la vitamina E y el betacaroteno) ayudan a ralentizar el proceso del envejecimiento y mejoran el estado de salud de los adultos ancianos.

Según esta teoría, los antioxidantes compensan el daño celular provocado por los radicales libres, que son el producto tanto del metabolismo del cuerpo como de factores medioambientales como el consumo de tabaco, la contaminación y la presencia de productos químicos nocivos en los alimentos. Cuando los radicales libres provocan daños en una célula (oxidación), se produce una reacción en cadena que extiende el alcance de dichos daños. Los antioxidantes actúan de manera parecida a un extintor de incendios, pues ayudan a neutralizar la actividad de los radicales libres.

Algunas investigaciones han establecido la existencia de vínculos entre las vitaminas antioxidantes y la salud. Según un reciente estudio, la baja concentración de vitamina C en la sangre de los adultos ancianos estaba relacionada con el fallecimiento más temprano (Fletcher, Breeze y Shetty, 2003). En otro estudio se determinó que el riesgo de padecer una enfermedad coronaria se redujo significativamente (40 por 100) en el caso de los individuos que tomaron suplementos de vitamina E durante dos años (Rimm y otros, 1993). Sin embargo, según un reciente análisis de diecinueve estudios sobre la vitamina E, los adultos maduros y ancianos que habían tomado 200 UI o más de vitamina E al día presentaban más probabilidades de fallecer que los individuos que no habían consumido esas cantidades (Miller y otros, 2005, en prensa). Los investigadores han concluido que la mayoría de individuos ya recibe las cantidades necesarias de vitamina E a través de la alimentación, por lo que no deberían tomar suplementos de esta sustancia. Además, afirman que, en dosis pequeñas, la vitamina E puede resultar un poderoso antioxidante, pero en dosis más elevadas podría aumentar el daño oxidante.

No existen pruebas que demuestren que los antioxidantes aumenten el ciclo vital humano, pero algunos expertos en envejecimiento y salud consideran que la vitamina C y el betacaroteno pueden reducir el riesgo de que un individuo presente fragilidad y sea más vulnerable a las enfermedades durante la vejez. Sin embargo, aún existen numerosas dudas y vacíos a este respecto (Stern, 1993), ya que se desconoce qué vitaminas deberían consumirse, en qué dosis, con qué limitaciones, etc. Según algunas opiniones críticas, aún no se han realizado los estudios experimentales definitivos que demuestren la efectividad de las vitaminas a la hora de ralentizar el proceso de envejecimiento. Hasta ahora, los estudios en esta área se han centrado en muestras poblacionales específicas y son de tipo correlacional más que experimental. Los positivos descubrimientos realizados en las investigaciones sobre las vitaminas y el envejecimiento pueden deberse a otros factores (como el ejercicio, las prácticas más eficaces de mantenimiento de la salud y unos mejores hábitos alimenticios) y no ser consecuencia de la influencia de las vitaminas por sí sola. Además, la teoría de los radicales libres constituye una hipótesis, no un hecho probado, y representa una más de las muchas teorías que intentan explicar por qué envejecemos.

Debido a esta falta de certeza, algunos expertos en envejecimiento aún recomiendan que se tomen suplementos vitamínicos en las siguientes dosis (Blumberg, 1993): de 250 a 1.000 miligramos de vitamina C, y de 15 a 30 miligramos de betacaroteno.

Muchas investigaciones prestan cada vez más atención a la posible existencia de una relación entre las vitaminas y el rendimiento cognitivo de los adultos ancianos. Según una reciente revisión de estudios trasversales y longitudinales, la ingesta de vitamina B, especialmente ácido fólico, B_6 y B_{12}, está relacionada positivamente con el rendimiento cognitivo de adultos ancianos (Calvaresi y Bryan, 2001). Esta revisión también aportó algunas pruebas de que la toma de suplementos de vitamina B puede mejorar el rendimiento cognitivo de dichos individuos.

Tras haber analizado los problemas de salud de los adultos ancianos y el papel desempeñado por el ejercicio y la nutrición, nos centraremos en los tratamientos médicos que se pueden aplicar a los individuos que viven su vejez.

Uso y abuso de sustancias

¿Cuál es la magnitud del abuso de sustancias por parte de adultos ancianos? Según un reciente estudio llevado a cabo en Estados Unidos, el consumo excesivo y acelerado de alcohol (es decir, tomar cinco o más bebidas alcohólicas en un mismo día) alcanza su mayor nivel entre los 18 y los 24 años de edad, para disminuir luego a lo largo de los años de la vejez (Centro Nacional para las Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2002) (véase la Figura 18.14). De esta manera, la mayoría (58 por 100) de los adultos estadounidenses con 65 años de edad o más, jamás consume alcohol, lo que supone un incremento en comparación con el 48 por 100 de individuos con edades comprendidas entre los 45 y los 64 años. Con frecuencia se atribuye este descenso al aumento en la incidencia de trastornos de salud y enfermedades.

A pesar de esta reducción en el consumo de alcohol, en Estados Unidos, la Agencia de Toxicomanías y Servicios de Salud Mental (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, 2002) ha señalado que el abuso de sustancias por parte de adultos ancianos representa una «epidemia invisible» en dicho país. Se considera que el consumo de estas sustancias pasa desapercibido en el caso de los ancianos. Además, resulta preocupante la situación de muchos individuos de estas edades que no sólo abusan de sustancias ilegales, sino también de medicamentos correctamente recetados (Scott y Popovich, 2001). Con demasiada frecuencia, los cuestionarios con los que se pretende identificar la existencia de abuso de sustancias

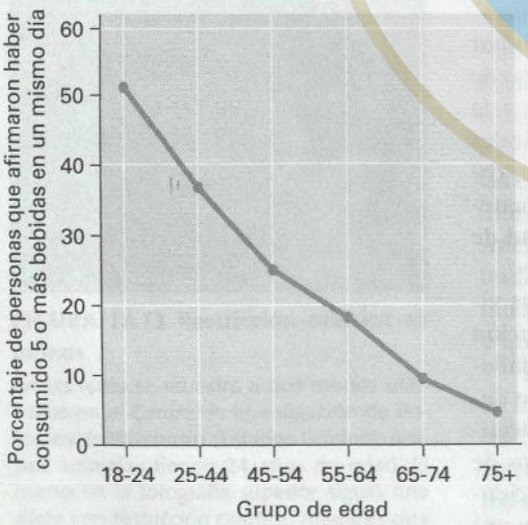


FIGURA 18.14 Edad y consumo de cinco o más bebidas alcohólicas en un mismo día en Estados Unidos

En el gráfico se muestra el considerable descenso del consumo de cinco o más bebidas alcohólicas en, al menos, un día que se produce a la par que el envejecimiento (Centro Nacional para Estadísticas Sanitarias, *National Center for Health Statistics*, 2002).

no resultan apropiados para los ancianos. Además, las consecuencias del abuso de alcohol, como la depresión, la alimentación inadecuada, la insuficiencia cardiaca o las caídas frecuentes, pueden atribuirse erróneamente a otro tipo de problemas médicos o psicológicos (Hoyer y Roodin, 2003). Debido al drástico incremento en el número de ancianos que, según las estimaciones, se producirá a lo largo del siglo XXI, el abuso de sustancias puede convertirse en una característica de un número cada vez mayor de ancianos (Atkinson, Ryan y Turner, 2001).

Los ancianos presentan dos patrones de antecedentes con respecto al consumo de alcohol, que puede haber sido excesivo durante cuarenta o cincuenta años o moderado con un incremento en momentos de estrés. El término «alcoholismo tardío» describe la aparición de este problema después de los 65 años de edad, una circunstancia que suele estar relacionada con la soledad, la pérdida del cónyuge o la existencia de una discapacidad.

En muchos casos, los adultos ancianos toman numerosos medicamentos, lo que puede dar lugar a un mayor riesgo. Así, por ejemplo, el consumo de alcohol puede dificultar la respiración, dar lugar a un estado de sedación o, incluso, provocar la muerte, cuando se combina con tranquilizantes o sedantes.

Tratamiento médico

¿Cuál es la calidad del tratamiento médico que reciben los adultos ancianos en Estados Unidos? Según un reciente estudio realizado con ancianos que presentaban problemas de salud, estos individuos reciben el tratamiento médico recomendado tan sólo en la mitad de ocasiones (Wenger y otros, 2003). Los investigadores analizaron los historiales médicos de 372 adultos ancianos con signos de fragilidad que habían recibido tratamiento durante un año por parte de dos compañías que proporcionaban servicios médicos. Luego, se estudió el tratamiento que cada paciente había recibido y se evaluó utilizando indicadores estandarizados de calidad. Así, por ejemplo, se determinó que muchos ancianos que caminan con dificultad no reciben la ayuda que necesitan, como sesiones de fisioterapia que les permitan mejorar su capacidad para andar. Resulta evidente que la calidad de los tratamientos de salud que reciben los adultos ancianos en Estados Unidos ha de mejorar de forma significativa (Rantz y otros, 2004).

Aproximadamente el 3 por 100 de los adultos estadounidenses con 65 o más años de edad vive en algún momento en una residencia para ancianos. Sin embargo, con los años, se incrementa la probabilidad de que vivan en una de esas residencias o en otro tipo de centros en los que se proporcionen cuidados a estas personas. En el caso de los adultos con 85 o más años de edad, el 23 por 100 vive en residencias o en otro tipo de centros. ¿Cuál es la calidad de la atención prestada en las residencias o en otro tipo de centros para ancianos? ¿Qué relación existe entre los adultos ancianos y las personas que les proporcionan cuidados?

La calidad de las residencias y de los centros de cuidados para ancianos varía enormemente y sigue siendo un motivo de preocupación en muchos países. Más de una tercera parte de estos centros presenta graves deficiencias, y no superan las inspecciones gubernamentales porque no cubren las necesidades mínimas en cuanto a médicos, farmacéuticos y especialistas en rehabilitación (terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas). Además, también se producen problemas en lo relativo al derecho a la intimidad del paciente, el acceso a información médica, la seguridad y la libertad para elegir un estilo de vida acorde con las capacidades físicas y mentales del individuo.

Debido a la deficiente calidad de los servicios que ofrecen muchas residencias para ancianos y de su elevado precio, que sigue aumentando, muchos especialistas en los problemas de salud de los ancianos consideran que los cuidados a domicilio, los centros de día y las clínicas de medicina preventiva constituyen buenas alternativas (Castle, 2001). Estos servicios tienden a ser menos costosos que los hospitales y las residencias. Además, no suelen dar lugar a la aparición de los sentimien-

tos de despersonalización y dependencia que con frecuencia presentan los ancianos que viven en residencias (Greene y otros, 1995).

Según un conocido estudio llevado a cabo por Judith Rodin y Ellen Langer (1977), la percepción de control y autonomía que presentan los internos de una residencia constituye un importante factor que influye en su estado de salud o, incluso, en su supervivencia. En este estudio, se permitió que un grupo de ancianos que vivía en una residencia tomara más decisiones diarias, con lo que se consiguió que tuvieran una mayor responsabilidad y control sobre sus propias vidas. Comenzaron a decidir sobre aspectos de su vida cotidiana como la comida que consumían, cuándo recibían visitas, qué películas les apetecía ver y quién podía acceder a sus habitaciones. A otro grupo similar de internos, el gerente de la residencia les habló de las atenciones que recibían en este centro y de lo dispuestos que estaban los empleados a ayudarles. Sin embargo, este grupo no tuvo la oportunidad de adquirir un mayor control sobre sus vidas. Dieciocho meses más tarde, se detectó que los sujetos del primer grupo se mostraban más conscientes de la realidad y activos, y afirmaban sentirse más felices que los residentes a los que tan sólo se había comunicado que los empleados de la residencia intentarían satisfacer sus necesidades. Además, el grupo «responsable» o «de autocontrol» experimentó una notable mejoría en su estado de salud, lo que no ocurrió en el caso del grupo «dependiente». Más relevante aún resultó el descubrimiento de que, tras dieciocho meses, en el grupo «responsable» tan sólo había fallecido la mitad de individuos que en el grupo «dependiente» (véase la Figura 18.15). Por tanto, la percepción de control sobre el entorno puede, literalmente, ser cuestión de vida o muerte.

En otra investigación, Rodin (1983) midió los niveles de hormonas relacionadas con el estrés en varios grupos de ancianos que vivían en residencias. Luego, proporcionó a los ancianos formación sobre estrategias útiles que les permitirían hacer frente de forma eficaz a sus problemas cotidianos. Así, se les enseñó a manifestar su negativa cuando no querían algo, sin preocuparse por si molestarían a alguien. Se fomentó su asertividad y se les proporcionaron herramientas para gestionar su tiempo. Tras esta formación, los individuos participantes mostraban niveles inferiores de cortisol (una hormona estrechamente relacionada con el estrés que se ha asociado con la aparición de diversas enfermedades). Los niveles de cortisol de los ancianos que habían recibido técnicas para aumentar su asertividad se mantuvieron bajos, incluso después de dieciocho meses. Además, estos individuos presentaban un mejor estado de salud y se había reducido la necesidad de que se les administrara medicación, comparado con los residentes que no había recibido formación sobre estrategias útiles para hacer frente a sus problemas cotidianos. La investigación de Rodin demuestra que, en el caso de los ancianos que viven en residencias, se puede cambiar su conducta y mejorar su estado de salud si, simplemente, se les permite tomar decisiones y se les proporcionan técnicas para hacer frente a las dificultades.

Las actitudes de las personas encargadas del cuidado de los adultos ancianos y de los propios ancianos constituyen importantes aspectos que influyen en los tratamientos de salud que reciben estos individuos (Akhter y Levinson, 2003; Hatcliff, 2003). Desgraciadamente, los encargados de proporcionar cuidados a los ancianos suelen compartir los estereotipos sociales y las actitudes negativas que existen hacia los individuos de edades avanzadas. En lo relacionado con la salud, estas actitudes pueden traducirse en rechazo, tolerancia forzada o tendencia a evitar el contacto, cuando el cuidado de los ancianos debería caracterizarse por ser positivo y optimista. Los profesionales sanitarios tienden a preocuparse más por el tratamiento de individuos jóvenes, quienes, cuando sufren problemas graves, presentan una mayor probabilidad de recuperarse con éxito. Por ello, dichos profesionales suelen mostrarse menos motivados para tratar a ancianos que, con frecuencia, presentan problemas crónicos con escasas probabilidades de recuperación.

Sin embargo, esta falta de motivación no sólo se detecta en los profesionales médicos, ya que también los pacientes ancianos suelen presentar un papel menos activo en su relación con los encargados del cuidado de su salud que los pa-

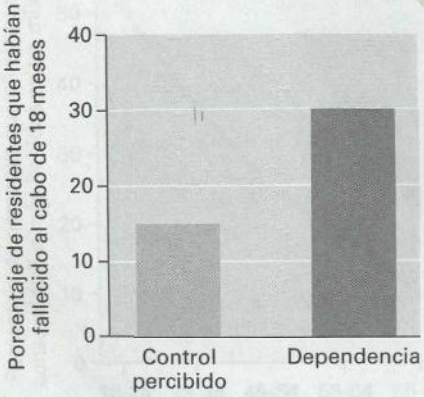


FIGURA 18.15 Control percibido y mortalidad

En el estudio realizado por Rodin y Langer (1977), los ancianos que vivían en residencias a los que se les permitió ejercer un mayor control sobre sus vidas presentaban más probabilidades de seguir con vida al cabo de 18 meses que los ancianos que sentían una mayor dependencia del personal de la residencia.

cientes de menor edad (Woodward y Wallston, 1987). Se debería intentar que los pacientes ancianos desempeñaran un papel más activo en el cuidado de su propia salud.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Identificar los problemas de salud que afectan a los adultos ancianos y determinar cómo pueden tratarse

REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los problemas de salud más frecuentes que presentan los adultos ancianos? ¿Cuáles son las principales causas de fallecimiento en este grupo de edad?
- ¿De qué manera se puede describir al anciano muy mayor resistente?
- ¿De qué manera influyen el ejercicio, la nutrición y el peso corporal en el desarrollo durante la vejez?
- ¿Cuáles son las características del uso y abuso de sustancias durante la vejez?
- ¿Cuáles son algunas de las opciones existentes en el tratamiento médico que reciben los adultos ancianos? ¿Qué asuntos surgen al analizar este tipo de tratamiento?

REFLEXIONA

- ¿De qué manera podría cambiar tu estilo de vida actual para que tu envejecimiento resulte más positivo?

Alcanza tus objetivos de aprendizaje

Desarrollo físico en la vejez

1 LONGEVIDAD

- Esperanza de vida y ciclo vital
- El anciano-joven, el anciano y el anciano muy mayor
- Teorías biológicas del envejecimiento

2 EL TRANSCURSO DEL DESARROLLO FÍSICO EN LA VEJEZ

- Envejecimiento cerebral
- Aspecto físico y movimiento
- Sistemas circulatorio y pulmonar
- Sistema inmunológico
- Desarrollo sensorial
- Sexualidad

3 SALUD

- Problemas de salud
- Ejercicio físico, nutrición y peso corporal
- Tratamiento médico
- El anciano muy mayor resistente
- Uso y abuso de sustancias

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM INTENTIO SAPIENTIAE
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Analizar las características de la longevidad y de los aspectos biológicos del envejecimiento*

- La **esperanza de vida** es el número de años que vivirá, de media, un individuo nacido en un año en concreto. El **ciclo vital** constituye el número máximo de años que un individuo de una especie puede vivir. La esperanza de vida ha amentado de manera vertiginosa, pero no el ciclo vital. Un número cada vez mayor de individuos llega a cumplir cien o más años de edad. Por término medio, las mujeres viven aproximadamente seis años más que los varones. Esta diferencia entre sexo puede deberse a factores biológicos y sociales.
- En lo referente a la edad cronológica, se han identificado tres grupos de individuos en la vejez: el anciano-joven (entre 65 y 74 años de edad), el anciano (con 75 o más años) y el anciano muy mayor (con 85 o más años). Muchos expertos en envejecimiento prefieren referirse a dichas categorías basándose en la edad funcional de los individuos, y no en la cronológica. Esta perspectiva se basa en el hecho de que algunos ancianos con 85 años de edad presentan un mejor estado de salud psicológica y física que algunos individuos con 65 años. Sin embargo, los ancianos con 85 o más años de edad se enfrentan a problemas significativos, mientras que los individuos con edades comprendidas entre los 60 y los 80 años cada vez envejecen de mejor manera.
- Cuatro de las teorías biológicas para explicar el envejecimiento son la teoría del reloj celular, la teoría de los radicales libres, la teoría mitocondrial y la teoría del estrés hormonal. Hayfflick creó la teoría del reloj celular, según la cual una célula puede dividirse un máximo de setenta y cinco a ochenta veces. Al envejecer, las células pierden cada vez más capacidad para dividirse, lo que, según algunas investigaciones realizadas en la última década, puede deberse a la acción de los telómeros. La teoría de los radicales libres señala que los individuos envejecen debido a la presencia de una moléculas de oxígeno inestables denominadas radicales libres, que se originan en las células. Según la teoría mitocondrial, el envejecimiento se produce debido al deterioro de las mitocondrias, unos corpúsculos celulares que proporcionan la energía necesaria para el funcionamiento, crecimiento y reparación de las células. Por último, la teoría del estrés hormonal señala que el envejecimiento del sistema hormonal del cuerpo puede disminuir la resistencia al estrés y aumentar, por tanto, la probabilidad de padecer enfermedades.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Describir los cambios que afectan al cerebro y al cuerpo durante la vejez*

- El sistema nervioso central experimenta una ralentización general de sus funciones que comienza en la madurez y se acentúa durante la vejez. El cerebro de los ancianos presenta una menor lateralización. Recientes investigaciones han demostrado que un cerebro anciano puede generar nuevas neuronas. Al envejecer, se reduce el número de neuronas, aunque aún no existe acuerdo sobre la magnitud de esta pérdida. Durante el envejecimiento, el cerebro mantiene una considerable plasticidad y capacidad para adaptarse. En los individuos ancianos puede detectarse un crecimiento de dendritas. El cerebro presenta la capacidad para volver a establecer conexiones en su interior y compensar las pérdidas que se producen en los adultos ancianos.
- Se ha demostrado la existencia de una reducción de la capacidad del sistema inmunológico al envejecer. Dicha capacidad puede mejorar con la práctica de ejercicio físico.
- Los signos más evidentes de envejecimiento son las arrugas y las manchas cutáneas. Al envejecer, se reduce la estatura de los individuos, y su peso también disminuye a partir de la edad de 60 años debido a la pérdida de masa muscular. Los movimientos de los individuos ancianos se ralentizan, lo que se aprecia en un gran número de movimientos de distinta dificultad.
- La capacidad visual disminuye, pero la inmensa mayoría de los adultos ancianos pueden corregir su visión con el fin de seguir trabajando y funcionando en su vida cotidiana. Al envejecer, el cristalino adopta un tono amarillento que reduce la diferenciación cromática. Además, la capacidad para percibir la periferia del campo visual disminuye en el caso de los ancianos. Los adultos de más de 75 años de edad y, sobre todo, los de más de 85 años, experimentan un deterioro significativo de su capacidad visual en situaciones de deslumbramiento. Las cataratas, el glaucoma y la degeneración macular son tres de las enfermedades que pueden afectar a la visión de los ancianos. La capacidad auditiva puede comenzar a disminuir en la madurez, pero no suele representar una gran dificultad hasta la vejez. Además, la utilización de audífonos puede disminuir la magnitud de los problemas auditivos padecidos por individuos ancianos. El gusto y el olfato también pueden disminuir, pero esta reducción suele ser mínima en el caso de ancianos sanos. Los cambios que se producen en el tacto se asocian con el proceso de envejecimiento, aunque no suelen suponer un problema para la mayoría de adultos ancianos. Durante la vejez, también disminuye la percepción del dolor.
- Cuando no existen problemas cardiacos, la cantidad de sangre bombeada por el corazón es siempre la misma, sin importar la edad del individuo adulto. En la actualidad, ya no se acepta la hipertensión como una característica más de la vejez, sino que se trata con medicación, ejercicio y el seguimiento de una dieta saludable. El aumento de la tensión arterial en adultos ancianos puede

deberse a una serie de factores, que pueden modificarse. La capacidad pulmonar de los ancianos disminuye, pero se puede mejorar el funcionamiento pulmonar con la práctica de ejercicios de fortalecimiento del diafragma.

- El envejecimiento conlleva la aparición de algunos cambios en el rendimiento sexual, especialmente en el caso de los varones. Sin embargo, la práctica sexual no se encuentra limitada por la edad.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Identificar los problemas de salud que afectan a los adultos ancianos y determinar cómo pueden tratarse*

- Al envejecer, aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad o algún trastorno de salud. Las enfermedades crónicas resultan poco frecuentes en la juventud, su incidencia aumenta durante la madurez y llegan a ser más habituales en la vejez. La artritis constituye la enfermedad con mayor incidencia en la vejez. Aproximadamente tres cuartas partes de los adultos ancianos fallecen a causa de enfermedades cardiacas, cáncer o apoplejía. La osteoporosis constituye la razón principal por la que muchos ancianos se desplazan con dificultad, sobre todo en el caso de las mujeres. Los accidentes afectan en mayor medida a los individuos ancianos que a los de menor edad.
- Las primeras descripciones de los ancianos muy mayores estaban marcadas por la negatividad. En la actualidad, el desarrollo de nuevos tratamientos e intervenciones permite tener una visión más optimista.
- Se ha demostrado que la práctica de ejercicio reporta numerosos beneficios a los adultos ancianos. En los casos en los que no existe discapacidad, se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico y de levantamiento de pesas. Los adultos ancianos que no reciben el aporte necesario de vitaminas y minerales son causa de especial preocupación, sobre todo en el caso de las mujeres. La restricción calórica puede aumentar el ciclo vital de los animales, pero aún se desconoce si estos resultados se repetirían en el caso de los seres humanos. El sobrepeso se asocia con un aumento del índice de mortalidad. La mayoría de los expertos en nutrición recomienda que los ancianos sigan una dieta equilibrada y baja en grasas, pero no se aconseja que se reduzca de forma extremada la ingesta de calorías. El debate alrededor de las vitaminas y el envejecimiento se centra en decidir si los suplementos vitamínicos (especialmente los de antioxidantes como la vitamina C, E y el betacaroteno) pueden ayudar a ralentizar el proceso de envejecimiento y mejorar el estado de salud del anciano. Recientes investigaciones han determinado la existencia de una relación entre la ingesta de vitaminas del grupo B y un rendimiento cognitivo positivo en adultos ancianos.
- El consumo y abuso de alcohol disminuye en la vejez, aunque resulta más difícil de detectar en el caso de los adultos ancianos que en el de los individuos de menor edad.
- A pesar de que tan sólo el 3 por 100 de los adultos mayores de 65 años viven en residencias para ancianos, en el caso de los individuos mayores de 85 años, dicho porcentaje aumenta hasta el 23 por 100. Se han propuesto distintas alternativas a las residencias. Pueden producirse cambios en la conducta y mejoras en el estado de salud de los ancianos que viven en residencias si se les permite tomar decisiones y se les proporcionan estrategias para hacer frente a las dificultades. La actitud de los encargados de proporcionar cuidados sanitarios a los ancianos y de estos últimos constituyen importantes aspectos que influyen en los cuidados que recibe la salud de los ancianos. Con demasiada frecuencia, el personal sanitario comparte la visión negativa que existe en la sociedad acerca de los ancianos.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

CAPÍTULO

19



La noche todavía no ha llegado: la falta de luz no nos impide trabajar. Aún nos aguardan tareas por realizar, labores que podemos intentar.

HENRY WADSWORTH LONGFELLOW
Poeta estadounidense, siglo XIX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo cognitivo en la vejez

Esquema del capítulo

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN LA VEJEZ — 1

Multidimensionalidad y multidireccionalidad
Educación, trabajo y salud
Se usa o se pierde
Entrenamiento de habilidades cognitivas

TRABAJO Y JUBILACIÓN — 2

Trabajo
Jubilación en los Estados Unidos y en otros países
Adaptación a la jubilación

SALUD MENTAL — 3

Depresión
Demencia senil, enfermedad de Alzheimer y otras dolencias
Temor a la victimización, delitos y maltrato a los ancianos
Cómo cubrir las necesidades de salud mental de los ancianos

RELIGIÓN — 4

Objetivos de aprendizaje

1. **Describir el funcionamiento cognitivo de los adultos ancianos**
2. **Analizar el envejecimiento y las adaptaciones al trabajo y a la jubilación**
3. **Señalar las características de los problemas de salud mental y su tratamiento en adultos ancianos**
4. **Explicar el papel desempeñado por la religión en las vidas de los adultos ancianos**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Lily Hearst y la hermana Mary: mentes activas

A lo largo de su vida, Lily Hearst siempre ha mostrado interés por multitud de campos,

> incluyendo las artes, la música, la ciencia y la política. Posee un título superior en formación musical, y habla tres idiomas. Ahora, a la edad de 101 años, sigue siendo independiente y practica ejercicio cada día. Lee *The Wall Street Journal*, da clases de piano y toca en un trío de música clásica en el Centro para ancianos de North Berkeley (California, Estados Unidos).
>
> Lily sigue una estricta rutina diaria que comienza a las siete de la mañana, cuando se levanta, realiza una tabla de ejercicios y se prepara el desayuno. A las nueve va a un centro de natación donde nada ocho tramos de piscina. Una amiga la lleva en coche al centro de ancianos donde asiste a clases, lee, ve películas y toca el piano. Lily registra sus actividades en una agenda en la que escribe sus compromisos y otros datos que debe recordar. Se siente orgullosa de no llegar jamás tarde a una cita. (Exploratorium, 2004, pág. 1-2)

Otra persona centenaria, la hermana Mary, participó en el «Estudio de las monjas de Mankato» que ya se describió en el Capítulo 18. La hermana Mary falleció en 1993 a los 101 años de edad. Cuando contaba con 100 años, sus resultados en tareas de evaluación de habilidades cognitivas seguían siendo elevados (Snowdon, 1997). Le encantaba leer y, al final de su vida, era frecuente encontrársela leyendo libros, revistas y periódicos con la ayuda de una lupa.

VISTA PREVIA

Las vidas de Lily Hearst y de la hermana Mary se caracterizaron por su actividad cognitiva durante la vejez. En este capítulo analizaremos de qué manera funcionan y pueden funcionar las capacidades cognitivas de los ancianos. Además, también nos detendremos en temas tan importantes como el trabajo y la jubilación, la salud mental y la religión.

1 FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN LA VEJEZ

- Multidimensionalidad y multidireccionalidad
- Se usa o se pierde
- Educación, trabajo y salud
- Entrenamiento de habilidades cognitivas

A la edad de 70 años, John Rock inventó la píldora anticonceptiva. A los 76 años de edad, Mary Robertson Moses, más conocida como «Abuela Moses», comenzó a pintar y se convirtió en una artista de renombre internacional, y sus obras aparecieron en quince exposiciones individuales celebradas en toda Europa. A los 89

años de edad, Arthur Rubinstein ejecutó una de sus mejores actuaciones en el Hall Carnegie de Nueva York. Cuando Pablo Casals tenía 95 años, un periodista le preguntó: «Señor Casals, es usted el mejor violonchelista de la historia. ¿Por qué sigue ensayando seis horas al día?» Casals respondió: «Porque creo que sigo mejorando» (Canfield y Hansen, 1995).

Multidimensionalidad y multidireccionalidad

Al analizar las características del cambio cognitivo que se produce durante la adultez, resulta importante considerar que la cognición constituye un concepto multidimensional (Dixon y Cohen, 2003). Además, a pesar de que algunas dimensiones de la cognición pueden reducirse con la edad, no podemos olvidar que otras permanecen estables o, incluso, pueden mejorar.

Mecánica y pragmática cognitivas Paul Baltes (2000) estableció claramente la diferencia existente entre los aspectos de la mente en proceso de envejecimiento que disminuyen y los aspectos que permanecen estables o incluso llegan a mejorar. Así, dicho autor distingue entre «mecánica cognitiva» y «pragmática cognitiva».

- La **mecánica cognitiva** está formada por el «soporte físico» de la mente, es decir, la estructura neurofisiológica del cerebro que se ha desarrollado a lo largo del proceso de evolución humana. La mecánica cognitiva está formada por la velocidad y exactitud de los procesos implicados en la percepción sensorial, la atención, la memoria visual y motora, la discriminación, la comparación y la categorización. Debido a la fuerte influencia que la biología, la herencia genética y la salud ejercen sobre la mecánica cognitiva, resulta probable que este aspecto de la cognición disminuya por causa del envejecimiento.
- La **pragmática cognitiva** está formada por «el soporte lógico» de la mente, es decir, los «programas» que se basan en la cultura. La pragmática cognitiva incluye aspectos como la habilidad para la lectoescritura, la comprensión verbal, la formación educativa, las capacidades laborales y también el tipo de conocimiento acerca del yo y de las habilidades vitales que nos permiten controlar nuestra vida y hacer frente a las dificultades. Debido a la fuerte influencia que la cultura ejerce sobre la pragmática cognitiva, es posible que este aspecto mejore con la edad. De esta manera, a pesar de que la mecánica cognitiva puede disminuir con los años, la pragmática cognitiva puede, de hecho, mejorar (véase la Figura 19.1).

Una reciente investigación se centró en los adultos ancianos (rango de edades de 70 a 100 años, con una edad media de 85 años) durante un período de seis años (Singer y otros, 2003). Según sus conclusiones, que vienen a apoyar la distinción entre mecánica y pragmática cognitiva, la velocidad de percepción, la memoria y la categorización disminuían con la edad, pero el conocimiento permanecía estable hasta los 90 años de edad, momento en el que comenzaba a disminuir.

Tras haber analizado la distinción entre mecánica y pragmática cognitiva, nos centraremos a continuación en otros procesos cognitivos más específicos que reflejan esos dos aspectos generales de la cognición. Para comenzar, analizaremos las siguientes dimensiones de la mecánica cognitiva: la sensorial/motora y la velocidad de procesamiento.

Las dimensiones sensorial/motora y de velocidad de procesamiento Según el «Estudio Berlín sobre el envejecimiento»



Grandma Moses, conocida en su época como la «gran dama anciana del arte americano», comenzó a pintar a la edad de 76 años y continuó haciéndolo después de haber superado el siglo de edad.

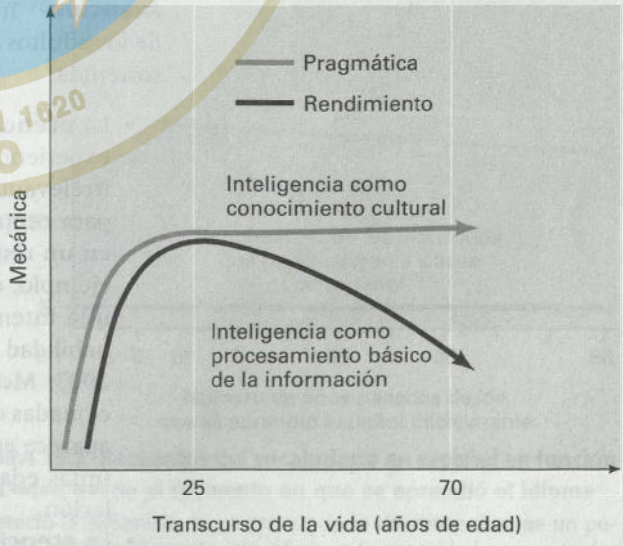


FIGURA 19.1 Cambios teóricos en la mecánica y la pragmática cognitivas provocados por la edad

Para Baltes, la mecánica cognitiva se reduce durante el proceso de envejecimiento, lo que no ocurre en el caso de la pragmática cognitiva. La mecánica cognitiva se basa en factores biológicos y genéticos. La pragmática cognitiva, por su parte, se basa en la experiencia y la cultura.

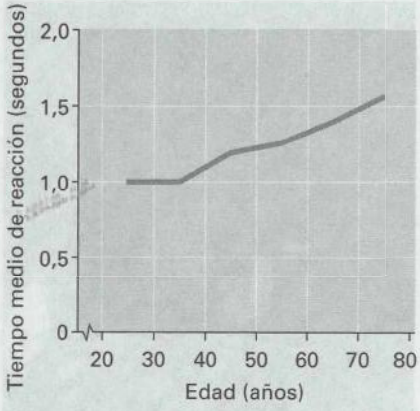


FIGURA 19.2 Relación entre la edad y el tiempo de reacción

Según un estudio, el tiempo medio de reacción comenzaba a ralentizarse después de los 40 años, una disminución de capacidades que se acentuaba a partir de los 60 años de edad (Salthouse, 1994). En la tarea empleada para medir el tiempo de reacción, los individuos debían unir números con símbolos en la pantalla de un ordenador.

(*Berlin Study of Aging*), la agudeza visual y auditiva constituían los factores fundamentales que influían en la existencia de diferencias de edad en cuanto a la inteligencia (Lindenberger y Baltes, 1994). De esta manera, se determinó que el funcionamiento sensorial representaba un importante elemento que permitía predecir las diferencias intelectuales entre individuos durante etapas tardías de la vida. En la actualidad se acepta que la velocidad de procesamiento de la información disminuye durante la vejez (Hoyer y otros, 2004; Salthouse, 1996, 2000; Salthouse y Miles, 2002) (véase la Figura 19.2).

A pesar de que la velocidad de procesamiento de la información se reduce en la vejez, se aprecian importantes diferencias individuales a este respecto. Asimismo, aún se desconoce si esta ralentización afecta a nuestras vidas de manera significativa. Por ejemplo, en un experimento se estudió la velocidad de reacción y la habilidad para teclear que mostraban mecanógrafos de distintas edades (Salthouse, 1994). Los individuos de mayor edad presentaban reacciones más lentas, pero tecleaban a la misma velocidad que los mecanógrafos más jóvenes. Posiblemente, los sujetos de mayor edad habían sido más rápidos en su juventud y ahora habían perdido parte de su velocidad. Sin embargo, los resultados obtenidos en este experimento bajo una nueva condición indicaban la presencia de otro factor. Cuando se limitaba el número de caracteres que aparecían más adelante que el mecanógrafo podía observar, los individuos de mayor edad escribían a un ritmo considerablemente más lento, mientras que esta condición afectó en menor medida a los sujetos más jóvenes. Así, los mecanógrafos de mayor edad habían aprendido a fijarse en los caracteres que aparecían más adelante, lo que les permitía teclear con la misma velocidad que los más jóvenes.

Probablemente, la disminución que se detecta en la velocidad de procesamiento en adultos ancianos se debe a un deterioro en el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso central (Groth, Gilmore y Thomas, 2003; Madden, 2001). El estado de salud y el ejercicio físico pueden influir en cuánto disminuye la velocidad de procesamiento (Gerrotsen y otros, 2003). Según un estudio, tras seis meses de ejercicio aeróbico, se detectó una mejora en el tiempo de reacción que mostraban los sujetos de la investigación (Kramer y otros, 1999).

Atención Tres de los aspectos de la atención que se han investigado en el caso de los adultos ancianos son la atención selectiva, la atención dividida y la atención sostenida:

- La **atención selectiva** consiste en centrarse en un aspecto específico de la experiencia que resulta relevante, al tiempo que se ignoran otros aspectos irrelevantes. Un ejemplo de este tipo de atención se advierte en la capacidad para centrarse en una única voz en medio de un espacio lleno de personas o en un restaurante especialmente ruidoso. Este tipo de atención se aplica, por ejemplo, cuando se decide a qué estímulos atender al girar a la izquierda en una intersección. Generalmente, los adultos ancianos muestran una menor habilidad en la atención selectiva que los individuos de menor edad (Hogan, 2003; McDowd y otros, 2003). Sin embargo, al efectuar tareas simples relacionadas con la búsqueda de una característica, como determinar si un objeto aparece en la pantalla de un ordenador, la diferencia entre individuos de distintas edades es mínima si los sujetos han practicado lo suficiente con antelación.
- La **atención dividida** consiste en concentrarse en más de una actividad a la vez. Cuando ambas tareas presentan una dificultad escasa, las diferencias de edad entre individuos adultos son mínimas o no se aprecian. Sin embargo, cuanto mayor sea la dificultad de las tareas que se realizan simultáneamente, menos eficacia mostrarán los adultos mayores a la hora de dividir su atención que los adultos de menor edad (Maciokas y Crognale, 2003; Wood, 2002). En una investigación se analizó la capacidad para mantener una conversación al

tiempo que se conducía un simulador de tráfico de autopista (en un laboratorio) en individuos de 17 a 26 años de edad, de 26 a 49 años y de 50 a 80 años (McKnight y McKnight, 1993). En el experimento también se incluyó una condición de control sin elementos de distracción. En general, los participantes ejecutaron peor la tarea en la condición de atención dividida que cuando no existían elementos de distracción. Además, los adultos de mayor edad (de 50 a 80 años) obtuvieron peores resultados en la tarea de atención dividida que los sujetos de los dos grupos de menor edad, lo que no ocurrió en la condición de control. De esta manera, la actuación de los adultos de mayor edad en la tarea de conducción resultaba peor cuando aumentaban las exigencias sobre su atención.

- La **atención sostenida** consiste en el estado de alerta que permite detectar pequeñas transformaciones que se producen de manera aleatoria en el entorno y responder a ellas. En ocasiones, la atención sostenida se denomina *vigilancia*. Los investigadores han determinado que los adultos ancianos presentan niveles de atención sostenida similares a los de adultos maduros o jóvenes (Berardi, Parasuraman y Haxby, 2001).

Memoria A continuación analizaremos una investigación que se centra en los cambios memorísticos que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento. En este estudio, se analizó a individuos adultos estadounidenses de distintas edades para determinar cuánto castellano recordaban tras haber asistido a clases en sus años de instituto o de universidad (Bahrick, 1984). Todos los sujetos de la muestra habían utilizado muy poco el castellano desde que lo habían estudiado. No resultó sorprendente que los adultos jóvenes que habían estudiado el idioma en los tres años anteriores obtuvieran los mejores resultados. Tras ese período de tiempo, el deterioro en la memoria se producía de manera gradual (véase la Figura 19.3). Por ejemplo, los adultos ancianos que habían estudiado español cincuenta años antes, recordaban aproximadamente el 80 por 100 de lo que eran capaces de recordar los individuos jóvenes que habían estudiado el idioma en los tres años previos. El factor más importante en la capacidad para recordar el castellano que presentaban los adultos no era cuánto tiempo hacía que lo habían estudiado, sino el nivel que habían alcanzado al estudiarlo: los que habían obtenido un sobresaliente cincuenta años antes eran capaces de recordar más castellano que los adultos que habían obtenido notas inferiores tan sólo un año antes del estudio.

El envejecimiento altera la memoria, pero no toda la capacidad memorística cambia de igual manera con los años (Balota, Dolan y Duchek, 2000). Las principales dimensiones de la memoria y del envejecimiento que han sido objeto de estudio son la memoria episódica, la memoria semántica, los recursos cognitivos (como la memoria de trabajo y la velocidad de percepción), las creencias sobre la memoria y los factores no cognitivos como la salud, la educación o el estatus socioeconómico (Smith, 1996).

Memoria episódica La **memoria episódica** consiste en la retención de información acerca del dónde y el cuándo de los sucesos de la vida (Tulving, 2000). Por ejemplo, ¿cómo era la vida cuando nació tu hermana o hermano menor? ¿Cómo fue tu primera cita? ¿Qué hacías cuando comenzó la Guerra del Golfo? ¿Qué desayunaste esta misma mañana?

La memoria episódica de los adultos jóvenes es mejor que la de los individuos de mayor edad (Parker y otros, 2004;

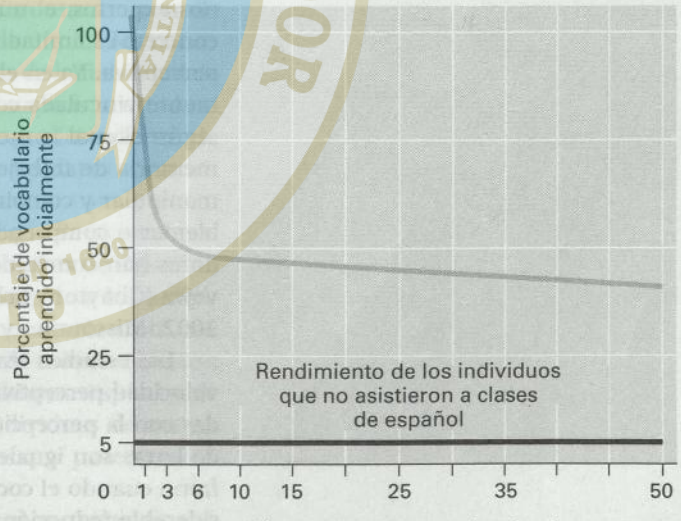


FIGURA 19.3 Recuerdos del vocabulario en español en función de la edad desde el momento en que se aprendió el idioma
Se detectó la existencia de un pronunciado descenso durante un período de aproximadamente tres años en la capacidad para recordar vocabulario aprendido en las clases de español. Sin embargo, la disminución de la capacidad para recordar vocabulario castellano disminuía mucho menos entre los individuos que habían dejado de asistir a clases tres años antes del estudio y los que habían dejado de estudiar el idioma cincuenta años atrás. Incluso en este último caso, los individuos aún recordaban casi el 50 por 100 del vocabulario que habían aprendido inicialmente.

Piolino y otros, 2002; Wingfield y Kahana, 2002). Los adultos ancianos consideran que pueden recordar mejor los acontecimientos lejanos en el tiempo que los más cercanos, y afirman con frecuencia que pueden recordar lo que les ocurrió años atrás, pero no lo que hicieron ayer. Sin embargo, las investigaciones concluyen de manera repetida que, al contrario de lo que afirman estos individuos, en el caso de los adultos de mayor edad, cuanto más alejado en el tiempo esté el recuerdo, menor será la exactitud con la que se recupere la información. Este extremo se ha confirmado al analizar los recuerdos sobre compañeros de instituto, lenguas extranjeras que se han aprendido a lo largo de la vida, nombres de profesores o hechos autobiográficos registrados en diarios (Smith, 1996).

Memoria semántica La **memoria semántica** constituye el conocimiento que se posee acerca del mundo. Este concepto incluye el campo en el que un individuo se considera experto, como el conocimiento del ajedrez que posee un jugador avezado; el conocimiento académico general del tipo que se aprende en la escuela, como lo que se sepa acerca de la geometría; y el «conocimiento cotidiano» del significado de las palabras, de personas famosas, de lugares importantes y de objetos comunes, como en qué día se celebra San Valentín. La memoria semántica parece ser independiente de la identificación con el pasado que muestre un individuo. Por ejemplo, podemos acordarnos de un dato, como «Lima es la capital de Perú», sin ser capaz de recordar dónde o cuándo lo aprendimos.

¿Disminuye la memoria semántica con la edad? Con frecuencia, los adultos de mayor edad tardan más en recuperar información semántica, pero, en última instancia, suelen ser capaces de efectuar este proceso. En general, la memoria episódica disminuye más en individuos de mayor edad que la memoria semántica (Parkin y Walter, 1992).

Recursos cognitivos: memoria de trabajo y velocidad perceptiva Según algunos expertos, el número de recursos cognitivos que puede dedicarse a una tarea concreta es limitado. Dos de esos recursos son la memoria de trabajo y la velocidad perceptiva. Ya en el Capítulo 16 señalamos que la *memoria de trabajo* está estrechamente vinculada con la memoria a corto plazo, pero que se trata de un concepto según el cual la memoria es el lugar en el que se desarrolla el trabajo mental. La memoria de trabajo constituye un banco de trabajo que permite a los individuos manipular y combinar información cuando han de tomar decisiones, resolver problemas o comprender mensajes orales u escritos (Baddeley, 2000). Los investigadores han concluido que la memoria de trabajo disminuye durante los años de la vejez (Chaytor y Schmitter-Edgecombe, 2004; Leonards, Ibanez y Giannakopoulos, 2002; Missonnier y otros, 2004; Park y otros, 2002; Salthouse, 1994, 2000).

Los estudios realizados sobre el envejecimiento también se han ocupado de la velocidad perceptiva, es decir, la capacidad para realizar tareas sencillas relacionadas con la percepción y la motricidad, como decidir si ciertos pares de números o de letras son iguales o diferentes, o determinar el tiempo necesario para pisar el freno cuando el coche que nos precede se detiene. En la vejez se aprecia una considerable reducción de la velocidad perceptiva, un hecho estrechamente relacionado con la disminución de la memoria de trabajo (Hoyer y otros, 2004; Salthouse, 2000).

Memoria explícita e implícita Los investigadores han establecido la existencia de una relación entre el envejecimiento y los cambios que se producen en la memoria explícita (Tulving, 2000). La **memoria explícita** es la memoria de los acontecimientos y experiencias que los individuos, de manera consciente, conocen y pueden comunicar. También se denomina memoria declarativa. Como ejemplos de este tipo de memoria podemos citar la situación de estar en una tienda y recordar qué deseamos comprar, poder nombrar la capital de algún país o contar el argumento de una película que hemos visto. La **memoria implícita** es la memo-

ria en la que no se produce un almacenamiento consciente de los datos. Está relacionada con las capacidades y los procedimientos rutinarios que se realizan de manera automática como, por ejemplo, conducir un coche, golpear una pelota con un palo de golf o mecanografiar en el teclado de un ordenador, actividades que se realizan sin tener que pensar de forma consciente cómo llevarlas a cabo.

Resulta menos probable que la memoria implícita se vea afectada negativamente por el envejecimiento en mayor medida que la memoria explícita (Schugens y otros, 1997; Tulving, 2000). De esta manera, los adultos de mayor edad suelen olvidar qué desean comprar en un comercio (a menos que lo escriban en una lista y la lleven consigo), pero no olvidan cómo conducir un coche. Tal vez su velocidad perceptiva resulte más lenta al conducir, pero recuerdan cómo hacerlo.

Memoria de la fuente de origen La **memoria de la fuente de origen** representa la capacidad para recordar dónde se aprendió algo. Los fallos de esta memoria aumentan en la edad adulta, y pueden dar lugar a situaciones incómodas, como cuando un individuo de mayor edad olvida quién le contó una historieta y se la repite a la persona que ya se la dijo en una primera ocasión (Hedden y Park, 2003; Helmuth, 2003; Simons y otros, 2004).

Según un reciente estudio, los fallos de la memoria de la fuente pueden compensarse cuando el individuo conoce más datos acerca de la fiabilidad de la fuente de origen (Rahhal, May y Hasher, 2002). En un experimento típico para evaluar la memoria de la fuente de origen, los participantes escuchan una serie de afirmaciones pronunciadas por una voz masculina y otra femenina. Al final, los participantes leen las afirmaciones y señalan cuál de las dos voces pronunció cada una de ellas. Los investigadores añadieron un nuevo elemento a este estudio: antes de que los participantes escucharan la cinta, se comunicó a un grupo de adultos de mayor edad que una de las voces pertenecía a una persona honesta que jamás mentía, mientras que la otra era la voz de una persona profundamente embustera. Al igual que en otros estudios, los adultos de mayor edad se encontraron con dificultades a la hora de recordar qué voz se correspondía con cada uno de los enunciados. Sin embargo, aquellos que recibieron información acerca de la fiabilidad de los individuos que habían leído las voces juzgaron de una forma más acertada si cada enunciado era verdadero o falso, lo que parece indicar que los adultos de mayor edad pueden recordar información acerca del origen de los datos si esa información resulta relevante para ellos.

Lynn Hasher (2003, pág. 1.301), una de las investigadoras que llevó a cabo el experimento sobre la memoria de la fuente de origen que acabamos de describir, afirma que las diferencias de edad resultan evidentes cuando se pide a los individuos participantes «que recuerden un dato que no es especialmente relevante. Sin embargo, si se les pide información importante, los individuos de mayor edad son capaces de recordarla tan bien como los más jóvenes. Éstos últimos disponen de recursos mentales que pueden derrochar, mientras que los individuos de mayor edad se vuelven más selectivos a la hora de emplear los medios que poseen».

Memoria prospectiva La **memoria prospectiva** consiste en recordar que se debe hacer algo en el futuro, como acordarse de tomar un medicamento o de hacer un recado. A pesar de que algunos investigadores han detectado que la memoria prospectiva disminuye con la edad, varios estudios señalan que la existencia de esta reducción es una cuestión compleja que depende de factores como las características de la tarea y los elementos que se evalúen (Einstein y otros, 2000; Henry y otros, 2004; McDaniel y otros, 2003; Vogels y otros, 2002; West y Craik, 2001). Por ejemplo, los fallos en esta memoria relacionados con la edad suelen producirse con mayor frecuencia en tareas de memoria prospectiva basadas en el tiempo (como acordarse de llamar a alguien el próximo viernes) que en tareas basadas en los acontecimientos (como acordarse de decirle a un amigo que se lea un libro en concreto la próxima vez que nos encontremos con él).

Creencias, expectativas y sentimientos Un número creciente de estudios han determinado que las creencias y expectativas de los individuos con respecto a la memoria desempeñan un importante papel en su propia capacidad memorística (Cavanaugh, 2000; McDougall, 2004). Por ello, resulta importante saber qué piensan los individuos acerca de su propia capacidad para recordar. Las creencias y expectativas positivas y negativas acerca de la propia memoria están relacionadas con el rendimiento memorístico (Hess, Hinson y Statham, 2004; Kwon, 1999). En el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital» del Capítulo 1 se describió un reciente estudio en el que se asignó de manera aleatoria a distintos adultos ancianos que leyeran un artículo periodístico no real al inicio del experimento (Hess y otros, 2003). Se utilizaron dos artículos: uno describía el deterioro de la memoria que caracteriza al proceso del envejecimiento, mientras que el otro se centraba en las investigaciones realizadas sobre la conservación de la capacidad memorística en la vejez. Los participantes que leyeron la información más pesimista acerca de la memoria y el envejecimiento sólo pudieron recordar un número de palabras inferior en un 20-30 por 100 a las palabras recordadas por los individuos que leyeron el artículo sobre la capacidad para mantener la memoria en edades avanzadas.

También resultan importantes las actitudes y sentimientos acerca de la memoria. Según un estudio, los individuos con un bajo nivel de ansiedad con respecto a su capacidad memorística y un alto grado de auto-eficacia en su uso de la memoria en contextos cotidianos presentaban un mejor rendimiento memorístico que los individuos con un alto nivel de ansiedad y un bajo grado de auto-eficacia (McDougall y otros, 1999).

Factores no cognitivos La salud, la educación y el estatus socioeconómico constituyen factores que pueden influir en el rendimiento memorístico de un adulto (Roman y otros, 2004). A pesar de que factores no cognitivos como el buen estado de salud se asocian con un menor declive en la capacidad memorística en los adultos ancianos, también es cierto que estos factores no eliminan por completo la existencia de esta reducción de capacidades.

Se suele criticar que las investigaciones realizadas sobre la memoria y el envejecimiento se han basado, sobre todo, en tests de laboratorio. Así, se indica que este tipo de tareas resulta artificioso y no representa las tareas cognitivas cotidianas que deben realizar los adultos de edad avanzada. Si los investigadores emplearan tareas de memoria más cotidianas, ¿se detectaría una disminución de la capacidad memorística en los adultos mayores? En diversas investigaciones se ha determinado que la utilización de tareas que resultan más familiares reduce la influencia negativa de la edad en la memoria, pero no la elimina por completo. Los adultos más jóvenes recuerdan caras, rutas a través de la ciudad, productos de la lista de la compra y actividades realizadas de una manera más eficaz que los adultos de mayor edad. Según un estudio, los adultos más jóvenes (de 20 a 40 años de edad) eran capaces de recordar las noticias que habían conocido por la prensa, la radio o la televisión más eficazmente que los adultos de mayor edad (de 60 a 80 años) (Frieske y Park, 1999).

Conclusiones sobre la memoria y el envejecimiento Algunos aspectos de la memoria, aunque no todos, disminuyen durante la vejez. Esta reducción resulta más evidente en la memoria episódica y en la de trabajo, pero no en la memoria semántica ni en la implícita. Asimismo, la disminución de la velocidad perceptiva se relaciona con el deterioro de la capacidad memorística. Al envejecer de manera positiva no se eliminan las pérdidas de memoria, pero sí se reducen y se mejora la adaptación del individuo a la nueva situación. Tal y como veremos más adelante en este mismo capítulo, los adultos de mayor edad pueden utilizar ciertas estrategias para reducir el deterioro de su capacidad memorística.

Sabiduría ¿Mejora la sabiduría con la edad, como el vino? ¿Qué es, en realidad, la «sabiduría»? La **sabiduría** es el conocimiento experto acerca de los aspectos

prácticos de la vida que permiten realizar juicios precisos sobre asuntos de importancia. Este conocimiento práctico conlleva una excepcional visión interna del desarrollo humano y los asuntos vitales, una excelente capacidad de juicio y la maestría para enfrentarse a los problemas más graves de la vida. De esta manera, frente a las concepciones estándar de la inteligencia, la sabiduría se centra en las preocupaciones pragmáticas de la vida y en las circunstancias del ser humano (Baltes y Staudinger, 1998, 2000; Bluck y Gluck, 2004). Puede tardarse muchos años en adquirir este sistema de conocimientos prácticos, que se va acumulando bien a través de experiencias intencionadas y planeadas, bien mediante situaciones accidentales. Sin embargo, recientes investigaciones han determinado que no existen diferencias de edad con respecto a la sabiduría, ya que los adultos jóvenes presentan los mismos niveles de esta característica que los individuos de mayor edad (Baltes y Staudinger, 2000).

La sabiduría consiste en resolver problemas prácticos. Fredda Blanchard-Fields (1996) realizó un análisis de las investigaciones efectuadas sobre la resolución de problemas cotidianos en el caso de adultos de edad avanzada. Esta autora llegó a la conclusión de que, al contrario de lo señalado por los estudios que demostraban la existencia de un deterioro en la capacidad de los adultos para resolver problemas abstractos, la competencia de los adultos mayores para resolver problemas resultaba especialmente evidente en las situaciones cotidianas.

No podemos olvidar que no todos los adultos de edad avanzada son capaces de resolver problemas prácticos de manera eficaz. Según un estudio, sólo 5 por 100 de las respuestas dadas por adultos a problemas relacionados con la planificación de sus vidas se podía calificar como «respuestas sabias», y estas contestaciones provenían por igual de individuos jóvenes, maduros y ancianos (Smith y Baltes, 1990).



Los ancianos pueden pensar o reaccionar de manera más lenta que los individuos más jóvenes, pero la sabiduría es una cuestión diferente. Esta mujer anciana comparte la sabiduría que ha obtenido de sus experiencias con una clase de niños. *¿De qué manera se refieren a la sabiduría los expertos en desarrollo del ciclo vital?*

Educación, trabajo y salud

La educación, el trabajo y la salud son factores que influyen de manera importante en el funcionamiento cognitivo de los adultos de edades avanzadas. Además, también nos permiten comprender la relevancia de los efectos de las cohortes en el estudio del funcionamiento cognitivo de los adultos de mayor edad.

Educación En el siglo XX, cada nueva generación de estadounidenses ha recibido una mejor educación que las anteriores. Los adultos de edad avanzada de hoy en día, no sólo tuvieron más probabilidades de acceder a la universidad cuando eran jóvenes que sus padres o abuelos, sino que cada vez más adultos de mayor edad retoman sus estudios universitarios para ampliar su formación académica, lo que no ocurría con esta frecuencia en generaciones pasadas. Las experiencias educativas se correlacionan positivamente con los resultados obtenidos en test de inteligencia y en tareas de procesamiento de la información, como las relacionadas con la memoria (Verhaeghen, Marcoen y Goossens, 1995).

Las razones por las que los adultos de edad avanzada se interesan por ampliar su educación son variadas. Estos individuos pueden desear comprender mejor las características del envejecimiento, o tal vez quieran aprender más acerca de los cambios sociales y tecnológicos que han provocado grandes transformaciones en sus vidas. Otro motivo puede ser su deseo de adquirir los conocimientos relevantes y las habilidades necesarias para poder hacer frente a las exigencias sociales y laborales con las que se encontrarán más adelante en sus vidas. Además, tal vez acepten que necesitan más educación para seguir siendo competitivos y mantenerse en el mercado laboral. Anteriormente, en el siglo XX, la mayoría de individuos decidía su trayectoria profesional en la adolescencia y la juventud, y no se apartaba de esa elección durante su adultez. Hoy en día, el patrón ha cambiado. Debido a los cambios tecnológicos, algunas de las ocupaciones de hace quince años ya no existen, y algunas de las profesiones actuales ni siquiera tenían una denominación en aquella época. Por último, los adultos de mayor edad pueden volver al mundo

de la formación académica para fomentar tanto su proceso de conocimiento personal como las actividades de ocio que les permitirán ajustarse de manera más adecuada a la jubilación.

Trabajo Cada nueva generación ha vivido experiencias laborales en las que se otorgaba gran importancia al trabajo intelectual. Resultaba más probable que nuestros bisabuelos y abuelos desempeñaran ocupaciones manuales a que lo hicieran nuestros padres, quienes con probabilidad han tenido empleos orientados hacia la cognición. Debido a que la sociedad de la información sigue sustituyendo a la sociedad industrial, las nuevas generaciones desempeñarán profesiones que exigirán una gran utilización de sus capacidades cognitivas. Resulta probable que la mayor importancia que se otorga en el mundo laboral al procesamiento de la información sirva para mejorar las capacidades intelectuales de los individuos.

Un estudio ha asociado la realización de tareas complejas y sustanciales con la existencia de un funcionamiento intelectual a niveles mayores en adultos de edad avanzada (Schooler, Mulatu y Oates, 1999). Esta investigación coincide con los descubrimientos realizados en un gran número de disciplinas, incluyendo los estudios de neurobiología efectuados con animales, que indican que la exposición a entornos complejos aumenta el funcionamiento intelectual a lo largo de todo el transcurso de la vida (Kempermann, Kuhn y Gage, 1997).

Salud Cada nueva generación ha disfrutado de un mejor estado de salud en su vejez, gracias al desarrollo de nuevos tratamientos para una serie de enfermedades (como la hipertensión). Muchas de estas dolencias afectan negativamente al rendimiento intelectual (Hultsch, Hammer y Small, 1993). Según un estudio, la hipertensión está relacionada con la obtención de resultados inferiores en el test WAIS («Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos») por parte de individuos con más de 60 años de edad (Wilkie y Eisdorpher, 1971). En un estudio se asoció positivamente la salud y la actividad física con el rendimiento cognitivo en adultos de edad avanzada (Anstey y Smith, 1999). Cuanto mayor edad tenga la población, mayor será el número de individuos con problemas de salud. De esta manera, parte del deterioro que se advierte en el rendimiento intelectual de los adultos ancianos puede deberse a factores relacionados con la salud y no sólo con la edad (Comijs y otros, 2002).

K. Warner Schaie llegó a la conclusión de que existía una relación entre la disminución en la capacidad cognitiva y algunas enfermedades, como las dolencias cardiacas, la diabetes y la hipertensión. Para Schaie, estas enfermedades no son la causa directa del deterioro mental, sino que el origen de esta situación puede encontrarse en los estilos de vida de los individuos. Por ejemplo, el exceso de alimentación, la inactividad y el estrés constituyen factores relacionados tanto con el deterioro físico como con el mental (Christensen y otros, 1996).

Varias investigaciones han demostrado que el ejercicio mejora el funcionamiento cognitivo (Kramer y otros, 2002). A continuación se presentan los resultados de dos de estos estudios:

- Tras evaluar inicialmente a un grupo de mujeres de 65 años de edad que vivían en su entorno habitual, no se detectaron problemas cognitivos ni limitaciones físicas (Yaffe y otros, 2001). De seis a ocho años más tarde, las mujeres que tenían un mayor índice de actividad física cuando se las evaluó por primera vez presentaban menos probabilidades de experimentar una situación de deterioro cognitivo.
- En una investigación se evaluó el nivel de resistencia aeróbica y de funcionamiento cognitivo de un grupo de 124 individuos con edades comprendidas entre los 60 y los 75 años de edad cuya principal actividad consistía en permanecer sentados en casa (Kramer y otros, 1999). Para evaluar el funcionamiento cognitivo se emplearon tareas de memoria de trabajo, planificación y organización de eventos. De manera aleatoria, la mitad del grupo realizó actividades de

estiramiento similares al yoga, mientras que la otra mitad comenzó a caminar tres veces a la semana. Seis meses más tarde, los participantes en el grupo que debía caminar recorrían 1,5 kilómetros en dieciséis minutos, un minuto más rápido que cuando comenzaron, y los individuos que realizaron ejercicios de estiramiento mostraban una mayor flexibilidad. Al evaluar su funcionamiento cognitivo seis meses más tarde, el grupo que caminaba obtenía resultados 25 por 100 más elevados que los integrantes del grupo que realizaba estiramientos.

Otras investigaciones han concluido que el ejercicio aeróbico mejora la memoria y el razonamiento (Clarkson-Smith y Hartley, 1989). Al parecer, caminar o realizar otro tipo de ejercicio aeróbico aumenta el suministro de sangre y oxígeno al cerebro, lo que puede contribuir a que los individuos piensen más claramente.

Se usa o se pierde

Los cambios que se producen en los patrones de actividad cognitiva pueden dar lugar a una falta de uso y la consiguiente atrofia de las capacidades cognitivas, un concepto que puede resumirse en la expresión «o se usa, o se pierde». Algunas de las actividades mentales que, con probabilidad, contribuyen al mantenimiento de las capacidades cognitivas en adultos de edad avanzada son la lectura de libros, la realización de crucigramas o la asistencia a conferencias y conciertos. Los siguientes estudios apoyan esta idea:

- En un análisis de los participantes en el «Estudio longitudinal Victoria» (*Victoria Longitudinal Study*), se detectó que los adultos maduros y ancianos que participaban en actividades que suponían un reto intelectual estaban más protegidos frente al deterioro cognitivo (Hultsch y otros, 1999). Este hecho también se demostró en otro estudio longitudinal realizado a lo largo de un período de cuarenta y cinco años (Arbuckle y otros, 1998).
- En un estudio longitudinal realizado durante cuatro años y medio con 810 sacerdotes católicos con 65 años o más, se detectó que aquellos que leían libros, realizaban crucigramas o ejercitaban sus mentes de otras maneras presentaban un 47 por 100 menos de probabilidades de desarrollar la enfermedad de Alzheimer que los sacerdotes que no solían realizar ninguna de dichas actividades (Wilson y otros, 2002). En breve analizaremos en mayor profundidad la enfermedad de Alzheimer.
- En un estudio realizado con jugadores de ajedrez con edades comprendidas entre los 20 y los 80 años, se determinó que su éxito en los campeonatos de ajedrez estaba más estrechamente relacionado con la cantidad de tiempo que dedicaban a la práctica de este deporte que con su edad (Charness, Krampe y Mayr, 1996).

Entrenamiento de habilidades cognitivas

Si un adulto de edad avanzada pierde habilidades cognitivas, ¿de qué manera pueden recuperarse? De las investigaciones realizadas pueden extraerse dos conclusiones básicas: 1) el entrenamiento puede mejorar las habilidades cognitivas de muchos adultos mayores, pero 2) se produce cierta pérdida de plasticidad en la vejez, especialmente en el caso de los ancianos muy mayores (con más de 85 años de edad) (Baltes y Smith, 2003).

Los estudios realizados por Sherry Willis y K. Warner Schaie (1986) proporcionan pruebas acerca de la plasticidad y la eficacia del entrenamiento cognitivo. Estos autores estudiaron aproximadamente a cuatrocientos adultos, la mayoría con edad avanzada. Por medio de entrenamientos individualizados, se logró mejorar la orientación espacial y las habilidades de razonamiento de dos terceras partes de los adultos. Casi el 40 por 100 de los individuos cuyas capacidades se habían reducido volvieron a presentar el nivel que habían tenido catorce años atrás. Ade-

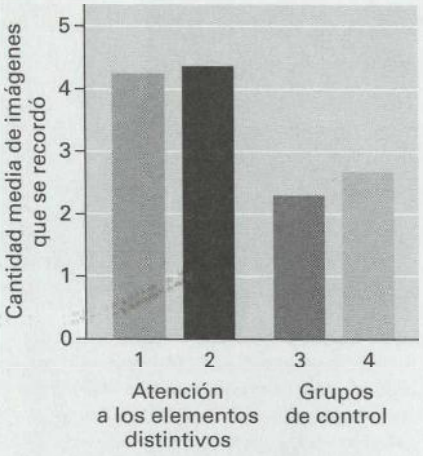


FIGURA 19.4 Cómo mejorar la atención y la memoria de los adultos ancianos

En un estudio, se dividió de manera aleatoria a los adultos ancianos participantes en cuatro grupos de intervención sobre la atención (Levy, Jennings y Langer, 2001). En dos de los grupos, se indicó a los participantes que habían estudiado un grupo de imágenes que fijaran su atención en tres (grupo 1) o en cinco (grupo 2) elementos distintivos. En los dos grupos de control, a los individuos no se les dio ninguna instrucción acerca de la atención (grupo 3) o bien se les dijo, simplemente, que «prestaran atención». Los adultos ancianos que observaron las imágenes basándose en elementos distintivos fueron capaces de recordar más imágenes que los individuos de los grupos de control.

más, los efectos del entrenamiento sobre el razonamiento se extendían hasta siete años después de aplicadas estas técnicas (Saczynski y Willis, 2001). En otro estudio, se mejoró la capacidad de los individuos adultos de edad avanzada para recordar fotos cuando se les indicaba que advirtieran diferencias en las imágenes que se les mostraban (Levy, Jennings y Langer, 2001) (véase la Figura 19.4).

¿Qué actividades forman parte de un entrenamiento cognitivo eficaz? En un estudio longitudinal realizado durante siete años por Sherry Willis y Carolyn Nesselroade (1990) se empleó el entrenamiento cognitivo para ayudar a los adultos a mantener una inteligencia fluida (la capacidad para razonar de manera abstracta) al envejecer. Se proporcionaron estrategias a los adultos de edad avanzada para que identificaran la regla o el patrón necesarios para resolver problemas. Tras este entrenamiento cognitivo, los adultos con edades comprendidas entre los 70 y los 90 años obtuvieron un rendimiento mayor que el que habían tenido antes de los 70 años. El encargado del entrenamiento creó estrategias correctas para la resolución de problemas. Los individuos participantes practicaron con pruebas de entrenamiento, recibieron comentarios acerca de las soluciones correctas de los problemas de práctica y participaron en discusiones de grupo. Los resultados obtenidos en otra investigación apoyan la idea de que las intervenciones de entrenamiento cognitivo pueden mejorar el funcionamiento mental y diario de los adultos de edad avanzada (Ball y otros, 2003; Dunlosky, Kubat-Silman y Hertzog, 2003).

Tal y como señalamos con anterioridad en este capítulo, los investigadores están demostrando que la mejora del estado físico de los adultos de edad avanzada puede beneficiar a su funcionamiento cognitivo (Kramer y Willis, 2002). Según una reciente revisión de estudios, el entrenamiento del estado de forma física aeróbica mejoraba la planificación y organización de eventos, la memoria de trabajo, la resistencia ante las distracciones y el procesamiento de tareas múltiples en adultos de mayor edad (Colcombe y Kramer, 2003).

En resumen, la vitalidad cognitiva de los adultos de edad avanzada puede mejorarse a través de actividades de entrenamiento cognitivo y físico (Colcombe y otros, 2004; Kramer y Willis, 2002; Noice, Noice y Staines, 2004). Sin embargo, no todos los estudios realizados han detectado la existencia de beneficios (Salthouse, 1991), por lo que resulta necesario que se lleven a cabo nuevas investigaciones con el fin de determinar con mayor precisión cuáles son las mejoras cognitivas que se producen en los adultos de edad avanzada (Dixon y Cohen, 2003).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Describir el funcionamiento cognitivo de los adultos ancianos

REVISA

- ¿Por qué la cognición es multidimensional y multidireccional en los adultos de edad avanzada? ¿Qué cambios se producen en los procesos cognitivos en estos individuos?
- ¿De qué manera influyen la educación, el trabajo y la salud en la cognición de los adultos de mayor edad?
- ¿A qué se refiere la idea de «o se usa, o se pierde»?
- ¿En qué medida pueden entrenarse las capacidades cognitivas de los adultos de edad avanzada?

REFLEXIONA

- Además de los mencionados en este capítulo, ¿conoces a otros individuos ancianos que hayan alcanzado importantes logros durante la vejez? Busca información acerca de esos personajes y analiza la manera en la que sus intereses intelectuales contribuyeron a la satisfacción que sentían por sus vidas al llegar a la vejez.

2 TRABAJO Y JUBILACIÓN

Trabajo | Jubilación en los Estados Unidos y en otros países | Adaptación a la jubilación

¿Qué porcentaje de adultos de edad avanzada continúa trabajando? ¿Cuál es su productividad? ¿Quién se ajusta mejor a la jubilación? ¿De qué manera cambia el patrón de jubilación en Estados Unidos y en otras partes del mundo? Éstas son algunas de las preguntas que analizaremos a continuación.

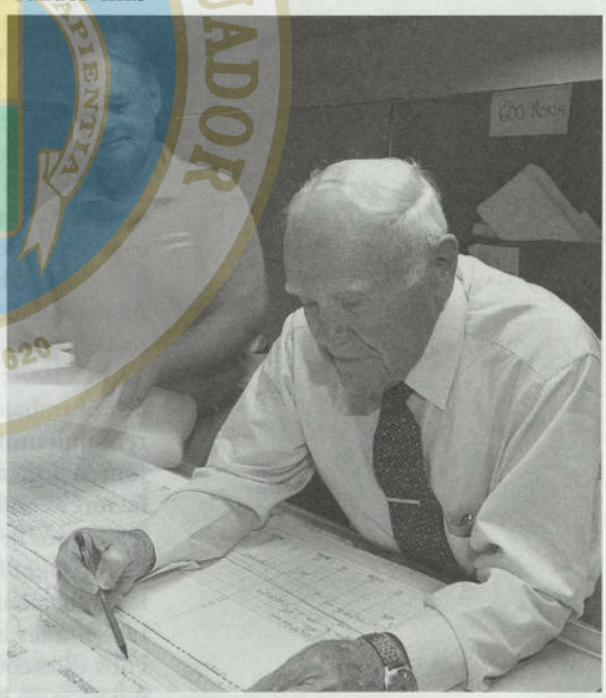
Trabajo

A comienzos del siglo XXI, el porcentaje de hombres con edades superiores a los 65 años que siguen trabajando a tiempo completo es inferior al que se registraba al principio del siglo XX. El descenso que se ha producido entre los años 1900 y 2000 asciende al 70 por 100. Un importante cambio en los patrones de trabajo de los individuos de mayor edad es el aumento en los empleos a tiempo parcial (Elder y Pavalko, 1993). El porcentaje de adultos de edad avanzada que trabaja de esta manera ha aumentado de manera paulatina desde la década de los sesenta. El experto en trabajo y envejecimiento James House (1998) considera que a muchos trabajadores que se encuentran en su madurez les agradaría realizar una menor cantidad de tareas remuneradas, mientras que muchos adultos de edades más avanzadas elegirían dedicar más tiempo a esas tareas.

Algunos individuos mantienen su nivel de productividad a lo largo de sus vidas. Además, algunos trabajadores de edad avanzada trabajan tantas o más horas que los empleados más jóvenes. Según el «Estudio longitudinal estadounidense sobre varones de edad avanzada» (*National Longitudinal Survey on Older Men*), el buen estado de salud, un fuerte compromiso psicológico con el trabajo y la ausencia del deseo de jubilarse constituían las características más importantes relacionadas con que los hombres continuaran trabajando hasta edades avanzadas (por encima de los 70 o de los 80 años) (Parnes y Sommers, 1994). La probabilidad de seguir trabajando se asociaba positivamente con los logros educativos y con el hecho de que la esposa también trabajara.

Resulta especialmente importante no olvidar la importante cohorte del *baby boom*, setenta y ocho millones de individuos que comenzarán a alcanzar la edad tradicional de jubilación en el año 2010. Debido a la magnitud de esta cohorte, es probable que veamos a un número cada vez mayor de adultos ancianos que continúan trabajando (Yeats, Folts y Knapp, 1999).

La capacidad cognitiva es uno de los factores que mejor permiten predecir el rendimiento laboral que presentará un individuo en la vejez. Los trabajadores de edad avanzada presentan índices menores de absentismo, sufren menos accidentes y muestran un mayor grado de satisfacción con su empleo, comparados con los trabajadores de menor edad (Warr, 1994). Estos datos indican que el trabajador de edad avanzada puede presentar un gran valor para las empresas, sin tener en cuenta la competencia cognitiva del individuo. Gracias a los cambios realizados en las leyes federales estadounidenses, los individuos de más de 65 años de edad pueden seguir trabajando. Además, tal y como ya señalamos anteriormente en este mismo capítulo, la realización de tareas sustancialmente



Russell «Bob» Harrell (*derecha*), un ingeniero de caminos de 92 años de edad, aún trabaja doce horas al día en la empresa Sieco Consulting de Columbus (Indiana, Estados Unidos), donde diseña y planifica carreteras. Según James Rice (48 años de edad), vicepresidente de servicios al cliente de Sieco, «Bob» siempre quiere aprender algo nuevo cada día y supone una fuente de conocimientos sobre la vida para todos los que lo rodean. Además, «Bob» afirma que no piensa jubilarse aún. *¿Cuáles son algunas de las variaciones que se producen con respecto al trabajo y la jubilación en la vejez?*

complejas se relaciona con la presencia de un nivel más elevado de funcionamiento intelectual (Schooler, Mulatu y Oates, 1999). Esta relación bien podría ser recíproca: los individuos con una mayor capacidad cognitiva presentan más probabilidades de continuar trabajando en la vejez. Además, su funcionamiento intelectual podría verse estimulado si su ocupación conlleva la realización de tareas sustancialmente complejas (Schooler, 2001).

Cada vez un mayor número de adultos maduros y ancianos comienzan una segunda o tercera trayectoria profesional (Moen y Wethington, 1999). En algunos casos, se embarcan en un tipo de trabajo completamente diferente o continúan ejerciendo su ocupación anterior a un nivel reducido. Muchos adultos de estas edades efectúan labores no remuneradas como voluntarios o como miembros activos de asociaciones benéficas. Estas opciones permiten que los individuos de edades avanzadas disfruten de oportunidades para realizar actividades productivas, interactuar socialmente y poseer una identidad positiva.

Una cantidad significativa de individuos en edad de jubilación sólo abandona el mundo laboral parcialmente, ya que suelen ejercer una ocupación a tiempo parcial al reducir el número de horas dedicadas a su profesión habitual o porque comienzan a trabajar en un nuevo puesto de trabajo (frecuentemente con un salario inferior) (Dychtwald, Erickson y Morison, 2004; Han y Moen, 1998). Los varones que trabajan de manera autónoma presentan más probabilidades de continuar efectuando una labor remunerada, tanto en el mismo empleo como en uno nuevo. Casi una tercera parte de los hombres que cambian a un empleo a tiempo parcial lo hacen dos años después de haberse jubilado (Burkhauser y Quinn, 1989).

Según una reciente investigación, un 80 por 100 de los individuos de la generación del *baby boom* afirmó que esperaba seguir trabajando después de su jubilación (Roper Starch Worldwide, 2000). Además, estos individuos señalaron que el principal motivo por el que seguirían trabajando a una edad avanzada era la posibilidad de desempeñar un empleo a tiempo parcial por interés y satisfacción (35 por 100), seguido por los ingresos (23 por 100), el deseo de comenzar un negocio (17 por 100) y las ansias de probar un tipo de trabajo distinto (5 por 100). Según otro reciente estudio, casi el 70 por 100 de los trabajadores actuales afirmó que esperaban desempeñar una labor remunerada tras su jubilación, sobre todo porque disfrutaban con su trabajo y deseaban mantenerse activos y participar en el mercado laboral (Anthony Greenwald & Associates, 2000).

En definitiva, la edad influye en numerosos aspectos del trabajo (Cleveland y Shore, 1996; Cowell y otros, 2003). Sin embargo, muchos estudios realizados sobre el trabajo y el envejecimiento (como las evaluaciones de contratación y del rendimiento) han obtenido resultados poco consistentes. Las decisiones que se tomen acerca de los trabajadores de mayor edad se ven afectadas por importantes factores contextuales, como la composición por edades de los departamentos o de los grupos de aspirantes a un puesto concreto, las ocupaciones y los trabajos. También resulta importante reconocer que los estereotipos existentes sobre la edad de los trabajadores y sobre las tareas que éstos pueden realizar constituyen una limitación a las oportunidades de ascenso de los trabajadores de mayor edad. Así, dichos estereotipos pueden fomentar la jubilación anticipada u otras formas de regulación de los puestos de trabajo que afecten negativamente a los trabajadores de edad avanzada.

Jubilación en los Estados Unidos y en otros países

En Estados Unidos, la existencia de distintas opciones de jubilación para los trabajadores de mayor edad constituye un fenómeno surgido a finales del siglo XX. Tal y como ya indicamos, a comienzos de dicho siglo el número de individuos de edad avanzada que trabajaban a tiempo completo era muy superior a lo que ocurre en la actualidad. El sistema de seguridad social, que proporciona ayudas económicas

a los trabajadores que se jubilan, comenzó a funcionar en 1935. Por término medio, los trabajadores de hoy en día pasan de 10 a 15 por 100 de sus vidas en una situación de jubilación.

En 1967, la «Ley estadounidense contra la discriminación por motivos de edad» (*Age Discrimination Act*) prohibió en todo el país el despido de trabajadores por causa de su edad antes de que alcanzaran la edad de jubilación obligatoria. En 1978, este límite obligatorio se amplió de 65 a 70 años para los sectores de los negocios, la industria y para los funcionarios federales. En 1986, el Congreso estadounidense decidió prohibir la jubilación obligatoria, excepto en aquellas ocupaciones en las que la seguridad era un elemento de gran importancia (policías, bomberos y pilotos de aerolíneas). En la actualidad, las leyes estadounidenses prohíben que las empresas despidan a trabajadores de edad avanzada —que tienen una mayor experiencia y, por tanto, salarios más elevados— con el fin de reducir costes. Debido a que la jubilación obligatoria es más flexible, los trabajadores de mayor edad deberán decidir cuándo jubilarse, en lugar de verse obligados a dejar de trabajar.

A pesar de que en Estados Unidos se ha aumentado la edad de jubilación, en otros países se ha seguido la tendencia contraria. En muchos estados europeos, los gobiernos han experimentado con distintos incentivos financieros destinados a reducir o controlar el desempleo, para lo que se ha fomentado la jubilación de los trabajadores de mayor edad (Elovaino y otros, 2003). Algunos de los países que han reducido la edad de jubilación son Alemania, Suecia, Gran Bretaña, Italia, Francia, Chequia, Rusia y Hungría. No obstante, en la actualidad se están realizando esfuerzos en los Países Bajos para conseguir que los individuos jubilados vuelvan a acceder al mercado laboral debido a los bajos niveles de desempleo que se registran en esta nación. Para saber más acerca de las variaciones culturales con respecto a la jubilación, puedes leer el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Trabajo y jubilación en Japón, los Estados Unidos y Europa

¿Trabajan más adultos ancianos en Japón que en Estados Unidos y otros países desarrollados? ¿Cuál es la actitud de los ancianos japoneses con respecto al trabajo y la jubilación comparada con la opinión de los ancianos de otros países desarrollados? Con el fin de responder a estas cuestiones, la Oficina del Primer Ministro de Japón llevó a cabo encuestas nacionales con adultos de 60 o más años de edad en cuatro países desarrollados: Japón, Estados Unidos, Inglaterra y Francia. Se detectó que el porcentaje de hombres de más de 60 años de edad que aún trabajaban era muy superior en Japón (57 por 100) que en Estados Unidos (33 por 100), Inglaterra (13 por 100) y Francia (8 por 100).

Cuando se les pedía que señalaran cuál era, en su opinión, la mejor edad para jubilarse, una mayoría de los varones ancianos de Inglaterra y Francia mencionaron los 60 años de edad. Por el contrario, tan sólo un 14 por 100 de los japoneses y un 16 por 100 de los estadounidenses indicaron esa edad. En otra cuestión, se pidió a los participantes que indicaran de dónde deberían provenir los ingresos de las personas de edad avanzada. En Japón y Estados Unidos, la proporción de varones ancianos que preferían ahorrar mientras aún se trabajaba fue dos veces superior a la de los que se decantaban por la Seguridad

social. Por el contrario, los varones franceses e ingleses señalaron que los ingresos de los ancianos deberían provenir del sistema de Seguridad social.

Las evidentes diferencias en el nivel de empleo de los individuos con más de 60 años en Japón y Estados Unidos que se observan al comparar estos países con Inglaterra y Francia, se deben, sobre todo, a las actitudes y valores existentes con respecto al trabajo, así como a la dependencia de uno mismo (o de los familiares, en el caso de Japón) antes que del gobierno y en su sistema de Seguridad social (Raymo y otros, 2004).

Adaptación a la jubilación

Al analizar la adaptación a la jubilación resulta especialmente importante que se considere la jubilación como un proceso y no como un acontecimiento concreto (Kim y Moen, 2002; Schlossberg, 2004). Gran parte de las investigaciones realizadas sobre la jubilación han sido de naturaleza transversal y no longitudinal, y se han centrado en los varones y no en las mujeres. En un reciente estudio se concluyó que los hombres que se habían retirado durante los dos años previos a la investigación mostraban un mejor estado de ánimo que los varones que habían estado jubilados por más tiempo (Kim y Moen, 2002). A continuación analizaremos otros aspectos que pueden relacionarse con el bienestar tras la jubilación.

Los adultos ancianos que se adaptan mejor a la jubilación presentan un mejor estado de salud, tienen ingresos adecuados, se mantienen activos, poseen una mejor formación académica, disponen de una red social más amplia en la que se incluyen amigos y familiares y, normalmente, se muestran satisfechos con la vida que han tenido antes de la jubilación (Gall, Evans y Howard, 1997; Moen y Quick, 1998; Palmore y otros, 1985). La adaptación a la jubilación puede resultar más complicada para los adultos ancianos con menores ingresos o con un peor estado de salud que, además, deben adaptarse a otros factores de estrés que se producen de manera simultánea a la jubilación, como el fallecimiento del cónyuge (Dunlop y otros, 2004; Gallo y otros, 2004; Silva, 2004).

La flexibilidad constituye un factor fundamental a la hora de establecer si un individuo se adapta bien a la jubilación (Nusbaum, 2003; Schlossberg, 2004). Al jubilarse, los individuos ya no disponen del entorno estructurado que existía cuando trabajaban, por lo que necesitan ser flexibles, y determinar y practicar sus propios intereses (Eisdorpher, 1996). La práctica de aficiones y el hecho de tener amigos no relacionados con el trabajo constituyen factores que mejoran la adaptación a la jubilación (Zarit y Knight, 1996).

Los individuos que planifican su jubilación atendiendo tan sólo a los factores económicos se adaptan peor que los que preparan su jubilación de una forma más equilibrada (Nuttman-Schwartz, 2004; Schlossberg, 2004). No sólo resulta importante disponer de un plan económico para la jubilación, sino que se deben considerar otras áreas de la vida (Choi, 2001; Lee, 2003). ¿Qué se va a hacer durante el tiempo de ocio? ¿Qué se va a hacer para mantenerse activo? ¿Qué se va a hacer en el campo social? ¿Cómo se va a mantener activa la mente? Los individuos que no se jubilan de manera voluntaria presentan un peor estado de salud, están más deprimidos y se adaptan peor que los que deciden jubilarse por sí mismos (Swan, 1996). Las opciones de las que se disponga para ejercer el control y la autonomía constituyen importantes aspectos de la salud mental de los ancianos, un tema que trataremos a continuación.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Analizar el envejecimiento y las adaptaciones al trabajo y a la jubilación

REVISA

- ¿Cuáles son las características del trabajo realizado por adultos ancianos?
- Realiza una comparación de la jubilación en distintos países.
- ¿De qué manera pueden los individuos adaptarse eficazmente a la jubilación?

REFLEXIONA

- ¿A qué edad te gustaría jubilarte? ¿O tal vez desearías seguir trabajando durante la vejez mientras conserves la salud? ¿A qué edad se retiraron tu padre o tu madre? ¿De qué manera se adaptaron a la jubilación? Justifica tu respuesta.

3 SALUD MENTAL

Depresión

Temor a la victimización, delitos y maltrato a los ancianos

Demencia senil, enfermedad de Alzheimer y otras dolencias

Cómo cubrir las necesidades de salud mental de los ancianos

A pesar de que una parte sustancial de la población puede esperar que su vida se extienda durante más años, desgraciadamente esa vida puede verse dificultada por la existencia de trastornos mentales durante la vejez. Esta posibilidad supone un problema para el individuo y resulta costosa para la sociedad. Debido a los trastornos mentales, los individuos dependen en gran medida de la ayuda y los cuidados que otros les proporcionan. Se estima que el coste de la aparición de estas enfermedades en ancianos asciende a más de 40.000 millones de dólares en Estados Unidos. Sin embargo, más que en el coste económico, debemos fijarnos en la pérdida de potencial humano y en el sufrimiento que producen las enfermedades mentales (Burns, Roth y Christie, 1996). Aunque estos trastornos resultan especialmente preocupantes cuando afectan a individuos de edad avanzada, lo cierto es que su incidencia no es mayor en el caso de los ancianos que en el de adultos de menor edad (Busse y Blazer, 1996).

Depresión

La **depresión mayor** constituye un trastorno del estado de ánimo en el que el individuo se muestra profundamente infeliz, desmoralizado, crítico consigo mismo y aburrido. La persona no se encuentra bien, pierde fuerza con facilidad, apenas tiene apetito y se muestra apática y sin motivación. La depresión mayor se considera «el catarro común» de las enfermedades mentales. Las investigaciones realizadas han determinado que los síntomas depresivos son menos frecuentes o, al menos, no más frecuentes durante la vejez que en la madurez (Blazer, 2003; Hybels y Blazer, 2004). Según un reciente estudio, la menor frecuencia con la que se producen estos síntomas en los adultos ancianos comparados con los adultos maduros está relacionada con la existencia de menores dificultades económicas, menos intercambios sociales negativos y una mayor importancia de la religiosidad

(Schieman, van Gundy y Taylor, 2002). Los síntomas de depresión aumentan en los ancianos muy mayores (con 85 o más años de edad), un incremento que se asocia con el mayor número de mujeres en este grupo de edad, la presencia de discapacidades físicas y dificultades cognitivas y el menor estatus socioeconómico (Blazer, 2002; Hybels y Blazer, 2004).

Durante la niñez, la adolescencia y la juventud, las mujeres muestran mayores índices de depresión que los hombres (Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2002). ¿Se mantiene esta diferencia entre sexos también en la madurez y la vejez? Un reciente estudio longitudinal detectó una mayor incidencia de la depresión en las mujeres que en los varones con edades comprendidas entre los 50 y los 60 años, pero no en los individuos con 80 años de edad (Barefoot y otros, 2001). Los hombres mostraban mayores síntomas depresivos entre los 60 y los 80 años de edad, una situación que no se detectaba en el caso de las mujeres. En esta cohorte, los hombres pueden haber experimentado cambios más profundos en sus roles tras haber cumplido los 60 años de edad, pues resulta más probable que se hayan jubilado y abandonado su participación activa en el mundo laboral. De esta manera, la ausencia de diferencias de género en la incidencia de depresión en adultos ancianos puede estar relacionada con la cohorte, y tal vez no se mantenga cuando, en el futuro, se evalúe al gran número de mujeres que han accedido al mercado laboral.

Los factores más comunes que permiten predecir la existencia de una depresión en adultos de edad avanzada son los síntomas depresivos previos, el mal estado de salud, las pérdidas personales, como el fallecimiento del cónyuge, y un bajo nivel de apoyo social (Kraehenbuhl y otros, 2004; Loughlin, 2004; Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2002; Steck y otros, 2004; Wetterling y Junghanns, 2004). Según un estudio longitudinal, los individuos viudos mostraban síntomas depresivos más acentuados hasta dos años después del fallecimiento de su pareja (Turvey y otros, 1999). En otro estudio se detectaron índices más elevados de síntomas depresivos en adultos estadounidenses que vivían solos, especialmente en el caso de los inmigrantes (Wilmoth y Chen, 2003). Sin embargo, la existencia de un nivel adecuado de apoyo social y de integración en la comunidad podía compensar el efecto negativo de un estado de salud precario sobre la depresión en estos individuos (Blazer, 2002; Hybels y Blazer, 2004).

En un reciente estudio de adultos ancianos (con una edad media de 72,5 años) se comparó a los individuos con depresión crónica de grado medio con los que no mostraban este trastorno (McGuire, Kiecolt-Glaser y Glaser, 2002). El sistema inmunológico de los ancianos que habían tenido depresión de grado medio funcionaba de manera más deficiente, lo que daba lugar a una menor capacidad para hacer frente a los agentes infecciosos.

La depresión constituye un trastorno que se puede tratar, no sólo en adultos jóvenes, sino también en ancianos (Crossett, 2004; Rabheru, 2004). Desgraciadamente, el 80 por 100 de los adultos ancianos con síntomas de depresión no reciben ningún tipo de tratamiento. La combinación de medicación y psicoterapia produce mejoras significativas en casi cuatro de cada cinco adultos ancianos con depresión (Koenig y Blazer, 1996).

La depresión mayor da lugar no sólo a tristeza, sino también a tendencias suicidas. Casi el 25 por 100 de los individuos que cometen suicidio en Estados Unidos tienen 65 años o edades superiores (Church, Siegel y Fowler, 1988). Estadísticamente, el adulto anciano que presenta más probabilidades de acabar con su vida es un varón que vive solo, ha perdido a su pareja y experimenta un deterioro de su estado de salud (Juurlink y otros, 2004; Mosciecki y Caine, 2004; Ono, 2004).

Demencia senil, enfermedad de Alzheimer y otras dolencias

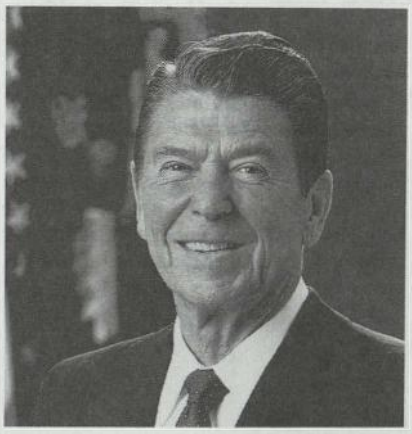
La demencia, en todas sus variantes, constituye uno de los trastornos mentales que debilitan en mayor medida a los adultos ancianos (Cole, 2004; Peng, 2003). En años recientes, la atención de los estudios se ha centrado en el tipo más común de

demencia, la enfermedad de Alzheimer. Otros trastornos frecuentes en adultos ancianos son la demencia multi-infarto y la enfermedad de Parkinson.

Demencia senil El término **demencia** se emplea de manera global para referirse a cualquier desorden neurológico cuyos síntomas primarios impliquen el deterioro del funcionamiento mental. Los individuos con demencia suelen perder la capacidad para cuidar de sí mismos y, en ocasiones, también dejan de reconocer entornos cotidianos o a personas cercanas (incluyendo a los miembros de su familia) (Carpenter y Dave, 2004; Langa, Foster y Larson, 2004; Snow y otros, 2004).

Se calcula que el 20 por 100 de los individuos con una edad superior a los 80 años padece demencia. Se han identificado más de setenta tipos o causas de demencia (Skoog, Blennow y Marcusson, 1996).

La **enfermedad de Alzheimer** constituye la forma más común de demencia. Esta enfermedad constituye un trastorno progresivo e irreversible caracterizado por el deterioro gradual de la memoria, el razonamiento, el lenguaje y, finalmente, del funcionamiento físico. Más del 50 por 100 de los casos de demencia se deben a la enfermedad de Alzheimer. Las enfermedades vasculares son el origen de aproximadamente del 10 al 20 por 100 de los casos de demencia (Epstein y Connor, 1999).

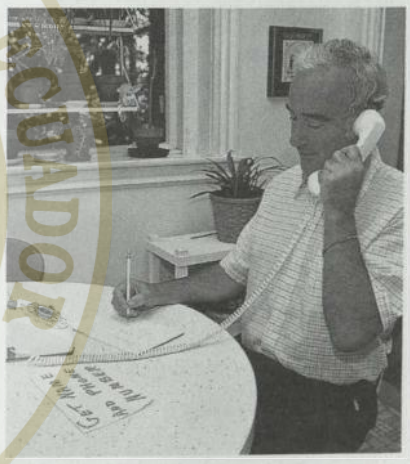


Al ex presidente estadounidense Ronald Reagan se le detectó la enfermedad de Alzheimer a la edad de 83 años.

Enfermedad de Alzheimer Aproximadamente cuatro millones de adultos estadounidenses padecen la enfermedad de Alzheimer. Se ha estimado que la incidencia de esta enfermedad podría triplicarse en los próximos cincuenta años, dado que un número creciente de individuos alcanza edades más avanzadas. Por ello, los investigadores han centrado sus esfuerzos en descubrir las causas de esta enfermedad y en hallar tratamientos más eficaces (Haan y Wallace, 2004).

Debido a las diferencias existentes en el momento en que surge esta enfermedad, en la actualidad se diferencia entre *Alzheimer de inicio temprano* (que afecta a individuos con edades inferiores a los 65 años) y *Alzheimer de inicio tardío* (que surge inicialmente en individuos con 65 años o más). El Alzheimer de inicio temprano resulta poco frecuente (aproximadamente un 10 por 100 de todos los casos) y suele afectar a individuos con edades comprendidas entre los 30 y los 60 años.

En 1906, el médico alemán Alois Alzheimer diagnosticó por primera vez esta enfermedad. Sin embargo, no se comenzó a estudiar de manera significativa esta dolencia hasta la década de los cincuenta, cuando la enfermedad de Alzheimer se diferenció de manera más clara de otros tipos de demencia. En los años setenta, se descubrió que los enfermos de Alzheimer presentaban un déficit de acetilcolina, un importante neurotransmisor químico que resulta fundamental para la memoria (Sayer y otros, 2004). Además, con el avance de la enfermedad, el cerebro sufre una reducción de su tamaño y se deteriora (véase la Figura 19.5). Este deterioro se caracteriza por la formación de placas amiloides (densos depósitos de proteínas que se acumulan en los vasos sanguíneos) y de nudos neurofibrilares (fibras entrelazadas que forman las neuronas) (Blumenthal, 2004; Leuba y otros, 2004). El objetivo de los investigadores es encontrar maneras de interrumpir la formación de placas amiloides en los pacientes afectados por la enfermedad de Alzheimer (Frenkel, Dori y Solomon, 2004; Lopez-Toledano y Shelanski, 2004).



La pérdida de memoria constituye una característica frecuente de la enfermedad de Alzheimer. Las notas que recuerden lo que se debe hacer (como la que se muestra en la fotografía) pueden ayudar a los pacientes a no olvidar tareas cotidianas.

A pesar de que los científicos no conocen con certeza las causas de la enfermedad de Alzheimer, sí se sabe que la edad constituye un importante factor de riesgo y que los genes también desempeñan un papel relevante (Huang y otros, 2004; Josephs y otros, 2004; Qu y otros, 2004). Cada cinco años se dobla el número de individuos mayores de 65 años afectados por esta enfermedad. Se ha detectado que la *apolipoproteína E* (*apo E*), relacionada con la mayor presencia de placas y nudos en el cerebro, podría estar presente en una tercera parte de todos los casos de Alzheimer.

Durante muchos años, los científicos han sabido que el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular se reduce si se lleva una dieta saludable, se practica ejercicio y se controla el peso corporal. En la actualidad, se ha determinado que estos factores que dan lugar a un estilo de vida saludable pueden también dismi-

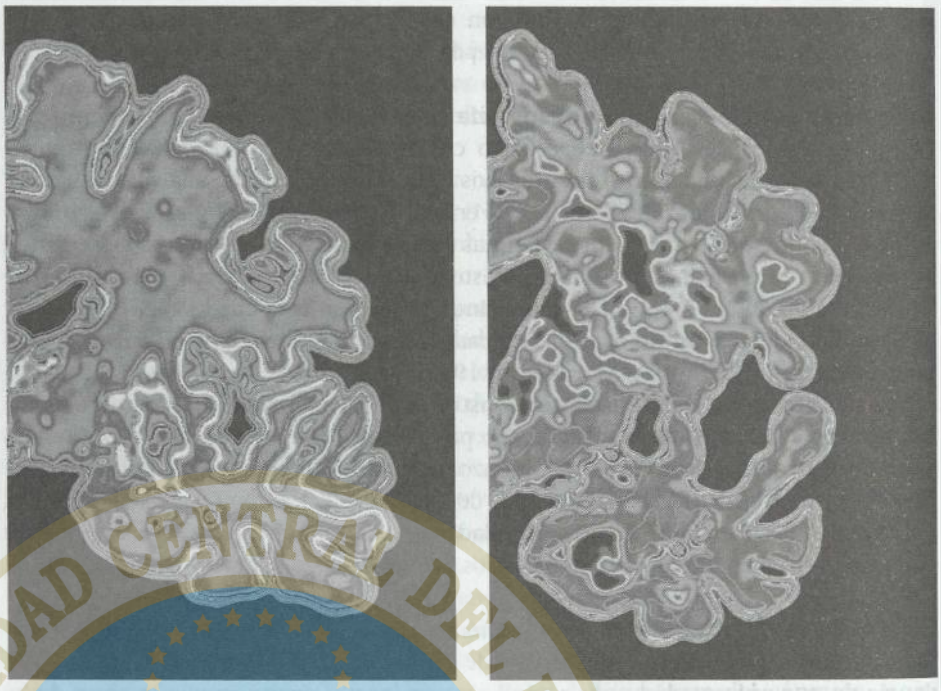


FIGURA 19.5 Dos cerebros: envejecimiento normal y con enfermedad de Alzheimer

El gráfico computerizado de la izquierda muestra una sección de un cerebro que envejece de forma normal, mientras que la imagen de la derecha es la de un cerebro muy afectado por la enfermedad de Alzheimer. Destacan el deterioro y la reducción de tamaño que se aprecian en el cerebro enfermo.

nuir las probabilidades de padecer la enfermedad de Alzheimer. Las investigaciones realizadas han establecido que los adultos ancianos con Alzheimer presentan más probabilidades de padecer también una enfermedad cardiovascular que los individuos que no presentan Alzheimer (Fitzpatrick y otros, 2004). Las autopsias han mostrado que resulta tres veces más frecuente encontrar signos reveladores de la presencia de nudos y placas propios de la enfermedad de Alzheimer en los cerebros de individuos con enfermedades cardiovasculares. Según el «Estudio Honolulu-Asia sobre el envejecimiento» (*Honolulu-Asia Aging Study*), la presencia de nudos y placas cerebrales detectados al realizar la autopsia era mayor cuanto más elevada fuera la tensión arterial de los individuos (Petrovich y otros, 2000). Recientemente la enfermedad de Alzheimer se ha relacionado con más factores que aumentan el riesgo de padecer una dolencia cardiaca (obesidad, tabaquismo, arteriosclerosis y altos índices de colesterol) (Gustafson y otros, 2003).

Asimismo, los científicos han concluido en fechas recientes que las vitaminas antioxidantes pueden proteger las células cerebrales frente al Alzheimer (Serra y otros, 2004; Zandi y otros, 2004). Según un estudio realizado con 4.740 individuos estadounidenses con 65 años de edad o más que tomaban vitaminas C y E, casi el 80 por 100 de los sujetos presentó menos probabilidades de padecer Alzheimer al comenzar el estudio, y en el 60 por 100 de los casos también era inferior el riesgo de desarrollar esta enfermedad cuatro años después de la investigación (Zandi y otros, 2004). Los científicos concluyeron que las dosis más efectivas eran de 400 a 1.000 unidades internacionales de vitamina E en cápsulas líquidas y de 500 a 1.500 unidades internacionales de vitamina C en píldoras. Sin embargo, ha de advertirse que este estudio no demuestra que el consumo de estos suplementos vitamínicos prevenga la aparición de la enfermedad de Alzheimer. Para ello, los científicos deberían distribuir aleatoriamente a los participantes en dos grupos: uno experimental (que tomara las vitaminas) y otro de control (al que no se le administraran dichas sustancias).

Al igual que con otros muchos problemas relacionados con el envejecimiento, el ejercicio físico puede reducir el riesgo de padecer Alzheimer. Según un reciente estudio realizado con más de 2.000 varones con edades comprendidas entre los 71 y los 93 años, los individuos que caminaban menos de 650 metros al día presentaban el doble de probabilidades de desarrollar la enfermedad de Alzheimer que aquellos que caminaban más de tres kilómetros al día (Abbott y otros, 2004).

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR QUITO

En la actualidad, no existe ningún tratamiento que pueda detener el deterioro físico que provoca el Alzheimer. Sin embargo, algunos medicamentos, como la tacrina, pueden ayudar a que ciertos síntomas, como la pérdida de memoria, empeoren durante un período limitado de tiempo.

Detección temprana y enfermedad de Alzheimer El deterioro cognitivo ligero constituye un estado de transición entre los cambios cognitivos normales propios del envejecimiento y las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer y de otros tipos de demencia (Grundman y otros, 2004). Cada vez con mayor frecuencia, se considera que este deterioro representa un factor de riesgo que predispone a padecer Alzheimer, aunque resulta difícil distinguir entre la reducción normal de la memoria que se produce con el paso de los años y el deterioro cognitivo ligero que puede ser el precursor de la enfermedad de Alzheimer (Caselli, 2003; Meguro y otros, 2004).

Los sistemas de escáner cerebral especiales, como la imagen por resonancia magnética (IRM), pueden detectar cambios en el cerebro que caracterizan a las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer incluso antes de que se desarrollen los síntomas (Li y otros, 2002). Además, ciertos fluidos espinales aportan señales tempranas de la existencia de Alzheimer. Recientemente, un complejo test de orina denominado «Test de la proteína de la cadena neural» ha servido para predecir la incidencia de Alzheimer en algunos individuos dos años antes de que aparecieran síntomas como la pérdida de memoria. Cuando el resultado de estos test es positivo, se pueden adoptar medidas preventivas que retrasen el deterioro cognitivo que la enfermedad de Alzheimer produce.

Deterioro progresivo La enfermedad de Alzheimer produce un deterioro predecible y progresivo del funcionamiento físico, cognitivo y social del individuo afectado (Morris y otros, 2001). La mayoría de los pacientes de Alzheimer viven aproximadamente ocho años después del diagnóstico. Su evolución va desde los primeros problemas de pérdida de memoria y de reducción de las funciones intelectuales hasta las últimas etapas de la enfermedad en las que suele producirse la hospitalización del individuo en estado semi-vegetativo (Weatherford, 1999).

Cuidado de los afectados por la enfermedad de Alzheimer El cuidado de los individuos que padecen Alzheimer es causa de especial preocupación (Bordaty y otros, 2003; Vitaliano, Young y Zhang, 2004). Los profesionales sanitarios consideran que la familia puede representar un importante sistema de apoyo para el paciente, pero esta situación puede suponer un desgaste para los miembros de la familia, quienes se ven desbordados emocional y físicamente por la atención constante que exige una persona afectada por la enfermedad de Alzheimer (Gaugler, Zarit y Perlin, 2003). Así, por ejemplo, se han detectado casos de depresión en el 50 por 100 de los familiares que cuidan de enfermos de Alzheimer (Redingbaugh, MacCallum y Kiecolt-Glaser, 1995). Se han desarrollado formas de cuidado que ayudan a las personas encargadas de enfermos de Alzheimer. Este tipo de cuidados les alivia, en parte, de la carga de proporcionar atención a enfermos crónicos. Para saber más acerca de los individuos que atienden pacientes de Alzheimer, puedes leer el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

El estrés producido por cuidar a un enfermo de Alzheimer en casa

Recientemente, los expertos han determinado que el estrés producido por cuidar de un enfermo de Alzheimer en casa puede hacer que el sistema inmunológico

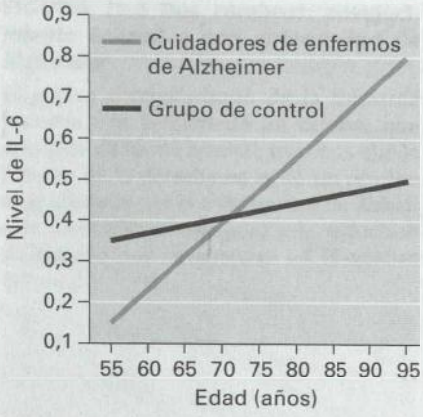


FIGURA 19.6 Comparación de niveles de IL-6 en cuidadores de enfermos de Alzheimer y en un grupo de control que no cuidaba de estos enfermos

Destaca el hecho de que los niveles de IL-6 (una sustancia química inmune que aumenta el riesgo de padecer diversas enfermedades) aumentan tanto en el caso de los cuidadores de enfermos de Alzheimer como en el grupo de control, aunque el aumento es significativamente superior para los cuidadores. Un valor más alto de IL-6 indica la presencia de un mayor nivel de esta sustancia.

envejezca prematuramente, lo que aumenta el riesgo de que se desarrollen enfermedades relacionadas con la edad (Kiecolt-Glazer y otros, 2003). En esta investigación se analizó a 119 adultos de edad avanzada que se encargaban de cuidar a su cónyuge enfermo de Alzheimer o de otra forma de demencia (tarea a la que pueden dedicar hasta cien horas semanales), y se les comparó con 106 adultos de edad avanzada que no se encontraban en esa situación. Al iniciarse el estudio, la edad de los adultos participantes oscilaba entre los 55 y los 89 años, con una edad media de 70 años.

De manera periódica durante los seis años a lo largo de los que se desarrolló el estudio, se tomaron muestras de sangre y se midieron los niveles de interleuquina-6 (IL-6), una sustancia química segregada naturalmente. Estos niveles aumentan con la edad y pueden aumentar el riesgo de padecer una serie de enfermedades, incluyendo las cardiovasculares, la diabetes del tipo II, la fragilidad y ciertos tipos de cáncer. Los investigadores hallaron que, en el caso de los individuos que cuidaban de pacientes de Alzheimer, los niveles de interleuquina-6 aumentaban cuatro veces más rápido que en los adultos que no se encargaban de proporcionar ese tipo de cuidados (véase la Figura 19.6). «No se detectaron diferencias sistemáticas en los problemas crónicos de salud, en la medicación ni en los comportamientos relevantes para el estado de salud que pudieran considerarse la causa» del evidente aumento de los niveles de IL-6 en los individuos que atendían a pacientes de Alzheimer (Kiecolt-Glazer y otros, 2003, pág. 9090).

En cada ocasión en que se midieron los niveles de IL-6 en sangre, los participantes en el estudio también completaron una escala de 10 ítems sobre estrés percibido con el fin de evaluar si consideraban que sus vidas durante la semana previa habían sido «impredecibles, incontrolables y agobiantes» (Kiecolt-Glazer y otros, 2003, pág. 9091). Los participantes valoraban cada ítem en una escala que oscilaba entre 0 (nunca) a 4 (muy frecuentemente). En todos los controles anuales realizados a lo largo de seis años, se detectaron mayores niveles de estrés en el caso de los individuos que cuidaban de enfermos de Alzheimer que en el de los adultos que no tenían dicha responsabilidad (véase la Figura 19.7).

Demencia multi-infarto La **demencia multi-infarto** consiste en la pérdida esporádica y progresiva del funcionamiento intelectual motivado por una obstrucción ocasional pero repetida del flujo sanguíneo en las arterias cerebrales, que da lugar a una serie de apoplejías de baja intensidad. El término *infarto* hace referencia a la obstrucción temporal de los vasos sanguíneos. Se estima que un porcenta-

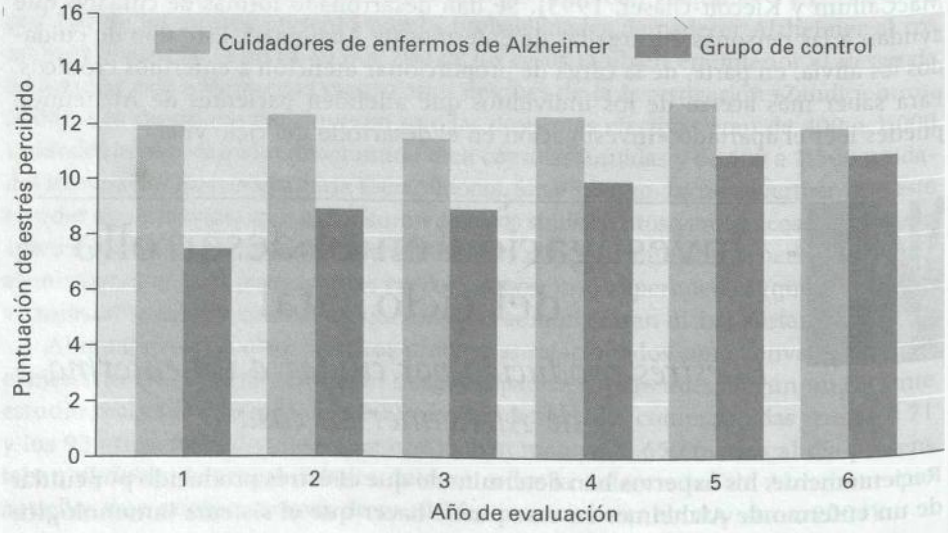


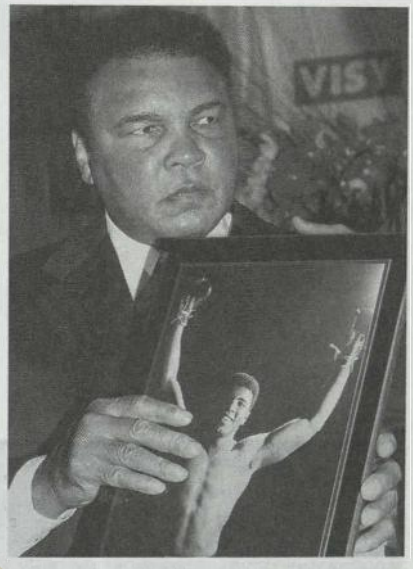
FIGURA 19.7 Comparación de los niveles de estrés percibido por cuidadores de enfermos de Alzheimer y por el grupo de control de individuos que no cuidaban de enfermos

Se advierte que los cuidadores percibían más estrés que el grupo de control en cada uno de los seis años en los que se les evaluó. Una puntuación mayor en el estrés indicaba mayores niveles de estrés percibido.

je que oscila entre el 15 y el 20 por 100 de los casos de demencia está relacionado con el deterioro vascular característico de la demencia multi-infarto.

Este tipo de demencia resulta más frecuente en el caso de varones con antecedentes de hipertensión. Las características clínicas de la demencia multi-infarto difiere de las del Alzheimer, ya que muchos pacientes se recuperan de este tipo de demencia, mientras que la enfermedad de Alzheimer da lugar a un deterioro progresivo. Entre los síntomas de la demencia multi-infarto se incluyen la confusión, la pronunciación poco comprensible, la dificultad para escribir y la rigidez en un lado del rostro, en un brazo o una pierna (Hoyer y Roodin, 2003). Sin embargo, tras cada episodio se suele producir una rápida recuperación, a pesar de que cada episodio resulta también más dañino. Aproximadamente 35 a 50 por 100 de los individuos que padecen estos ataques pasajeros sufrirán una apoplejía de mayor intensidad en un período de cinco años, a menos que se traten los problemas que dan origen a este problema de salud. Se recomienda especialmente que estos individuos realicen ejercicio, mejoren su dieta y tomen la medicación adecuada, factores que pueden ralentizar o detener el avance de la enfermedad vascular que da lugar a la demencia multi-infarto.

Enfermedad de Parkinson La **enfermedad de Parkinson** representa otro tipo de demencia. Esta dolencia se caracteriza por su naturaleza degenerativa y por los temblores musculares, la ralentización de los movimientos y la parálisis facial parcial. La enfermedad de Parkinson tiene su origen en el deterioro de las neuronas que generan dopamina (Husiman, Uylings y Hoogland, 2004; Monge y otros, 204; Silverdale y otros, 2004). La dopamina es un neurotransmisor que resulta necesario para el normal funcionamiento del cerebro. Se desconocen las causas por las que se produce el deterioro de dichas neuronas. El principal tratamiento para la enfermedad de Parkinson consiste en la administración de medicamentos que acentúan el efecto de la dopamina (agonistas de la dopamina) en las primeras fases de la enfermedad. Luego, se administra el medicamento denominado L-dopa, que el cerebro transforma en dopamina. Sin embargo, resulta difícil determinar la dosis adecuada de L-dopa, una sustancia que pierde su eficacia con el tiempo y cuya sobredosis puede dar lugar a síntomas esquizofrénicos (Sammi, Nutt y Ransom, 2004).



Muhammad Ali, una de las figuras más relevantes del deporte mundial, padece la enfermedad de Parkinson.

Temor a la victimización, delitos y maltrato a los ancianos

El deterioro y las limitaciones físicas que caracterizan al desarrollo en la vejez contribuyen a crear una sensación de vulnerabilidad y temor que afecta a los adultos ancianos (Gray y Acierno, 2002). Para algunos de estos individuos, el miedo a la delincuencia puede convertirse en un factor que limite sus viajes, la asistencia a eventos sociales o que impida que sus vidas sean activas. Aproximadamente una cuarta parte de los adultos ancianos afirman sentir temor de ser víctimas de un delito. Sin embargo, en realidad, y tal vez debido a las precauciones que toman, los ancianos tienen menos probabilidades que los adultos jóvenes de ser víctimas de un delito. No obstante, los delitos que se cometen contra ancianos suelen presentar una naturaleza más grave, como el robo con armas de fuego (Cohn y Harlow, 1993). Los ancianos también son víctimas de delitos sin violencia, como el fraude, el vandalismo, el robo de carteras y el acoso (Fulmer, Guadagno y Bolton, 2004). Los cálculos del número de delitos cometidos contra ancianos pueden ser bajos porque estos individuos no presentan denuncias, tal vez por miedo a posibles represalias o porque consideran que el sistema judicial no resulta de gran ayuda.

Cualquier persona puede cometer maltrato contra un anciano, aunque esta situación se da sobre todo en el entorno familiar. Al igual que en el caso de los niños, el maltrato a ancianos puede consistir en falta de cuidados o en abusos físicos, lo que suele ocurrir por parte de un cónyuge sobre el otro. Resulta especialmente preocupante la situación que afecta a las mujeres ancianas con respecto al maltrato físico. Según un estudio de 614 casos de maltrato registrados en el Con-

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
UNIDAD DE TITULACIÓN
QUITO

dado de Hillsborough (Florida, Estados Unidos), en el 37 por 100 de los casos se habían producido agresiones físicas, la mayoría de las víctimas eran mujeres que, con probabilidad, vivían con sus esposos y que solían tener más de 60 años de edad (VandeWeerd y Paveza, 1999). Además, los maltratadores solían ser los esposos. Asimismo, resultaba más probable que las mujeres ancianas fueran víctimas de daños a su propiedad y de robos a que lo fueran los varones de la misma edad. En estos casos, el delincuente solía ser un hombre joven (de 18 a 29 años de edad) sin relación alguna con la víctima.

Cómo cubrir las necesidades de salud mental de los ancianos

Los adultos ancianos reciben un nivel de asistencia de salud mental desproporcionadamente inferior a sus necesidades (Bartels, Miles y Dums, 2004; Sadavoy y otros, 1996). Se calcula que tan sólo un 2,7 por 100 de todos los servicios clínicos proporcionados por psicólogos se dirigen a adultos ancianos, a pesar de que los individuos con 65 o más años constituyen más del 11 por 100 de la población. La terapia psicológica puede resultar cara y, aunque a veces los ancianos con ingresos bajos pueden recibirla de forma gratuita en los centros sanitarios públicos, muchos adultos ancianos que necesitan este tipo de atención no la reciben (Knight y otros, 1996). Se ha afirmado que los psicoterapeutas prefieren trabajar con individuos jóvenes, atractivos, inteligentes y con capacidad de expresión verbal y éxito, y no con personas calladas, poco atractivas, ancianas, ingresadas en centros sanitarios y diferentes. Se ha acusado a estos terapeutas de no atender a adultos ancianos porque piensan que este tipo de individuos no mejorarán con las terapias, porque no se consideran preparados para atender a unos pacientes, los ancianos, que pueden presentar problemas especiales que requieren tratamientos específicos, y porque pueden tener ideas estereotipadas acerca de los ancianos y los consideren individuos de un estatus inferior que no se merecen recibir tratamientos de este tipo (Knight, Nordhus y Satre, 2003; Virnig y otros, 2004).



Margaret Gatz (*derecha*) ha luchado siempre por conseguir que la salud mental de los ancianos reciba la atención que se merece. Según Gatz, los profesionales de la salud mental deberían tratar a más adultos ancianos e informarles mejor de los beneficios que pueden obtener de las terapias psicológicas. *¿Cuáles son algunos de los cambios que pueden utilizarse para mejorar la salud mental de los adultos ancianos?*

¿Cómo pueden cubrirse las necesidades de salud mental de los adultos ancianos? En primer lugar, los psicólogos deberían incluir a más ancianos en sus bases de clientes, y se debe convencer a los ancianos de que las terapias pueden resultarles beneficiosas. En segundo lugar, deben tomarse medidas para que la salud mental no sea un lujo. En la actualidad, el sistema público estadounidense de asistencia sanitaria a ancianos dedica menos fondos a sufragar los gastos de salud mental que los de salud física, por ejemplo.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Señalar las características de los problemas de salud mental y su tratamiento en adultos ancianos

REVISA

- ¿Cuáles son las características de la depresión en el caso de los adultos ancianos?
- ¿Qué características presentan la demencia, la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos que afectan a los ancianos?
- ¿En qué medida se producen el temor a la victimización, la demencia y el maltrato en el caso de los ancianos?
- ¿Cómo pueden cubrirse las necesidades de salud mental de los ancianos?

REFLEXIONA

- Al contrario de lo que muchos creen, los adultos ancianos no presentan mayores problemas de salud mental que los jóvenes. ¿Cuáles pueden ser las causas de estas ideas erróneas?

4 RELIGIÓN

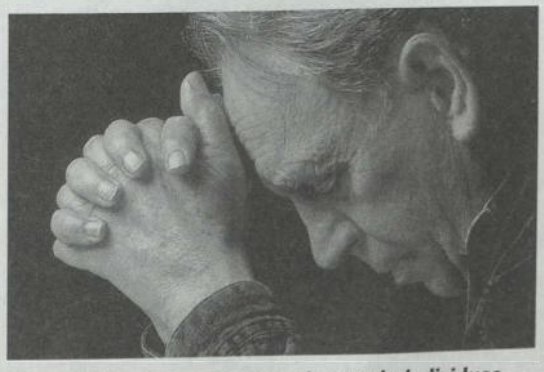
En el Capítulo 16 ya analizamos la religión y el sentido de la vida con especial atención al papel desempeñado por estos elementos durante la madurez, incluyendo la relación existente entre la religión y la salud. A continuación nos centraremos en la importancia de la religión en las vidas de muchos adultos ancianos.

En muchas sociedades de todo el mundo, los adultos ancianos desempeñan la función de líderes espirituales en sus iglesias y comunidades. Por ejemplo, en el seno de la Iglesia Católica, la mayoría de individuos elegidos para ser papa ya eran octogenarios, lo que los convierte en el grupo de edad del que más veces ha salido un pontífice.

Cada vez más investigaciones se centran en el estudio de los patrones religiosos de los adultos ancianos (Consedine, Magai y Conway, 2004; Krause, 2004; Levin, Taylor y Chatters, 1994). Según un análisis, tanto los individuos afroamericanos ancianos como los ancianos blancos asistían a actos religiosos varias veces al mes, afirmaban que la religión constituía un factor importante en sus vidas, leían material religioso, escuchaban programas religiosos y oraban con frecuencia (Levin, Taylor y Chatters, 1994). Además, en este análisis, las mujeres ancianas presentaban un mayor interés en la religión que los hombres de este mismo grupo de edad.

¿Se puede relacionar la religión con la sensación de bienestar y la satisfacción con la vida que se posea en la vejez? Un reciente estudio parece indicar que esa relación sí puede establecerse. En esta investigación se entrevistó a 1.500 estadounidenses blancos y afroamericanos con 66 años de edad o más (Krause, 2003). Los adultos ancianos que consideraban que la religión aportaba un sentido a sus vidas presentaban mayores niveles de satisfacción con la vida, de autoestima y de optimismo. Además, resultaba más probable que los adultos ancianos afroamericanos consideraran que la religión era una fuente de sentido para sus vidas a que lo hicieran los individuos blancos. En otro estudio se relacionó las prácticas religiosas —como la oración o la lectura de textos sagrados— y los sentimientos religiosos con la sensación de bienestar, especialmente en el caso de las mujeres y de los individuos con edades superiores a los 75 años (Koenig, Smiley y Gonzales, 1988). Según otra investigación llevada a cabo con individuos hispanos de nivel socioeconómico bajo de San Diego (Estados Unidos), los sentimientos religiosos profundos se relacionaban con la existencia de un mejor estado de salud (Cupertino y Haan, 1999).

La religión puede constituir una importante ayuda psicológica para los adultos ancianos, ya que les permite hacer frente a una muerte cada vez más cercana, encontrar y mantener la sensación de que sus vidas tienen sentido y significado, y aceptar las pérdidas que, de manera inevitable, se producen en la vejez (Daaleman, Perera y Studenski, 2004; Fry, 1999; Koenig y Larson, 1998). Según un reciente estudio, a pesar de que la asistencia a los servicios religiosos desciende durante el último año de vida, el sentimiento de religiosidad de los adultos ancianos y el apoyo o consuelo que hallan en la religión se mantenían estables o aumentaban (Idler, Kasl y Hays, 2001). Socialmente, la congregación religiosa puede desempeñar una serie de funciones para los adultos ancianos, como proporcionar actividades y apoyo social u ofrecerles la oportunidad de asumir roles de enseñante o de dirigente. Los adultos ancianos pueden convertirse en diáconos, superiores o profesores de religión, con lo que adoptan el rol de dirigente que tal vez no habían podido asumir antes de su jubilación (Cox y Hammonds, 1988).



Durante la vejez, un mayor número de individuos practica la oración. *¿De qué manera se relaciona este hecho con la longevidad?*

¿Existe una relación verdadera entre la oración o la meditación y la longevidad? Esta relación sí existe según un reciente estudio (McCullough y otros, 2000) en el que se preguntó a casi 4.000 hombres y muje-

res con 65 años o más, en su mayoría cristianos, acerca de su estado de salud y se les pidió que indicaran si rezaban o meditaban. Aquellos que afirmaron que nunca rezaban, o que lo hacían en raras ocasiones, presentaban 50 por 100 de posibilidades de fallecer durante el período de seis años en el que se desarrolló el estudio, frente a los individuos que rezaban o meditaban al menos una vez al mes. En esta investigación, los científicos controlaron numerosos factores de riesgo que predisponen al fallecimiento, como el tabaquismo, el consumo de alcohol o el aislamiento social. Resulta posible que la práctica de la oración y de la meditación reduzca la incidencia de fallecimientos en adultos ancianos porque disminuye su estrés y la producción de hormonas que inducen al estrés como, por ejemplo, la adrenalina. Esta disminución de los niveles de hormonas del estrés se ha vinculado con una serie de beneficios para la salud, incluyendo un mejor estado del sistema inmunológico (McCullough y otros, 2000).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Explicar el papel desempeñado por la religión en las vidas de los adultos ancianos

REVISA

- ¿Cuáles son algunas de las características de la religión durante la vejez?

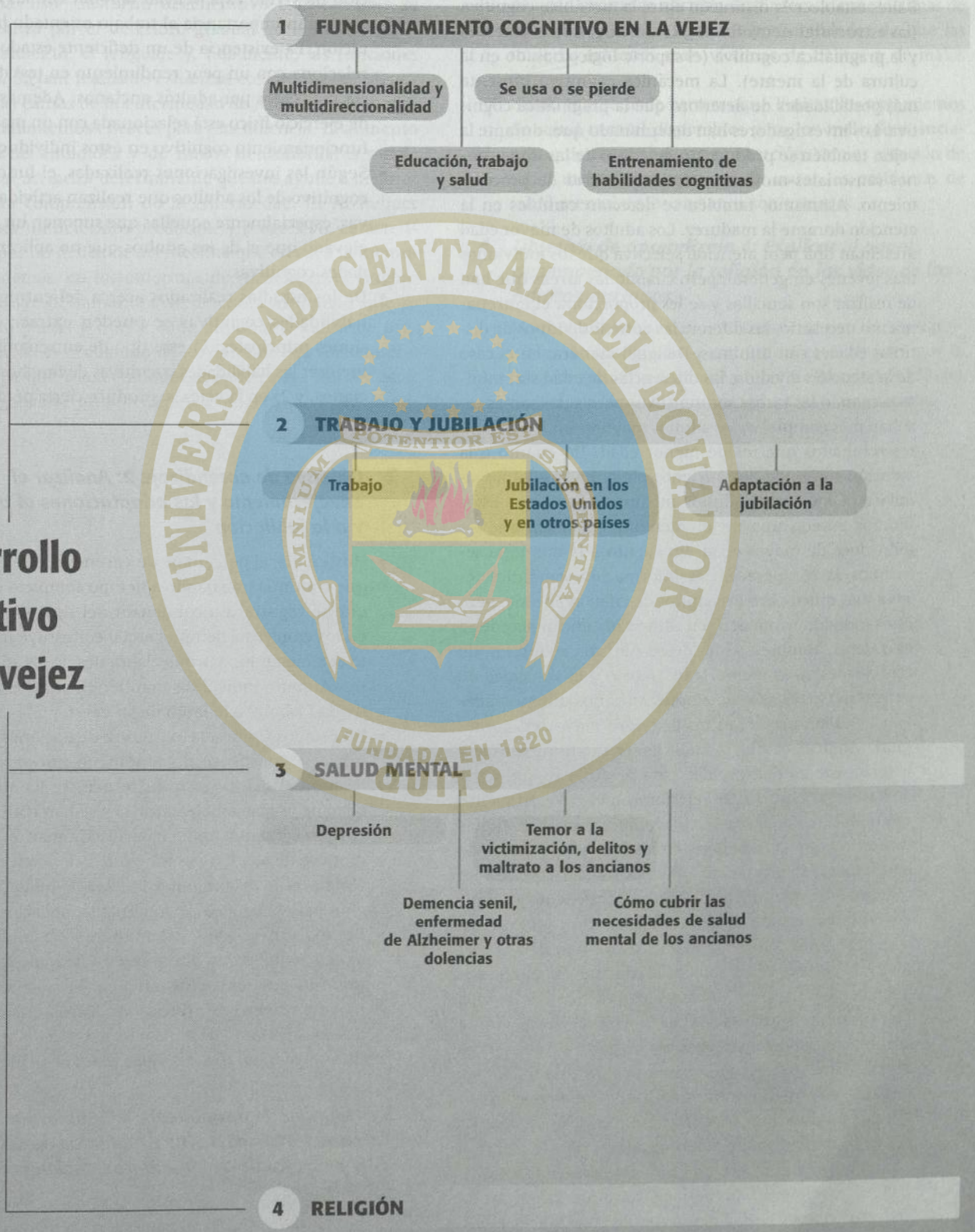
REFLEXIONA

- ¿Crees que serás más o menos religioso cuando alcances la vejez? Explica tu respuesta.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM INTENTIO SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje

Desarrollo cognitivo en la vejez



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR ESTO SCIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Resumen

1 Objetivo de aprendizaje 1: Describir el funcionamiento cognitivo de los adultos ancianos

- Baltes establece la distinción entre la mecánica cognitiva (las estructuras neurofisiológicas, incluyendo el cerebro) y la pragmática cognitiva (el soporte lógico basado en la cultura de la mente). La mecánica cognitiva presenta más posibilidades de deterioro que la pragmática cognitiva. Los investigadores han determinado que, durante la vejez, también se produce un deterioro de las dimensiones sensoriales-motoras y de la velocidad de procesamiento. Asimismo, también se detectan cambios en la atención durante la madurez. Los adultos de mayor edad presentan una peor atención selectiva que los individuos más jóvenes en general, pero cuando las tareas que han de realizar son sencillas y se les proporciona el entrenamiento necesario, las diferencias entre individuos de distintas edades son mínimas. De igual manera, en el caso de la atención dividida, las diferencias de edad son mínimas cuando las tareas son sencillas, pero si las tareas resultan más complejas, los adultos mayores obtienen peores resultados que los de menor edad. En cuanto a la atención sostenida, los ancianos obtienen resultados similares a los de los adultos maduros o jóvenes. Estos últimos poseen una mejor memoria episódica que los individuos de mayor edad. En cuanto a la memoria semántica, la recuperación de información semántica resulta más difícil para los adultos de edad avanzada, pero estos individuos pueden, en última instancia, acceder a esos datos. También se ha detectado una reducción de capacidades en la memoria de trabajo y la velocidad de percepción en el caso de adultos ancianos quienes, además, también presentan un deterioro mayor en la memoria explícita que en la implícita. La memoria prospectiva consiste en la capacidad para recordar lo que se ha de hacer en el futuro. Su relación con el envejecimiento es compleja. Cada vez un mayor número de estudios determina que las creencias de los individuos acerca de su memoria desempeñan un importante papel en su rendimiento memorístico. Existen factores no cognitivos, como el estado de salud, la educación y el estatus socioeconómico, que también se relacionan con la memoria en la vejez. La sabiduría consiste en el conocimiento experto sobre los aspectos prácticos de la vida que permite la realización de juicios perfectos sobre asuntos de importancia. A pesar de que ciertos teóricos afirman que los adultos ancianos poseen una mayor sabiduría, las investigaciones realizadas suelen concluir que los adultos más jóvenes muestran tanta sabiduría como los individuos de mayor edad.
- Cada nueva generación de estadounidenses disfruta de mejores niveles educativos que la anterior. La educación se correlaciona positivamente con los resultados obtenidos en test de inteligencia. Los adultos de mayor edad pueden interesarse en volver a ampliar su formación académica por múltiples razones. Cada nueva generación ha vivido experiencias laborales en las que se otorgaba gran importancia al trabajo orientado hacia la cognición. La existencia de un deficiente estado de salud se relaciona con un peor rendimiento en test de inteligencia realizados por adultos ancianos. Además, la práctica de ejercicio físico está relacionada con un mayor nivel de funcionamiento cognitivo en estos individuos.
- Según las investigaciones realizadas, el funcionamiento cognitivo de los adultos que realizan actividades cognitivas, especialmente aquellas que suponen un reto, es más elevado que el de los adultos que no aplican sus habilidades cognitivas.
- De los estudios realizados acerca del entrenamiento de habilidades cognitivas se pueden extraer dos conclusiones principales: 1) este tipo de entrenamiento puede mejorar las habilidades cognitivas de muchos adultos ancianos, y 2) en la vejez se produce cierta pérdida de plasticidad.

2 Objetivo de aprendizaje 2: Analizar el envejecimiento y las adaptaciones al trabajo y a la jubilación

- Hoy en día, el porcentaje de varones con más de 65 años que continúa trabajando a tiempo completo es inferior al que se registraba a comienzos del siglo XX. El aumento en los empleos a tiempo parcial constituye un importante cambio en los patrones laborales de los adultos mayores. Algunos individuos mantienen una elevada productividad laboral a lo largo de su vejez.
- En Estados Unidos, la existencia de opciones a la hora de jubilarse constituye un fenómeno novedoso surgido a finales del siglo XX. En dicho país, se ha aumentado la edad de jubilación obligatoria, y se han realizado esfuerzos para intentar reducir la discriminación laboral por motivos de edad. A pesar de que la tendencia en Estados Unidos es la de aumentar la edad de jubilación, en muchos países europeos se fomenta la jubilación anticipada.
- Los individuos que se adaptan mejor a la jubilación son aquellos que gozan de un buen estado de salud, poseen ingresos adecuados, llevan una vida activa, presentan mayores niveles de educación, disfrutan de mayores redes sociales tanto de amistad como familiares y se muestran satisfechos con sus vidas antes de la jubilación.

3 Objetivo de aprendizaje 3: Señalar las características de los problemas de salud mental y su tratamiento en adultos ancianos

- A pesar de que la depresión se considera «el catarro común» de los trastornos mentales, la mayoría de adultos

ancianos que presentan síntomas de esta enfermedad jamás reciben tratamiento mental.

- El término «demencia» engloba a cualquier desorden neurológico cuyos síntomas primarios impliquen el deterioro del funcionamiento mental. La enfermedad de Alzheimer es, con diferencia, el tipo más común de demencia. Este trastorno degenerativo e irreversible se caracteriza por el deterioro gradual de la memoria, el razonamiento, el lenguaje y, finalmente, las funciones físicas. Se han realizado esfuerzos concretos para identificar las causas de la enfermedad de Alzheimer y encontrar tratamientos eficaces para esta dolencia. El aumento de placas amiloides y de nudos neurofibrilares puede resultar un factor determinante que nos ayude a mejorar nuestra comprensión de la enfermedad. El Alzheimer provoca un deterioro predecible y progresivo, caracterizado por un déficit de acetilcolina que afecta a la memoria. Además, en los enfermos de Alzheimer, el cerebro disminuye de tamaño y se deteriora al tiempo que se forman placas y nudos. Una importante causa de preocupación es el cuidado de los enfermos de Alzheimer y la carga que estos cuidados suponen para las personas encargadas de proporcionarlos. Además de la enfermedad de Alzheimer, existen otros tipos de demencia, como la demencia multi-infarto y la enfermedad de Parkinson.
- El deterioro y las limitaciones físicas que caracterizan al desarrollo durante la vejez dan lugar a la aparición de la sensación de vulnerabilidad y temor por parte de los individuos ancianos. Casi una cuarta parte de los adultos de edad avanzada afirman sentir temor a ser víctimas de un delito. Existen mayores probabilidades de que las mujeres ancianas sean víctimas de delitos o de malos tratos.
- Existe una serie de barreras que limitan los tratamientos de salud mental disponibles para los individuos ancianos, quienes reciben, en proporción, menos atención de salud mental. Las maneras de tratar los problemas de salud mental de los ancianos son variadas.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Explicar el papel desempeñado por la religión en las vidas de los adultos ancianos.*

- Muchos adultos ancianos se convierten en líderes espirituales de sus iglesias o comunidades. El interés por la religión aumenta durante la vejez y está relacionado con el nivel de bienestar que experimentan los ancianos.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

CAPÍTULO

20



Soy la cara de la familia.
La carne desaparece,
pero yo sigo vivo,
dejando rasgos y rastros
a través de los tiempos,
sin tardanza, yendo
de lado a lado
por encima del olvido.

THOMAS HARDY
Poeta y novelista inglés, siglo XIX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIORI SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Desarrollo socioemocional en la vejez

Esquema del capítulo		*Objetivos de aprendizaje*
TEORÍAS DEL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL Teoría de Erikson Teoría de la desvinculación Teoría de la actividad Teoría de la selección socioemocional Teoría de la selección, optimización y compensación	1	**Analizar cinco teorías sobre el desarrollo emocional y el envejecimiento**
EL YO Y LA SOCIEDAD El yo Los ancianos en la sociedad	2	**Señalar los cambios que se producen en el yo y en la sociedad durante la vejez**
FAMILIAS Y RELACIONES SOCIALES Diversidad en los estilos de vida Padres ancianos y sus hijos adultos Bisabuelos Amistad Apoyo e integración sociales Altruismo y voluntariado	3	**Indicar las características de las familias y de las relaciones sociales de los adultos ancianos**
ORIGEN ÉTNICO, GÉNERO Y CULTURA Origen étnico Género Cultura	4	**Indicar la manera en que el origen étnico, el género y la cultura se relacionan con el envejecimiento**
ENVEJECER DE MANERA POSITIVA	5	**Señalar la forma en la que se puede envejecer de manera positiva**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM TENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Bob Cousy

Bob Cousy fue uno de los jugadores más conocidos de los Celtics de Boston, equipo con el que ganó numerosos campeonatos de la NBA. En reconocimiento por sus logros deportivos, la cadena de televisión estadounidense ESPN lo nombró uno de los cien mejores deportistas del siglo XX. Tras retirarse del baloncesto profesional, trabajó como entrenador de equipos universitarios y luego, ya cumplidos los 70 años, comenzó a retransmitir partidos de su antiguo equipo, los Celtics de Boston. Ahora, cuando ya tiene más de 80 años, Bob se ha retirado de sus labores periodísticas, pero continúa jugando al golf y al tenis de manera regular. Su vida se caracteriza por la presencia de una serie de relaciones sociales positivas, como su matrimonio, que ha durado más de cincuenta años, sus hijos y nietos y numerosos amigos.

Al igual que con otros personajes famosos, los premios que Bob ha recibido dicen muy poco de su vida y de la contribución que ha realizado. Sus esfuerzos humanitarios para ayudar a otros resultan evidentes si atendemos a dos situaciones (McClellan, 2004). Cuando Cousy jugaba en los Celtics de Boston, se le negó una habitación en un hotel a su compañero afroamericano Chuck Cooper por causa de su raza. Cousy expresó su indignación al entrenador del equipo y acompañó a Cooper en el tren de vuelta a Boston. Además, «la Fundación Humanitaria Bob Cousy premia a los individuos que han dedicado sus vidas a ayudar a otras personas a través del baloncesto» (pág. 4). La creación de este organismo evidencia la fuerte motivación que lleva a Bob a ocuparse de los demás, a ser agradecido y devolver lo que ha recibido, y a conseguir un mundo menos egoísta.

VISTA PREVIA

La vida de Bob Cousy como adulto anciano revela algunos de los aspectos del desarrollo socioemocional en la vejez que trataremos en este capítulo. Así, nos referiremos a la importancia de llevar una existencia activa para sentirse satisfecho con la vida, a la adaptación a unas capacidades que cambian, al afecto y, por último, al positivo papel desempeñado por las relaciones cercanas con amigos y familiares en el contexto de una vida emocionalmente satisfactoria.

1 TEORÍAS DEL DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL

- Teoría de Erikson
- Teoría de la actividad
- Teoría de la selección, optimización y compensación
- Teoría de la desvinculación
- Teoría de la selección socioemocional

En este apartado analizaremos cinco teorías sobre el desarrollo socioemocional que se centran en la vejez: la teoría de Erikson, la teoría de la desvinculación, la teoría

de la actividad, la teoría de la selección socioemocional y, por último, la teoría de la selección, optimización y compensación.

Teoría de Erikson

En el Capítulo 2 ya analizamos los ocho estadios del ciclo vital humano descritos por Erikson. Además, al estudiar distintos períodos del desarrollo a lo largo de esta obra, hemos ido examinando en mayor profundidad dichos estadios, el último de los cuales analizaremos a continuación.

Según Erikson, la **integridad frente a la desesperanza** constituye el octavo y último estadio del desarrollo, una fase que los individuos experimentan durante la vejez. Esta etapa se caracteriza por la reflexión acerca del pasado, tras la que se llega bien a la formación de una visión positiva o a la conclusión de que no se ha utilizado bien la vida. A través de numerosos caminos distintos, el adulto anciano puede haber desarrollado una visión positiva en todos los períodos anteriores de su evolución. En este caso, al considerar el pasado y los recuerdos que de él se tienen, se logrará la imagen de una vida bien empleada, de lo que surgirá la satisfacción (integridad). Si, por el contrario, el adulto anciano no resolvió de manera positiva alguno de los conflictos a los que tuvo que hacer frente en estadios anteriores (por ejemplo, el aislamiento social durante la juventud o el estancamiento en la madurez), la valoración que realice de su vida puede resultar negativa (desesperanza). En la Figura 20.1 se muestra la forma en la que las soluciones positivas a los conflictos que surgen en cada una de las ocho etapas de la teoría de Erikson pueden dar lugar a la sabiduría e integridad en la vejez.

Reformulación del último estadio de Erikson por parte de Robert Peck Robert Peck (1968) realizó una revisión del último estadio de la teoría de Erikson, integridad frente a desesperanza, y describió tres tareas o temas del desarrollo con los que los individuos se encuentran en la vejez:

Conflicto y resolución	Culminación en la vejez
Vejez Integridad frente a desesperanza: sabiduría	Identidad existencial. La sensación de integridad es lo suficientemente fuerte como para hacer frente al deterioro físico.
Madurez Creatividad frente a estancamiento: cuidado de los demás	Cuidado de los demás, empatía y preocupación.
Juventud Intimidad frente a aislamiento: amor	Sensación de complejidad en las relaciones. Valoración de la ternura y del amor con libertad.
Adolescencia Identidad frente a confusión: fidelidad	Sensación de complejidad en la vida. Fusión de las percepciones sensoriales, lógicas y estéticas.
Edad escolar Laboriosidad frente a inferioridad: competencia	Humildad. Aceptación del curso de la vida y de los deseos no cumplidos.
Niñez temprana Iniciativa frente a culpa: finalidad	Humor, empatía y resistencia.
Segunda infancia Autonomía frente a vergüenza: voluntad	Aceptación del ciclo de la vida, desde la integración a la desintegración.
Primera infancia Confianza básica frente a desconfianza: esperanza	Valoración de la interdependencia y la afinidad.

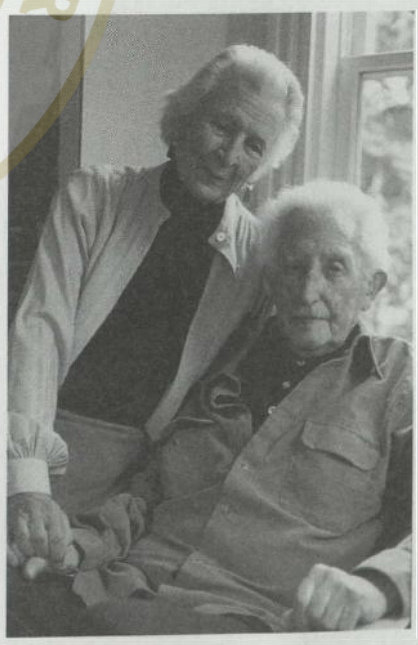


FIGURA 20.1 Teoría de Erikson acerca de cómo la resolución positiva de los ocho estadios del ciclo vital humano puede dar lugar a la sabiduría y la integridad en la vejez
Según Erikson, cada estadio vital se asocia con un conflicto psicosocial concreto y con una resolución determinada. En esta tabla, Erikson describe el conflicto propio de cada etapa que puede convertirse en alguna de las numerosas facetas de la integridad y la sabiduría en la vejez. A la izquierda, Erikson con su esposa Joan, artista.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1620 QUITO

- La **diferenciación frente a la preocupación por el rol** consiste en redefinir los méritos personales en unos términos que vayan más allá del rol laboral. Para Peck, los individuos ancianos necesitan realizar una serie de actividades valoradas con el fin de poder ocupar el tiempo que antes se dedicaba al trabajo y a los hijos.
- La **trascendencia del cuerpo frente a la preocupación por el cuerpo** consiste en hacer frente al deterioro del bienestar físico. Al envejecer, los ancianos pueden padecer una enfermedad crónica y un grado elevado de deterioro de sus capacidades físicas. En el caso de los individuos que basan su identidad en el bienestar físico, el empeoramiento del estado de salud y de la capacidad física puede representar una grave amenaza para su identidad y su nivel de satisfacción con la vida. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de los individuos ancianos padecen alguna enfermedad, muchos disfrutan de la vida a través de relaciones humanas que les permiten superar la preocupación por el envejecimiento de su cuerpo.
- La **trascendencia del ego frente a la preocupación por el ego** consiste en reconocer que, si bien la muerte es inevitable y, con probabilidad, no tardará en producirse, resulta necesario sentirse en paz con uno mismo. Para ello, habrá que valorar la contribución que se ha realizado al futuro a través de los hijos, de la vocación o de las aficiones.

Revisión de la vida La revisión de la vida constituye un concepto fundamental en el último estadio de la teoría de Erikson, integridad frente a desesperanza. Consiste en considerar las experiencias vividas, evaluarlas, interpretarlas y, en ocasiones, reinterpretarlas. Robert Butler (1975, 1996), conocido investigador del proceso del envejecimiento, considera que la revisión de la vida comienza cuando el individuo contempla la muerte. En ocasiones, esta revisión se produce sin complicaciones, mientras que en otros momentos es un proceso intenso que requiere un considerable esfuerzo para alcanzar algún sentido de integración de la personalidad. El proceso de revisión de la vida puede advertirse, en su fase inicial, en ciertos pensamientos aislados e insignificantes acerca del propio individuo y de su historia vital. Estos pensamientos pueden seguir apareciendo de manera breve e intermitente o convertirse en un flujo continuo. Un anciano de 76 años de edad señaló: «Mi vida está en el fondo de mi cabeza, y no puede ser de otro modo. Los pensamientos sobre mi pasado juegan conmigo. A veces yo también juego con ellos, haciéndolos crecer y disfrutando con ellos, pero otras veces los rechazo.»

La revisión de la vida es un proceso en el que pueden entrar algunas dimensiones socioculturales, como la cultura, el origen étnico y el género. Además, este proceso también puede incluir aspectos interpersonales y relacionales, como el compartir y la intimidad con familiares o con un amigo. Por último, la revisión de la vida puede constar también de dimensiones personales, que pueden estar relacionadas con la creación y el descubrimiento de significados y de coherencia en la vida. Estas dimensiones personales pueden mostrarse de manera que los distintos elementos tengan sentido para el adulto anciano o le resulten incomprensibles. En el análisis final, la revisión que cada individuo haga de su vida es, hasta cierto punto, única.

Al revisar su pasado, el individuo anciano lo analiza, lo observa y reflexiona acerca de lo que recuerda (Cully, LaVoie y Gfeller, 2001). Se produce una nueva consideración y revisión de las experiencias previas y de su significado y se amplía la comprensión que se posee de dichas experiencias. Esta reorganización del pasado puede dar lugar a una imagen más válida para el individuo, una visión que le proporciona un significado nuevo e importante a su vida (Hanaoka y Okamura, 2004). También puede ayudar a que el individuo se prepare para la muerte y reduzca su temor.

Teoría de la desvinculación

Según la **teoría de la desvinculación,** con el fin de hacer frente con eficacia a su situación, los adultos ancianos deberían separarse, gradualmente, de la socie-

dad. Esta teoría, que surgió hace aproximadamente medio siglo (Cumming y Henry, 1961), afirma que los adultos ancianos desarrollan una mayor preocupación por sí mismos, reducen sus vínculos emocionales con los demás y muestran menos interés en las cuestiones sociales. Al aplicar estos mecanismos de desvinculación, se pensaba que los ancianos podrían disfrutar de una mayor satisfacción por sus vidas. Algunos investigadores han señalado que la sociedad puede favorecer este fenómeno al desvincularse, a su vez, de los individuos ancianos (Antonucci, 2004).

Esta teoría generó gran cantidad de respuestas contrarias y pronto perdió fuerza. La mencionamos en nuestro análisis por su importancia histórica. A pesar de que no se propuso de manera formal hasta 1961, la teoría de la desvinculación resume las creencias existentes acerca de la vejez durante la primera mitad del siglo XX.

Teoría de la actividad

La **teoría de la actividad** señala que cuanto más activos e implicados en su entorno se muestren los adultos ancianos, mayores probabilidades tendrán de estar satisfechos con sus vidas. De esta manera, la teoría de la actividad contradice por completo la teoría de la desvinculación. Las investigaciones realizadas (desde la década de los sesenta hasta comienzos del siglo XXI) han hallado pruebas que apoyan esta teoría (Haber y Rhodes, 2004; Neugarten, Havighurst y Tobin, 1968; Riebe y otros, 2004; Rook, 2000; Warr, Butcher y Roberts, 2004). Estas investigaciones han demostrado que, cuando los adultos ancianos se mantienen activos, con altos niveles de energía y productividad, envejecen de manera más positiva y muestran un mayor grado de felicidad que los ancianos que se desvinculan de la sociedad.

En un reciente estudio longitudinal a gran escala realizado con ancianos en Manitoba (Canadá), se analizó la relación existente entre las actividades cotidianas y los factores indicadores del envejecimiento positivo —es decir, el bienestar, el funcionamiento general y el índice de mortalidad— a lo largo de un período de seis años (Menec, 2003). Se pidió a los participantes que completaran una lista de veintiuna actividades en la que debían indicar si habían participado en alguna durante la semana anterior. Las actividades se clasificaron en tres categorías: sociales (visitar a familiares, por ejemplo), productivas (trabajo voluntario, tareas del hogar o en el jardín, por ejemplo) y actividades en solitario (coleccionar objetos, por ejemplo). Para evaluar el grado de bienestar, se pidió a los sujetos participantes que señalaran su nivel de felicidad en una escala de cinco puntos que oscilaba entre 1, «feliz e interesado por la vida», hasta 5, «tan infeliz que la vida no merece la pena». Al evaluar el funcionamiento general, se determinó la existencia de problemas cognitivos o de dificultades físicas. La mortalidad, es decir, el hecho de si los participantes estaban vivos o habían fallecido, se estableció consultando los datos del Registro Civil. Los resultados obtenidos indicaron que la existencia de un elevado nivel de actividad general (pero, sobre todo, de actividades sociales y productivas) se relacionaba con la felicidad, la existencia de un mejor funcionamiento general y de un índice inferior de mortalidad.

La teoría de la actividad indica que muchos individuos alcanzarán un mayor nivel de satisfacción con sus vidas si continúan ejerciendo sus roles de madurez a lo largo de la vejez. Si se les arrebatan estos roles (como ocurre en los casos de jubilación anticipada), resulta importante que encuentren funciones sustitutivas que les mantengan activos e involucrados en su entorno.

Teoría de la selección socioemocional

Según la **teoría de la selección socioemocional,** los adultos ancianos se muestran más selectivos con respecto a las redes sociales de las que disponen. Debido a la importancia que otorgan a la satisfacción emocional, los ancianos dedican más tiempo a los individuos conocidos con los que han mantenidos relaciones prove-

chosas. Esta teoría, desarrollada por Laura Carstensen (1995, 1998), afirma que los adultos ancianos, de manera consciente, restringen el contacto social con los individuos que han aparecido de manera tangencial en sus vidas, al tiempo que mantienen o aumentan el contacto con los amigos cercanos y con los miembros de su familia, individuos con los que han disfrutado de relaciones positivas. Esta reducción selectiva de la interacción social maximiza las experiencias emocionales positivas y minimiza los riesgos emocionales durante el proceso de envejecimiento del adulto anciano.

La teoría de la selección socioemocional contradice el estereotipo según el cual la mayoría de los adultos ancianos se encuentra en una situación de desesperación emocional debido a su aislamiento social (Carstensen y Löckenhoff, 2004; Löckenhoff y Carstensen, 2004). Por el contrario, los adultos ancianos eligen, de manera consciente, disminuir el número total de sus contactos sociales y se decantan por dedicar cada vez más tiempo a los momentos emocionalmente provechosos con familiares o amigos. Es decir, perfilan sus redes sociales con el fin de que los individuos que les pueden acompañar satisfagan sus necesidades emocionales.

¿Se han hallado pruebas científicas que apoyen la existencia de diferencias en la composición de las redes sociales a lo largo del ciclo vital? Los estudios longitudinales realizados revelan que los adultos ancianos disponen de redes sociales mucho más reducidas que los individuos jóvenes (Lee y Markides, 1990; Palmore, 1981). En un estudio realizado con sujetos de edades comprendidas entre los 69 y los 104 años, los participantes de mayor edad tenían menos contactos sociales esporádicos que los sujetos más jóvenes de la muestra, pero el número de relaciones emocionalmente cercanas era muy parecido (Lang y Carstensen, 1994).

La teoría de la selección socioemocional también se centra en los tipos de objetivos que los individuos desean conseguir (Charles y Carstensen, 2004; Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999; Fung y Carstensen, 2004; Kennedy, Mather y Carstensen, 2004). Así, se afirma que los dos tipos más importantes de objetivos son: 1) los relacionados con el conocimiento, y 2) los emocionales. Según esta teoría, la trayectoria de motivación para lograr los objetivos relacionados con el conocimiento comienza de forma intensa en los primeros años de vida, alcanza su mayor nivel en la adolescencia y la juventud y luego disminuye en la madurez y la vejez (véase la Figura 20.2). La trayectoria emocional presenta un nivel elevado durante la infancia y la niñez temprana, disminuye entre la niñez intermedia y la tardía y aumenta en la madurez y la vejez.

La percepción del tiempo constituye una de las principales razones argumentadas para explicar estas cambiantes trayectorias en la consecución de objetivos relacionados con el conocimiento y con las emociones. Debido a que los adultos de mayor edad perciben que disponen de menos tiempo en sus vidas, dedican más esfuerzo a lograr objetivos emocionales antes que a los fines relacionados con el conocimiento, tal vez porque los logros emocionales resultan más satisfactorios, como ocurre con la mejora de las relaciones familiares. Por otra parte, dado que los logros relacionados con el conocimiento (como, por ejemplo, el rendimiento laboral) son fuente de satisfacción desde la adolescencia tardía hasta la madurez, este tipo de objetivos se persiguen incluso a costa de la satisfacción emocional.

Al estudiar distintas muestras de sujetos (noruegos, religiosas católicas, afroamericanos, estadounidenses de origen chino y estadounidenses de origen europeo), los investigadores han determinado que los individuos de edad avanzada presentan

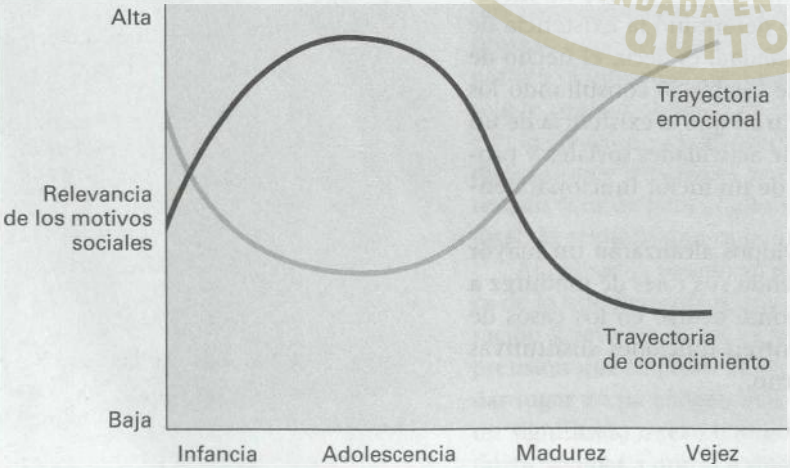


FIGURA 20.2 Modelo idealizado de selección socioemocional a lo largo del ciclo vital

Según la teoría de la selección emocional defendida por Carstensen, la motivación para alcanzar objetivos relacionados con el conocimiento y con las emociones varía a lo largo del ciclo vital.

un mayor control de sus emociones y un menor número de emociones negativas que los adultos más jóvenes (Lawton y otros, 1992; Mroczek, 2001). Al compararlos con los adultos jóvenes, los sentimientos de los adultos de mayor edad se suavizan, y su vida emocional es más estable, con menos altibajos. A pesar de que los adultos ancianos experimentan menos episodios de felicidad extrema, tal vez disfruten de un mayor grado de satisfacción, especialmente si sus relaciones con familiares y amigos resultan positivas. Para saber más acerca de la manera en la que las emociones cambian a lo largo del ciclo vital, puedes leer el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

Cambios emocionales durante la edad adulta

En un estudio se analizaron los cambios emocionales que se produjeron a lo largo de la adultez de 2.727 individuos estadounidenses con edades comprendidas entre los 25 y los 47 años (Mroczek y Kolarz, 1998). Los participantes en esta investigación completaron un cuestionario para evaluar la frecuencia con la que experimentaban emociones negativas y positivas durante un período de tiempo de 30 días. Se crearon dos escalas de seis ítems, una para las emociones positivas y otra para las negativas. Los participantes valoraron cada uno de los siguientes ítems en una escala que oscilaban entre 1 (nunca) a 5 (siempre):

Afecto positivo	Afecto negativo
1. Alegre	1. Tan triste que nada puede alegrarte
2. De buen humor	2. Nervioso
3. Extremadamente feliz	3. Intranquilo o inquieto
4. Tranquilo o en paz	4. Desesperado
5. Satisfecho	5. Todo representa un esfuerzo
6. Lleno de vida	6. No vale la pena

De esta manera, las puntuaciones podían oscilar entre 6 y 30 tanto para el afecto positivo como para el negativo.

Según los resultados obtenidos, los adultos de mayor edad experimentaban más emociones positivas y menos negativas que los individuos más jóvenes. El incremento de las emociones positivas que se producía con la edad aumentaba a un ritmo acelerado (véase la Figura 20.3). En definitiva, las investigaciones realizadas han determinado que la vida emocional de los adultos de mayor edad resulta más positiva de lo que se había pensado anteriormente (Carstensen, 1998; Mroczek, 2001).

Teoría de la selección, optimización y compensación

Según la **teoría de la selección, optimización y compensación,** el envejecimiento positivo está relacionado con tres factores fundamentales: la selección, la optimización y la compensación.

La *selección* se basa en la idea de que los adultos ancianos disponen de una capacidad reducida y sufren una disminución de su funcionamiento general, lo que exige una reducción del rendimiento en la mayor parte de las áreas de la vida. El concepto de *optimización* indica que resulta posible mantener el rendimiento en ciertas áreas a través de la práctica continua y del uso de las nuevas tecnologías. Por último, la *compensación* adquiere importancia cuando las tareas de la vida exi-

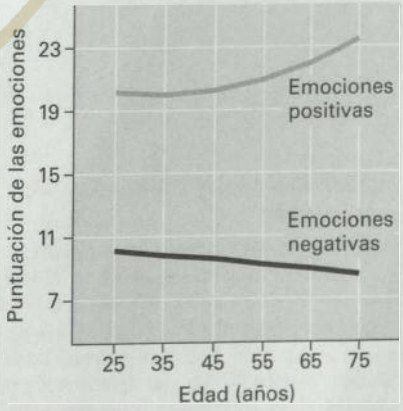


FIGURA 20.3 Cambios en las emociones positivas y negativas a lo largo de la adultez

Las valoraciones positivas y negativas podían oscilar entre los 6 y los 30 puntos. Las puntuaciones más altas reflejaban emociones positivas y las más bajas, emociones negativas. Las emociones positivas aumentaban en la madurez y la vejez, al tiempo que disminuían las negativas.

gen un nivel de capacidad que supera al potencial de rendimiento del individuo anciano. Los adultos de edad avanzada con frecuencia necesitan aplicar la compensación en circunstancias en las que se les plantean exigencias físicas o mentales elevadas, como al reflexionar sobre nueva información o al memorizarla de manera rápida, al reaccionar velozmente mientras se conduce o se corre, etc. La necesidad de la compensación resulta obvia en los casos en los que el anciano padece alguna enfermedad.

La teoría de la selección, optimización y compensación fue formulada por Paul Baltes y sus colegas (Baltes, 2003; Baltes y Baltes, 1990; Baltes y Smith, 2003; Freund y Baltes, 2002; Marsiske y otros, 1995). Estos investigadores utilizaron la biografía de Arthur Rubinstein como ejemplo para explicar su teoría. Cuando se le entrevistó a la edad de 80 años, Rubinstein afirmó que existían tres factores que explicaban su capacidad para mantener su condición de afamado pianista incluso durante la vejez. En primer lugar, controlaba las debilidades propias de la vejez reduciendo el alcance de sus actuaciones e interpretando menos composiciones (lo que supone un ejemplo de selección). En segundo lugar, dedicaba más tiempo a ensayar que en momentos anteriores de su vida (ejemplo de optimización). Por último, empleaba estrategias especiales, como disminuir la velocidad antes de partes rápidas en las composiciones interpretadas, con lo que se transmitía la sensación de que tocaba más velozmente (una actuación que refleja la compensación).

El proceso de la selección, la optimización y la compensación suele resultar eficaz en los casos en los que las pérdidas son muy evidentes en la vida de un individuo. La pérdida constituye un aspecto frecuente de la vejez, a pesar de que existen grandes diferencias en las características de las pérdidas. Por ello, la forma específica de selección, optimización y compensación que cada individuo aplique dependerá, en gran medida, de la historia personal del sujeto, de su patrón de intereses, valores, salud, capacidades y recursos.

Según Baltes (2000, 2003; Baltes y Smith, 2003; Krampe y Baltes, 2002), la selección de las áreas y de las prioridades vitales constituye un importante aspecto del desarrollo. Los objetivos y las prioridades en la vida varían a lo largo de la existencia para la mayor parte de individuos. Para muchos, no consiste únicamente en alcanzar ciertos logros, sino en que sus objetivos tengan valor y significado, lo que hace que sus vidas resulten satisfactorias. En un estudio, se demostró que los individuos jóvenes presentan más probabilidades de evaluar su bienestar atendiendo a los logros y a la trayectoria profesional, mientras que los adultos de más edad tendían a relacionar el bienestar con un buen estado de salud y con la capacidad de aceptar los cambios. Tal y como indicamos con anterioridad al analizar la teoría de la selección socioemocional, los objetivos relacionados con las emociones adquieren cada vez más importancia en el caso de los adultos de edad avanzada (Carstensen, 1998).

En un estudio transversal, se evaluó la inversión personal realizada en su vida por parte de individuos con edades comprendidas entre los 25 y los 105 años (Staudinger, 1996) (véase la Figura 20.4). Entre los 25 y los 34 años, los sujetos afirmaban que invertían más en el trabajo, los amigos, la familia y la independencia, en este orden. De los 35 a los 54 años, y de los 55 a los 65 años, la familia adquiría más importancia que los amigos. Apenas se producían cambios en la importancia otorgada a estos aspectos en el caso de los individuos con edades comprendidas entre los 70 y los 84 años. Sin embargo, para el rango de edad de 85 a 105 años, la salud se convertía en la inversión personal más importante. Además, el concepto de «reflexionar acerca de la vida» aparecía por primera vez entre los más importantes para estos últimos individuos.

En este mismo estudio, debemos advertir que la vejez se divide en dos subcategorías, de 70 a 84 años, por un lado, y de 85 a 105, por otro. Este hecho coincide con nuestra indicación, realizada en varias ocasiones, de que los investigadores ya no tienden a estudiar la vejez como una categoría homogénea, lo que resulta importante desde el punto de vista expresado por Paul Baltes acerca del envejecimiento.



FIGURA 20.4 Grado de inversión personal en distintas facetas de la vida en etapas diferentes del ciclo vital

En la tabla se muestran las cuatro facetas más importantes para los individuos en distintos momentos de la vida. La faceta que aparece en la parte superior es la que recibe un mayor grado de inversión personal (por ejemplo, el trabajo es la faceta más importante para los individuos con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años, la familia lo es para los individuos entre los 35 y los 84 años y la salud, para los mayores de 85 años).

Tal y como mencionamos en el Capítulo 1, Baltes (2003) considera que la optimización resulta más complicada para los ancianos muy mayores (individuos con más de 85 años de edad) que para los ancianos-jóvenes (de 65 a 84 años de edad). Este autor afirma que los ancianos muy mayores con frecuencia padecen pérdidas de su potencial cognitivo y de su capacidad para aprender, así como un aumento del estrés crónico, la presencia de demencia y mayores niveles de fragilidad. Además, se enfrentan a la dificultad de morir con dignidad. Sin embargo, Baltes también aporta información positiva acerca del envejecimiento: la esperanza de vida de los ancianos jóvenes está aumentando, al igual que su potencial para presentar un mejor estado de salud física y mental, incluyendo ganancias en estas áreas en el caso de cada nueva generación. Asimismo, estos individuos presentan reservas cognitivas y emocionales, pueden envejecer de manera positiva, disfrutan de mayores niveles de bienestar emocional y personal y disponen de estrategias eficaces para gestionar las pérdidas y las ganancias que se producen en la última etapa de la vida.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Analizar cinco teorías sobre el desarrollo emocional y el envejecimiento

REVISA

- ¿Cuáles son las ideas de Erikson acerca de la vejez?
- ¿Qué es la teoría de la desvinculación?
- ¿Qué afirma la teoría de la actividad?
- ¿Cuáles son los postulados de la teoría de la selección socioemocional? ¿Qué pruebas han aportado las investigaciones para apoyar esta teoría?
- ¿En qué se basa la teoría de la selección, optimización y compensación?

REFLEXIONA

- ¿Cuál de las cinco teorías mostradas describe mejor las vidas de los adultos ancianos que conoces? Explica tu respuesta.

2 EL YO Y LA SOCIEDAD

El yo | Los ancianos en la sociedad

¿Se producen cambios en la percepción del yo durante la vejez? ¿De qué manera percibe y trata la sociedad a los ancianos?

El yo

Nuestro análisis del yo se centra en los cambios que afectan a la autoestima y a la autoaceptación. En el Capítulo 13 ya estudiamos la manera en que el nivel de autoestima disminuye durante la adolescencia, especialmente en el caso de las chicas. ¿Cómo cambia la autoestima en la adultez?

Autoestima En el estudio transversal de la autoestima que analizamos en el Capítulo 13, se evaluó una muestra muy amplia y diversa formada por 326.641 individuos con edades comprendidas entre los 9 y los 90 años (Robins y otros, 2002). Aproximadamente dos tercios de los participantes eran estadounidenses. Se pidió a los sujetos de la muestra que puntuaran el ítem «Tengo un alto nivel de autoestima» en la siguiente escala de cinco puntos:

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo				Completamente de acuerdo

Se detectó que la autoestima aumentaba entre los 20 y los 30 años, se mantenía estable entre los 30 y los 40 años, se incrementaba considerablemente entre los 50 y los 70 años y luego disminuía de manera significativa entre los 70 y los 80 años de edad (véase la Figura 20.5). A lo largo de la mayor parte de los años de la adultez, la autoestima de los varones es mayor que la de las mujeres. Sin embargo, a partir de los 70 años de edad, la autoestima de los individuos de ambos sexos se iguala.

¿A qué puede deberse el descenso en la autoestima de los adultos ancianos? Entre las posibles explicaciones se ha apuntado al deterioro de la salud física y a las actitudes sociales negativas hacia los ancianos, a pesar de que estos factores no fueron objeto de análisis en el estudio a gran escala que acabamos de describir. Resulta necesario que se realicen nuevas investigaciones con el fin de verificar estos cambios evolutivos en la autoestima.

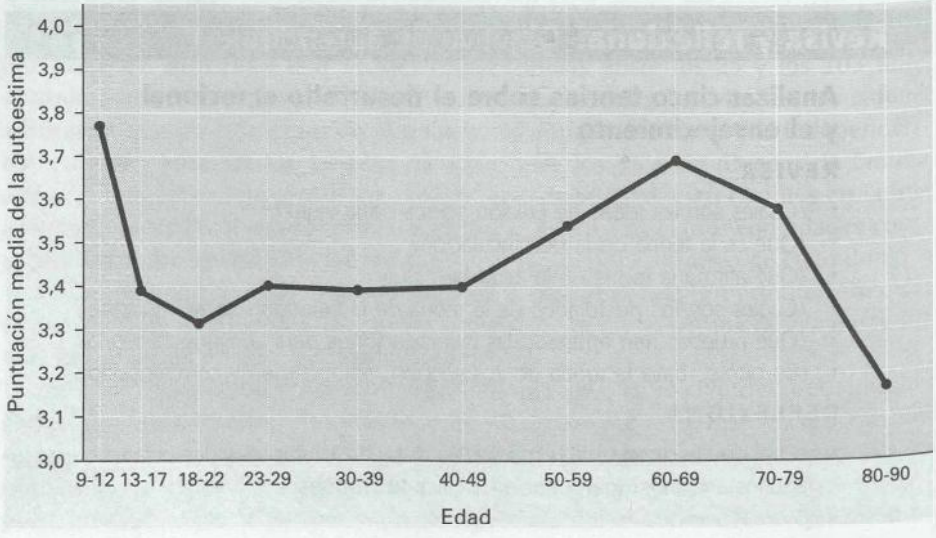


FIGURA 20.5 La autoestima a lo largo del ciclo vital

Según un estudio transversal, los niveles de autoestima eran altos en la niñez, disminuían en la adolescencia, aumentaban a lo largo de la juventud y la madurez y volvían a reducirse a partir de los 70 años de edad (Robins y otros, 2002). En esta investigación, se pidió a 300.000 individuos que valoraran su autoestima en una escala de cinco puntos en la que 5 indicaba estar «completamente de acuerdo» y 1, «completamente en desacuerdo».

Autoaceptación La autoaceptación constituye otro aspecto del yo que cambia a lo largo de la adultez. Según un estudio, la autoaceptación de los individuos en distintos momentos de su desarrollo adulto dependía de si describían su pasado, su presente, su futuro o su yo ideal (Ryff, 1991). Tal y como se muestra en la Figura 20.6, los adultos jóvenes y maduros presentan un mayor grado de aceptación de su yo ideal y de su yo futuro que del yo pasado o presente. Sin embargo, en el caso de los adultos ancianos, no se apreciaron apenas diferencias en su aceptación de estas variables, debido a la menor aceptación del yo futuro y del ideal, y a una mayor aceptación del yo pasado.

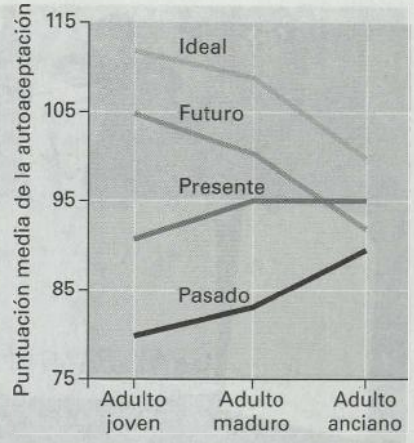


FIGURA 20.6 Cambios en la autoaceptación durante la adultez
La aceptación del yo futuro y del yo ideal disminuye con la edad y aumenta la aceptación del yo pasado. En cuanto al yo presente, su aceptación se incrementa levemente en la madurez para luego estabilizarse.

Los ancianos en la sociedad

¿Existen estereotipos sociales negativos acerca de los adultos ancianos? ¿Qué aspectos de las políticas sociales sobresalen en una sociedad marcada por el envejecimiento de la población? ¿De qué manera afectan los ingresos y la organización del modo de vida a los adultos ancianos?

Estereotipos acerca de los adultos ancianos La discriminación por edad consiste en la existencia de prejuicios contra otros individuos debido a su edad, especialmente prejuicios contra los ancianos. Al igual que el sexismo, este tipo de discriminación constituye uno de los aspectos más negativos de la sociedad. Muchos adultos ancianos han de vivir dolorosas situaciones de discriminación, pero se muestran demasiado educados o tímidos para plantarles cara (McMullin y Marshall, 2001; Perdue, 2000). En ciertas empresas tal vez no se contrate a adultos de mayor edad o se les despida porque se les considera individuos rígidos o poco inteligentes, o porque se piensa que contratar a empleados de edades avanzadas no resulta rentable (May, 2004). Los empleados de mayor edad pueden sufrir rechazo social porque se les percibe como individuos seniles o aburridos. En otras ocasiones, se les considera casi como niños, por lo que se les describe con adjetivos como «lindo» o «adorable». En el contexto familiar, los ancianos pueden verse rechazados por sus hijos, quienes los consideran individuos enfermos, poco atractivos y parasitarios. En definitiva, se puede percibir a los ancianos como personas incapaces de pensar con claridad, de adquirir nuevos conocimientos, de disfrutar del sexo, de colaborar con sus comunidades o de desempeñar su trabajo con responsabilidad. Todas estas percepciones pueden resultar inhumanas, pero en muchas ocasiones son la cruda realidad.

Las consecuencias personales de los estereotipos negativos que existen sobre el envejecimiento pueden resultar graves. Recientemente, un médico (con una edad de 60 años) le dijo a una paciente de 80 años: «Por supuesto que está cansada. Sólo necesita relajarse. No intente hacer demasiadas cosas. Al fin y al cabo, ya está usted muy mayor». Muchos adultos ancianos aceptan este tipo de comentarios incluso cuando surge del estereotipo y no de la evidencia médica. Según un reciente estudio, la discriminación por edad se encuentra muy extendida, y la forma más frecuente en la que se manifiesta es la falta de respeto hacia los ancianos seguida de la presunción de que la edad causa, necesariamente, enfermedades y fragilidad (Palmore, 2001).

Debido al número cada vez mayor de adultos que alcanzan edades avanzadas, se han llevado a cabo esfuerzos activos para mejorar la imagen social de los ancianos, obtener mejores condiciones de vida para estos individuos y conseguir influencia política. La Asociación Americana de Jubilados (*American Association for Retired Persons*, AARP) tiene más de treinta millones de socios, un número que supera a la población de muchos países. Las Panteras Grises (*Gray Panthers*), con 80.000 miembros, es una organización que presiona al Congreso estadounidense en cuestiones que van desde los seguros médicos hasta el coste de la vivienda para los adultos ancianos. Estos grupos realizan un gran esfuerzo de presión en la esfera política federal y estatal.



Las Panteras Grises son un grupo que presiona, de manera activa, a la clase política estadounidense para conseguir mejoras en multitud de aspectos, desde los seguros médicos al coste de la vivienda. Junto con la Asociación americana de jubilados, han desarrollado un enorme esfuerzo de presión en nombre de los ancianos sobre los grupos políticos federales y estatales. *¿Qué temas políticos surgen debido al envejecimiento de la sociedad?*

Aspectos políticos en una sociedad que envejece El envejecimiento de la población y el estatus social de los ancianos son aspectos que dan lugar al surgimiento de ciertas cuestiones políticas relacionadas con el bienestar de las personas de edad avanzada. Estas cuestiones comprenden la situación económica y la viabilidad del sistema de Seguridad Social, la existencia de atención sanitaria, el apoyo a las familias que cuidan de miembros ancianos y la injusticia generacional. A continuación trataremos cada uno de estos temas (Neugarten, 1988).

Un asunto de importancia relacionado con la economía y el envejecimiento, y que causa gran preocupación, es el hecho de que la economía no pueda soportar el peso que supone la existencia de cada vez más personas ancianas. Debido a su edad, estos individuos son solamente consumidores y no productores. Sin embargo, no todas las personas de 65 o más años de edad dejan de trabajar, y no todas las personas con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años trabajan. Además, muchos más individuos en el rango de edades entre los 55 y los 64 años se encuentran en el mercado laboral (tres de cada cinco varones) que en la década anterior. De esta manera, no resulta correcto describir a los ancianos como consumidores y a los adultos jóvenes como productores.

Una sociedad que envejece también da lugar a diversos problemas relacionados con la atención médica (Alemayehu y Warner, 2004; Barzilai y Rimm, 2004). Hoy en día, resulta preocupante el cada vez mayor coste del sistema sanitario. Un factor que contribuye a este aumento del gasto médico es el número creciente de ancianos (Rice y Fineman, 2004), quienes padecen más dolencias que los individuos jóvenes, aunque muchos adultos de edad avanzada afirman encontrarse en buen estado de salud. Los ancianos acuden más a la consulta del médico, y se les ingresa con mayor frecuencia en centros hospitalarios, donde permanecen durante períodos más largos. Aproximadamente una tercera parte de los gastos sanitarios totales de Estados Unidos se dedica al cuidado de los adultos con más de 65 años, quienes representan tan sólo el 12 por 100 de la población. Las necesidades de atención médica de los ancianos estadounidenses se reflejan en Medicare, el programa de la Seguridad Social que proporciona asistencia médica a los adultos mayores de 65 años. Resulta significativo el hecho de que Estados Unidos sea el único país desarrollado que proporciona un seguro médico sólo para los individuos ancianos, y no para el conjunto de la población. Además, es el único país desarrollado que carece de un sistema sanitario público nacional. Los ancianos aún deben costear una tercera parte de los gastos ocasionados por los tratamientos médicos que reciben. De esta manera, el aumento en el precio de los servicios sanitarios afecta tanto a los ancianos como a los individuos de menor edad (Alemayehu y Warner, 2004).

También causa preocupación el hecho de que, a pesar de que muchos de los problemas de salud de los ancianos son de naturaleza crónica y no aguda, el sistema médico aún se basa en buscar una cura en vez de en proporcionar cuidados. Las enfermedades crónicas se desarrollan a largo plazo, a menudo toda la vida, y requieren tratamientos a largo plazo, o incluso durante el resto de la vida (Flesner, 2004). Estas enfermedades suelen seguir el siguiente patrón: período grave en el que se hace necesaria la hospitalización, seguido de un período más largo de remisión. Luego se produce una repetición de este patrón. Con frecuencia, el lugar en el que se trata este tipo de enfermedades es el propio hogar del paciente, y no el hospital. En este sistema de cuidados centrado en el hogar, resulta necesario desarrollar una nueva forma de cooperación entre los médicos, enfermeras, pacientes, familiares y otros individuos que proporcionen algún tipo de servicio al anciano (May y otros, 2004). En estos casos, hay que formar al personal sanitario, quien

debe estar preparado para proporcionar cuidados a domicilio, compartiendo su autoridad con el paciente y, tal vez, cediéndola al cabo del tiempo.

El **cuidado de ancianos** consiste en la atención física y emocional que se presta a los miembros de mayor edad de la familia, tanto si se trata de asistencia física cotidiana como si consiste en organizar y supervisar dicha atención. A este respecto, se ha planteado cuál es la mejor manera de proporcionar cuidados a los ancianos (Monahan y Hopkins, 2002; Tuch, Parrish y Romer, 2003). Ahora que tantas mujeres son activas laboralmente, ¿quién va a ocupar su puesto como cuidadoras en el hogar? Además, muchos de los adultos que cuidan de ancianos tienen más de 60 años, y muchos también padecen enfermedades. Por ello, la responsabilidad de cuidar a familiares con más de 80 o 90 años puede resultar una causa importante de estrés.

Según un estudio, se pueden diferenciar dos sistemas distintos de cuidado de ancianos: el individual y el colectivo (Pyke y Bengtson, 1996). En el primer caso, el cuidado de los padres se considera una carga y se acepta con reticencias. Los individuos que presentan esta visión suelen afirmar que no disponen del tiempo necesario para cuidar de sus padres, por lo que recurren a maneras más formales de apoyo. Por el contrario, en las familias con un enfoque colectivo, el cuidado de los padres ancianos se asume como una labor de toda la familia, lo que afianza los vínculos existentes entre los distintos miembros del núcleo familiar.

Algunos gerontólogos defienden que los gobiernos deberían proporcionar ayuda económica a las familias para sufragar los gastos producidos por los cuidados que proporcionan en casa o para compensar la pérdida de ingresos que se origina cuando un individuo reduce su jornada laboral para cuidar de un familiar anciano (England y otros, 1991). Algunas grandes empresas colaboran con los trabajadores que deben cuidar de padres ancianos proporcionándoles horarios flexibles y creando más puestos a media jornada o trabajos que puedan realizarse desde casa. El sistema estatal de apoyo a estas familias se ha desarrollado muy lentamente. En opinión de algunos, la intervención gubernamental reduciría la responsabilidad de la familia, lo que podría afectar negativamente al bienestar tanto de los ancianos como de los adultos más jóvenes.

Otro asunto político relacionado con el envejecimiento es la **injusticia generacional** (un concepto que ya se analizó en el Capítulo 1), es decir, la idea de que nuestra sociedad, que se encuentra en un proceso de envejecimiento, no es justa con los jóvenes porque los adultos de mayor edad se benefician de una gran cantidad de recursos. Algunos expertos han señalado que la injusticia generacional da lugar a la aparición de conflictos entre las distintas generaciones y a divisiones en el seno de la sociedad (Longman, 1987). Por este motivo, surge la pregunta de si los jóvenes deberían costear los gastos ocasionados por los ancianos. En este sentido, se afirma que los individuos de la generación del *baby boom*, que ahora tienen entre 40 y 60 años, recibirán de la Seguridad Social ingresos menores de los que se proporcionan en la actualidad o, simplemente, no percibirán ningún tipo de pago cuando se jubilen si el ciclo económico entra en crisis.

Ingresos Los ancianos que viven en una situación de pobreza también son causa de preocupación (Angel y otros, 2004; Chen y Escarce, 2004; Yali y Revenson, 2004). Según un reciente análisis, los niveles inferiores de calidad de vida relacionados con el estado de salud en ancianos estadounidenses se asociaban con la existencia de ingresos iguales o inferiores a los 15.000 dólares (Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, *Centers for Disease Control and Prevention*, 2003).

Datos recientes incluidos en el censo estadounidense señalan que, a pesar de que el número total de ancianos que viven en la pobreza ha descendido desde la década de los sesenta, el porcentaje de ancianos pobres sigue oscilando entre el 10 y el 12 por 100 desde comienzos de los años ochenta (Oficina Estadounidense del Censo, *U.S. Bureau of the Census*, 2004). Más del 25 por 100 de las mujeres ancianas

que viven solas presentan una situación de pobreza. Además, el número de mujeres ancianas solteras que viven ligeramente por encima del umbral de la pobreza sigue siendo muy elevado. Los índices de pobreza de los individuos de minorías étnicas doblan o triplican los niveles registrados en el caso de individuos de raza blanca. Si se combinan las variables de sexo y origen étnico, se detecta que 60 por 100 de las mujeres ancianas afroamericanas y 50 por 100 de las ancianas hispanas que viven solas presentan una situación de pobreza. Asimismo, los ancianos muy mayores constituyen el subgrupo de edad con más probabilidades de vivir en la pobreza.

Muchos adultos ancianos se muestran, lógicamente, preocupados por sus ingresos (Chernichovsky y Markowitz, 2004). Por término medio, los ingresos de los estadounidenses jubilados representan tan sólo la mitad de lo que ganaban cuando trabajaban. A pesar de que los individuos jubilados deben hacer frente a menos gastos relacionados con actividades laborales y sociales, los adultos de más de 65 años de edad dedican una gran parte de sus ingresos a la adquisición de alimentos y útiles, y a sufragar gastos médicos. En comparación con los adultos con edades por debajo de los 65 años, los ancianos gastan menos en transporte, ropas, planes de pensiones o seguros de vida y en ocio. La Seguridad Social constituye la principal fuente de ingresos para los ancianos estadounidenses (38 por 100), seguido de sus ahorros, ganancias y pensiones. Existe una especial preocupación por la pobreza en la que viven muchas mujeres ancianas y por el papel desempeñado por la Seguridad Social, que podría proporcionarles cierta seguridad económica (Rupp, Strand y Davies, 2003).

Organización del modo de vida Según el estereotipo existente acerca de los adultos ancianos, estos individuos suelen vivir en hospitales, centros psiquiátricos, residencias, etc. Sin embargo, casi el 95 por 100 de los adultos ancianos viven en su entorno habitual. Aproximadamente dos tercios de los ancianos viven con familiares (cónyuge, hijos, hermanos, por ejemplo), mientras que casi un tercio de estas personas vive solo. Cuanto mayor sea su edad, más probabilidades existen de que vivan solos. La mitad de las mujeres ancianas de más de 75 años vive sola. La mayoría de los adultos ancianos que viven solos están viudos, una situación en la que se encuentran tres veces más mujeres que hombres (Oficina Estadounidense del Censo, *U.S. Bureau of the Census*, 2004). Al igual que en el caso de los adultos jóvenes, vivir solo no implica vivir en soledad (Kasper, 1988). Los adultos ancianos que viven solos y pueden cuidar de sí mismos suelen presentar un buen estado de salud y escasas discapacidades, además de mantener intercambios sociales frecuentes con parientes, amigos y vecinos.

Durante muchos años, las investigaciones que han estudiado los estilos de vida de los ancianos se han centrado en contextos especiales como las residencias para la tercera edad, las viviendas de protección oficial, los parques de autocaravanas, los hostales para indigentes o las comunidades de jubilados, a pesar de que menos del 10 por 100 de los ancianos vive en alguno de estos contextos. Sin embargo, la calidad de las viviendas de numerosos ancianos no es, en absoluto, ideal. La gran mayoría de los ancianos prefiere vivir de manera independiente (solos o con su cónyuge) antes que con un hijo, un familiar o en algún tipo de institución. No obstante, muchos de estos ancianos residen en viviendas que no resultan adecuadas. En un estudio se analizó la relación existente entre el medio físico en el que vivían los individuos ancianos y la manera en la que percibían su propio estado de salud (Krause, 1996). Los adultos ancianos que vivían en las peores viviendas consideraban que su estado de salud era peor que el de los individuos que vivían en mejores condiciones.

Tan sólo el 5 por 100 de los adultos con más de 65 años viven en algún tipo de institución, pero la probabilidad de residir en alguno de estos centros aumenta con la edad. Por ejemplo, el 23 por 100 de los adultos de más de 85 años de edad residen en instituciones. La mayoría de estas personas suelen ser mujeres viudas,

muchas de las cuales no pueden desplazarse por su entorno, presentan dificultades mentales o padecen incontinencia (no pueden controlar sus funciones excretoras). Debido al envejecimiento de la población y a que la esperanza de vida de las mujeres aumenta a un ritmo mayor que la de los hombres, se calcula que, en el futuro, un mayor número de mujeres viudas residirá en algún tipo de institución.

Hasta ahora, nuestro análisis de la situación de las viviendas de los ancianos se ha centrado en Estados Unidos. En un reciente estudio se analizaron los estilos de vida de individuos ancianos de cuarenta y tres países en vías de desarrollo (Bongaarts y Zimmer, 2002), y se concluyó que las mujeres ancianas tenían más probabilidades de vivir solas que los varones. En Asia, resultaba más frecuente que los ancianos vivieran con sus hijos adultos, al contrario que en África.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Señalar los cambios que se producen en el yo y en la sociedad durante la vejez

REVISA

- ¿Qué cambios se producen en la autoestima y la autoaceptación durante la vejez?
- ¿Qué visión se tiene de los ancianos en la sociedad y cómo se les trata?

REFLEXIONA

- ¿Cómo crees que será tu vida en la vejez?

3 FAMILIAS Y RELACIONES SOCIALES

Diversidad en los estilos de vida | **Bisabuelos** | **Apoyo e integración sociales**

Padres ancianos y sus hijos adultos | **Amistad** | **Altruismo y voluntariado**

¿Existen diferencias entre las relaciones cercanas de los ancianos y las de los adultos más jóvenes? ¿Cómo son los estilos de vida de los adultos ancianos? ¿Cuáles son las características de las relaciones entre los padres ancianos y sus hijos adultos? ¿Existen diferencias entre el papel desempeñado por los bisabuelos y el de los abuelos? ¿Qué aportan las amistades y las redes sociales a las vidas de los ancianos? ¿De qué manera pueden resultar beneficiosos el altruismo y el voluntariado de los adultos ancianos?

Diversidad en los estilos de vida

Los estilos de vida de los ancianos están cambiando. Antes, los últimos años de vida se caracterizaban por el matrimonio, en el caso de los hombres, y la viudedad, en el caso de las mujeres (Allen, Blieszner y Roberto, 2000). En la actualidad, debido a los cambios demográficos que tienden a la disolución de los matrimonios y al divorcio, una tercera parte de los adultos se casarán, divorciarán y volverán a contraer matrimonio a lo largo de su vida. A continuación analizaremos la diversidad en los estilos de vida de los adultos ancianos, para lo que comenzaremos con los individuos casados o que viven con su pareja.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Adultos ancianos casados En el año 2000, las probabilidades de que los varones ancianos estuvieran casados eran mayores que en el caso de las mujeres (74 por 100 para los hombres y 43 por 100 para las mujeres) (Oficina Estadounidense del Censo, *U.S. Bureau of the Census*, 2002). Aproximadamente la mitad de las mujeres ancianas eran viudas (45 por 100). El número de viudas cuadruplicaba al de viudos.

Los años que median entre la jubilación y el fallecimiento suelen denominarse «la fase final del proceso del matrimonio». La jubilación altera el estilo de vida de la pareja, por lo que se hace necesario un proceso de adaptación (Dickson, Christian y Remmo, 2004; Pruchno y Rosenbaum, 2003). Los mayores cambios se aprecian en la estructura familiar tradicional, en la que el marido trabaja y la esposa es ama de casa. A veces, el hombre no sabe cómo ocupar su tiempo, y la mujer puede sentirse incómoda con la presencia de su esposo en casa todo el día. En las familias tradicionales, puede resultar necesario que ambos miembros de la pareja adopten roles más expresivos. El marido debe adaptarse: ya no proporciona los ingresos con su trabajo fuera de casa, sino que debe ayudar en las tareas del hogar. Por su parte, la mujer deja de ser la única encargada del hogar, y debe compartir y delegar responsabilidades domésticas. La felicidad conyugal de los adultos ancianos también se ve afectada por la capacidad que cada miembro de la pareja muestre para resolver conflictos personales, incluyendo el envejecimiento, la incidencia de enfermedades y la muerte (Field, 1996).

Los individuos casados o que viven con sus parejas en la vejez suelen presentar mayores niveles de felicidad que las personas que permanecen solteras (Lee, 1978). En un reciente estudio se determinó que los adultos ancianos se mostraban más satisfechos con sus matrimonios que los adultos jóvenes y maduros (Bookwala y Jacobs, 2004). De hecho, la mayoría de los individuos ancianos calificaban su matrimonio de feliz o muy feliz (Huyck, 1995). La satisfacción conyugal suele ser mayor en el caso de las mujeres que de los varones, lo que posiblemente se deba a que las mujeres otorgan una mayor importancia a la satisfacción que se obtiene a través de la relación marital. Sin embargo, estas diferencias entre ambos sexos pueden dejar de producirse debido a la incorporación de las mujeres al mundo profesional.

Adultos ancianos divorciados o que vuelven a casarse En el año 2000, los adultos ancianos divorciados o separados constituían tan sólo el 8 por 100 del total de ancianos en Estados Unidos (Oficina Estadounidense del Censo, *U.S. Bureau of the Census*, 2002). No obstante, este porcentaje ha aumentado de forma considerable desde 1990 (1,5 millones). Muchos de estos individuos se habían divorciado o separado antes de llegar a la vejez.

El divorcio da lugar a una serie de consecuencias sociales, económicas y físicas que afectan a los ancianos (Jenkins, 2003; Pasley, 1996). La disolución del matrimonio puede debilitar los vínculos familiares cuando se produce en un estadio tardío de la vida, especialmente en el caso de los varones ancianos (Cooney, 1994). Las mujeres ancianas divorciadas presentan menos probabilidades de disponer de recursos económicos adecuados que las casadas, y al igual que en etapas más tempranas de la adultez, el divorcio se relaciona con la presencia de problemas de salud durante la vejez (Lillard y Waite, 1995).

El número de adultos ancianos que se vuelven a casar ha aumentado como consecuencia de los mayores índices de divorcio, el aumento de la longevidad y la mejora en el estado de salud del que gozan los ancianos (Coleman, Ganong y Fine, 2000). ¿Qué ocurre cuando un anciano quiere volver a casarse o da este paso? Los investigadores han determinado que algunos ancianos se ven sometidos a una presión social negativa debido a su decisión de volver a contraer matrimonio (McKain, 1972). Estas reacciones negativas pueden ir de la indignación al rechazo por parte de los hijos adultos. Sin embargo, la mayoría de hijos adultos apoyan la decisión de sus padres ancianos de volver a casarse. Las investigaciones han demos-

trado que los padres que vuelven a contraer matrimonio y sus parejas proporcionan menos apoyo a los hijos de su cónyuge que los padres que siguen viviendo en su primer matrimonio (White, 1994).

Adultos ancianos que nunca se han casado No todos los adultos ancianos han estado casados en algún momento de sus vidas. Aproximadamente el 8 por 100 de todos los individuos que alcanzan la edad de 65 años jamás ha contraído matrimonio. Contradiciendo el estereotipo popular, los adultos ancianos que no se han casado parecen mostrar menos dificultades para hacer frente a la soledad durante la vejez. Muchos de ellos ya saben cómo vivir de manera autónoma y pueden valerse por sí mismos.

Cada vez más adultos ancianos viven en pareja sin estar casados, una situación que apenas se producía en 1960 (Chevan, 1996). En la actualidad, aproximadamente el 3 por 100 de los ancianos vive en pareja sin que exista matrimonio (Oficina Estadounidense del Censo, *U.S. Bureau of the Census*, 2004). En muchos casos, esta forma de vida surge de la necesidad de compañía más que del amor. En otros casos, por ejemplo, cuando se estima que un miembro de la pareja necesitará cuidados que representarán un gran gasto económico, la pareja puede decidir mantener sus bienes separados, por lo que no contraen matrimonio. Se calcula que el número de parejas que convivirán sin estar casadas va a aumentar aún más, ya que los individuos de la generación del *baby boom* alcanzarán los 65 años en 2010 y llegarán a la vejez con sus poco tradicionales ideas acerca del amor, el sexo y las relaciones.

Amor y sexo en las relaciones de adultos ancianos Pocos se imaginan que los ancianos puedan interesarse por el sexo o por las relaciones románticas. Suele pensarse que su interés se centra en los juegos de cartas o en mantener una conversación con los vecinos en el patio de su casa, y poco más. Sin embargo, numerosos adultos ancianos tienen citas. El mejor estado de salud y la longevidad han dado como resultado la existencia de un mayor número de adultos ancianos que llevan vidas activas. Además, el elevado índice de divorcios ha aumentado el número de ancianos que tienen citas con otros individuos de edades similares.

En cuanto a su sexualidad, los adultos ancianos pueden expresarla de forma distinta a los adultos de menor edad, especialmente cuando existen dificultades para mantener relaciones sexuales. Los ancianos suelen disfrutar con caricias y tocamientos como parte de sus encuentros sexuales. Si disfrutan de un buen estado de salud, aún pueden mantener relaciones plenas. Además, el mayor uso de medicamentos que tratan la disfunción eréctil permite estimar un aumento en la actividad sexual de la población anciana. Sin embargo, en la vejez, la compañía suele resultar más relevante que la actividad sexual, por lo que las parejas de ancianos con frecuencia otorgan más importancia a la intimidad que a la habilidad sexual.

Padres ancianos y sus hijos adultos

Aproximadamente el 80 por 100 de los adultos ancianos tienen hijos, muchos de los cuales se encuentran en su madurez. Cerca del 10 por 100 de los ancianos tienen hijos con edades que superan los 65 años. Los hijos adultos constituyen un elemento fundamental de la red social de la que disponen los padres ancianos. Las investigaciones realizadas han determinado que los adultos ancianos con hijos mantienen más contactos con sus parientes que los que no tienen descendencia (Johnson y Troll, 1992).

Cada vez en mayor medida, la diversidad se ha convertido en una característica de los padres ancianos y de sus hijos adultos. El divorcio, las parejas de hecho, y la educación de los hijos fuera del vínculo matrimonial han pasado a ser situa-

ciones mucho más frecuentes en las vidas de los adultos de hoy en día que en épocas pasadas (Allen, Blieszner y Roberto, 2000). Además, según un estudio, sólo 10 de cada 45 ancianos tenían hijos adultos con un estilo de vida que podría denominarse «convencional» en lo relativo al matrimonio y a su rol como padres (Allen y otros, 1999).

El género desempeña un importante papel en las relaciones entre los padres ancianos y sus hijos adultos. Resulta más probable que las hijas adultas, y no los hijos varones, participen en la vida de sus padres. Por ejemplo, la probabilidad de que las hijas adultas ayuden a sus padres en las actividades cotidianas es tres veces superior a que lo hagan los varones (Dwyer y Coward, 1991).

Una tarea de gran valor que los hijos adultos pueden realizar es la de coordinar y supervisar las atenciones que recibe uno de sus padres si éste padeciera alguna discapacidad. Esta tarea puede consistir en elegir una residencia y comprobar su calidad, conseguir atención médica, organizar la asistencia de los servicios públicos y gestionar las finanzas de sus padres. En algunos casos, los hijos adultos proporcionan cuidados directos en la vida diaria, en actividades como la alimentación, la higiene o la vestimenta. Incluso en el caso de padres ancianos que no padecen discapacidades especialmente graves, suele ser necesaria la ayuda de los hijos para realizar la compra y las tareas domésticas, proporcionar transporte, arreglar desperfectos en la vivienda o pagar los recibos.

Las investigaciones realizadas han determinado que las relaciones entre los hijos adultos y sus padres ancianos están marcadas por la presencia de una ambivalencia entre las percepciones positivas y las negativas. En lo positivo, estas percepciones comprenden el amor, la asistencia recíproca y los valores compartidos. En la parte negativa, las percepciones se refieren al aislamiento, los conflictos y problemas familiares, el maltrato, la falta de cuidados y el estrés que padecen los encargados de cuidar al anciano (Fowler, 1999). Según una reciente investigación que analizó la manera en la que 1.599 hijos adultos percibían las relaciones con sus padres ancianos, resultaba probable que la ambivalencia se produjera cuando en las relaciones participaban familiares políticos, individuos con un mal estado de salud e hijos adultos que habían tenido una mala relación con sus padres en etapas anteriores de la vida (Wilson, Shuey y Elder, 2003).

Bisabuelos



A comienzos del siglo XX, resultaba frecuente que en una familia hubiera miembros de tres generaciones. Hoy en día, también es frecuente que haya miembros de cuatro generaciones. De esta manera, un número cada vez mayor de abuelos también son bisabuelos. En la foto, los Jordan, una familia con cuatro generaciones: la suegra, la hija, la nieta y la esposa del autor de este libro, John Santrock.

Debido a la longevidad de la que se disfruta en la actualidad, cada vez más abuelos se convierten también en bisabuelos, en mayor medida que en épocas pasadas. A comienzos del siglo XX, resultaba frecuente que una familia estuviera formada por miembros de tres generaciones, pero en la actualidad también es frecuente la familia con miembros de cuatro generaciones. Una de las contribuciones de los bisabuelos es la de transmitir la historia familiar contándoles a sus hijos, nietos y bisnietos cuáles con los orígenes de la familia, qué han logrado sus miembros, qué situaciones han vivido y cómo han cambiado sus vidas con el transcurrir de los años (Harris, 2002).

Se han realizado escasas investigaciones acerca del papel desempeñado por los bisabuelos. Un estudio analizó la relación existente entre los adultos jóvenes y sus abuelos y bisabuelos (Roberto y Skoglund, 1996). Los individuos jóvenes interactuaban más y participaban en más actividades con sus abuelos que con sus bisabuelos, y consideraban que los primeros poseían un papel más definido y ejercían una mayor influencia en sus vidas que los bisabuelos.

Lillian Troll (1994, 2000) determinó que los adultos ancianos cuyas vidas se caracterizan por la intensidad de las relaciones fa-

miliares presentan niveles mucho más bajos de angustia que los ancianos que no disponen de familia. A continuación, analizaremos otros aspectos de las relaciones sociales en la vejez: la amistad y el apoyo y la integración sociales.

Amistad

La experta en envejecimiento Laura Carstensen (1998) concluyó que los individuos, al envejecer, se decantan por los amigos cercanos antes que por hacer nuevas amistades. Así, parecen sentirse satisfechos siempre que cuenten con algunas personas cercanas en su red social.

Según un reciente estudio realizado con 128 adultos ancianos casados, las mujeres presentaban una mayor incidencia de depresión que los varones si no disponían de una persona a la que consideraran su mejor amigo. Además, las mujeres que sí tenían un amigo o una amiga mostraban niveles menores de depresión (Antonucci, Lansford y Akiyama, 2001). De manera parecida, las mujeres que no disponían de un buen amigo se mostraban menos satisfechas con sus vidas que las que sí tenían ese tipo de relación.

En un estudio de las amistades de los adultos jóvenes y de los ancianos muy mayores, se detectó un mayor grado de continuidad que de cambio en la cantidad de contactos que se mantenían con los amigos (Field, 1999). Sin embargo, sí se apreciaban cambios en las amistades de los ancianos varones que en el caso de las mujeres. El número de amigos de los hombres ancianos disminuía, como también lo hacía su deseo de establecer nuevas amistades y de participar en actividades fuera del entorno familiar. Las mujeres, por su parte, no presentaban cambios en estas áreas.

¿Qué ocurre cuando los amigos de un adulto anciano fallecen? Según un estudio, una de las maneras con que los ancianos se enfrentan a esta pérdida es la relajación de sus exigencias para determinar quién podía considerarse un amigo (Johnson y Troll, 1994). Si antes eran «amigos» los compañeros más cercanos, ahora lo son tanto la mujer con la que se cruzan en el vestíbulo como el repartidor de comida a domicilio.

Apoyo e integración sociales

Según el modelo del *convoy social* de las relaciones, los sujetos viven toda su existencia sumergidos en una red personal de individuos a los que aportan apoyo y de los que reciben apoyo social (Antonucci y Akiyama, 2002; Antonucci, Lansford y Akiyama, 2001; Antonucci, Vandewater y Lansford, 2000). El apoyo social puede ayudar a los individuos de todas las edades a hacer frente a las dificultades con mayor eficacia.

El apoyo social del que dispongan puede mejorar la salud física y mental de los adultos ancianos (Bisschop y otros, 2004; Erber, 2005; Pruchno y Rosenbaum, 2003). El apoyo social se encuentra relacionado con la reducción de los síntomas de enfermedades y con la capacidad para cubrir las propias necesidades de tratamientos sanitarios (Cohen, Teresi y Holmes, 1985). El apoyo social también hace disminuir la probabilidad de que un adulto anciano deba residir en algún tipo de institución (Antonucci, 1990), y se relaciona con una menor incidencia de depresión en los ancianos (Joiner, 2000).

El apoyo social que reciben los adultos ancianos puede depender de su sexo. Según un reciente estudio realizado con adultos ancianos casados, los varones recibían apoyo emocional de sus esposas, mientras que las mujeres tendían a buscar ese apoyo en sus amistades, parientes e hijos (Gurung, Taylor y Seeman, 2003).

La integración social también resulta un factor de importancia en la vida de muchos adultos ancianos (Antonucci, Vandewater y Lansford, 2000; Holtzman y otros, 2004; Kelley-Moore y Ferraro, 2004; Luszcz y Giles, 2002). Tanto la soledad



¿Qué papel desempeña el apoyo social en la salud de los ancianos?

como el aislamiento social constituyen factores de riesgo significativos en el caso de estos individuos (Rowe y Kahn, 1997). Según una investigación, la longevidad estaba relacionada con la pertenencia del sujeto a una red social, especialmente en el caso de los varones (House, Landis y Umberson, 1988). En un estudio longitudinal, tanto los hombres como las mujeres que pertenecían a un mayor número de organizaciones sociales tenían vidas más extensas que los individuos de edades similares que participaban en un número inferior de organizaciones (Tucker y otros, 1999).

Cuando analizamos la teoría de la selección socioemocional, indicamos que muchos adultos ancianos eligen reducir el número de sus contactos sociales esporádicos y centrarse en los contactos emocionalmente positivos con familiares y amigos. De esta manera, aunque la intensidad de la actividad social de los adultos ancianos disminuye, este hecho no es causa de consternación para los individuos. Al contrario, dicha disminución podría ser el reflejo de que el anciano decide dedicar más tiempo a un círculo reducido de amigos y familiares donde resulta menos probable que se produzcan experiencias emocionales negativas.

Altruismo y voluntariado

Comúnmente, se considera que los ancianos necesitan ayuda y, por tanto, no pueden proporcionarla. Sin embargo, recientes investigaciones han demostrado que los adultos ancianos se benefician de sus propias conductas altruistas y de voluntariado. En un reciente estudio se realizó un seguimiento de 423 parejas de ancianos durante cinco años (Brown y otros, 2003). Al comenzar la investigación, se pidió a las parejas de sujetos que indicaran en qué medida habían proporcionado ayuda emocional o práctica en el año anterior, y en qué medida la habían recibido. Cinco años más tarde, los individuos que indicaron que habían ayudado presentaban la mitad de probabilidades de haber fallecido en dicho espacio de tiempo. Esta situación puede explicarse si atendemos al hecho de que las conductas de ayuda pueden reducir la fabricación de hormonas del estrés, lo que mejora la salud cardiovascular y refuerza el sistema inmunológico.

Además, según las conclusiones de las investigaciones realizadas, participar en tareas de voluntariado durante la vejez se relaciona con la existencia de una serie de beneficios para el individuo. En uno de los primeros estudios realizados sobre esta cuestión con individuos mayores de 65 años, se determinó que, frente a los sujetos que no realizaban tareas de voluntariado, aquellos que sí las efectuaban se mostraban más satisfechos con sus vidas y mostraban niveles inferiores de depresión y ansiedad (Hunter y Linn, 1980). En una investigación realizada en Japón con 2.000 adultos ancianos, se concluyó que los que ayudaban a otros en mayor medida disfrutaban de un mejor estado de salud que los ancianos que no mostraban esa conducta de ayuda (Krause y otros, 1999). Según un reciente estudio, realizar tareas de voluntariado en la vejez se relacionaba con la existencia de más afecto positivo y de un menor nivel de afecto negativo (Greenfield y Marks, 2004). Estos beneficios pueden deberse a que el voluntariado proporciona oportunidades para realizar actividades constructivas, asumir roles productivos, fomentar la integración social y dotar de sentido a las vidas de los voluntarios.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Indicar las características de las familias y de las relaciones sociales de los adultos ancianos

REVISA

- ¿De qué manera puede describirse la diversidad de estilos de vida adulta?
- ¿Cuáles son las características de las relaciones entre los padres ancianos y sus hijos adultos?
- ¿Existen diferencias entre el rol desempeñado por los bisabuelos y el de los abuelos?
- ¿Cómo es la amistad durante la vejez?
- ¿Cuál es la importancia del apoyo y de la integración sociales durante la vejez?
- ¿De qué manera benefician el altruismo y el voluntariado a los adultos ancianos?

REFLEXIONA

- Si diseñaras una investigación sobre las relaciones cercanas de los adultos ancianos, ¿qué aspecto te interesaría estudiar? Describe una investigación que te resultara interesante. ¿Se trata de un estudio correlacional o experimental? ¿Qué método de medición (observación, entrevista, encuesta, etc.) utilizarías?

4 ORIGEN ÉTNICO, GÉNERO Y CULTURA

Origen étnico | Género | Cultura

¿Qué relación existe entre el origen étnico y el envejecimiento? ¿Cambian los roles de género durante la vejez? ¿Qué aspectos sociales del envejecimiento se detectan en otras culturas?

Origen étnico

En Estados Unidos, la situación de los adultos ancianos de minorías étnicas resulta preocupante, principalmente en el caso de los afroamericanos e hispanos, grupos sociales que destacan en las estadísticas sobre pobreza (Angel y otros, 2004; Erber, 2005; Yali y Revenson, 2004). Fijémonos en el caso de Harry, un varón afroamericano de 72 años de edad que vive en un hostal en pésimas condiciones en Los Ángeles (California, Estados Unidos). Harry padece artritis y utiliza un andador. No ha podido trabajar durante años y la paga que recibe del Estado apenas cubre sus necesidades.

Al comparar la información disponible sobre los afroamericanos, los hispanos y los blancos, se advierte la existencia de un doble riesgo que afecta a los individuos de minorías étnicas, quienes se enfrentan a problemas relacionados tanto con el racismo como con la discriminación por edad (Barnes y otros, 2004; Jackson, Chatters y Taylor, 1993). Además, en el caso de los ancianos de minorías étnicas, tanto su capacidad económica como su salud sufren un deterioro más rápido que para los ancianos de raza blanca (Edmonds, 1993), y presentan más probabilidades de enfermar, pero no de recibir tratamiento médico. Resulta más frecuente que los ancianos de minorías étnicas presenten unos antecedentes caracterizados por el menor nivel educativo, el desempleo, la vida en domicilios en peores condiciones

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

y la existencia de una menor esperanza de vida, frente a la situación de los ancianos blancos (Hilmes, Hogan y Eggebeen, 1996). Asimismo, muchos trabajadores de minorías étnicas nunca acceden a los pagos de la Seguridad Social o de los programas estatales de seguros médicos para ancianos (Medicare, en Estados Unidos) a los que contribuyen con sus salarios porque fallecen antes de alcanzar la edad mínima para recibirlos.

A pesar del estrés y la discriminación con los que se encuentran los individuos ancianos de minorías étnicas, muchos de estos adultos han desarrollado mecanismos para hacer frente a este tipo de dificultades que les permiten sobrevivir en un mundo dominado por la cultura blanca (Markides y Rudkin, 1996). La extensión de las redes familiares contribuye a que estos individuos puedan cubrir sus necesidades vitales básicas y les permite sentirse queridos (Antonucci, Vandewater y Lansford, 1998). En las comunidades afroamericanas e hispanas, los centros religiosos proporcionan la oportunidad de participar en actividades sociales relevantes, así como la sensación de poder y de satisfacción interna. Los vecindarios con mayoría de habitantes de una determinada minoría étnica permiten que los ancianos sientan su pertenencia a un grupo concreto. De esta manera, siempre resulta importante considerar las variaciones individuales en las vidas de los ancianos de minorías étnicas (Whitfield y Baker-Thomas, 1999).

Género

¿Cambian los roles de género al envejecer? Para algunos expertos en desarrollo, cuando los individuos alcanzan la vejez, se produce una disminución tanto de la feminidad como de la masculinidad (Gutmann, 1975). Las pruebas parecen indicar que los varones ancianos adquieren características femeninas (preocupación por los demás, sensibilidad, etc.), pero no ocurre lo mismo en el caso de las mujeres, quienes no adquieren necesariamente características masculinas (asertividad, dominancia, etc.) (Turner, 1982). No podemos olvidar que la influencia de la cohorte resulta especialmente importante en áreas como los roles de género. Cuando los cambios sociales se producen y se evalúan —cada vez con mayor frecuencia— en los estudios sobre el ciclo vital, se detecta que lo que antes se consideraba una consecuencia de la edad puede ser, en realidad, el efecto de la cohorte (Jacobs, 1994).

Según una investigación, el tiempo dedicado a ciertas actividades obligatorias por parte de los adultos ancianos seguía tendencias opuestas en el caso de los hombres y en el de las mujeres (Verbrugge, Gruber-Baldini y Fozard, 1996). Entre 1958 y 1992, disminuyó el tiempo dedicado por los ancianos varones al trabajo remunerado, pero aumentó el que empleaban para realizar tareas domésticas, reparaciones en el hogar, trabajos de jardinería, compras o cuidado de los hijos. Por el contrario, las mujeres ancianas realizan una mayor cantidad de trabajo remunerado y dedican menos tiempo a las tareas del hogar.

Muchas mujeres se enfrentan también a un doble riesgo: la amenaza tanto del sexismo como de la discriminación por edad (Lopata, 1994). El índice de pobreza que afecta a las mujeres ancianas casi dobla al que se registra en el caso de los varones. Según Mary Rose Oakar, congresista estadounidense, la prioridad fundamental de las mujeres maduras y ancianas debería ser su seguridad económica. Para Oakar, se puede estimar que el 25 por 100 de las mujeres trabajadoras de la actualidad vivirán en la pobreza cuando alcancen la vejez. Sin embargo, el interés científico o político por las mujeres ancianas constituye un fenómeno reciente. Durante muchos años, la mujer anciana era un ser invisible que no aparecía en las investigaciones sobre el envejecimiento ni en los movimientos de protesta que demandaban más derechos para la población anciana (Markson, 1995). Ahora, a comienzos del siglo XXI, el interés por el envejecimiento y por los derechos de las mujeres ancianas posee una mayor importancia tanto para los investigadores como para los políticos.

No sólo debemos preocuparnos por la doble amenaza que afecta a las mujeres ancianas (sexismo y discriminación por edad), sino que se debe prestar especial atención a la situación de las ancianas de minorías étnicas (Locher y otros, 2005), quienes se enfrentan a un triple riesgo: discriminación por edad, sexismo y racismo (Burton, 1996; Markides, 1995). Para saber más acerca de la situación de estas mujeres, puede leer el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



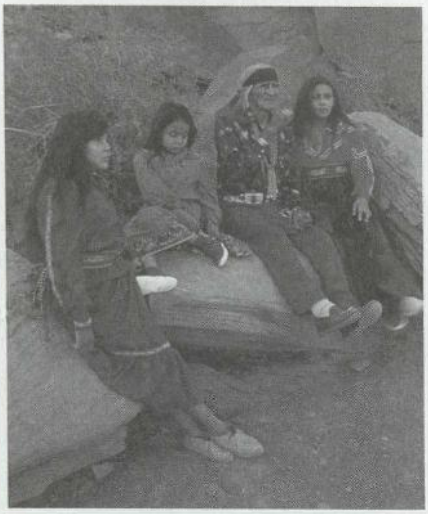
Diversidad en el desarrollo del ciclo vital

Ser mujer y anciana de una minoría étnica

Los estereotipos negativos existentes acerca de los miembros de las minorías étnicas forman parte de la poco afortunada historia de estos grupos sociales en Estados Unidos (Fernández y Goldstein, 2004; Mureno-John y otros, 2004). Muchos de estos individuos pueden haberse encontrado con barreras debido a su origen porque no hablaban inglés, desconocían los valores y las normas que rigen la interacción social en su país de acogida o porque poseían estilos de vida distintos de los que predominaban en Estados Unidos (Organista, 1994). En estas diferencias culturales también se incluye el papel de la mujer en la familia y en la sociedad. Tradicionalmente, muchos grupos étnicos minoritarios, aunque no todos, han relegado el papel de la mujer al contexto familiar. Así, las decisiones de importancia las suelen tomar el marido o los padres, y no se espera que la mujer desarrolle su propia trayectoria profesional o que acceda al mercado laboral excepto en una situación de extrema necesidad financiera.

En algunos grupos étnicos minoritarios se puede considerar que el papel de la mujer carece de importancia, especialmente si no aporta ingresos económicos. Sin embargo, en otros grupos, las mujeres ancianas disfrutan de un mejor estatus social. Por ejemplo, las ancianas afroamericanas pueden expresar sus propias necesidades y poseen una posición de poder en la comunidad. A pesar del estatus positivo del que gozan en las familias y en la cultura afroamericana, las mujeres afroamericanas con edades superiores a los 70 años constituyen el grupo de población con el mayor índice de pobreza de Estados Unidos. Tres de cada cinco ancianas afroamericanas viven solas, y la mayoría son viudas. Sus escasos ingresos económicos dificultan su acceso a los servicios médicos. Esta situación financiera que viven muchas afroamericanas en la vejez se debe al tipo de empleos que han desempeñado a lo largo de su vida, ocupaciones que no estaban cubiertas por la Seguridad Social o que, en el caso del servicio doméstico, se realizaban sin que se informara a las autoridades a pesar de la exigencia legal de hacerlo.

Algunas de las estrategias de supervivencia empleadas por las ancianas afroamericanas de entornos urbanos se observan en la descripción de sus vidas. Estas mujeres valoran especialmente la familia como sistema de apoyo mutuo y de ayuda, comparten los principios éticos estadounidenses con respecto al trabajo y consideran que la religión les aporta fuerza (Perry y Johnson, 1994). La utilización de la religión para hacer frente al estrés constituye una característica histórica de la cultura afroamericana, y su origen proviene de la experiencia de la esclavitud. Las iglesias afroamericanas cubren las necesidades de estos individuos y desempeñan las funciones que antes realizaban las organizaciones tribales y comunitarias basadas en la religión que los afroamericanos trajeron de su continente de origen. Según un estudio, las ancianas afroamericanas valoran las organizaciones religiosas en mayor medida que los varones de su mismo origen étnico, y consideran especialmente importantes las actividades de grupo organizadas por las iglesias (Taylor, 1982).



El prestigio de los adultos ancianos varía entre culturas. En la cultura Navajo, los ancianos son respetados por su sabiduría y por su amplia experiencia en la vida. *¿Qué otros factores están relacionados con el respeto que se muestra a los ancianos en una cultura determinada?*

En definitiva, las mujeres ancianas afroamericanas experimentan un alto nivel de estrés en sus vidas (Edmonds, 1993; Locher y otros, 2005). En esta situación, siempre han dado muestras de una notable capacidad de adaptación, resistencia, responsabilidad y de habilidad para hacer frente a las dificultades.

Cultura

¿Qué factores determinan que en una cultura los ancianos posean una posición relevante? Existen siete factores que, con probabilidad, explican la posición de relevancia que los ancianos ocupan en una cultura (Sangree, 1989):

- Los ancianos poseen conocimientos que se deben valorar.
- Los ancianos controlan recursos fundamentales para la familia o para el grupo.
- Los ancianos pueden desempeñar funciones útiles y valoradas mientras sea posible.
- Existe una continuidad en los roles desempeñados a lo largo del ciclo vital.
- Los cambios de rol motivados por la edad implican una mayor responsabilidad, autoridad y capacidad para orientar a otros.
- La familia extensa es una característica de la cultura, y el anciano se encuentra integrado en ese sistema de familia.
- En general, el respeto por los ancianos es mayor en las culturas colectivistas (como la china o la japonesa) que en las culturas individualistas (como la estadounidense). Sin embargo, algunos investigadores han determinado que esta diferencia entre culturas en lo referido al respeto que se manifiesta por los ancianos ya no es tan evidente como lo fue en el pasado y que, en algunos casos, los ancianos de culturas individualistas son muy respetados (Antonucci, Vandewater y Lansford, 2000).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Indicar la manera en que el origen étnico, el género y la cultura se relacionan con el envejecimiento

REVISA

- ¿Qué influencia ejerce el origen étnico sobre la forma de vivir la vejez?
- ¿Se producen cambios en los roles de género durante la vejez? Justifica tu respuesta.
- ¿De qué manera se vive la vejez en diferentes culturas?

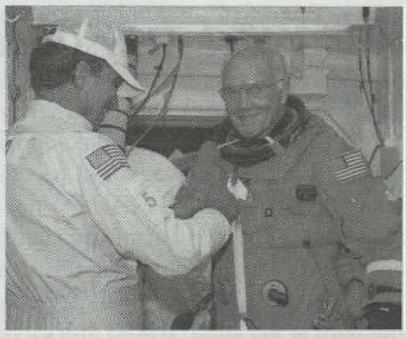
REFLEXIONA

- ¿Qué podemos hacer para que la vejez se convierta en una experiencia más positiva?

5 ENVEJECER DE MANERA POSITIVA

Durante mucho tiempo, se ha aceptado que los ancianos eran individuos en continuo deterioro, y no se ha prestado atención a las dimensiones positivas del envejecimiento (Holstein y Minkler, 2003; Phelan y otros, 2004; Rowe y Kahn, 1997). A lo largo de nuestro análisis de la vejez, nos hemos referido al envejecimiento positivo y a cómo están cambiando los estereotipos acerca de la vejez, ya

que las investigaciones comienzan a determinar que ser un adulto anciano también presenta aspectos beneficiosos. Tal y como indicamos, cuando los expertos en desarrollo comenzaron a centrarse en los aspectos positivos del envejecimiento y no sólo en los negativos, advirtieron que hay muchos más ancianos resistentes y sanos de lo que se pensaba. En nuestro análisis del envejecimiento hemos señalado que resulta posible mantener, e incluso mejorar, muchas de nuestras capacidades con una dieta adecuada, un estilo de vida activo, estimulación y flexibilidad mental, estrategias eficaces para hacer frente a las dificultades, relaciones y apoyo social positivos y ausencia de enfermedades. El hecho de mantenerse activo resulta de especial importancia para envejecer de manera positiva (Freund y Riedeger, 2003). Así, los ancianos que salen de sus casas y asisten a reuniones, participan en actividades organizadas por su centro religioso, viajan y practican ejercicio de manera regular, se muestran más satisfechos con sus vidas que los de edad avanzada que se desvinculan de la sociedad y viven sus últimos años en la pasividad (Mannell y Dupuis, 1996). En este capítulo, hemos señalado que las posibilidades de envejecer de manera positiva son mayores para los adultos ancianos que practican la selección emocional, optimizan sus elecciones y compensan eficazmente las pérdidas que se producen en sus vidas.



La misión espacial en la que participó John Glenn supone un símbolo de la nueva forma de considerar a los ancianos y los aspectos positivos del envejecimiento.

Envejecer de manera positiva implica controlar el entorno y poseer la sensación de autoeficacia (Bertrand y Lachman, 2003). Tal y como se indicó en el Capítulo 18, «Desarrollo físico en la vejez», el control percibido sobre el entorno poseía un efecto beneficioso en el estado de salud y la longevidad de los ancianos que vivían en residencias. Recientemente, el término *autoeficacia* se ha empleado para describir el control percibido sobre el entorno y la capacidad para obtener beneficios (Bandura, 2002). Las investigaciones realizadas han determinado que muchos adultos ancianos mantienen eficazmente la sensación de control y poseen una visión positiva de sí mismos (Brandstadter, Wentura y Greve, 1993).

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 5

5 Señalar la forma en la que se puede envejecer de manera positiva

REVISA

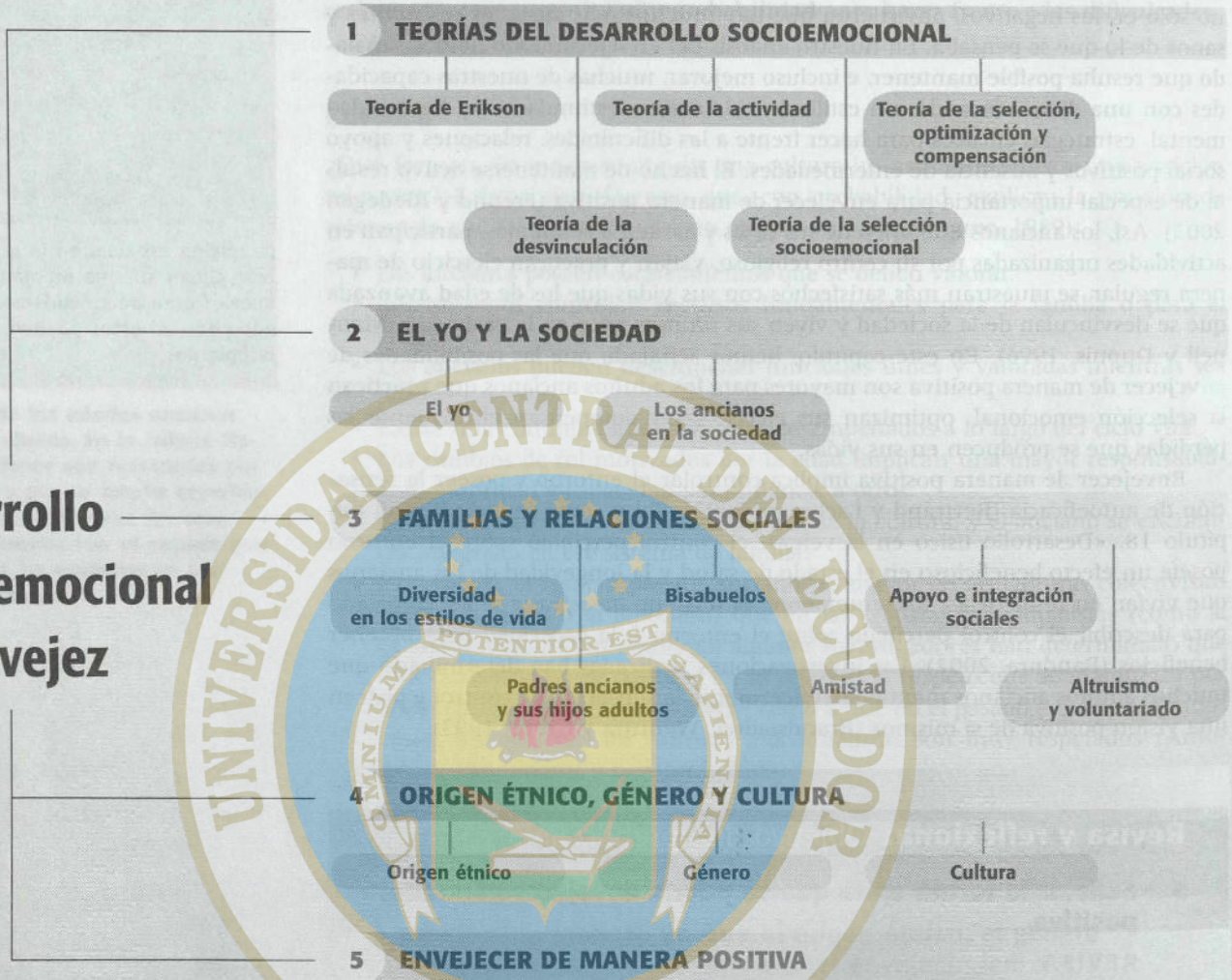
- ¿Qué factores se relacionan con poder envejecer de manera positiva?

REFLEXIONA

- ¿Qué relación puede existir entre el envejecimiento positivo y lo que se ha hecho en etapas anteriores de la vida?

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Analizar cinco teorías sobre el desarrollo emocional y el envejecimiento*

- En la teoría de Erikson, el octavo y último estado del desarrollo se vive durante la vejez y se caracteriza por la reflexión sobre el pasado que lleva a su integración positiva o a la conclusión de que no se ha utilizado bien la vida. Peck describe tres tareas del desarrollo que deben resolver los adultos ancianos: 1) diferenciación frente a preocupación por el rol; 2) trascendencia del cuerpo frente a preocupación por el cuerpo, y 3) trascendencia del ego frente a preocupación por el ego. La revisión de la vida constituye una parte importante del último estadio del desarrollo según Erikson: integridad frente a desesperanza.
- La teoría de la desvinculación ya no constituye una perspectiva viable. Según esta teoría, los ancianos debían desvincularse de la sociedad con el fin de sentirse satisfechos con sus vidas.
- Según la teoría de la actividad, cuanto más activos e implicados en su entorno se muestren los adultos ancianos, mayores probabilidades tendrán de estar satisfechos con sus vidas. Esta teoría ha recibido gran cantidad de apoyos.
- Según la teoría de la selección socioemocional, los adultos ancianos se muestran más selectivos con respecto a las redes sociales de las que disponen. Debido a la importancia que otorgan a la satisfacción emocional, los ancianos dedican más tiempo con los individuos conocidos con los que han mantenido relaciones provechosas. Los objetivos relacionados con el conocimiento y con las emociones cambian a lo largo del ciclo vital. Los objetivos emocionales adquieren una mayor importancia cuando el individuo alcanza una edad avanzada.
- Según la teoría de la selección, la optimización y la compensación, el envejecimiento positivo está relacionado con tres factores fundamentales: 1) la selección; 2) la optimización, y 3) la compensación, que tienden a

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

ser especialmente relevantes cuando se producen pérdidas.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Señalar los cambios que se producen en el yo y en la sociedad durante la vejez*

- Según un estudio a gran escala, los niveles de autoestima aumentan durante la mayor parte de la adultez, pero se reducen a partir de los 70 años de edad. Resultan necesarias más investigaciones para verificar la existencia de estos cambios evolutivos en la autoestima. También se producen cambios en la autoaceptación a lo largo de la vida adulta, debido a que disminuye la aceptación del yo futuro e ideal y aumenta la aceptación del yo pasado.
- La discriminación por edad consiste en la existencia de prejuicios contra otros individuos debido a su edad. Aún existen demasiados estereotipos con respecto a los adultos ancianos. En una sociedad que envejece, surgen distintos asuntos políticos como la situación económica y la viabilidad del sistema de Seguridad Social, el acceso a la atención sanitaria, el cuidado de los ancianos y la injusticia generacional. Resulta preocupante la situación de los ancianos que viven en la pobreza, una situación que afecta especialmente a las mujeres que viven solas y a los ancianos de minorías étnicas. La mayor parte de los ancianos viven en su entorno habitual, y no en instituciones (hospitales, residencias, etc.). Casi dos terceras partes de los adultos ancianos viven con miembros de sus familias.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Indicar las características de las familias y de las relaciones sociales de los adultos ancianos.*

- Los varones ancianos tienen más probabilidades de seguir casados que las mujeres de este mismo grupo de edad. Aproximadamente la mitad de las mujeres ancianas son viudas. La jubilación altera el estilo de vida de la pareja, por lo que es necesario que se produzca un proceso de adaptación. Con frecuencia, los ancianos casados se muestran más felices que los solteros. El divorcio da lugar a consecuencias sociales, económicas y físicas para los adultos ancianos. El elevado número de nuevos matrimonios entre los ancianos se debe al mayor índice de divorcios, a la longevidad y el mejor estado de salud del que gozan estos individuos. Algunos adultos ancianos se ven presionados negativamente debido a su decisión de volver a contraer matrimonio, a pesar de que la mayoría de los hijos adultos apoyan la decisión de sus padres ancianos. Aproximadamente el 8 por 100 de los ancianos nunca se ha casado. Cada vez más parejas de ancianos conviven sin estar casados. En sus relaciones sexuales, los ancianos disfrutan con caricias y tocamientos.
- Aproximadamente el 80 por 100 de los ancianos tienen hijos, la mayoría de los cuales son adultos maduros. La diversidad se ha convertido en una característica de los padres ancianos y de sus hijos adultos. Resulta más probable que las hijas adultas se impliquen en las vidas de sus padres a que lo hagan los hijos varones. Los hijos pueden desempeñar la importante tarea de coordinar y supervisar las atenciones que reciben sus padres discapacitados. La ambivalencia puede caracterizar la relación entre padres ancianos e hijos adultos.
- Debido al aumento en la longevidad, en la actualidad muchos abuelos son también bisabuelos, quienes pueden aportar a la familia un vínculo con la historia. Según una investigación, la relación de los adultos jóvenes con sus abuelos es más cercana que con sus bisabuelos.
- La amistad en la vejez está caracterizada por la continuidad más que por el cambio, aunque las transformaciones son más evidentes en el caso de los varones que en el de las mujeres ancianas.
- El apoyo social está relacionado con un mejor estado de salud físico y mental de los individuos ancianos. Los ancianos que participan en más organizaciones son más longevos que los que presentan índices inferiores de participación. Con frecuencia, los ancianos tienen escasos vínculos sociales esporádicos, pero dedican más tiempo a las relaciones satisfactorias con amigos cercanos y con miembros de la familia.
- Se ha relacionado el altruismo con la longevidad. Las actividades de voluntariado se asocian con una mayor satisfacción con la vida, menores niveles de depresión y ansiedad, mejor salud física y existencia de más afecto positivo que negativo.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Indicar la manera en que el origen étnico, el género y la cultura se relacionan con el envejecimiento.*

- Los individuos ancianos de minorías étnicas se enfrentan a la doble carga del racismo y de la discriminación por edad. Sin embargo, existen notables diferencias entre estos individuos.
- Se ha demostrado que los hombres ancianos adoptan características femeninas (preocupación por los demás, sensibilidad), pero las mujeres ancianas no parecen adoptar características masculinas (asertividad). Las ancianas se enfrentan al doble riesgo de ser discriminadas por su edad y por su sexo.
- Históricamente, el respeto por los ancianos ha sido mayor en China y Japón, aunque hoy en día su estatus resulta más variable. Los factores que permiten predecir que los ancianos disfrutarán de una posición de relevancia en su cultura varían desde la valoración de sus conocimientos hasta su integración en la familia extensa.

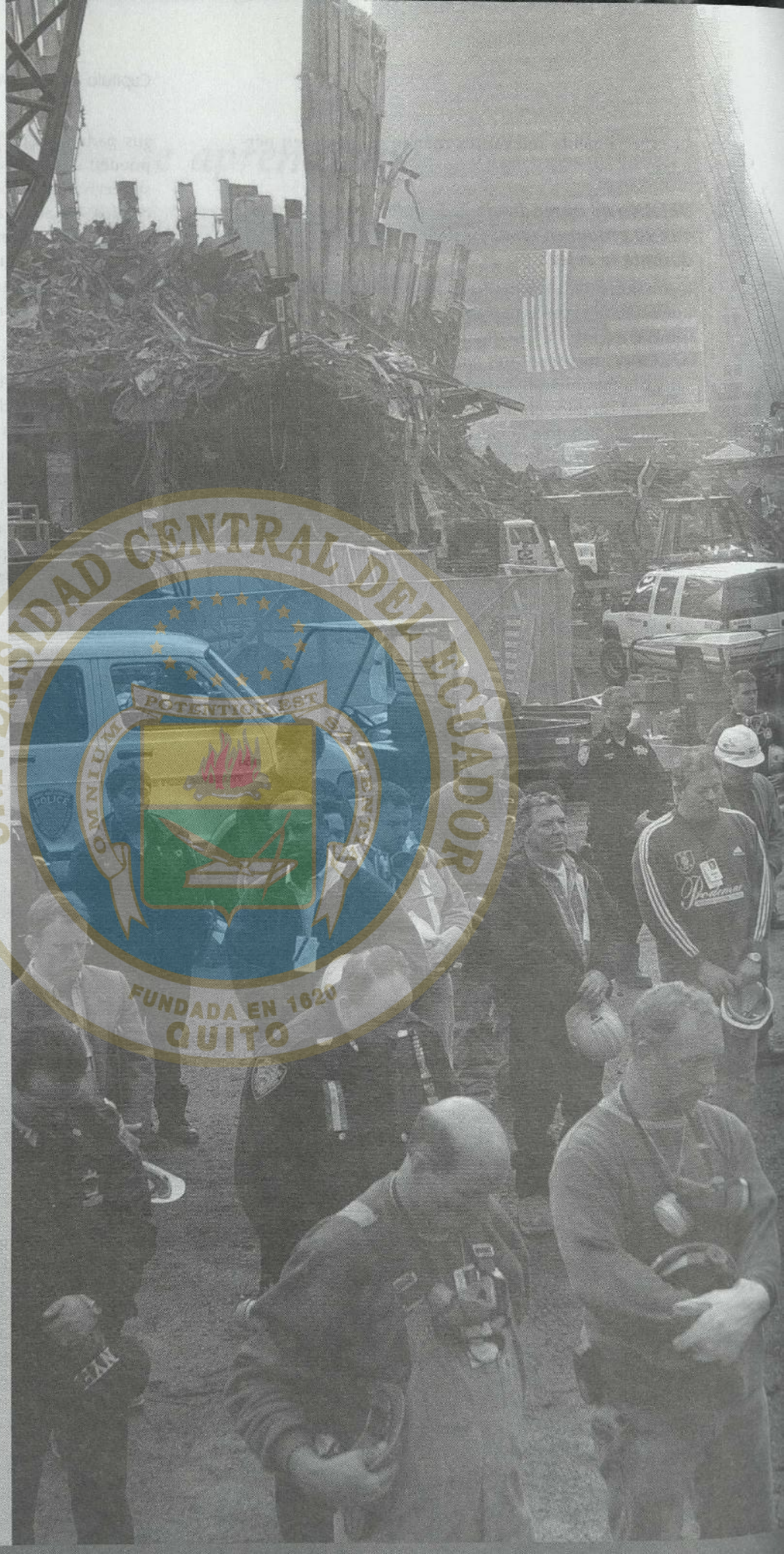
5 *Objetivo de aprendizaje 5: Señalar la forma en la que se puede envejecer de manera positiva*

- Los estudios se centran, cada vez más, en los aspectos positivos de los ancianos. Los factores relacionados con el envejecimiento de manera positiva incluyen el estilo de vida activo, las capacidades cognitivas positivas, un buen nivel de relaciones y apoyo sociales y la ausencia de enfermedades.

SECCIÓN DÉCIMA

Etapa final de la vida

CAPÍTULO 21



Con el apoyo
y la confianza de una
paz inquebrantable,
acércate a tu tumba como
el que se envuelve
en los ropajes de su lecho
y se abandona
a los sueños más dulces.

WILLIAM CULLEN BRYANT
Poeta estadounidense, siglo XIX

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM POTENTIORI EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Muerte y duelo

Esquema del capítulo

DEFINICIÓN DE LA MUERTE Y ASPECTOS RELACIONADOS CON LA VIDA Y LA MUERTE 1

La determinación del momento de la muerte

Decisiones relacionadas con la vida, la muerte y los cuidados sanitarios

MUERTE Y CONTEXTO CULTURAL 2

Cambios en las circunstancias históricas

La muerte en culturas diferentes

UNA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO APLICADA A LA MUERTE 3

Causas de la muerte y expectativas sobre la muerte

Actitudes hacia la muerte en distintos momentos del ciclo vital

ENFRENTARSE A LA PROPIA MUERTE 4

Los estadios del proceso de la muerte según Kübler-Ross

Control percibido y negación

Contextos en los que se produce la muerte

ACEPTAR LA MUERTE DE OTRA PERSONA 5

Comunicación con una persona moribunda

Duelo

Entender el mundo

Perder a la pareja

Formas de luto

Objetivos de aprendizaje

1. **Analizar aspectos relacionados con la determinación de la muerte y con las decisiones relacionadas con el fallecimiento**
2. **Describir el papel desempeñado por el contexto cultural en la comprensión de la muerte**
3. **Analizar la muerte y las actitudes hacia este fenómeno en distintas etapas del desarrollo**
4. **Explicar los aspectos psicológicos de la propia muerte y de los contextos en los que los individuos fallecen**
5. **Identificar las distintas maneras de aceptar la muerte de otra persona**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
PLENUM POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Imágenes del desarrollo del ciclo vital

Paige Farley-Hackel y Ruth McCourt

Paige Farley-Hackel y su mejor amiga, Ruth McCourt, decidieron llevar a Juliana, la hija de cuatro años de edad de Ruth, a Disneyland. Reservaron el mismo vuelo para viajar de Boston a Los Ángeles, pero McCourt decidió utilizar los puntos que había acumulado en su tarjeta de viajes frecuentes y tomó otro vuelo. Ambos aviones explotaron con una diferencia de diecisiete minutos después de que unos terroristas los secuestraran y los estrellaran contra las Torres Gemelas del World Trade Center de Nueva York el 11 de septiembre del año 2001.

Paige Farley-Hackel, de 46 años de edad, era una escritora, conferenciante y consejera espiritual que vivía en Newton, Massachussets. Esperaba con impaciencia las primeras emisiones de su nuevo programa de radio, *Hablando espiritualmente*, y le habría encantado asistir como invitada al programa de televisión de Oprah Winfrey. Tras los atentados del 11 de septiembre, Oprah incluyó en su espacio un homenaje en recuerdo de Farley-Hackel, McCourt y Juliana.

Ruth McCourt, de 45 años de edad, era ama de casa y vivía en New London, Conneticut. Había conocido a Farley-Hackel en un gimnasio del que era dueña en Boston. Tras contraer matrimonio, Ruth dejó el negocio, pero la amistad entre las dos mujeres continuó. Solían viajar juntas y compartían su afición por la lectura y la cocina, así como sus ganas de aprender.

(*Fuente*: DallasNews.com, 2004)

VISTA PREVIA

La muerte se produce de múltiples maneras. En el caso de las tres personas que acabamos de describir, la muerte se produjo de forma totalmente inesperada. Para otras personas, ocurre en la vejez y puede ser el lógico resultado de una larga enfermedad. En este capítulo, analizaremos numerosos aspectos de la muerte y del duelo, incluyendo la determinación de la muerte, los contextos socioculturales e históricos en los que se produce, la muerte a lo largo del ciclo vital, cómo nos enfrentamos a nuestra propia muerte y cómo podemos aceptar el fallecimiento de otras personas.

1 DEFINICIÓN DE LA MUERTE Y ASPECTOS RELACIONADOS CON LA VIDA Y LA MUERTE

La determinación del momento de la muerte

Decisiones relacionadas con la vida, la muerte y los cuidados sanitarios

¿Existe un punto exacto del proceso de la muerte en el que se produzca el fallecimiento, o constituye la muerte un proceso gradual? ¿Qué decisiones puede tomar un individuo acerca de la vida, la muerte y los cuidados sanitarios?

La determinación del momento de la muerte

Hace veinticinco años, resultaba mucho más sencillo determinar si un individuo estaba muerto que en la actualidad. Se consideraba que el cese de ciertas funciones biológicas, como la respiración o la tensión arterial, y la rigidez de los miembros (*rigor mortis*) constituían signos evidentes del fallecimiento. En las últimas décadas, la determinación del momento de la muerte ha adquirido una mayor complejidad (Corr, Nabe y Corr, 2003; Kyba, 2002). Consideremos la situación de Pelle Lindbergh, jugador del equipo de hockey sobre hielo de los Philadelphia Flyers, quien se estrelló con su Porsche contra un muro de hormigón el 10 de noviembre de 1985. Al día siguiente, los periódicos titulaban: «Jugador de los Flyers en muerte cerebral». A pesar de que se afirmaba que Lindbergh estaba «en muerte cerebral», también se decía que su situación era «crítica» y que se encontraba en la unidad de cuidados intensivos de un centro hospitalario.

La **muerte cerebral** constituye una definición biológica de la muerte según la cual el cerebro de una persona ha dejado de funcionar cuando no se detecta actividad eléctrica alguna durante un cierto espacio de tiempo (Henneman y Karris, 2004; Shemie, 2004). Uno de los criterios que se emplea para declarar la muerte cerebral es la existencia de un encefalograma plano durante un espacio de tiempo determinado.

Las áreas superiores del cerebro suelen morir antes que las inferiores. Debido a que las regiones inferiores controlan el ritmo cardiaco y la respiración, aquellos individuos cuyas áreas cerebrales superiores han muerto, aún pueden continuar respirando y su corazón puede seguir latiendo. La muerte cerebral, según la definición aceptada por la mayoría de médicos, incluye la muerte tanto de las funciones corticales superiores como de las funciones de las áreas inferiores del cerebro.

Debe distinguirse entre muerte cerebral y *coma*, una situación de la que el individuo puede recuperarse. Una persona en coma (tanto en coma profundo, que exige atención hospitalaria, como en un estado vegetativo persistente, que puede atenderse en el hogar) mostrará *algunos* signos de actividad cerebral que no se detectarán en el caso de un individuo en muerte cerebral.

Algunos expertos médicos consideran que, entre los criterios para determinar la muerte, debería incluirse sólo el funcionamiento del córtex superior. Si se adoptara esta definición del fallecimiento, se podría declarar muerta a una persona que no mostrara funcionamiento cortical, incluso aunque las áreas inferiores de su cerebro continuaran funcionando. Quienes apoyan esta definición afirman que las funciones asociadas con el hecho de ser humano, como la inteligencia y la personalidad, se localizan en la zona cortical superior del cerebro. Por tanto, cuando se pierden estas funciones, el «ser humano» ya no se encuentra con vida.

Decisiones relacionadas con la vida, la muerte y los cuidados sanitarios

En los casos de enfermedades repentinas o de accidentes mortales, los individuos pueden carecer de la capacidad para tomar decisiones acerca de los cuidados sanitarios que deben recibir. Con el fin de evitar esta situación, algunas personas establecen sus decisiones con antelación.

La Ley de muerte natural y los documentos de última voluntad anticipada En el caso de muchos pacientes en coma, no existe certeza de cuáles serían sus deseos con respecto a la finalización de los tratamientos médicos si estuvieran conscientes (Aiken, 2000). Al reconocer que los pacientes terminales pueden preferir poner fin a sus vidas antes que permanecer en un estado doloroso o vegetativo, la organización Choice in Dying (*La elección de morir*) creó el testamento vital, un documento que el individuo debe completar cuando aún conserva sus capacidades mentales. En él se expresa la decisión de una persona con respecto a los

procedimientos médicos extremos que podrían utilizarse para mantener su vida en aquellos casos en los que la situación médica no indicara la posibilidad de mejoría alguna.

En muchos estados norteamericanos, se han aprobado leyes sobre la muerte natural como respuesta a la preocupación de los médicos, que podrían ser objeto de demandas judiciales por negligencia, y gracias a los esfuerzos realizados por los grupos que apoyan la validez de los testamentos vitales. Así, por ejemplo, según la Ley californiana de muerte natural (*Natural Death Act*), aquellos individuos que, en opinión de dos doctores, se encuentran en la fase terminal de una enfermedad pueden firmar un *documento de última voluntad anticipada* en el que se señala que no deben utilizarse métodos de soporte vital para prolongar sus vidas en los casos en los que el fallecimiento sea inminente (Chan, 2004; Kessler y McClellan, 2004). Un documento de última voluntad anticipada debe firmarse cuando el individuo aún puede pensar con claridad. En la actualidad, las leyes de todos los estados norteamericanos autorizan la utilización de este tipo de documentos para expresar los deseos de los individuos.

Eutanasia La **eutanasia** (*buena muerte*) constituye el acto de poner fin, sin dolor, a la vida de las personas que padecen una enfermedad incurable o una discapacidad grave. En ocasiones, la eutanasia se denomina «muerte por piedad». Debe diferenciarse entre eutanasia pasiva y eutanasia activa:

- En la **eutanasia pasiva,** el fallecimiento se produce cuando no se aplican los tratamientos médicos disponibles, como cuando no se emplea un aparato de soporte vital. Esta situación ocurre, por ejemplo, al desconectar un respirador artificial o una máquina cardiaco-pulmonar.
- En la **eutanasia activa,** el fallecimiento se produce de manera deliberada, como en los casos en los que se inyecta una dosis letal de alguna sustancia.

Las mejoras tecnológicas en los aparatos de soporte vital han hecho surgir una serie de cuestiones relacionadas con la calidad de vida de los pacientes (Levy, 2004; Treece y otros, 2004). ¿Debería mantenerse con vida a los individuos en un estado poco digno y sin perspectivas de mejora? En la actualidad, se tiende a aceptar la eutanasia pasiva en los casos de pacientes terminales, y apenas se esgrime ya el argumento de que esta práctica equivale al suicidio. Sin embargo, los expertos aún no se muestran unánimes a la hora de determinar los límites precisos o los mecanismos exactos que deben tenerse en cuenta a la hora de tomar y aplicar este tipo de decisiones (Angus y otros, 2004; Jennekens y Kater, 2002; Leeman, 2002; Zawistowski y DeVita, 2004). ¿Pueden desconectarse los aparatos que mantienen con vida a un paciente en coma que no ha dejado instrucciones escritas al respecto? ¿Tiene la familia del paciente derecho a desestimar la decisión del equipo médico de continuar aplicando mecanismos de soporte vital? No existen respuestas sencillas y universalmente aceptadas para estas cuestiones (Ardelt, 2003; Sharma, 2004). Según un estudio realizado con trabajadores sanitarios canadienses, existe una gran variación en sus decisiones acerca del cese de tratamientos médicos a pacientes en estado terminal (Cook y otros, 1995).

En una reciente investigación llevada a cabo en los Países Bajos, se analizaron los efectos de la eutanasia pasiva sobre la familia del paciente (Swarte y otros, 2003). Se comparó el duelo de 189 familiares y amigos de pacientes de cáncer en estado terminal que habían fallecido por eutanasia pasiva con el duelo mostrado por 316 familiares y amigos de enfermos de cáncer que habían muerto de manera natural. En el caso de los parientes y amigos de los pacientes a los que se les había aplicado la eutanasia pasiva, los síntomas de duelo eran menos traumáticos. Además, estos individuos presentaban un menor índice de sentimiento de duelo en el momento del estudio y menos síntomas de estrés postraumático que los familiares y amigos de los pacientes que habían muerto de forma natural. Según los au-

tores de este estudio, los resultados no deberían interpretarse como una defensa de la eutanasia pasiva, sino como una llamada a que se apliquen los mismos niveles de cuidados y claridad a todos los pacientes en estado terminal.

Los casos más conocidos de eutanasia activa son los relacionados con el *suicidio asistido* (Haider-Markely y Joslyn, 2004; Howard, 2004; Huxtable, 2004; Nelson, 2004; Rosenfeld, 2004; Volker, 2004). Jack Kevorkian, un médico de Michigan (Estados Unidos), ayudó a varios pacientes en estado terminal a acabar con sus vidas. Tras una serie de juicios, se le declaró culpable de asesinato en segundo grado y se le condenó a una larga pena de cárcel. Una de las razones de esta sentencia inculpatoria puede ser que la opinión médica no consideraba que algunos de los pacientes involucrados estuvieran en estado terminal, sino que se encontraban en un estado de depresión con tendencias suicidas. Además, Kevorkian no se limitó a proporcionar a los pacientes los medios necesarios para suicidarse, sino que, al menos en una ocasión registrada en vídeo, él mismo inyectó la sustancia letal.

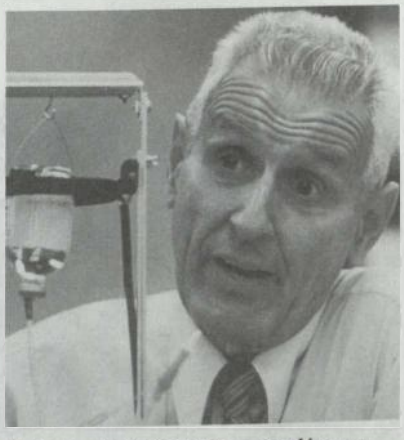
En la mayoría de países, la eutanasia activa constituye un delito (con la excepción de los Países Bajos y de Uruguay), así como en todos los estados norteamericanos excepto Oregón (Hedberg, Hopkins y Kohn, 2003). En 1994, el estado de Oregón aprobó la Ley para una muerte digna (*Death with Dignity Act*), que permite la aplicación de la eutanasia activa en el caso de pacientes a los que se ha diagnosticado una enfermedad terminal y a los que no se concede una esperanza de vida de más de seis meses. Los conflictos jurídicos retrasaron la aplicación de la ley hasta 1997, pero desde entonces más de 170 personas han fallecido tras habérseles aplicado técnicas de eutanasia activa. En mayo de 2004, un tribunal de apelación estadounidense (*Ninth Circuit Court of Appeals*) rechazó la intención del Fiscal general de aplicar la Ley de sustancias controladas (*Controlled Substances Act*) a aquellos médicos que distribuyeran sustancias letales.

En un estudio se evaluó la actitud de más de novecientos médicos con respecto a la eutanasia activa (Walker, Gruman y Blank, 1999). La mayoría se opuso a este tipo de práctica. Estos médicos indicaban que el control adecuado del dolor suele hacer innecesaria la eutanasia activa y afirmaban que la labor fundamental de todo médico es la de preservar la vida. También señalaron que existe un gran riesgo de que se abuse de la eutanasia activa, y muchos consideraban que era una práctica moralmente reprobable.

Se necesita un mejor cuidado de los individuos en fase terminal Con frecuencia, la muerte en Estados Unidos se produce en una situación de soledad, de manera prolongada y dolorosa (*Institute of Medicine*, 1997). Los individuos que agonizan suelen recibir cuidados insuficientes, en unos casos, o excesivos, en otros. En ocasiones, los avances científicos han empeorado las condiciones en las que se produce la muerte porque se ha retrasado lo inevitable (Muth, 2000). Además, incluso en los casos en los que se dispone de analgésicos eficaces, muchos pacientes sufren dolores extremos durante los últimos días o meses de su vida (Fine y Peterson, 2002). Numerosos profesionales sanitarios carecen de la formación necesaria para proporcionar los cuidados finales necesarios o para comprender su importancia (Hallberg, 2004; Robinson, 2004). En 1997, un grupo de expertos recomendó que se cambiaran las normas existentes para facilitar que los médicos pudieran recetar analgésicos a pacientes terminales que los necesitaban (*Institute of Medicine*, 1997).

Los cuidados finales deberían basarse en el respeto a los objetivos, preferencias y decisiones del paciente y de su familia (Kirchhoff, 2002; Matzo y otros, 2004). Muchos pacientes que se acercan al momento de su muerte tan sólo quieren compañía (Sheehan y Schirm, 2003).

Existen pocas medidas infalibles que puedan aplicarse para evitar el dolor en la fase terminal de la vida. Sin embargo, sí pueden seguirse algunas de las siguientes indicaciones (Cowley y Hager, 1995):



El doctor Jack Kevorkian ayudó a varios pacientes en Michigan (Estados Unidos) a poner fin a sus vidas utilizando métodos de eutanasia activa. *¿Cuál es tu opinión acerca de la eutanasia activa?*

FACULTAD DE CULTURA FISICA
BIBLIOTECA

- Completar un testamento vital y asegurarse de que alguien se encargue de comunicárselo al equipo médico.
- Otorgar a alguien poderes legales y asegurarse de que esta persona conoce nuestros deseos con respecto a los tratamientos médicos.
- Dar instrucciones precisas al médico habitual (desde «no aplicar métodos de reanimación» hasta «hacer todo lo posible para que se produzca la reanimación») para casos concretos.
- Si se desea morir en casa, comunicárselo a la familia y al médico habitual.
- Comprobar que nuestro seguro cubre los cuidados a domicilio y los tratamientos paliativos.

Los **centros de cuidados paliativos** constituyen un programa de apoyo humano que tiene el objetivo de conseguir que la fase final de la vida se desarrolle, en lo posible, sin dolor, ansiedad ni depresión. Mientras que el objetivo de un hospital es curar las enfermedades y prolongar la vida, estos centros prestan toda su atención a los **cuidados paliativos,** es decir, a la reducción del dolor y del sufrimiento, y a ayudar a los pacientes a morir con dignidad (Claxton-Oldfield y Rishchynski, 2004; Horne y Payne, 2004). En estas instituciones, los profesionales sanitarios colaboran para tratar los síntomas del paciente terminal, aumentar su confort, interesarse por la persona y por su familia y ayudarles a aceptar la muerte (Bakitas y otros, 2004; Brenner y Krenzer, 2003; Meghani, 2004).

Este tipo de servicio comenzó a surgir a finales de la década de los años sesenta en Londres, cuando se fundó una nueva forma de institución médica, el Saint Christopher's Hospice. En este centro, no se intenta prolongar la vida de los internos: no existen aparatos de soporte vital ni unidad de cuidados intensivos, por ejemplo. Sólo se admite a pacientes con una esperanza de vida inferior a un año, aunque los criterios de ingreso pueden variar. El principal objetivo de este centro es controlar el dolor y ayudar a los pacientes terminales a enfrentarse a la muerte de una manera psicológicamente saludable. Además, también se tiene en cuenta a la familia del paciente, una estrategia que se considera beneficiosa tanto para el individuo enfermo como para sus familiares, que pueden sentir un menor sentimiento de culpa tras el fallecimiento (Mulholland, 2002; Reb, 2003).

El número de este tipo de centros ha aumentado rápidamente en Estados Unidos. Existen más de 1.500 grupos sociales que trabajan con el objetivo de crear más centros de cuidados paliativos, unas instituciones en las que la mayoría de pacientes padecen cáncer en su fase terminal más que otros tipos de enfermedades mortales (Kastenbaum, 2004). Los defensores de este tipo de centros señalan que resulta posible controlar el dolor en casi todos los casos de pacientes terminales, así como crear un entorno de mejor calidad que el que se encuentra en buena parte de los hospitales (Hayslip, 1996; Lyke y Colon, 2004).

En la actualidad, la mayoría de programas de cuidados paliativos se realizan en el hogar del paciente, lo que constituye una combinación de cuidados institucionales y familiares diseñada para hacer más humano el proceso de fin de la vida. La decisión de cuidar del enfermo terminal en casa, con la combinación mencionada de cuidados, o en un centro suele depender de las necesidades médicas y de la existencia o no de personas que se encarguen del cuidado del paciente, como familiares o amigos.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 1

1 Analizar aspectos relacionados con la determinación de la muerte y con las decisiones relacionadas con el fallecimiento

REVISA

- ¿Qué cuestiones surgen con respecto a la determinación del momento de la muerte?
- ¿Cuáles son algunas de las decisiones que han de tomarse en relación con la vida, el fallecimiento y los cuidados médicos?

REFLEXIONA

- En tu opinión, ¿debería ser legal el suicidio asistido? Justifica tu respuesta.

2 MUERTE Y CONTEXTO CULTURAL

Cambios en las circunstancias históricas | **La muerte en culturas diferentes**

El momento, el lugar y la forma en que la que se produce la muerte han cambiado históricamente en Estados Unidos. Además, las actitudes hacia la muerte varían en las distintas culturas.

Cambios en las circunstancias históricas

Ya hemos señalado uno de los cambios históricos relacionados con la muerte: la complejidad que entraña la determinación del momento exacto del fallecimiento. Otro cambio en las circunstancias históricas se relaciona con el grupo de edad en el que se producen más fallecimientos. Hace doscientos años, casi uno de cada dos niños moría antes de haber cumplido 10 años, y uno de los padres moría antes de que sus hijos crecieran. En la actualidad, los índices de mortalidad son mayores en la población anciana. La esperanza de vida ha aumentado desde lo 47 años para una persona nacida en 1900 hasta los 77 años para alguien nacido hoy (*U.S. Bureau of the Census*, 2004). En 1900, la mayoría de los individuos moría en casa, bajo los cuidados de sus familiares. Con el envejecimiento y la creciente movilidad de la población, cada vez más ancianos fallecen lejos de sus familias. Hoy en día, en Estados Unidos, más del 80 por 100 de todos los fallecimientos se producen en centros o en hospitales. El cuidado de los ancianos en fase terminal ha dejado de ser un asunto familiar, con lo que se ha reducido nuestro contacto con la muerte y con el doloroso contexto en el que se produce.



FIGURA 21.1 Un ritual asociado con la muerte
Día de recuerdo de los familiares muertos en el cementerio nacional de Seúl (Corea del Sur).

La muerte en culturas diferentes

El principal objetivo de los antiguos griegos era tener una vida plena y morir con gloria. Los individuos se muestran más conscientes del concepto de la muerte en momentos de guerra, hambrunas o epidemias. Mientras que los ciudadanos estadounidenses están condicionados, desde muy temprano, a vivir como si fueran inmortales, en buena parte del mundo no pue-

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST QUITO FUNDADA EN 1826

de mantenerse esta situación ficticia. La muerte es una realidad cotidiana en las calles de Calcuta y en los míseros poblados del Sahel, en África. Los niños viven marcados por la malnutrición y las enfermedades, las madres pierden a tantos hijos como los que logran llegar a la edad adulta, y resulta extraño que una familia permanezca intacta durante muchos años. Incluso en las zonas rurales, donde la vida se desarrolla en mejores condiciones, y se puede esperar que los individuos alcancen la madurez en buena salud, la presencia de una persona agonizante en el hogar, la asistencia masiva a funerales y el contacto diario con adultos que envejecen sirven para que los jóvenes se preparen para la muerte. Estas situaciones, además, les proporcionan indicaciones acerca de cómo se muere. Por el contrario, en Estados Unidos no resulta extraño que se llegue a la adultez sin haber visto jamás un fallecimiento.

A través de la historia, la mayoría de sociedades han tenido algún tipo de creencia filosófica o religiosa acerca de la muerte, y en casi todas existen ritos funerarios (véase la Figura 21.1). La muerte puede considerarse el castigo que se recibe por los pecados cometidos, un acto de expiación, o la decisión de un dios justo. Para algunos, la muerte representa soledad; para otros, es una búsqueda de la felicidad. La muerte puede ser un acto de redención, la liberación de las pruebas y tribulaciones de la vida mundana. Algunos aceptan la muerte y la reciben positivamente; otros la rechazan y la temen. Para los que la aceptan, la muerte puede representar el final adecuado para una vida plena. Desde esta perspectiva, la forma en la que nos vamos de este mundo está determinada por la manera en que hemos vivido en él.

En la mayoría de sociedades, la muerte no se considera el final de la existencia: aunque el cuerpo físico muera, el espíritu continúa viviendo. Esta perspectiva religiosa predomina en la mayoría de estadounidenses (Gowan, 2003). Una de las variaciones culturales que pueden encontrarse en relación con la muerte es la creencia en la reencarnación, que constituye una parte fundamental de las religiones hinduista y budista (Dillon, 2003; Truitner y Truitner, 1993). En la cultura Gond de India, se considera que la muerte es el resultado de la magia y los demonios, por lo que sus miembros reaccionan con rabia ante la muerte. En la cultura Tanala de Madagascar, se piensa que la muerte la causan las fuerzas naturales. Los miembros de esta cultura presentan una reacción mucho más tranquila ante la muerte que los individuos de la cultura Gond.

En muchos aspectos, los occidentales evitan la muerte y niegan su existencia (Neimeyer, Wittkowski y Moser, 2004), una negación que puede manifestarse de diversas maneras:

- Tendencia de las empresas funerarias a restar importancia a la muerte y a presentar a los difuntos con características propias de los vivos.
- Utilización de un lenguaje eufemístico para referirse a la muerte, por ejemplo *fallecer, volar al cielo, llegar a la vida eterna*, términos que implican la idea de «para siempre».
- Búsqueda persistente de una fuente de la eterna juventud.
- Negación y aislamiento de los ancianos, que pueden recordarnos la existencia de la muerte.
- Adopción del concepto de que la vida tras la muerte es agradable y satisfactoria, con lo que parece indicarse que somos inmortales.
- Esfuerzos realizados por los profesionales de la medicina para prolongar la vida biológica en vez de disminuir el sufrimiento humano.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 2

2 Describir el papel desempeñado por el contexto cultural en la comprensión de la muerte

REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los cambios en las circunstancias históricas que afectan a la muerte?
- ¿Qué variaciones culturales existen con respecto a la muerte?

REFLEXIONA

- ¿Por qué la cultura occidental se niega a aceptar la muerte? ¿De qué manera podría cambiarse esta tendencia?

3 UNA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO APLICADA A LA MUERTE

Causas de la muerte y expectativas sobre la muerte

Actitudes hacia la muerte en distintos momentos del ciclo vital

¿Existen distintas causas para el fallecimiento a lo largo del ciclo vital humano? ¿Cambian nuestras expectativas sobre la muerte a lo largo del desarrollo? ¿Cuáles son nuestras actitudes con respecto a la muerte en distintos momentos del proceso evolutivo?

Causas de la muerte y expectativas sobre la muerte

La muerte puede sobrevenir en cualquier momento del ciclo vital humano. Puede ocurrir durante el desarrollo prenatal debido a un aborto natural o al nacimiento de bebés ya muertos. Puede también producirse durante el parto, o en los primeros días de vida, lo que suele deberse a un problema congénito o a la falta de desarrollo del bebé para mantenerse con vida fuera del útero materno. En el Capítulo 5, «Desarrollo físico en la infancia», ya analizamos el *síndrome de la muerte súbita del bebé*, en el que los niños dejan de respirar, normalmente durante la noche, y mueren sin una causa evidente (Corr y Corr, 2003). En la actualidad, este síndrome constituye la principal causa de mortalidad entre bebés en Estados Unidos. El riesgo es mayor en el caso de los niños con cuatro a seis semanas de vida (Comité Especial de la Academia Americana de Pediatría para el Estudio de la Postura de los Bebés y del Síndrome de la Muerte Súbita, 2000).

Durante la niñez, las causas más frecuentes de fallecimiento son los accidentes o las enfermedades. Las muertes por accidente ocurren en circunstancias relacionadas con el tráfico rodado, los ahogamientos, envenenamientos, incendios o caídas desde lugares elevados. Las enfermedades que pueden causar la muerte de niños son las cardiacas, el cáncer y las malformaciones congénitas. No resulta extraño que los niños con enfermedades terminales se distancien de sus padres cuando se acercan a la última etapa de su vida. Esta reacción puede deberse a la depresión padecida por muchos enfermos terminales o puede representar la forma en la que el niño quiere proteger a sus padres del enorme dolor que sentirán cuando llegue el momento de su muerte. La mayoría de los niños en esta situación conocen que padecen una enfermedad terminal, por lo que la manera en la que se enfrenten a esta circunstancia dependerá de su nivel de desarrollo, del apoyo social del que dispongan y de sus habilidades para hacer frente a las dificultades.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

En comparación con la niñez, las causas más frecuentes de muerte en la adolescencia son los accidentes de tráfico, el suicidio y los homicidios. Muchos de los accidentes de tráfico que acaban con la vida de adolescentes están relacionados con el consumo de alcohol.

Al igual que en la adolescencia, la muerte de un adulto joven no es un acontecimiento previsible (Hayslip y Hansson, 2003). Las causas de muerte en la juventud suelen ser los accidentes o los hechos violentos, en mayor medida que las enfermedades, aunque el aumento de los casos de sida ha provocado un incremento en el índice de muertes de adultos jóvenes (Lamb, 2003). Al enfrentarse a la muerte, los jóvenes sienten que pierden lo que podrían haber conseguido, mientras que los adultos de mayor edad consideran que pierden lo que ya poseen.

La muerte de un joven resulta especialmente difícil de aceptar para sus padres (Hayslip y Hansson, 2003). Las investigaciones realizadas han determinado que, en estas circunstancias, los padres pueden experimentar un nivel significativo de angustia personal durante un período de cinco años (Murphy y otros, 1999). «Cuando muere un hijo, los padres pueden sentirse responsables y pensar que deberían haber hecho algo para evitar esa muerte», y experimentan un gran número de emociones intensas y negativas, incluyendo la rabia, el resentimiento y la decepción (Hayslip y Hansson, 2003, pág. 442). La muerte de un hijo joven puede tener consecuencias negativas para los padres, incluyendo el divorcio, y las enfermedades físicas y mentales. Por ello, la ayuda profesional y del entorno resulta especialmente importante para estos padres.

Resulta más probable que los adultos maduros y ancianos mueran por causa de enfermedades crónicas, como las cardiacas y el cáncer. Las enfermedades de los ancianos suelen incapacitarlos antes de acabar con sus vidas, lo que da lugar a un proceso que, con lentitud, desemboca en la muerte.

Actitudes hacia la muerte en distintos momentos del ciclo vital

La edad de los niños y de los adultos influye en la manera en la que se vive el hecho de la muerte y en la forma en la que se piensa acerca de él. Una concepción madura y adulta de la muerte implica entender que la muerte es un acontecimiento final e irreversible que supone el fin de la vida, y aceptar que todos los seres vivos mueren en algún momento de su existencia. La mayoría de las investigaciones realizadas han concluido que, con el crecimiento, los niños desarrollan un enfoque más maduro de la muerte (Wass y Stillion, 1988).

Infancia Un gran número de investigadores considera que los bebés ni siquiera disponen de una idea rudimentaria de la muerte. Sin embargo, al tiempo que estos niños desarrollan apego hacia la persona que cuida de ellos, pueden experimentar la pérdida o la separación y sentir ansiedad. Sin embargo, su percepción del tiempo no coincide con la de los adultos, por lo que incluso una situación de separación breve se puede percibir como una pérdida total del contacto. Para la mayoría de bebés, la vuelta de la persona que los cuida significa la continuación de la existencia y conlleva una reducción de la ansiedad. Sabemos muy poco acerca de las experiencias de los niños en una situación de dolor por la pérdida de un ser querido, aunque el fallecimiento de la madre o del padre, especialmente en los casos en los que no se produce una sustitución del progenitor fallecido, puede afectar negativamente a la salud del bebé.

Incluso los niños con edades comprendidas entre los 3 y los 5 años tienen un concepto borroso del verdadero significado de la muerte o, en ocasiones, carecen de ideas acerca de la muerte. Pueden confundir la muerte con el sueño o preguntar, con asombro, «¿por qué no se mueve?». Los niños en edad preescolar no suelen angustiarse al ver un animal muerto o cuando se les comunica que alguien

ha fallecido. Consideran que el fallecido puede volver a vivir gracias a la magia o por medio de la comida o de los tratamientos médicos. Los niños de menor edad suelen considerar que sólo mueren las personas que quieren morir o que han sido malas o descuidadas. También pueden sentirse culpables por la muerte de algún conocido, siguiendo un razonamiento ilógico según el cual el fallecimiento se produjo porque no obedecieron a la persona que murió.

En algún punto del desarrollo en la niñez intermedia y tardía, se desarrolla una concepción más realista de la muerte. En una de las primeras investigaciones realizadas a este respecto, los niños de 3 a 5 años de edad negaban que la muerte existiera, los niños de 6 a 9 años creían que la muerte existía, pero era algo que sólo les ocurría a algunas personas, los niños de 9 o más años de edad reconocían que la muerte constituía un hecho definitivo y universal (Nagy, 1948). En una revisión de los estudios realizados acerca de la concepción infantil de la muerte, se concluyó que, con probabilidad, los niños no percibían que la muerte fuera definitiva ni universal hasta los 9 años de edad, aproximadamente (Cuddy-Casey y Orvaschel, 1997). La mayoría de niños con edades inferiores a los 7 años no considera que la muerte sea un hecho probable o, en todo caso, piensa que se trataba de una circunstancia reversible.

Robert Kastenbaum (2004), experto en la muerte y el proceso del fallecimiento, posee una perspectiva distinta acerca de las dimensiones evolutivas de la muerte y de su proceso. Este autor considera que incluso los niños de menor edad son conscientes de la separación y la pérdida, y que estos hechos les preocupan. Esta idea coincide con lo expresado por el teórico del apego John Bowlby (1980). Kastenbaum también afirma que muchos niños se esfuerzan por entender el concepto de muerte. De esta manera, en lugar de considerar que los niños de menor edad poseen una concepción ilógica de la muerte, Kastenbaum opina que resulta más adecuado pensar que los niños se preocupan por la muerte e intentan comprenderla.

El fallecimiento de padres, abuelos, amigos, héroes (como las estrellas del deporte o de la música) y de los animales de compañía ejerce una gran influencia sobre la percepción infantil de la muerte. Un efecto similar lo presentan las muertes difundidas por los medios de comunicación, como la de la Princesa Diana de Gales, el asesinato de John F. Kennedy, los sucesos del instituto de Columbine (Estados Unidos) en 1999 o los ataques terroristas contra las Torres Gemelas de Nueva York y el Pentágono del 11 de septiembre de 2001. Al crecer, los niños también pueden experimentar dolor, sobre todo por la pérdida de uno de sus progenitores. Cuando los niños y adolescentes se enfrentan a esta circunstancia, se ven afectados tanto su rendimiento escolar como sus relaciones con el grupo de iguales (Worden, 2002).

«Para algunos niños, adolescentes e, incluso, adultos, la muerte de uno de sus padres puede tener grandes consecuencias y dar lugar a una situación de hipersensibilidad frente a la muerte, incluyendo el temor a perder a otras personas con las que el individuo mantiene una relación cercana» (Balk y Carr, 2001). Se ha determinado la existencia de consecuencias igualmente negativas en niños que han experimentado el fallecimiento de un hermano o una hermana (Oltjenbruns, 2001). Sin embargo, debe advertirse que la influencia de estas muertes en los niños depende de una serie de factores, como la calidad de la relación y las características del fallecimiento (cáncer, sida, suicidio, asesinato, etc.) (Hayslip y Hansson, 2003, págs. 440-441).

La mayoría de psicólogos considera que la honestidad constituye la mejor estrategia para hablar acerca de la muerte con niños. Considerar que el tema es tabú no representa una estrategia adecuada, aunque la mayoría de nosotros hemos crecido en una sociedad en la que no se suele conversar sobre la muerte (Wass, 2004). En un estudio se evaluaron las actitudes de 30.000 adultos jóvenes hacia la muerte (Shneidman, 1973). Más del 30 por 100 de los individuos participantes afirmó que no podían recordar ninguna conversación acerca de la muerte que

hubiera tenido lugar durante la infancia. Un porcentaje similar señaló que, aunque se habló acerca de la muerte, la conversación se desarrolló en un ambiente incómodo. Aproximadamente uno de cada dos participantes indicó que el fallecimiento de un abuelo constituyó su primer encuentro con la muerte.

Además de la honestidad, ¿qué otras estrategias pueden aplicarse para hablar acerca de la muerte con niños? Las respuestas que se den a las preguntas de un niño sobre la muerte dependen del nivel de madurez del menor. Así, por ejemplo, el niño en edad preescolar precisa una explicación menos compleja que el niño de más edad. En la edad preescolar, la muerte puede explicarse en términos físicos y biológicos. De hecho, lo que los niños suelen necesitar, más que una explicación compleja del hecho de la muerte, es la afirmación de que se les quiere y de que no se les abandonará. A cualquier edad, los adultos deben mostrarse sensibles y comprender al niño, fomentando que puedan expresar sus propios sentimientos e ideas.

Adolescencia Durante la adolescencia, la perspectiva de la muerte, al igual que la perspectiva del envejecimiento, se considera una posibilidad tan remota que apenas posee relevancia. Tal vez se evite el concepto de muerte en las conversaciones, se le reste importancia, se hagan chistes al respecto, o se neutralice y controle desde la perspectiva de un mero espectador. Esta visión resulta típica del pensamiento egocéntrico del adolescente. Sin embargo, algunos adolescentes muestran cierta preocupación por la muerte, tanto al intentar sondear su significado como al enfrentarse a la posibilidad de su propio fallecimiento (Baxter, Stuart y Stewart, 1998; Mearns, 2000).

La muerte llega a la vida de los adolescentes a través del fallecimiento de amigos, hermanos, padres o abuelos. La muerte de un compañero que se ha suicidado «puede resultar especialmente complicada para los adolescentes, que pueden sentirse culpables por no haber evitado el suicidio, considerar que deberían haber muerto ellos o pensar que sus compañeros los rechazan por ser los responsables de la muerte» (Hayslip y Hansson, 2003, pág. 441).

Los adolescentes desarrollan ideas más abstractas acerca de la muerte que los niños. Por ejemplo, los adolescentes describen la muerte haciendo referencia a la oscuridad, la luz, la transición o el vacío (Wenestam y Wass, 1987). También desarrollan concepciones religiosas o filosóficas acerca de la naturaleza de la muerte o sobre la cuestión de si existe la vida después de la muerte.

En el Capítulo 12, «Desarrollo físico y cognitivo en la adolescencia», ya mencionamos los conceptos del egocentrismo y la fábula personal de los adolescentes, es decir, la preocupación que los adolescentes muestran por sí mismos y su creencia de que son invencibles y únicos. De esta manera, no resulta extraño que los adolescentes consideren que poseen cierta inmunidad frente a la muerte y de que ésta sólo les ocurre a otras personas, pero nunca a ellos.

Adultez No existen pruebas de que durante la juventud se desarrolle una orientación especial hacia la muerte. Al darse cuenta de su propio envejecimiento, los individuos suelen también desarrollar una mayor conciencia de la muerte, lo que tiende a intensificarse en la madurez. Al analizar esta etapa, ya señalamos que la madurez constituye el momento en el que el adulto comienza a considerar el tiempo de vida que le resta. Las investigaciones realizadas han determinado que los adultos maduros temen más a la muerte que los jóvenes o los ancianos (Kalish y Reynolds, 1976). Los ancianos, por su parte, piensan y hablan más acerca de la muerte que los adultos jóvenes o maduros. También poseen una experiencia más directa con la muerte, ya que sus amigos y familiares enferman y fallecen (Hayslip y Hansson, 2003). Los ancianos se ven obligados a analizar el significado de la vida con mayor frecuencia que los individuos de menor edad.

En la vejez, la propia muerte puede adoptar una cercanía de la que carecía en etapas anteriores. Para los ancianos, la aceptación de su propia muerte puede re-

sultar más sencilla gracias al incremento en los pensamientos y conversaciones acerca del fin de la vida, así como al aumento en el sentido de la integridad que se obtiene a través de una revisión positiva de la existencia. Resulta menos probable que los ancianos tengan cuentas pendientes y asuntos por resolver que los adultos de menor edad. Ya no tienen hijos a los que guiar hacia la madurez, sus cónyuges pueden haber fallecido y suelen haber finalizado todos sus proyectos laborales. Sin estas exigencias, la muerte puede resultar emocionalmente menos dolorosa para ellos. Incluso en el caso de los ancianos, sin embargo, las actitudes hacia la muerte no son las mismas. Una mujer de 82 años de edad declaró que la muerte supondría una lamentable interrupción en sus actividades y relaciones.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 3

3 Analizar la muerte y las actitudes hacia este fenómeno en distintas etapas del desarrollo

REVISA

- ¿Cuáles son algunos de los cambios evolutivos que afectan a las causas de la muerte y a las expectativas sobre la muerte?
- ¿Cuáles son algunas de las actitudes con respecto a la muerte que existen en distintos momentos del desarrollo?

REFLEXIONA

- ¿Cuál es tu actitud actual frente a la muerte? ¿Ha cambiado en algo desde tu adolescencia? ¿De qué manera?

4 ENFRENTARSE A LA PROPIA MUERTE

Los estadios del proceso de la muerte según Kübler-Ross | **Control percibido y negación** | **Contextos en los que se produce la muerte**

La aceptación de que la muerte constituye un hecho inevitable nos permite establecer prioridades y estructurar nuestro tiempo de forma adecuada. Con el envejecimiento, estas prioridades y esta organización cambian al reconocer que el tiempo se acaba. También se transforman los valores que determinan los usos más importantes del tiempo del que se dispone. Por ejemplo, cuando se pidió a adultos jóvenes que señalaran de qué manera utilizarían sus últimos seis meses de vida, solían indicar actividades como viajar o hacer cosas que no habían hecho aún. Los adultos de mayor edad, por su parte, se referían a actividades más centradas en su interior: la contemplación y la meditación, por ejemplo (Kalish y Reynolds, 1976).

La mayor parte de los individuos que se encuentran en la última fase de su vida desean tener la oportunidad de tomar algunas decisiones relacionadas con su existencia y su muerte (Kastenbaum, 2004). Algunas personas desean completar asuntos inacabados, y necesitan tiempo para resolver problemas y conflictos y para ordenar ciertos aspectos de sus vidas. ¿Existe una secuencia de etapas en el proceso de la muerte?

Los estadios del proceso de la muerte según Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross (1969) dividió en cinco estadios la conducta y los pensamientos de las personas que se encuentran en la fase terminal de sus vidas: negación y aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación.

La **negación y el aislamiento** es, según Kübler-Ross, el primer estadio del proceso de la muerte, en el que la persona se niega a aceptar que la muerte va a ocurrir. El individuo puede decir: «No, no me puede pasar a mí. No es posible». Esta reacción resulta frecuente en el caso de pacientes de enfermedades terminales. Sin embargo, la negación suele constituir tan sólo un mecanismo temporal de defensa y es sustituido finalmente por una mayor atención a las circunstancias cuando la persona advierte la existencia de asuntos como los financieros, las cuestiones aún sin finalizar o la preocupación por los miembros de la familia.

La **rabia** constituye el segundo estadio del proceso de la muerte en la teoría de Kübler-Ross. En esta etapa, el individuo reconoce que no puede mantener la situación de negación por más tiempo, con lo que se da paso a la rabia, el resentimiento, la ira y la envidia. La pregunta que se plantea el individuo es: «¿Por qué a mí?». En este punto del proceso, resulta más difícil atender al paciente, ya que la rabia puede desplazarse y proyectarse en los médicos, las enfermeras, los familiares o, incluso, en Dios. El sentimiento de pérdida es profundo, por lo que los individuos que representan la vida, la energía y el funcionamiento eficaz se convierten en blanco evidente del resentimiento y los celos de la persona en estado terminal.

La **negociación** es, según Kübler-Ross, el tercer estado del proceso de la muerte, en el que la persona desarrolla la esperanza de que la muerte pueda retrasarse de alguna manera. Ciertas personas entran en un proceso de negociación y regateo, frecuentemente con Dios, al intentar retrasar su muerte. Psicológicamente, el individuo dice: «Sí, yo, pero...». A cambio de unos pocos días, semanas o meses más de vida, la persona promete reformar su vida y dedicarla a Dios o al servicio de los demás.

La **depresión** constituye el cuarto estadio del proceso de la muerte en la teoría de Kübler-Ross, en el que la persona en fase terminal acepta la certeza de la muerte. En este punto, puede surgir un período de depresión o de dolor preparatorio. El individuo se vuelve callado, rehúsa las visitas y pasa buena parte de su tiempo llorando y lamentándose. Este comportamiento resulta normal y supone un esfuerzo para desconectar el yo de los objetos queridos. En esta etapa no deberían realizarse intentos por animar al individuo, afirma Kübler-Ross, ya que el individuo en fase terminal necesita contemplar su inminente muerte.

La **aceptación** constituye el quinto y último estadio en la teoría de Kübler-Ross, una etapa en la que la persona desarrolla una sensación de paz, de aceptación de su destino y, en muchos casos, también surge el deseo de estar a solas. En esta fase, desaparecen los sentimientos y el dolor físico. Kübler-Ross describe este quinto estadio como el fin de la lucha del proceso de la muerte, el último descanso antes del fallecimiento. En la Figura 21.2 se presenta un resumen de los estadios de Kübler-Ross.

¿De qué manera se ha evaluado el enfoque planteado por Kübler-Ross? Según Robert Kastenbaum (2004), psicólogo del proceso de la muerte, la teoría de Kübler-Ross plantea algunos problemas:

- Ni Kübler-Ross ni otros investigadores han demostrado la existencia de estos cinco estadios.
- La interpretación de la muerte como una sucesión de etapas no refleja las situaciones de los pacientes, incluyendo el apoyo de las relaciones, los efectos concretos de las enfermedades, las obligaciones familiares y el entorno hospitalario o de residencias en el que se entrevistó a los participantes en el estudio de Kübler-Ross.

Sin embargo, los esfuerzos de Kübler-Ross, una pionera en este campo, resultaron muy importantes para que los profesionales se centraran en los individuos que intentan hacer frente a enfermedades que ponen su vida en riesgo. Kübler-Ross sacó a la luz la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias.

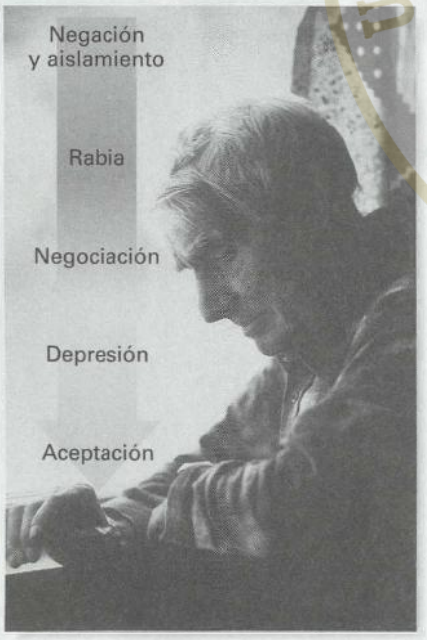


FIGURA 21.2 Estadios del proceso de la muerte según Kübler-Ross

Según Elisabeth Kübler-Ross, los individuos pasan por cinco etapas en el proceso de la muerte: negación y aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación. *¿Pasan todas las personas por estos cinco estadios en el mismo orden? Explica tu respuesta.*

Debido a las críticas de las que han sido objeto los estadios del proceso de la muerte descritos por Kübler-Ross, algunos psicólogos prefieren referirse a ellos no como etapas, sino como reacciones potenciales ante el hecho de la muerte. En cualquier momento, pueden surgir o desvanecerse diversas emociones. La esperanza, la incredulidad, el dolor, la rabia y la aceptación puede producirse y desaparecer al tiempo que los individuos intentan encontrar el sentido de lo que les está ocurriendo.

Al enfrentarse a la propia muerte, algunas personas luchan hasta el final, intentando con desesperación aferrarse a sus vidas, ya que nunca acaban de aceptar su muerte. Algunos psicólogos consideran que cuanto más luchen los individuos para evitar lo inevitable, y cuanto más se nieguen a aceptarlo, mayores dificultades tendrán para morir en paz y con dignidad. Otros psicólogos argumentan que algunos individuos no se enfrentan a la certeza de su muerte debido a un mecanismo de adaptación a esta situación (Lifton, 1977).

La manera en la que los individuos confrontan su propia muerte depende, en gran medida, del significado y los objetivos que hayan encontrado en sus vidas. Según un reciente estudio realizado con 160 individuos a los que restaban menos de tres meses de vida, las personas que habían encontrado objetivos para sus vidas, y que consideraban que su existencia había tenido sentido, experimentaban un menor grado de desesperación en sus últimas semanas de vida. Por el contrario, los individuos que no veían razón alguna en sus vidas mostraban mayores niveles de angustia y deseaban acelerar su muerte (McClain, Rosenfeld y Breitbart, 2003). Tanto en este como en otros estudios, la espiritualidad también evitaba que los individuos en fase terminal cayesen en la depresión (Smith, McCullough y Poll, 2003).

Control percibido y negación

Para algunos ancianos que se enfrentan a la muerte, el control percibido y la negación pueden servir como estrategias de adaptación. Cuando se consigue que los individuos crean que pueden influir en los acontecimientos y controlarlos (prolongando sus vidas, por ejemplo) se puede aumentar su estado de alerta y conseguir que se muestren más alegres. Tal y como señalamos en el Capítulo 18, cuando se permitía a los internos en residencias de ancianos que ejercieran cierto control sobre su entorno, se mejoraba su actitud y aumentaba su longevidad (Rodin y Langer, 1977).

Para algunos individuos, la negación también puede representar una manera eficaz de acercarse a la muerte, que puede ser adaptativa o desadaptativa. La negación también puede emplearse para evitar la influencia destructiva de la impresión causada por esta situación, ya que retrasa la necesidad de hacer frente a la propia muerte. La negación puede aislar al individuo y evitar que se encare a los intensos sentimientos de rabia y dolor. Sin embargo este comportamiento constituye una conducta desadaptativa si impide que el sujeto se someta a una operación que podría salvar su vida. La negación puede ser positiva o negativa, aunque sus característica adaptativas han de ser valoradas de manera individual.

Contextos en los que se produce la muerte

Para los individuos en fase terminal, el contexto en el que se producirá su muerte posee una gran relevancia. Más de la mitad de los estadounidenses fallece en hospitales, y casi el 20 por 100, en residencias de ancianos. Algunas personas pasan sus últimos días aislados y temerosos (Clay, 1997). Cada vez más individuos eligen morir en el contexto más humano de un centro de cuidados paliativos (Leming, 2003).

Los hospitales proporcionan una serie de importantes ventajas para los individuos en fase terminal. Por ejemplo, se dispone de profesionales en todo momento, y la tecnología médica hospitalaria puede prolongar la vida. Sin embargo, un hos-

pital tal vez no sea el mejor lugar para fallecer en opinión de muchas personas. La mayoría de individuos afirma que preferirían morir en casa (Kalish y Reynolds, 1976). No obstante, otros muchos consideran que serían una carga para sus familiares, que en sus hogares habría problemas de espacio y que su agonía en casa podría afectar a las relaciones familiares. Muchos de estos individuos también se muestran preocupados por la disponibilidad y eficacia de los tratamientos médicos de emergencia si deciden permanecer en sus hogares.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 4

4 Explicar los aspectos psicológicos de la propia muerte y de los contextos en los que los individuos fallecen

REVISA

- ¿Cuáles son los cinco estadios del proceso de la muerte descritos por Kübler-Ross? ¿A qué conclusiones puede llegarse a partir de estas etapas?
- ¿Qué papel desempeñan el control percibido y la negación al enfrentarse a la propia muerte?
- ¿En qué contextos se produce la muerte?

REFLEXIONA

- ¿De qué manera piensas que te enfrentarás psicológicamente a tu propia muerte?

5 ACEPTAR LA MUERTE DE OTRA PERSONA

Comunicación con una persona moribunda | **Entender el mundo** | **Formas de luto** | **Duelo** | **Perder a la pareja**

Las pérdidas pueden adquirir distintas formas en nuestras vidas: divorcio, la muerte de una mascota, la pérdida del empleo. Sin embargo, no existe pérdida mayor que la que tiene lugar cuando alguien al que queremos o por el que nos preocupamos fallece: un padre o una madre, un hermano, nuestro cónyuge, un familiar o un amigo. Entre las situaciones que más estrés generan en la vida y que, por tanto, exigen un mayor grado de ajuste, destaca la muerte del cónyuge. ¿De qué manera deberíamos comunicarnos con una persona que se encuentra en fase terminal? ¿Cómo podemos hacer frente a la muerte de un ser querido?

Comunicación con una persona moribunda

La mayor parte de psicólogos considera positivo que tanto los individuos que se encuentran en fase terminal como las personas cercanas conozcan la situación, con el fin de que este conocimiento mutuo les permita interactuar y establecer vías de comunicación. ¿Cuáles son algunos de los beneficios que esta apertura y sinceridad aportan al individuo en fase terminal? Existen, al menos, cuatro ventajas. En primer lugar, los individuos moribundos pueden poner punto final a sus vidas de acuerdo con sus propias ideas acerca de la mejor forma de morir. Además, de esta manera tienen la oportunidad de finalizar planes y proyectos, organizar asuntos relevantes para sus personas allegadas y participar en la toma de decisiones sobre

las ceremonias fúnebres. En tercer lugar, los individuos en fase terminal que son conscientes de su situación tienen la oportunidad de recordar, de conversar con personas que han sido importantes en sus vidas y de finalizar su existencia sabiendo cómo se han desarrollado sus años de vida. Por último, cuando se les informa, estos individuos comprenden mejor lo que ocurre en sus cuerpos y los tratamientos que les aplica el personal médico (Kalish, 1981).

Además de mantener abiertas las vías de comunicación, ¿qué otras técnicas pueden emplearse para conversar con una persona en fase terminal? Para algunos expertos, el diálogo no debería centrarse en patología mental o en la preparación para la muerte, sino que debería tratar de los puntos fuertes del individuo y de la preparación para lo que resta de vida. Dado que en lo externo no es posible conseguir mejoras, la comunicación debería tener como objetivo el crecimiento interior. Además, resulta necesario recordar que no sólo los profesionales de la salud mental pueden proporcionar apoyo a estos individuos: el personal sanitario, el cónyuge o los amigos más cercanos pueden ser también una fuente muy importante de ayuda (De-Spelder y Strickland, 2005).

Algunas estrategias eficaces para comunicarse con una persona en fase terminal son las siguientes:

- Hacer que se note la presencia, manteniendo la vista al mismo nivel que el paciente. Debe fomentarse el contacto físico, ya que con frecuencia los individuos moribundos apenas reciben contacto humano.
- No insistir en que el paciente acepte la muerte en los casos en los que se niega a hacer frente a la realidad de la situación. Por el contrario, si el individuo da muestras de aceptación, no se debe insistir en la negación.
- Permitir que el individuo exprese su culpa o su rabia, fomentando en todo caso la expresión de las emociones.
- Preguntar sin temor a la persona moribunda cuál será la consecuencia de su enfermedad. Se pueden discutir alternativas o asuntos inacabados.
- Fomentar que el paciente recuerde su pasado, especialmente si se comparten experiencias con él.
- Expresar el cariño que se siente por la persona moribunda, sin temor a dar muestras de amor o a despedirse.

Duelo

Nuestro análisis del duelo se centrará en las distintas dimensiones de este fenómeno, así como en la diversidad cultural existente en las formas de duelo más positivas.

Dimensiones del duelo El **duelo** consiste en el aturdimiento emocional, la incredulidad, la ansiedad por la separación, la desesperanza, la tristeza y la soledad que surgen tras la muerte de un ser querido. El duelo no constituye únicamente un mero estado emocional, sino que representa un complejo y cambiante proceso con múltiples dimensiones (Ott, 2003; Reed, 2003), entre las que se encuentra la añoranza o el anhelo por la persona fallecida, es decir, el deseo o necesidad intermitente y recurrente de recuperar a esa persona. Otra importante dimensión del duelo es la ansiedad producida por la separación, que no sólo comprende la añoranza y la preocupación que surge de los recuerdos de la persona fallecida, sino que también se centra en los lugares y los objetos que se asocian con ese individuo, y da lugar al llanto o los suspiros. En el duelo también pueden identificarse los sentimientos de desesperanza y tristeza, que incluyen las sensaciones de desamparo y derrota, los síntomas depresivos, la apatía, la pérdida de interés en las actividades en las que solía tomar parte el fallecido, además de un creciente sentimiento de desolación (Felden, 2003; Ringdal y otros, 2001; Scannell-Desch, 2003).

Estos sentimientos no se presentan en etapas claramente diferenciadas, sino que surgen de manera repetida poco después de producida la pérdida. Sin embargo, con el paso del tiempo, la añoranza y la protesta tienden a disminuir, aunque

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR QUITO

los episodios depresivos o la apatía pueden permanecer o aumentar. La ansiedad por la separación y la sensación de pérdida pueden continuar hasta el final de la vida, pero la mayoría de individuos salen del proceso del duelo y vuelven a centrar su atención en actividades productivas, con lo que se recupera una visión más positiva de la vida (Bonanno, 2004; Powers y Wampold, 1994).

El proceso del duelo tiene más parecidos con una montaña rusa que con una progresión ordenada de etapas bien diferenciadas en el tiempo (Lund, 1996). Los altibajos del duelo suelen provenir de estados emocionales que cambian con gran rapidez, del reto que supone aprender nuevas habilidades, de la identificación de puntos débiles y limitaciones personales, de la creación de nuevos patrones de comportamiento y de la formación de nuevas amistades y relaciones (Bruce, 2002; Carrington y Bogetz, 2004; Mitchell y Catron, 2002). Para la mayoría de individuos, resulta más fácil gestionar el duelo con el paso del tiempo, y los altibajos se vuelven menos drásticos (Moules y otros, 2004). Sin embargo, muchas personas que han perdido a sus parejas señalan que, a pesar de que el tiempo ha sanado algunas heridas, nunca han logrado superar la pérdida; tan sólo han aprendido a vivir con ella (Davies, 2004; Levin, 2004).

Existen factores cognitivos que influyen en la intensidad del duelo tras la muerte de un ser querido. Un reciente estudio se centró en 329 adultos que habían sufrido la pérdida de un pariente en primer grado (Boelen, van den Bout y van den Hout, 2003). Cuanto más intensos fueran los sentimientos negativos y autoinculpatorios de los adultos, más graves resultaban los síntomas traumáticos del duelo, la depresión y la ansiedad.

El duelo duradero suele disimularse y puede predisponer al individuo a padecer depresión o a sentir impulsos suicidas (Davis, 2001; Kastenbaum, 2004; Macias y otros, 2004), situaciones que pueden verse reducidas si existe un buen grado de comunicación familiar. Por ejemplo, según un estudio, seis meses después de la pérdida, los miembros de familias en las que existían bajos niveles de comunicación mostraban mayores reacciones negativas relacionadas con el duelo que los individuos que poseían una buena comunicación a los que se evaluaba inmediatamente después del fallecimiento de un ser querido (Schoka y Hayslip, 1999).

Existen orientadores especializados en la vivencia del duelo que pueden ayudar a superar los sentimientos surgidos de la pérdida de un ser querido (Mitchell y Catron, 2002; Worden, 2002).

Diversidad cultural y formas positivas de duelo Algunas teorías existentes acerca del duelo acentúan la importancia de romper los lazos que existían con la persona fallecida y de volver a un estilo de vida autónomo. Así, consideran que los individuos que insisten en mantenerse unidos al difunto necesitan ayuda terapéutica. Sin embargo, tras conocer los resultados de investigaciones más recientes, en la actualidad se duda de si este tipo de recomendaciones constituyen la mejor indicación terapéutica (Reisman, 2001; Stroebe y otros, 1992).

Los estudios realizados acerca de culturas no occidentales parecen indicar que las creencias sobre la pervivencia de los lazos existentes con el difunto varían en gran medida. Así, los rituales religiosos japoneses aceptan y fomentan el mantenimiento de dichos lazos. En la cultura Hopi de Arizona (Estados Unidos), se intenta olvidar a los fallecidos cuanto antes, y se sigue con la vida cotidiana. Sus rituales funerarios concluyen con una ruptura entre los mortales y los espíritus. La diversidad existente en la vivencia del duelo resulta especialmente notable al comparar dos sociedades musulmanas: la egipcia y la balinesa. En Egipto, se fomenta que las personas que experimentan el duelo lo vivan durante bastante tiempo, rodeados por otros individuos que relatan acontecimientos similares y que expresan su propio dolor. Por el contrario, en Bali se intenta que las personas que viven el duelo rían y se sientan contentas.

En un estudio longitudinal acerca del dolor producido por la pérdida de un ser querido realizado en los Países Bajos, se detectó que muchos individuos tendían

a mantener el contacto con el difunto, a pesar del énfasis actual en romper ese tipo de lazos (Stroebe y Stroebe, 1991). Muchas de las personas que habían perdido a sus parejas no tenían intención de romper de forma drástica con su pasado, sino que se encontraban en un proceso de integración de la pérdida en sus estilos de vida e intentaban seguir viviendo tal y como lo hacían antes del fallecimiento del ser querido. Más de la mitad de los encuestados «consultaban» al fallecido antes de tomar decisiones. Una mujer viuda afirmó que le resultaba tranquilizador saber que su decisión coincidía con lo que su difunto marido habría querido que hiciera.

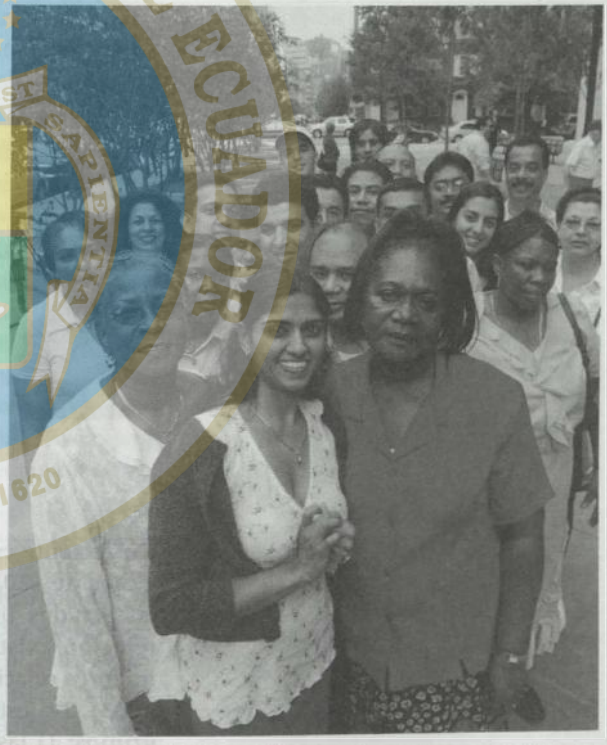
En definitiva, el duelo se manifiesta de maneras muy diversas (Clements y otros, 2003; Matzo y otros, 2003) que constituyen prácticas profundamente relacionadas con la cultura (Haas, 2003). De esta manera, no existe una forma ideal y correcta de vivir el proceso del duelo. Existen diversas formas de sentir la pérdida de un ser querido, y no se puede delimitar una sucesión fija de etapas que se deban experimentar para lograr un buen ajuste a la nueva situación. La viuda estoica tal vez precise llorar por su pérdida en algunas ocasiones. La viuda que llora quizá necesite dejar a un lado los deseos de su marido al tiempo que se convierte en la gestora financiera de su capital. Lo que sí resulta necesario es comprender que vivir el duelo de manera positiva conlleva crecimiento, flexibilidad y adecuación al contexto cultural en el que el individuo se encuentre.

Entender el mundo

Uno de los aspectos positivos del duelo es que consigue que muchos individuos intenten comprender su mundo (Attig, 2004; Balk, 2004; Gamino y Sewell, 2004; Kalish, 1981, 1987). Suele ocurrir que los individuos vuelven de manera repetida a recordar cada uno de los acontecimientos previos a la muerte. Durante los días y semanas después del fallecimiento, los miembros más cercanos de la familia comparten sus experiencias, en ocasiones recordando acontecimientos familiares. Según un reciente estudio, la crisis provocada por la muerte de sus maridos lograba que las mujeres que enviudaban en la madurez se plantearan orientaciones positivas para sus vidas (Danfroth y Glass, 2001). En otra reciente investigación se concluyó que las personas que vivían el duelo expresando esperanza en un futuro mejor mostraban un mejor ajuste que los individuos que se centraban en aspectos negativos como el dolor y el sufrimiento (Gamino y Sewell, 2004).

Cada individuo puede ofrecer su propia pieza para completar el rompecabezas de la muerte. «Cuando lo vi el sábado pasado, parecía estar mejorando», afirma un familiar. «¿Tendrá algo que ver con la enfermedad de su hermana?», pregunta otro. «No lo creo, pero escuché que se había caído al ir al baño esa misma mañana», comenta otro pariente. «Eso explicaría la herida en su codo», señala el primer individuo. «No me sorprende que me dijera que estaba enfadado porque ya no podía hacer nada bien», comenta otro miembro de la familia. Y de esta manera, los individuos se esfuerzan por entender por qué alguien que parecía haber mejorado el sábado, falleció el miércoles.

Cuando la causa de la muerte es un accidente o un desastre natural, se realiza un mayor esfuerzo para comprenderlo. Al tiempo que llegan noticias fragmentadas, los datos se van integrando en el rompecabezas. La persona que vive el duelo intenta analizar la muerte desde una perspectiva que le permita comprenderla: la intervención divina, una maldición de una tribu vecina, una secuencia lógica de causas y efectos, o cualquier otro motivo.



Mary Assanful (*a la derecha en primer plano* con otros trabajadores de la hostelería) trabajaba en el restaurante «Windows on the World» situado en las Torres Gemelas de Nueva York, y perdió su empleo tras los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001. Afirma que aún no se ha recuperado y que todavía tiene pesadillas. Mary, que nació en Ghana, sigue desempleada, por lo que se ha unido a otros trabajadores que pretenden abrir un restaurante cerca de la «Zona Cero». Esperan que este negocio sirva como homenaje a los compañeros que fallecieron en los ataques y que les proporcione algo en lo que centrar sus vidas, que aún no han vuelto a la normalidad. Mary afirma que su mente se ha calmado desde que comenzó a trabajar en este proyecto.

Perder a la pareja

El número de viudas supera al de viudos en una proporción de 5 a 1, lo que se debe a la mayor esperanza de vida de las mujeres, a que en los matrimonios el hombre suele tener más edad y a que los varones viudos suelen volver a casarse. Probablemente, las viudas constituyen el grupo de población más afectado por la pobreza en Estados Unidos. Según un reciente estudio, la mayoría de las viudas estadounidenses y alemanas experimentaban un retroceso en su nivel de vida en el primer año tras la muerte de sus maridos, y muchas vivían en la pobreza al enviudar (Hungerford, 2001). En una investigación realizada con estadounidenses de origen mexicano se concluyó que, frente a los varones viudos, resultaba más probable que las viudas sufrieran estrecheces económicas, que dependieran de los servicios sociales o que recurrieran a programas estatales de asistencia médica (Angel, Douglas y Angel, 2003). En este mismo estudio se determinó que las viudas recibían mayores niveles de apoyo emocional que los hombres en su misma situación. Otra investigación realizada con viudas afroamericanas concluyó que el núcleo de las descripciones que estas mujeres hacían de su duelo estaba formado por historias (Rodgers, 2004) en las que se identificaron seis temas: la conciencia de la existencia de la muerte, los cuidados proporcionados, la capacidad para sobrellevar la situación, la habilidad para seguir adelante, los sentimientos cambiantes y la seguridad financiera.

Las personas que han de vivir la pérdida de su pareja sufren un profundo dolor y, con frecuencia, también experimentan cambios económicos negativos, soledad, aumento de las enfermedades físicas y trastornos psicológicos, incluyendo la depresión (Hungerford, 2001; Manor y Eisenbach, 2003; Valdimarsdottir y otros, 2003). En el apartado «Investigación en el desarrollo del ciclo vital» se analiza la relación entre la viudedad y el estado de salud.



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

El estudio realizado por la Iniciativa de Salud Femenina sobre la viudedad y la salud

Un reciente estudio longitudinal de tres años de duración en el que se analizó a más de 120.000 mujeres con edades comprendidas entre los 50 y los 79 años en Estados Unidos dentro de la Iniciativa de salud femenina, se centró en la relación existente entre la viudedad y la salud física y mental, los comportamientos relacionados con la salud y sus consecuencias sanitarias (Wilcox y otros, 2003). En esta investigación se clasificó a las mujeres participantes en cuatro grupos: 1) las que aún estaban casadas; 2), las que se encontraban en una fase de transición entre el matrimonio y la viudedad; 3) las que permanecían viudas, y 4) las que se encontraban en una fase de transición entre la viudedad y el matrimonio. Las viudas, a su vez, se clasificaron en dos categorías: viudas recientes (con menos de un año de viudedad), y mujeres con una viudedad de mayor duración (más de un año).

Con el fin de evaluar el estado de salud de las participantes, se realizaron las siguientes mediciones (Wilcox y otros, 2003, pág. 515):

- *Estado de salud física.* Se midió la presión sanguínea tras cinco minutos de reposo realizando dos mediciones con un intervalo de treinta segundos entre ellas. Se consideraba que existía hipertensión cuando el nivel medido superaba 140/90. También se calculó el índice de masa corporal, lo que se

empleó para determinar los casos de obesidad. El funcionamiento físico general y el estado de salud se evaluaron por medio de un cuestionario.

- *Estado de salud mental.* Se analizó la existencia de síntomas de depresión utilizando un cuestionario de seis ítems en el que las pacientes debían determinar «la frecuencia con la que han tenido pensamientos depresivos en la última semana». También se pidió a las participantes que indicaran si tomaban antidepresivos. La información acerca del funcionamiento social y de la salud mental se obtuvo a partir de las respuestas dadas por las pacientes a la «Escala de funcionamiento social» (Ware, Kosinsky y Dewey, 2000).
- *Comportamientos relacionados con la salud.* Para evaluar los hábitos alimenticios se utilizó una versión modificada del «Cuestionario sobre hábitos y antecedentes de salud» del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (*National Cancer Institute*). Se preguntó a las participantes si eran fumadoras y se les pidió que indicaran su consumo de cigarrillos. «Con el fin de evaluar la actividad física, se pidió a las pacientes que indicaran con qué frecuencia solían caminar fuera de casa cada semana», así como su participación en actividades físicas de distinta intensidad. Para analizar el uso de tratamientos médicos, se les preguntó si habían recurrido a un médico durante el año anterior a este estudio.
- *Consecuencias sanitarias.* De forma anual, se evaluó la incidencia de enfermedades cardiovasculares y de cáncer, y se anotaron todos los casos de ingresos hospitalarios.

En este estudio de tres años, se advirtió lo siguiente:

> Las mujeres casadas afirmaban poseer un mejor estado de salud física y mental, así como mejores comportamientos relacionados con la salud que las mujeres viudas. Mientras que las mujeres que permanecieron casadas durante los tres años del estudio mostraron estabilidad en su salud mental, las viudas recientes experimentaron notables dificultades. Las mujeres que habían estado viudas durante más de un año presentaron estabilidad o una cierta mejoría en su estado de salud mental. En ambos grupos de mujeres viudas (recientes y a largo plazo) se detectó una mayor pérdida de peso no intencionada a lo largo de los tres años del estudio. Las conclusiones de esta investigación confirman la resistencia de las mujeres de mayor edad así como su capacidad para volver a establecer conexiones, pero también señalan la necesidad de que se proporcionen servicios de apoyo social a las mujeres que se encuentran con mayores dificultades durante la transición (del matrimonio a la viudedad) (Wilcox y otros, 2003, pág. 513).

La consecución de un ajuste óptimo tras una muerte depende de una serie de factores (Attig, 2004; Gamino y Sewell, 2004; Leming y Dickinson, 2002). Las mujeres consiguen mejores resultados que los hombres porque, en nuestra sociedad, ellas son las responsables de la vida emocional de una pareja, mientras que los hombres suelen ocuparse de gestionar la economía y los bienes materiales (Fry, 2001). De esta manera, las mujeres disponen de mejores redes de amigos y de relaciones más cercanas con los familiares. Además, están acostumbradas a cuidar por sí mismas de su salud psicológica (Antonucci y otros, 2001; Van Den Brink y otros, 2004). Las mujeres viudas de edad avanzada se desenvuelven mejor en esta situación que las viudas más jóvenes, tal vez porque la muerte de la pareja es un hecho que se puede esperar en el caso de los individuos con mayor edad. Por su parte, los varones viudos suelen disponer de más recursos económicos que las mujeres, y resulta mucho más probable que vuelvan a contraer matrimonio (DiGiulio, 1989).

Según un reciente estudio, existe una relación entre el bienestar psicológico de los adultos ancianos tras la muerte de su cónyuge y ciertos factores psicológicos y religiosos, como el sentido personal de la vida, el optimismo, la importancia de la

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR POTENTIOR EST FUNDADA EN 1620 QUITO

religión y el acceso a apoyo religioso (Fry, 2001). Otros estudios han indicado que la religiosidad y las habilidades para hacer frente a las dificultades se relacionan con el bienestar tras la muerte del cónyuge en la vejez (Michael, Crowther y Allen, 2003).

El duelo constituye un importante aspecto de la capacidad para enfrentarse a la pérdida de la pareja (Adams, 2003). Las características de la relación conyugal antes del fallecimiento se relacionan con la naturaleza del duelo que sigue a la muerte del cónyuge. En un estudio longitudinal se analizó a 1.532 individuos casados con edades superiores a 65 años (Carr y otros, 2000). Se obtuvo información acerca de la situación conyugal antes del fallecimiento de uno de los miembros de la pareja. Además, se valoró el duelo, la ansiedad y la depresión a los 6, 18 y 48 meses después de la muerte. En este estudio se estableció una relación entre la viudedad y un mayor nivel de ansiedad en el caso de aquellos individuos que mostraban una gran dependencia de sus parejas, mientras que la ansiedad resultaba menor para aquellas personas que no dependían tanto de sus cónyuges fallecidos. El nivel de anhelo era inferior en el caso de los individuos viudos que tenían una relación conflictiva con sus cónyuges antes de la muerte, y mayor cuando las personas no habían vivido una relación marital conflictiva. El grado de anhelo era mayor en el caso de las mujeres que dependían en gran medida de sus maridos para obtener apoyo, y resultaba inferior para los hombres que mostraban una elevada dependencia de sus esposas. Los resultados de este estudio contradicen la creencia común de que el duelo resulta más profundo si el matrimonio presentaba conflictos.

Tanto para las viudas como para los viudos, el apoyo social constituye una valiosa ayuda que les permite adaptarse a la situación surgida tras la muerte de su pareja (Boerner y Wortman, 1998; Kastenbaum, 2004). El programa «De viuda a viuda» (*Widow-to-widow*), que comenzó en 1960, proporciona apoyo a mujeres recientemente enviudadas. Un grupo de mujeres viudas, de forma voluntaria, se acercan a otras viudas y las presentan a más mujeres en una situación similar, además de organizar debates y actividades sociales. El programa ha sido adoptado por la Asociación Americana de Personas Jubiladas, por lo que su aplicación se ha extendido por todo Estados Unidos bajo el nombre de «Servicio para personas viudas» (*Widowed Person's Service*). Además, numerosas organizaciones comunitarias han adoptado este modelo de programa con el fin de proporcionar apoyo a los individuos que viven una difícil etapa de transición.

Formas de luto

Una de las decisiones que debe tomar la persona que vive el duelo es qué hacer con el cuerpo del difunto. En aproximadamente el 80 por 100 de los casos, se recurre al enterramiento, y en el 20 por 100 restante se utiliza la incineración (*Cremation Association of America*, 2000). Este último método resulta más frecuente en la región del pacífico de Estados Unidos y es menos utilizado en el sur de dicho país. Además, la incineración es más frecuente en Canadá que en Estados Unidos, aunque su empleo destaca en Japón y en muchos otros países asiáticos.

En muchas culturas, el funeral constituye uno de los elementos más importantes del luto. Según un estudio, los individuos que se caracterizaban por su religiosidad obtenían mayores beneficios psicológicos del funeral, participaban más activamente en los rituales y presentaban un mejor ajuste a la pérdida (Hayslip, Edmondson y Guarnaccia, 1999).

En los últimos años, las empresas de pompas fúnebres han sido el centro de cierta polémica. Estas compañías afirman que el funeral constituye una forma de cierre de las relaciones con el difunto, especialmente cuando la capilla ardiente se realiza con un ataúd abierto. Otros, más críticos, opinan que las empresas de pompas fúnebres tan sólo intentan aumentar sus ingresos, y que la práctica del embalsamamiento resulta grotesca. Para evitar los abusos que pueden producirse



Una viuda preside el funeral de su esposo en Estados Unidos.



Personas asistentes a una ceremonia de incineración en Bali (Indonesia), con recipientes decorativos en sus cabezas.

tras la muerte de un ser querido, conviene contratar los servicios funerarios con antelación. Sin embargo, según una encuesta, tan sólo el 24 por 100 de los individuos con más de 60 años de edad habían realizado algún tipo de preparativo para su funeral (Kalish y Reynolds, 1976).

En algunas culturas, se celebra una comida ceremonial tras el fallecimiento. En otras, se lleva un brazalete negro durante un año. Las culturas difieren en la forma en la que viven el luto (Adamolekun, 2001; Clements y otros, 2003; Morgan y Laungani, 2003; Shepard, 2002). Para saber más acerca de dos culturas con distintos sistemas de luto, puedes leer el apartado «Diversidad en el desarrollo del ciclo vital».



Investigación en el desarrollo del ciclo vital

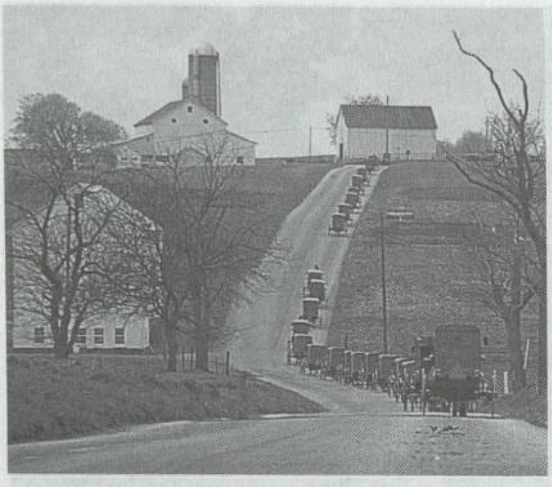
El duelo en la comunidad Amish y en el judaísmo tradicional

En algunas culturas, como la Amish y el judaísmo tradicional, la familia y la comunidad desempeñan un importante papel en el período de luto (Worthington, 1989).

Los Amish son un grupo muy tradicional formado por aproximadamente 80.000 miembros que viven en Estados Unidos, Ontario (Canadá) y algunas pequeñas comunidades en Centroamérica y Suramérica. Los Amish viven en una sociedad basada en la familia en el que el apoyo familiar y comunitario resulta esencial para la supervivencia. En la actualidad, siguen viviendo al mismo ritmo tranquilo que sus antepasados, utilizando caballos en vez de coches y aceptando la muerte con la misma fe inquebrantable que los fundadores de su comunidad. Cuando se produce un fallecimiento, los vecinos se encargan de difundir la noticia, y la comunidad Amish controla todos los aspectos de los ritos funerarios.

El funeral se celebra en un granero en los meses más cálidos o en una casa durante el invierno. La aceptación tranquila de la muerte, influida por una profunda fe religiosa, forma parte intrínseca de la cultura Amish. Tras el funeral, la

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1920 QUITO



Una procesión funeraria Amish en Pennsylvania (Estados Unidos). El funeral tiene lugar en un granero durante el verano y en la casa del fallecido en los meses más fríos. Tras el funeral, la familia del difunto recibe un fuerte nivel de apoyo social durante, al menos, un año.

familia del difunto recibe un gran apoyo de la comunidad durante al menos un año. Esta colaboración toma la forma de visitas, fabricación de libros de recuerdos o de artículos de artesanía para la familia, nuevos proyectos laborales para la viuda o días en los que las mujeres se reúnen para fabricar colchas, una actividad en la que se combina la camaradería y la productividad.

En el judaísmo tradicional, la familia y la comunidad también desempeñan papeles importantes y concretos. El luto se divide en distintos períodos temporales, cada uno de los cuales se caracteriza por una serie de prácticas adecuadas. Se exige que tanto el cónyuge como los parientes más cercanos del fallecido sigan estos rituales. La primera etapa se denomina *aninut*, el período que media entre la muerte y el entierro. Los dos siguientes períodos forman el *avelut*, o luto propiamente dicho. La primera de las fases del *avelut* se denomina *shivah*, un período de siete días que comienza con el entierro. Le sigue el *sheloshim*, una etapa de treinta días posteriores al entierro y que incluye el *shivah*. Al finalizar el *sheloshim*, se considera que el período de luto ya ha acabado para todos excepto para los padres, quienes seguirán de luto durante once meses más, aunque apenas han de realizar rito alguno.

El período de siete días denominado *shivah* resulta especialmente importante en el judaísmo tradicional. Los familiares del difunto, reunidos durante un largo período de tiempo, tienen la oportunidad de proyectar sus sentimientos en el conjunto del grupo. Las visitas de otras personas durante esta etapa del luto pueden ayudar a los familiares a hacer frente al sentimiento de culpa. Tras el *shivah*, se espera que los parientes retomen sus relaciones sociales. De hecho, es costumbre que los familiares caminen juntos una corta distancia como símbolo de su vuelta a la sociedad. En su totalidad, el complejo sistema de luto del judaísmo tradicional tiene como objetivo fomentar el crecimiento personal y reintegrar al individuo en la comunidad.

Revisa y reflexiona: Objetivo de aprendizaje 5

5 Identificar las distintas maneras de aceptar la muerte de otra persona

REVISA

- ¿Cuáles son algunas de las estrategias existentes para comunicarse con una persona que se encuentra en fase terminal?
- ¿Cuáles son las características del duelo?
- ¿Por qué la comprensión del mundo constituye una de las consecuencias positivas del duelo?
- ¿Cuáles son algunas de las características y consecuencias de la pérdida de la pareja?
- ¿Cuáles son algunas de las formas de luto existentes? ¿Cuáles son las características del funeral?

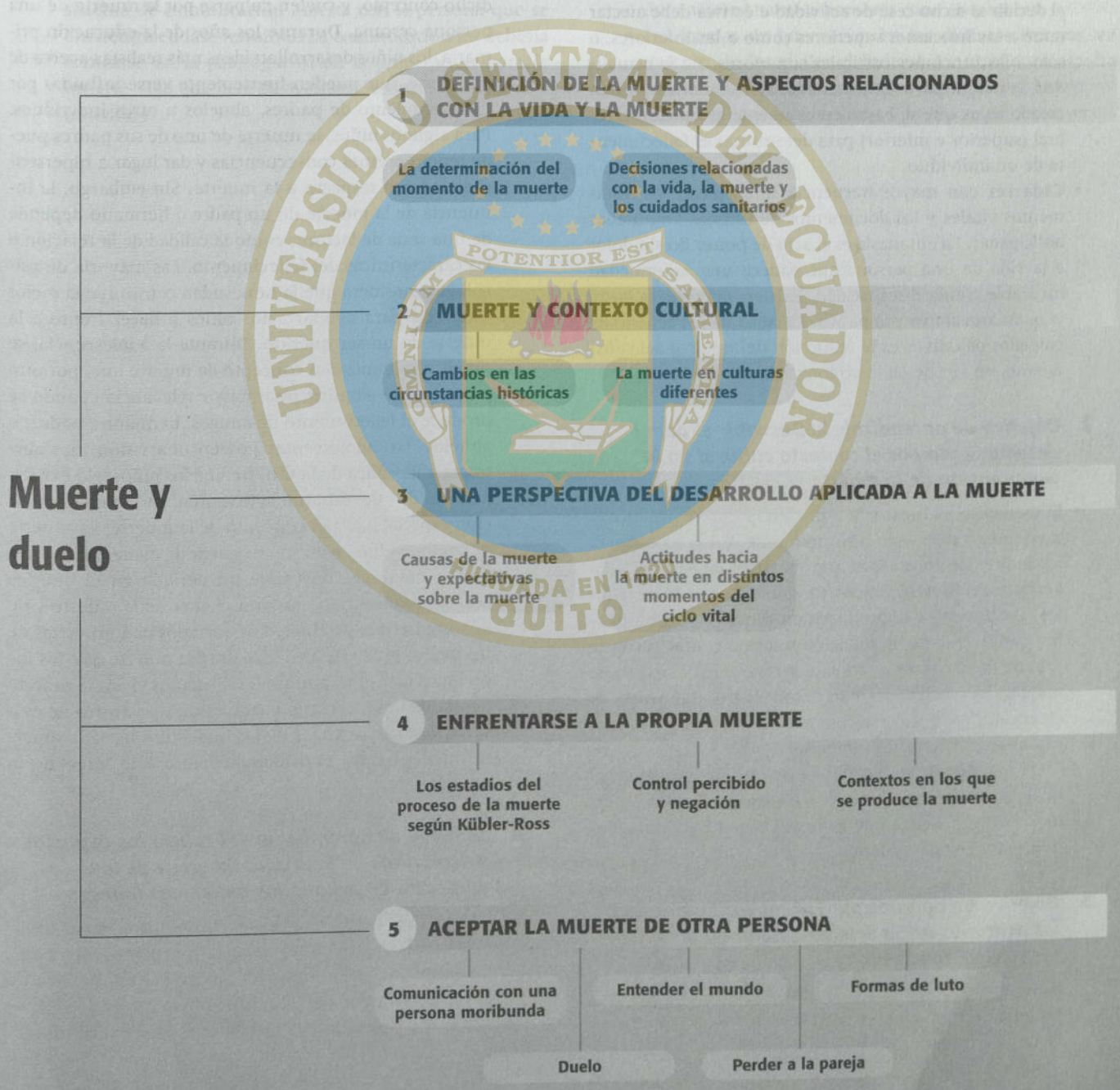
REFLEXIONA

- ¿Existe una forma más o menos adecuada de vivir el duelo? Justifica tu respuesta.

Hemos llegado al final de esta obra. Espero que este libro haya constituido una ventana al ciclo vital de la especie humana, y una atalaya desde la que contemplar nuestro propio paso por la vida.

Nuestro estudio del ciclo vital humano ha sido extenso y complejo. El lector ha podido conocer datos acerca de los numerosos cambios físicos, cognitivos y socioemocionales que se producen desde la concepción hasta la muerte. Ahora es un buen momento para reflexionar sobre lo aprendido. ¿Qué teorías, estudios e ideas han resultado especialmente interesantes? ¿Qué se ha aprendido acerca del propio desarrollo personal?

Alcanza tus objetivos de aprendizaje



Resumen

1 *Objetivo de aprendizaje 1: Analizar aspectos relacionados con la determinación de la muerte y las decisiones relacionadas con el fallecimiento*

- Hace veinticinco años, resultaba mucho más simple determinar el fallecimiento de una persona que hoy en día. La muerte cerebral constituye una definición neurológica de la muerte según la cual el cerebro de un individuo ha dejado de funcionar cuando cesa toda actividad eléctrica cerebral durante un período determinado de tiempo. Los expertos médicos aún no se muestran unánimes al decidir si dicho cese de actividad eléctrica debe afectar tanto a las funciones superiores como a las inferiores, o sólo a las funciones corticales superiores. En la actualidad, la mayor parte de los estados norteamericanos han creado leyes que se basan en el cese de la función cerebral (superior e inferior) para determinar el fallecimiento de un individuo.
- Cada vez con mayor frecuencia se emplean los testamentos vitales y los documentos de últimas voluntades anticipadas. La eutanasia es el acto de poner fin sin dolor a la vida de una persona que padece una enfermedad incurable o una discapacidad. Existen diferencias entre la eutanasia activa y la pasiva. La labor de los centros de cuidados paliativos es la reducción del dolor y del sufrimiento, en vez de en la prolongación de la vida.

2 *Objetivo de aprendizaje 2: Describir el papel desempeñado por el contexto cultural en la comprensión de la muerte*

- El momento, el lugar y la forma en la que se produce la muerte han cambiado históricamente. En la actualidad, los índices de mortalidad son mayores en la población anciana. En Estados Unidos, más del 80 por 100 de todos los fallecimientos se producen en centros o en hospitales, con lo que se ha reducido nuestro contacto con la muerte en el contexto familiar. A través de la historia, la mayoría de sociedades han desarrollado algún tipo de creencia filosófica o religiosa acerca de la muerte, y en casi todas existen ritos funerarios.
- En la mayoría de sociedades, la muerte no constituye el final de la existencia, ya que se piensa que la vida espiritual continúa. Se considera que la cultura estadounidense niega y evita la muerte.

3 *Objetivo de aprendizaje 3: Analizar la muerte y las actitudes hacia este fenómeno en distintas etapas del desarrollo*

- A pesar de que resulta más probable que la muerte se produzca en la vejez, el fallecimiento puede ocurrir en cualquier momento del desarrollo. Suele considerarse que las muertes de ciertos individuos, especialmente niños y jóvenes, constituyen acontecimientos más trágicos que las de otras personas como, por ejemplo, los ancianos, que han tenido la oportunidad de vivir una larga existencia. En el caso de los niños y los jóvenes, la muerte suele producirse por causa de un accidente, mientras que para los ancianos, la muerte suele sobrevenir como consecuencia de una enfermedad crónica. El caso de los padres que pierden un hijo durante la juventud constituye una circunstancia especialmente difícil.
- Los bebés carecen de un concepto de la muerte. Los niños en edad preescolar tienen una idea muy vaga de dicho concepto, y suelen culparse por la muerte de una persona cercana. Durante los años de la educación primaria, los niños desarrollan ideas más realistas acerca de la muerte, que pueden fuertemente verse influidas por el fallecimiento de padres, abuelos u otros individuos. Para algunos niños, la muerte de uno de sus padres puede tener enormes consecuencias y dar lugar a hipersensibilidad con respecto a la muerte. Sin embargo, la influencia de la muerte de un padre o hermano depende de una serie de factores como la calidad de la relación o las características del fallecimiento. Las mayoría de psicólogos considera que la honestidad constituye la mejor estrategia para ayudar a los niños a hacer frente a la muerte de un ser querido. Durante la adolescencia, se tiende a minimizar al concepto de muerte que, por otra parte, puede adquirir una mayor relevancia cuando se produce el fallecimiento de amigos, hermanos, padres o abuelos. Los adolescentes poseen una visión más abstracta y filosófica de la muerte que los niños. No existen pruebas de que, durante la juventud, surja una orientación especial hacia el concepto de la muerte. La muerte de un individuo joven suele ocurrir de manera inesperada. La madurez constituye un período en el que los adultos se muestran más conscientes de la muerte y de la ansiedad que produce. Los ancianos dan muestras de un menor grado de ansiedad ante la muerte que los individuos maduros, aunque los ancianos viven la muerte de manera más cercana y conversan más acerca de esta situación. Las actitudes de los individuos hacia la muerte pueden variar considerablemente a lo largo de la adultez.

4 *Objetivo de aprendizaje 4: Explicar los aspectos psicológicos de la propia muerte y de los contextos en los que los individuos fallecen*

- Kübler-Ross propuso la existencia de cinco etapas: negación y aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación. No todos los individuos pasan por estas etapas de la misma manera o en el mismo orden.
- El control percibido y la negación pueden constituir factores que ayuden al individuo en fase terminal a ajustarse mejor a su situación. La negación puede ser una con-

ducta adaptativa o desadaptativa, lo que dependerá de las circunstancias.

- En Estados Unidos, la mayor parte de las muertes se producen en hospitales, una circunstancia que presenta ventajas e inconvenientes. La mayoría de individuos preferiría morir en sus hogares, pero temen ser una carga para sus familias y no disponer de los cuidados médicos necesarios.

5 *Objetivo de aprendizaje 5: Identificar las distintas maneras de aceptar la muerte de otra persona*

- La mayoría de los psicólogos recomiendan que exista un sistema de comunicación abierta con la persona que se encuentra en fase terminal. La comunicación no debería centrarse en la patología ni en la preparación para la muerte, sino que debería acentuar los puntos fuertes del individuo.
- El duelo consiste en el aturdimiento emocional, la incredulidad, la ansiedad por la separación, la desesperanza, la tristeza y la soledad que surgen tras la muerte de un ser querido. El duelo es un fenómeno multidimensional que, en algunos casos, puede durar varios años. Existen numerosas diferencias culturales en la forma de vivir el duelo.
- El proceso del duelo puede conseguir que un individuo intente comprender el mundo. Cada individuo puede contribuir a completar el rompecabezas emocional que supone el duelo.
- Con frecuencia, la muerte de la pareja constituye la pérdida más difícil de superar. Las personas que viven esta situación presentan el riesgo de padecer numerosos problemas de salud. El apoyo social beneficia a los individuos viudos, tanto a hombres como a mujeres.
- Las formas de luto varían en las distintas culturas, en muchas de las cuales el funeral constituye un aspecto fundamental del proceso. En los últimos años, las empresas de pompas fúnebres han sido objeto de controversia.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Glosario

Abandonar el hogar paterno y convertirse en un adulto soltero Primera etapa en el ciclo vital de la familia en la que se produce el desprendimiento. *Capítulo 15.*

Abordabilidad Oportunidades para la interacción ofrecida por los objetos que son necesarios para llevar a cabo actividades funcionales. *Capítulo 5.*

Aceptación Quinto y último estadio en la teoría de Kübler-Ross, una etapa en la que la persona desarrolla una sensación de paz, de aceptación de su destino y, en muchos casos, el deseo de estar a solas. *Capítulo 21.*

Acercamiento Montessori Filosofía de educación en la que se les da a los niños una libertad y una espontaneidad considerables para elegir actividades y se les permite pasar de una actividad a otra, según ellos deseen. *Capítulo 8.*

Acomodación Ocurre cuando los individuos ajustan la nueva información. *Capítulo 2.*

Adicción Patrón de comportamiento caracterizado por la necesidad desmedida de consumir una droga y de asegurar su disponibilidad. *Capítulo 14.*

ADN Molécula compleja que contiene información genética. *Capítulo 3.*

Adultez emergente Fase de transición entre la adolescencia y la edad adulta que suele ocurrir entre los 18 y los 25 años de edad y que está caracterizada por la experimentación y la exploración. *Capítulo 14.*

Afasia Pérdida o alteración del lenguaje resultado de un daño cerebral. *Capítulo 6.*

Altruismo Interés por ayudar a alguien sin que ello redunde en beneficio propio. *Capítulo 11.*

Amenaza del estereotipo Estado de ansiedad que sufre un individuo cuando considera que su comportamiento puede confirmar un estereotipo negativo atribuido al grupo al que se pertenece. *Capítulo 10.*

Amistad Forma de relación cercana que incluye el disfrute, la aceptación, la confianza, el respeto, la ayuda mutua, la confidencialidad, la comprensión y la espontaneidad. *Capítulo 15.*

Amnios Bolsa o envoltura que contiene un fluido claro en la que el embrión en desarrollo flota. *Capítulo 4.*

Amor afectuoso También denominado amor de acompañamiento. Constituye el tipo de amor que surge cuando alguien desea estar cerca de una persona y siente un afecto profundo y generoso por ese individuo. *Capítulo 15.*

Amor romántico También denominado *amor pasional* o *eros*. Los componentes más importantes en este tipo de amor son los aspectos sexuales y el encaprichamiento. Suele predominar en la primera etapa de una relación amorosa. *Capítulo 15.*

Andamiaje Situación en la que los padres interaccionan de tal forma que las experiencias entre los niños y los adultos son recíprocas. *Capítulo 7.*

Androginia Presencia de características positivas tanto masculinas como femeninas en la misma persona. *Capítulo 11.*

Anemia falciforme Alteración genética que afecta a los glóbulos rojos y ocurre más comúnmente entre la gente descendiente de Africanos. *Capítulo 3.*

Angustia de separación Reacción de angustia del niño cuando el cuidador se marcha. *Capítulo 7.*

Animismo Creencia de que los objetos «inanimados»tienen la cualidad de estar vivos y de que son capaces de actuar. *Capítulo 8.*

Anorexia nerviosa Trastorno alimentario que se basa en la búsqueda de la delgadez a través de la privación de alimentos. *Capítulo 12.*

Ansiedad ante extraños Miedo y cautela de un bebé ante desconocidos, tiende a aparecer en la segunda mitad del primer año de vida. *Capítulo 7.*

Apego Vínculo emocional fuerte entre un bebé y su cuidador. *Capítulo 7.*

Aprendizaje a través de servicios a la comunidad Forma de educación que fomenta la responsabilidad social y los servicios a la comunidad. *Capítulo 12.*

Área de Broca Área en el lóbulo frontal izquierdo del cerebro que dirige los movimientos musculares implicados en la producción del habla. *Capítulo 6.*

Área Wernicke Área del hemisferio izquierdo del cerebro implicada en la comprensión del lenguaje. *Capítulo 6.*

Artritis Inflamación de las articulaciones que produce dolor, rigidez y problemas de movilidad y que afecta especialmente a los adultos ancianos. *Capítulo 18.*

Asimilación Inclusión de grupos étnicos minoritaria dentro del grupo dominante, lo que suele dar lugar a la pérdida de algunos o de prácticamente todos los comportamientos y valores del grupo étnico. *Capítulo 13.*

Asimilación cultural Se produce cuando los individuos incorporan nueva información a su conocimiento existente. *Capítulo 2.*

Atención dividida Concentrarse en más de una actividad de manera simultánea. *Capítulo 19.*

Atención selectiva Centrarse en un aspecto específico de la experiencia que resulta relevante, al tiempo que se ignoran otros aspectos irrelevantes. *Capítulo 19.*

Atención sostenida Estado de alerta que permite detectar pequeñas transformaciones que se producen de manera aleatoria en el entorno y responder a ellas. *Capítulo 19.*

Atención Enfoque de los recursos mentales. *Capítulo 6.*

Audiencia imaginaria Convencimiento que presentan los adolescentes de que los demás comparten el interés que sienten por ellos mismos. Comportamiento que busca

atraer la atención motivado por el deseo de ser notado, visible y estar «en el punto de mira». *Capítulo 12.*

Autoconcepto Evaluación del yo específica para un área concreta. *Capítulo 11.*

Autoestima Evaluación global del yo, también denominada valor propio o autoimagen. *Capítulo 11.*

Bebés con apego seguro Bebés que utilizan al cuidador como una base segura desde la que explorar el entorno. *Capítulo 7.*

Bebés con un bajo peso al nacer Aquellos que pesan menos de dos kilos y medio al nacer. *Capítulo 4.*

Bebés evasivos Bebés que muestran inseguridad evitando al cuidador. *Capítulo 7.*

Bebés pequeños para su tiempo (también llamados *bebés pequeños para su edad gestacional*) Aquellos cuyo peso al nacer es inferior al normal cuando se considera la duración del embarazo. Estos bebés pueden ser prematuros o no. *Capítulo 4.*

Bebés prematuros Aquellos que nacen tres semanas o más antes de que el embarazo llegue a su final. *Capítulo 4.*

Blastocito Capa interna de las células que se desarrolla durante el período germinal. Estas células después se transforman en el embrión. *Capítulo 4.*

Bondad innata Idea presentada por el filósofo suizo Jean-Jacques Rousseau, de que los niños son buenos por naturaleza. *Capítulo 1.*

Bulimia nerviosa Trastorno alimentario en el que el individuo afectado sigue continuamente una secuencia en la que come en exceso y luego se provoca el vómito. *Capítulo 12.*

Cataratas Enfermedad producida por un aumento en el grosor del cristalino que produce que la visión se nuble, se distorsione y se vuelva opaca. *Capítulo 18.*

Ceatividad sin límites Habilidad de producir un número inacabable de frases con significado utilizando un número determinado de palabras y normas. *Capítulo 6.*

Centración La atención se enfoca, o se centra, en una característica excluyendo a todas las demás. *Capítulo 8.*

Centro de cuidados paliativos Programa humanitario que pretende conseguir que la fase final de la vida se desarrolle, en lo posible, sin dolor, ansiedad ni depresión. Los objetivos de estos centros difieren de los de los hospitales, en los que se intenta curar las enfermedades y prolongar la vida. *Capítulo 21.*

Ciclo vital Límite de la vida, es decir, el número máximo de años que un individuo puede vivir. Para el ser humano, el ciclo vital máximo alcanza, aproximadamente, los 120 o 125 años. *Capítulo 18.*

Cinco grandes factores de la personalidad Estabilidad emocional (neuroticismo), extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. *Capítulo 17.*

Clave de continuidad y discontinuidad Extensión por la cual el desarrollo implica cambios acumulativos graduales (continuidad) o diferentes fases (discontinuidad). *Capítulo 1.*

Clave de estabilidad y cambio Grado según el cual nos convertimos en interpretaciones posteriores de nuestras experiencias tempranas (estabilidad) o si nos desarrollamos hacia alguien diferente de quien éramos en un punto anterior del desarrollo (cambio). *Capítulo 1.*

Clave de naturaleza-medio Debate sobre si el desarrollo está primordialmente influido por la naturaleza o el medio. La naturaleza se refiere a la herencia del organismo biológico; el medio, sin embargo, se refiere a las experiencias del entorno. Los defensores de la «naturaleza» afirman que la influencia más importante en el desarrollo es la herencia biológica. Por el contrario, los defensores del «medio» afirman que las experiencias del entorno son las influencias más importantes. *Capítulo 1.*

Climaterio Período de la vida en el que la fertilidad disminuye. *Capítulo 16.*

Coeficiente de desarrollo Puntuación general del desarrollo que combina sub-puntuaciones en los campos de evaluación motora, lenguaje, adaptación y personal-social en las evaluaciones de bebés de Gesell. *Capítulo 6.*

Coeficiente intelectual (CI) Resultado de dividir la edad mental de un individuo por su edad cronológica (EC) multiplicada por 100. *Capítulo 10.*

Comportamiento genético Campo que busca descubrir la influencia de la herencia y el medio en las diferencias individuales en las características y el desarrollo humano. *Capítulo 3.*

Compromiso Parte del desarrollo de la identidad en la que el adolescente muestra un interés personal en lo que va a hacer. *Capítulo 13.*

Conocimiento de sí mismo Representación cognitiva para el niño del yo, su solidez y el contenido de la idea propia del niño. *Capítulo 9.*

Conservación En la teoría de Piaget, conciencia de que la alteración de la apariencia de un objeto o una sustancia no cambia sus propiedades cuantitativas. *Capítulo 8.*

Constancia de forma Reconocimiento de que la forma de un objeto permanece igual incluso cuando su orientación con respecto a nosotros cambia. *Capítlo 5.*

Constancia de tamaño Reconocimiento de que un objeto permanece igual incluso aunque la imagen del objeto en tu retina cambie. *Capítulo 5.*

Contacto físico inicial Existencia de un contacto estrecho, especialmente físico, entre los padres y el recién nacido poco después del nacimiento. *Capítulo 4.*

Contexto Lugar donde ocurre el desarrollo, influido por factores históricos, económicos, sociales y culturales. *Capítulo 1.*

Contrato social o utilidad y derechos individuales Quinto estadio del desarrollo moral en la teoría de Kohlberg. En él, los individuos entienden que los valores, los derechos y los principios forman la base de la ley o la trascienden. *Capítulo 11.*

Coordinación de las reacciones circulares secundarias Cuarta subfase sensorio-motora de Piaget, se desarrolla entre los 8 y los 12 meses. En esta subfase, tienen lugar muchos cambios significativos que implican la coordinación de esquemas y la intencionalidad. *Capítulo 6.*

Cordón umbilical Sistema de apoyo que contiene dos arterias y una vena, que conectan al feto con la placenta. *Capítulo 4.*

Correlaciones activas (selección del nicho ecológico) genotipo-medio Ocurren cuando los niños buscan entornos que ellos encuentran compatibles y estimulantes. *Capítulo 3.*

Correlaciones evocativas genotipo-medio Se producen porque las características de un niño provocan cierto tipo de entornos. *Capítulo 3.*

Correlaciones pasivas genotipo-medio Ocurren porque los padres biológicos, que están relacionados genéticamente con el niño, proporcionan un entorno educativo para el niño. *Capítulo 3.*

Crisis Período del desarrollo de la identidad durante el que el adolescente elige entre alternativas coherentes. *Capítulo 13.*

Cromosomas Estructuras filiformes que contienen la sustancia genética extraordinaria, el ácido desoxirribonucleico o ADN. *Capítulo 3.*

Cuidado canguro Manera de sostener a un bebé prematuro para que tenga contacto directo con la piel. *Capítulo 4.*

Cuidado de ancianos Atención física y emocional que se presta a los miembros de mayor edad de la familia, tanto si se trata de asistencia física cotidiana o si consiste en organizar y supervisar dicha atención. *Capítulo 20.*

Cuidados paliativos Tipo de cuidados aplicados en centros paliativos. Se basan en la reducción del dolor y del sufrimiento, y en ayudar a los pacientes a morir con dignidad. *Capítulo 21.*

Cultura Patrones de comportamiento, creencias y todas las características de un grupo particular que pasan de generación en generación. *Capítulo 1.*

Degeneración macular Enfermedad que consiste en el deterioro de la mácula de la retina, que constituye el foco central del campo de visión. *Capítulo 18.*

Delincuente juvenil Adolescente que infringe la ley o que presenta un comportamiento que se considera ilegal. *Capítulo 13.*

Demencia multi-infarto Pérdida esporádica y progresiva del funcionamiento intelectual motivado por una obstrucción ocasional pero repetida del flujo sanguíneo en las arterias cerebrales. *Capítulo 19.*

Demencia Concepto que engloba cualquier desorden neurológico cuyos síntomas primarios impliquen el deterioro del funcionamiento mental. *Capítulo 19.*

Depresión Cuarto estadio del proceso de la muerte en la teoría de Kübler-Ross, en el que la persona en fase terminal acepta la certeza de la muerte. En este punto del proceso, puede surgir un período de depresión o de dolor preparatorio. *Capítulo 21.*

Depresión mayor Trastorno del estado de ánimo en el que el individuo se muestra profundamente infeliz, desmoralizado, crítico consigo mismo y aburrido. La persona no se encuentra bien, pierde fuerza con facilidad, apenas tiene apetito y se muestra apática y sin motivación. La depresión mayor está tan extendida que se considera «el catarro común» de las enfermedades mentales. *Capítulo 19.*

Depresión posparto Se caracteriza por una serie de sentimientos de tristeza, ansiedad o desesperación que tienen problemas para enfrentarse a sus tareas diarias durante el período posparto. *Capítulo 4.*

Desarrollo Patrón de cambio que comienza con la concepción y continúa durante toda la vida. La mayor parte del desarrollo implica crecimiento, a pesar de que también contiene una decadencia, como es el caso del envejecimiento y la muerte. *Capítulo 1.*

Desarrollo moral Desarrollo de los pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con las reglas y las convenciones sobre lo que la gente debe hacer en sus relaciones con otra gente. *Capítulo 9.*

Deshabituación Recuperación de una respuesta habituada después de un cambio en la estimulación. *Capítulo 5.*

Desprendimiento Proceso de entrada en la edad adulta y de salida del núcleo familiar de origen. *Capítulo 15.*

Diferenciación frente a la preocupación por el rol Una de las tres tareas evolutivas del envejecimiento descritas por Peck que consiste en redefinir el valor personal en unos términos que vayan más allá del rol laboral. *Capítulo 20.*

Diferencias individuales Forma estable y regular en la que los individuos se diferencian unos de otros. *Capítulo 10.*

Dificultades en el aprendizaje Concepto en el se incluyen tres elementos 1) establecimiento de un coeficiente de inteligencia mínimo; 2) presencia de dificultades significativas en un área académica, especialmente en las relacionadas con la lectura o con las matemáticas, y 3) no inclusión en la definición de los individuos afectados por desequilibrios emocionales severos, trastornos sensoriales y/o déficit neurológicos específicos o de los individuos que provengan de entornos en los que se habla otro idioma. *Capítulo 10.*

Discriminación por edad Existencia de prejuicios contra otros individuos debido a su edad, especialmente prejuicios contra los ancianos. *Capítulo 20.*

Dislexia Dificultad en el aprendizaje que consiste en la presencia de serias dificultades a la hora de leer y escribir. *Capítulo 10.*

Dispositivo de adquisición del lenguaje Término de Chomsky que describe un atributo biológico que permite que el niño detecte ciertas categorías del lenguaje, como la fonología, la sintaxis y la semántica. *Capítulo 6.*

Distribución normal Distribución simétrica y en la que la mayoría de los resultados obtenidos se sitúan en un rango medio de la escala y muy pocos aparecen en los extremos. *Capítulo 10.*

Duelo Estado de aturdimiento emocional, incredulidad, ansiedad por la separación, desesperanza, tristeza y soledad que surgen tras la muerte de un ser querido. *Capítulo 21.*

Duola Cuidadora que proporciona apoyo físico, emocional y educativo continuo para la madre antes, durante y después del parto. *Capítulo 4.*

Dureza de carácter Rasgo de la personalidad caracterizado por la sensación de compromiso (y no de alienación), control (y no impotencia) y por la percepción de que los problemas constituyen retos (y no amenazas). *Capítulo 16.*

Edad biológica Edad de una persona en términos de salud biológica. *Capítulo 1.*

Edad cronológica Número de años que han pasado desde el nacimiento. *Capítulo 1.*

Edad mental (EM) Concepto establecido por Binet para medir el nivel de desarrollo mental que presenta un individuo en relación con otros. *Capítulo 10.*

Edad psicológica Capacidades de adaptación de un individuo en comparación con otros individuos de igual edad cronológica. *Capítulo 1.*

Edad social Roles sociales y las expectativas relacionadas con la edad de una persona. *Capítulo 1.*

Educación adaptada al desarrollo Basada en el conocimiento del desarrollo normal del niño dentro de su rango de edad (adaptación a la edad) al igual que la singularidad del niño (adaptación al individuo). *Capítulo 8.*

Efectos de las cohortes generacionales Aquellos que se deben al momento del nacimiento, la era o la generación de una persona, pero no a su edad en sí. *Capítulo 2.*

Egocentrismo Dificultad para distinguir entre una perspectiva propia y la de otros (destacada del pensamiento preoperacional). *Capítulo 8.*

Egocentrismo en la adolescencia Conciencia exacerbada de sí mismos que tienen los adolescentes. *Capítulo 12.*

Ejercicio aeróbico Ejercicio continuo (footing, natación o ciclismo, por ejemplo) que estimula la actividad cardiaca y pulmonar. *Capítulo 14.*

Elaboración Importante estrategia que consiste en realizar un procesamiento más amplio de la información. *Capítulo 10.*

Emoción Sentimiento, o afecto, que se produce cuando una persona se encuentra en un estado o una interacción que es importante para ellos. La emoción se caracteriza por un comportamiento que refleja (expresa) el estado emocional bueno o malo en el que se encuentra una persona o una transacción que está siendo experimentada. *Capítulo 7.*

Emociones de conciencia propia Emociones que requieren cognición, especialmente el conocimiento. Incluyen empatía, envidia y vergüenza, orgullo, timidez y culpa, que aparecen por primera vez aproximadamente a la mitad del segundo año hasta la mitad del tercer año de vida. *Capítulo 7.*

Emociones primarias Emociones presentes en los humanos y otros animales. Las emociones primarias incluyen sorpresa, alegría, enfado, tristeza, miedo y disgusto. Aparecen por primera vez a los seis u ocho meses de vida. *Capítulo 7.*

Enfermedad de Alzheimer Trastorno cerebral progresivo e irreversible caracterizado por el deterioro gradual de la memoria, el razonamiento, el lenguaje y, finalmente, del funcionamiento físico. *Capítulo 19.*

Enfermedad de Parkinson Enfermedad crónica y degenerativa caracterizada por la aparición de temblores musculares, la ralentización de los movimientos y la parálisis facial parcial. *Capítulo 19.*

Enfermedades crónicas Enfermedades que se caracterizan por aparecer de forma lenta y por extenderse a lo largo del tiempo. Estos trastornos resultan extraños durante la juventud, pero su incidencia aumenta en la madurez, llegando a ser frecuentes en la vejez. *Capítulo 16.*

Enfermedades de transmisión sexual (ETS) Infecciones que se contraen principalmente a través del contacto sexual. Este contacto no se limita al sexo vaginal, sino que incluye también los contactos oral-genitales y anal-genitales. *Capítulo 12* y *Capítulo 14.*

Enfoque constructivista social Hace hincapié en los contextos sociales del aprendizaje y en que el conocimiento es mutuamente construido y elaborado. La teoría de Vygostky refleja este acercamiento. *Capítulo 8.*

Enfoque contemporáneo basado en los acontecimientos vitales Según este enfoque, la influencia que las circunstancias de la vida ejercen sobre el desarrollo individual depende no sólo del acontecimiento en sí, sino que también surge de otros factores de mediación, de la adaptación del individuo al acontecimiento, de la fase del desarrollo en la que se encuentre el individuo, y del contexto histórico y social. *Capítulo 17.*

Enfoque de enseñanza directa Forma de enseñar centrada en la figura del profesor y caracterizada por la dirección y control ejercidos por el docente, su dominio de la materia, sus expectativas positivas sobre el progreso de sus alumnos y la cantidad de tiempo dedicado a las tareas de aprendizaje. *Capítulo 11.*

Entorno sin restricciones (LRE) Principio según el cual un niño con discapacidades debe educarse en un contexto lo más parecido posible al medio en el reciben su educación los niños sin discapacidades. *Capítulo 10.*

Equilibración Mecanismo que propuso Piaget para explicar cómo los niños pasan de un estadio del pensamiento al siguiente. El cambio se produce cuando el niño experimenta un conflicto cognitivo o un desequilibrio intentando comprender el mundo. Finalmente, resuelven el conflicto y alcanzan un balance o equilibrio de pensamiento. *Capítulo 6.*

Error AB Se produce cuando el niño comete el error de seleccionar el lugar de escondite conocido (A) en lugar del lugar de escondite nuevo (B) a medida que progresa hacia el subestadio 4 en la etapa sensoriomotora de Piaget. *Capítulo 6.*

Escala de Apgar Método usado ampliamente para evaluar la salud de los recién nacidos en el primer y quinto minuto después de nacer. La Escala de Apgar evalúa el ritmo cardiaco del bebé, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, el color corporal y las respuestas reflejas. *Capítulo 4.*

Escala de desarrollo infantil de Bayley Desarrollada por Nancy Bayley, ha sido usada ampliamente para evaluar el desarrollo infantil. La versión actual tiene tres componentes una escala mental, una escala motora y un perfil del comportamiento infantil. *Capítulo 6.*

Escala neonatal de evaluación del comportamiento de Brazelton Se realiza entre las 24 y las 36 horas después del nacimiento. Esta escala evalúa el desarrollo neurológico del recién nacido, los reflejos y la reacción con las personas. *Capítulo 4.*

Esperanza de vida Número de años que vivirá, por término medio, un individuo nacido en un año en concreto. *Capítulo 18.*

Esquemas Según la teoría de Piaget, acciones o representaciones mentales que organizan el conocimiento. *Capítulo 6.*

Estadio sensorio-motor Primer estadio de Piaget, que dura desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años; los niños construyen una comprensión del mundo a partir de la coordinación de las experiencias sensoriales (como ver y oír) con acciones motoras. *Capítulo 6.*

Estatus socioeconómico Grupo de personas con características profesionales, educativas y económicas similares. *Capítulo 1.*

Estereotipos de género Categorías amplias que reflejan impresiones y creencias sobre los hombres y las mujeres. *Capítulo 11.*

Estilo parental autoritario Estilo restrictivo y punitivo, en el que los padres exhortan a sus hijos a que los obedezcan y los respeten. Establecen límites y controles firmes en sus hijos y permiten muy poco intercambio verbal. El estilo parental autoritario está relacionado con la incompetencia social de los niños. *Capítulo 9.*

Estilo parental autoritativo Impulsa a los niños a ser independientes, pero aún impone límites y controles sobre sus acciones. Se permite la negociación verbal y los padres son más cálidos y apoyan a los hijos. El estilo parental autoritativo está asociado con la competencia social del niño. *Capítulo 9.*

Estilo parental indiferente Forma de crianza en la que los padres no se involucran en la vida de sus hijos. Está asociado con la incompetencia social de los niños, especialmente una falta de autocontrol. *Capítulo 9.*

Estilo parental permisivo Estilo en el que los padres se encuentran muy involucrados con sus hijos, pero les imponen pocos límites o restricciones sobre ellos. El estilo parental permisivo está asociado con la incompetencia social de los niños, especialmente la falta de autocontrol. *Capítulo 9.*

Estrategias Procesos cognitivos que no ocurren de forma automática, sino que requieren trabajo y esfuerzo. Dependen del control consciente del individuo y pueden emplearse para mejorar la memoria. También se les puede denominar *procesos de control. Capítulo 10.*

Estudio de adopción Estudio en el que intentan descubrir si el comportamiento y las características psicológicas de los niños adoptados son más parecidas a las de sus padres adoptivos, que le han proporcionado un hogar, o más parecidas a las de su padres biológicos, que han contribuido a su heren-

cia. Otra forma de estudio de adopción es comparar a hermanos adoptados y biológicos. *Capítulo 3.*

Estudio de casos Estudio profundo de un individuo. *Capítulo 2.*

Estudio de gemelos Estudio en el que se compara las similitudes de comportamiento entre los gemelos idénticos y los gemelos no idénticos. *Capítulo 3.*

Estudios correlacionales Describen la fuerza de la relación entre dos o más eventos o características. *Capítulo 2.*

Estudios interculturales Comparación de una cultura con una o más culturas diferentes. La comparación proporciona información sobre si el grado de desarrollo de los niños es similar o universal en las diferentes culturas y en qué grado es culturalmente específico. *Capítulo 1.*

Etología Afirma que el comportamiento está fuertemente influenciado por la biología, está atado a la evolución y se caracteriza por sus períodos críticos o sensibles. *Capítulo 2.*

Eutanasia Acto de poner fin, sin dolor, a la vida de las personas que padecen una enfermedad incurable o una discapacidad grave. En ocasiones, la eutanasia se denomina «muerte por piedad». *Capítulo 21.*

Eutanasia activa Acto de poner fin a la vida de una persona de manera deliberada, como en los casos en los que se inyecta una dosis letal de alguna sustancia. *Capítulo 21.*

Eutanasia pasiva Acto de poner fin a la vida de una persona mediante la retirada de los tratamientos médicos disponibles, como el uso de aparatos de soporte vital. *Capítulo 21.*

Expectativas interpersonales mutuas, las relaciones y la conformidad interpersonal Tercer estadio del desarrollo moral en la teoría de Kohlberg. En esta etapa, los individuos valoran la confianza, la preocupación y la lealtad hacia los demás como base para plantear juicios morales. *Capítulo 11.*

Experiencias compartidas en el medio Experiencias comunes de los hermanos, como la personalidad y la orientación intelectual de los padres, el estatus socioeconómico familiar y el vecindario donde residen. *Capítulo 3.*

Experiencias no compartidas en el medio Experiencias únicas del niño, dentro y fuera de la familia, que no se comparten con los hermanos. Incluso las experiencias que ocurren dentro de la familia pueden ser parte del «entorno no compartido». *Capítulo 3.*

Experimento Procedimiento regulado cuidadosamente en el que uno o más factores que supuestamente influyen en el comportamiento se manipulan y todos los demás factores se mantienen constantes. *Capítulo 2.*

Fábula personal Parte del egocentrismo en la adolescencia que da lugar a que el adolescente se considere único e invulnerable. *Capítulo 12.*

Familia a mitad de la vida Quinta fase del ciclo vital de la familia, en la que se produce el desprendimiento de los hijos, se establecen vínculos entre las generaciones y tiene lugar la adaptación a los cambios evolutivos que se producen a mitad de la vida. *Capítulo 15.*

Familia con adolescentes Cuarta fase del ciclo vital de la familia, en la que los hijos adolescentes exigen autonomía y buscan desarrollar su propia identidad. *Capítulo 15.*

Familia en la parte final de la vida Sexta y última fase del ciclo vital de la familia, en la que se produce la jubilación y que, en muchas familias, se caracteriza por el hecho de convertirse en abuelos. *Capítulo 15.*

Fenilcetonuria (PKU) Alteración genética en la que el individuo no puede metabolizar correctamente la fenilalanina, un aminoácido. La fenilcetonuria es ahora fácilmente detectable, pero si no se trata, causa retraso mental e hiperactividad. *Capítulo 3.*

Fenómeno de «complejo de inferioridad del estudiante» El hecho de perder la posición de superioridad en la escuela primaria y llegar a la posición inferior en la escuela secundaria. *Capítulo 12.*

Fenotipo Forma en que se expresa el genotipo de un individuo a través de las características que pueden ser medidas u observadas. *Capítulo 3.*

Fertilización Fase del proceso reproductivo en la que un óvulo y un espermatozoide se fusionan para crear una sola célula, llamada zigoto. *Capítulo 3.*

Fonología Sistema de sonidos del lenguaje, incluyendo los sonidos que se utilizan y cómo se pueden combinar. *Capítulo 6.*

Género Se refiere a las dimensiones psicológicas y sociales de ser hombre o mujer. *Capítulo 9.*

Genes Unidades de información de la herencia, son segmentos cortos de ADN. Los genes dirigen las células para que se reproduzcan y recopilen proteínas. *Capítulo 3.*

Genotipo Herencia genética de una persona, el material genético real. *Capítulo 3.*

Glándula pituitaria Importante glándula que controla el crecimiento y regula la función de otras glándulas. *Capítulo 12.*

Glaucoma Enfermedad que daña el nervio óptico debido a la presión generada por un aumento de los fluidos en el globo ocular. *Capítulo 18.*

Gónadas Glándulas sexuales: los testículos en los hombres y los ovarios en las mujeres. *Capítulo 12.*

Grupos sociales extensos Estructuras más amplias que las pandillas normalmente formadas por causas relacionadas con la reputación y cuyos miembros pueden pasar mucho tiempo juntos o apenas hacerlo. *Capítulo 13.*

Guarderías centradas en los niños Aquellas en las que la educación implica al niño completo e incluye la preocupación por el desarrollo físico, cognitivo y social del niño y las necesidades del niño, los intereses y los estilos de aprendizaje. *Capítulo 8.*

Guiones de citas Modelos cognitivos que los individuos utilizan para guiar y evaluar su interacción con otros. *Capítulo 13.*

Habilidades motoras finas Reflejo que implican la realización de los movimientos delicados, como la destreza con los dedos. *Capítulo 5.*

Habilidades motoras gruesas Habilidades que implican una gran cantidad de actividades musculares, como mover el brazo y caminar. *Capítulo 5.*

Habituación Disminución de la respuesta a un estímulo después de presentaciones repetidas. *Capítulo 5.*

Habla dirigida al niño Habla que tiene un tono superior al normal con palabras y frases simples. *Capítulo 6.*

Habla telegráfica Utilización de palabras cortas y precisas sin marcas gramaticales como artículos, verbos auxiliares y otros conectores. *Capítulo 6.*

Heredabilidad Proporción de la varianza en una población que se atribuye a causas genéticas. Se calcula utilizando técnicas correlacionales. *Capítulo 10.*

Hipotálamo Estructura situada en el cerebro que controla el hambre, la sed y el sexo. *Capítulo 12.*

Hipótesis Suposiciones demostrables y predicciones que pueden evaluarse para determinar su precisión. *Capítulo 2.*

Hipótesis de la igualación Teoría según la cual, a pesar de que solemos preferir a una persona más atractiva que nosotros en términos abstractos, en la realidad nos decantamos por alguien más cercano a nuestro propio nivel de atractivo físico. *Capítulo 15.*

Hormonas Sustancias químicas de gran potencia segregadas por las glándulas endocrinas y transportadas por todo el cuerpo a través del flujo sanguíneo. *Capítulo 12.*

Identidad del género Es el sentimiento de ser hombre o mujer, que la mayoría de los niños adquieren a los tres años. *Capítulo 9.*

Identidad difusa Según Marcia, situación que se presenta cuando los individuos aún no han experimentado una crisis (es decir, que aún no han explorado alternativas coherentes) o no han realizado ningún tipo de compromiso. *Capítulo 13.*

Identidad étnica Aspecto básico y duradero del yo que incluye la pertenencia a un grupo étnico y las actitudes y sentimientos relacionados con esa pertenencia. *Capítulo 13.*

Identidad hipotecada Según Marcia, situación que se presenta cuando los individuos se han comprometido pero aún no han experimentado una crisis. *Capítulo 13.*

Imitación diferida Ocurre después de un tiempo de retraso de horas o días. *Capítulo 6.*

Inclusión Educar a un niño con necesidades educativas especiales durante toda la jornada en la misma aula que los niños sin discapacidades. *Capítulo 10.*

Índice basal del metabolismo Cantidad mínima de energía que una persona utiliza en un estado de reposo. *Capítulo 8.*

Individualidad Concepto formado por dos dimensiones: la *auto-afirmación* (la capacidad para tener un punto de vista y comunicarlo) y la *separación* (el uso de patrones de comunicación para expresar las diferencias que nos separan de los demás). *Capítulo 13.*

Individualismo, propósito instrumental e intercambio Segundo estadio del razonamiento preconvencional en la teoría de Kohlberg en el que los individuos persiguen sus propios intereses, pero permiten que otros también lo hagan. *Capítulo 11.*

Injusticia generacional Concepto según el cual nuestra sociedad, que se encuentra en un proceso de envejecimiento, no es justa con los jóvenes porque los adultos de mayor edad se benefician de una mayor cantidad de recursos. *Capítulo 20.*

Integridad frente a la desesperanza En la teoría de Erikson, octavo y último estadio del desarrollo que los individuos experimentan durante la vejez. Esta etapa se caracteriza por la reflexión acerca del pasado, tras la que se llega bien a la formación de una visión positiva o a la conclusión de que no se ha utilizado bien la vida. *Capítulo 20.*

Inteligencia Destrezas para resolver problemas y capacidad para adaptarse a las experiencias de la vida diaria y aprender de ellas. *Capítulo 10.*

Inteligencia cristalizada Información y capacidades verbales acumuladas por un individuo, según Horn. *Capítulo 16.*

Inteligencia emocional Forma de inteligencia social que comprende la capacidad para controlar las emociones y sentimientos propios y ajenos, para establecer diferencias entre ellos y para usar la información obtenida con el fin de guiar los propios pensamientos y acciones. *Capítulo 11.*

Inteligencia fluida Capacidad para razonar de manera abstracta, que comienza a disminuir a partir de la madurez, según Horn. *Capítulo 16.*

Interacción Concepto formado por dos dimensiones: la *interacción mutua* (el respeto y la sensibilidad ante las opiniones ajenas) y la *permeabilidad* (la apertura a las ideas de los demás). *Capítulo 13.*

Interiorización de los esquemas Sexta y última subfase sensorio-motora, se desarrolla entre los 18 a 24 meses. En esta subfase, el funcionamiento mental del niño cambia de un plano puramente sensorio-motor a un plano simbólico y el niño desarrolla la habilidad para utilizar símbolos primitivos y representaciones mentales duraderas. *Capítulo 6.*

Intimidad La posibilidad de dar a conocer lo más íntimo y los pensamientos privados. *Capítulo 11.*

Investigación descriptiva Consiste en observar y recordar el comportamiento. *Capítulo 2.*

Investigación longitudinal Implica el estudio de los mismos individuos durante un período de tiempo que suelen ser varios años o más. *Capítulo 2.*

Investigación secuencial Combinación de la investigación transversal y longitudinal. *Capítulo 2.*

Investigación transversal Estrategia de investigación en la que se comparan individuos de diferentes edades en un mismo momento. *Capítulo 2.*

Juego asociativo Interacción social con poca o ninguna organización. *Capítulo 9.*

Juego constructivo Combinación de actividades sensorio-motoras y práctica repetida con la representación simbólica de ideas. El juego constructivo se produce cuando los niños realizan creaciones reguladas o construyen un producto o la solución a un problema. *Capítulo 9.*

Juego cooperativo Interacción social en un grupo con un sentido de identidad de grupo y actividad organizada. *Capítulo 9.*

Juego de espectador Se produce cuando el niño ve jugar a otros niños. *Capítulo 9.*

Juego paralelo Se produce cuando el niño juega al lado de otros, pero no juega con ellos, aunque juegue con juguetes parecidos o imitando su conducta al jugar. *Capítulo 9.*

Juego práctico Repetición del comportamiento cuando se están aprendiendo nuevas habilidades o cuando el dominio y la coordinación de habilidades físicas o mentales son requeridas para los juegos o los deportes. *Capítulo 9.*

Juego sensorio-motor Comportamiento en el que los niños obtienen placer ejercitando sus esquemas sensorio-motores. *Capítulo 9.*

Juego simbólico o imaginativo Se produce cuando el niño transforma su entorno físico en un símbolo. *Capítulo 9.*

Juego social Interacción social con los iguales. *Capítulo 9.*

Juego solitario Se produce cuando el niño juega solo e independientemente de otros niños. *Capítulo 9.*

Juego vacío Se produce cuando el niño no está realizando un juego como se comprende normalmente y puede estar en un punto de la habitación, mirar alrededor y realizar movimientos al azar que no parecen tener un objetivo. *Capítulo 9.*

Juegos de reglas Actividades que se realizan por puro placer. Incluyen reglas y a menudo competiciones con uno o más individuos. *Capítulo 9.*

Justicia inmanente Concepto que establece que si una regla se rompe, el castigo debe ser aplicado de inmediato. *Capítulo 9.*

Kwashiorkor Condición causada por una deficiencia de proteínas que hace que el abdomen y los píes del niño se hinchen con agua, normalmente aparece entre el 1.er y el 3.er año de edad. *Capítulo 5.*

Laboratorio Entorno controlado en el que muchos factores complejos del «mundo real» son excluidos. *Capítulo 2.*

Lateralización Especialización de funciones en un hemisferio u otro del córtex cerebral. *Capítulo 5.*

Lenguaje Forma de comunicación, ya sea hablada, escrita o por señales, que está basado en un sistema de símbolos. *Capítulo 6.*

Llanto básico patrón rítmico que normalmente consiste de un llanto, seguido por un breve silencio, después un silbido de inspiración que es casi más elevado que el llanto principal, y después otro corto descanso antes del próximo llanto. *Capítulo 7.*

Llanto de dolor Llanto inicial largo y muy sonoro sin gemidos previos, seguido por un período de apnea. *Capítulo 7.*

Llanto de enfado Variación del llanto básico, en el que se expulsa mayor cantidad de aire a través de las cuerdas vocales. *Capítulo 7.*

Logro de la identidad Según Marcia, situación que aparece cuando los individuos han pasado por una crisis y ya han adoptado un compromiso concreto. *Capítulo 13.*

Madurez Etapa del desarrollo que comienza alrededor de los 40 años de edad y que se extiende hasta los 60 años. *Capítulo 16.*

Marasmo Pérdida de tejidos corporales durante el primer año del bebé, causada por una deficiencia severa de proteínas y calorías. *Capítulo 5.*

Matiz étnico Utiliza una etiqueta étnica, como afroamericano o latino, de una manera superficial que hace a un grupo étnico parecer más homogéneo de lo que realmente es. *Capítulo 2.*

Mecánica cognitiva «Soporte físico» de la mente, es decir, la estructura neurofisiológica del cerebro que se ha desarrollado a lo largo del proceso de evolución humana. La mecánica cognitiva se relaciona con la velocidad y exactitud de los procesos implicados en la percepción sensorial, la atención, la memoria visual y motora, la discriminación, la comparación y la categorización. *Capítulo 19.*

Meiosis Forma especializada de división celular que produce células con solo una copia de cada cromosoma. La meiosis forma los óvulos y el esperma (o gametos). *Capítulo 3.*

Memoria Factor central en el desarrollo cognitivo, perteneciente a todas las situaciones en las que un individuo retiene información en el tiempo. *Capítulo 6.*

Memoria a corto plazo Componente de la memoria en el que los individuos retienen información hasta 30 segundos, asumiendo que no ha habido repaso de la información. *Capítulo 8.*

Memoria a largo plazo Tipo de memoria relativamente permanente que almacena grandes cantidades de información durante un amplio período de tiempo. *Capítulo 10.*

Memoria de la fuente de origen Capacidad para recordar dónde se aprendió algo. *Capítulo 19.*

Memoria de trabajo Concepto que considera que la memoria constituye un lugar en el que se desarrolla el trabajo mental. Esta memoria se equipara a un banco de trabajo en el que los individuos pueden manipular y ensamblar la información de la que disponen para tomar decisiones, resolver problemas y comprender mensajes escritos u orales. Está estrechamente relacionada con la memoria a corto plazo. *Capítulo 16.*

Memoria episódica Retención de información acerca del dónde y el cuándo de los sucesos de la vida. *Capítulo 19.*

Memoria explícita Memoria de los acontecimientos y experiencias que los individuos, de manera consciente, conocen y pueden comunicar. *Capítulo 6 y Capítulo 19.*

Memoria implícita Memoria en la que no se produce un almacenamiento consciente de los datos. Está relacionada con las capacidades y los procedimientos rutinarios que se realizan de manera automática. *Capítulo 19.*

Memoria implícita Memoria sin recuerdos conscientes, las memorias de habilidades y procedimientos rutinarios que se llevan a cabo automáticamente. *Capítulo 6.*

Memoria prospectiva Capacidad para recordar que se debe hacer algo en el futuro. *Capítulo 19.*

Memoria semántica Conocimiento que se posee acerca del mundo, incluyendo el campo en el que un individuo se considera experto, el conocimiento académico general del tipo que se aprende en la escuela, y el «conocimiento cotidiano». *Capítulo 19.*

Menarquia Primera menstruación. *Capítulo 12.*

Menopausia Período de la madurez, normalmente al finalizar la cuarentena o entrada ya la cincuentena, en el que cesan los períodos menstruales de una mujer. *Capítulo 16.*

Metacognición Cognición sobre la propia cognición, es decir, poseer conocimientos sobre el conocimiento. *Capítulo 10.*

Método basado en la fonética Enfoque en la enseñanza de la lectura basado en la idea de que, al enseñar a leer, deberían enseñarse también los principios básicos de la fonética y las reglas para reproducir de forma oral los signos escritos. *Capítulo 10.*

Método de preferencia visual Método utilizado para determinar si los bebés pueden distinguir un estímulo de otro midiendo el tiempo de atención a los diferentes estímulos. *Capíutlo 5.*

Método global Enfoque en la enseñanza de la lectura basado en la idea que de este aprendizaje debería realizarse de forma simultánea al aprendizaje natural de la lengua. Los materiales de lectura han de ser completos y tener significado. *Capítulo 10.*

Mielinización Proceso según el cual las células nerviosas se cubren y protegen con una capa de células grasas. Esto causa el aumento de la velocidad a la que viaja la información a través del sistema nervioso. *Capítulo 8.*

Mitosis Reproducción celular en la que el núcleo de la célula se duplica a sí mismo para formar dos nuevas células, cada una de éstas contiene el mismo ADN y los mismos 23 pares de cromosomas. *Capítulo 3.*

Modelo de la adicción como enfermedad Enfoque que considera que las adicciones son enfermedades duraderas con fundamentos biológicos que conllevan la pérdida de control sobre el comportamiento y que requieren tratamiento médico, espiritual o de ambas clases para conseguir la recuperación. *Capítulo 14.*

Modelo de la adicción como proceso vital Enfoque que considera que la adicción no constituye una enfermedad, sino una respuesta habitual y una fuente de disfrute o de seguridad que sólo puede comprenderse en el contexto concreto de las relaciones y experiencias sociales. *Capítulo 14.*

Moralidad autónoma Segunda etapa del desarrollo moral de acuerdo con la teoría de

Piaget, se presenta en niños mayores (aproximadamente desde los 10 años en adelante). Los niños se dan cuenta de que las reglas y leyes son creadas por los hombres y que al juzgar una acción se deben considerar tanto las intenciones como las consecuencias. *Capítulo 9.*

Moralidad de los sistemas sociales Cuarto estadio del desarrollo moral en la teoría de Kohlberg. En esta etapa, los juicios morales se basan en la comprensión del orden social, la ley, la justicia y el deber. *Capítulo 11.*

Moralidad heterónoma (en la teoría de Kohlberg) Primer estadio del razonamiento preconvencional en la que el pensamiento moral se relaciona con el castigo. *Capítulo 11.*

Moralidad heterónoma Primera etapa del desarrollo moral de la teoría de Piaget, ocurre aproximadamente desde los 4 a los 7 años. La justicia y las reglas se conciben como propiedades inalterables del mundo, fuera del control de la gente. *Capítulo 9.*

Moratoria de la identidad Según Marcia, situación que surge cuando los individuos se encuentran en medio de una crisis, pero sus compromisos aún no existen o están vagamente definidos. *Capítulo 13.*

Morfología Unidades de significado implicadas en la formación de palabras. *Capítulo 6.*

Muerte cerebral Definición biológica de la muerte según la cual el cerebro de una persona ha dejado de funcionar cuando no se detecta actividad eléctrica cerebral durante un cierto espacio de tiempo. Uno de los criterios que se emplea para declarar la muerte cerebral es la existencia de un encefalograma plano durante un espacio de tiempo determinado. *Capítulo 21.*

Negación y aislamiento En la teoría de Kübler-Ross, el primer estadio del proceso de la muerte, en el que la persona se niega a aceptar que la muerte va a ocurrir. *Capítulo 21.*

Negociación Según Kübler-Ross, el tercer estado del proceso de la muerte, en el que la persona desarrolla la esperanza de que la muerte pueda retrasarse de alguna manera. *Capítulo 21.*

Neo-piagetianos Expertos en desarrollo que efectúan una reinterpretación de la teoría de Piaget desde una perspectiva basada en el procesamiento de la información, las estrategias y los pasos cognitivos concretos. *Capítulo 10.*

Neurona Célula nerviosa que sostiene el proceso de información a nivel celular. *Capítulo 5.*

Niño difícil Niño que reacciona negativamente y llora con frecuencia, realiza rutinas diarias irregulares y tarda en aceptar las nuevas experiencias. *Capítulo 7.*

Niño fácil Niño que está normalmente de buen humor, rápidamente establece rutinas regulares durante la infancia y se adapta fácilmente a las nuevas experiencias. *Capítulo 7.*

Niño ralentizado Niño que tiene un nivel de actividad bajo, es algo negativo, muestra una adaptabilidad lenta y un humor de intensidad baja. *Capítulo 7.*

Niños controvertidos Niños que suelen ser considerados «mejores amigos» por algunos compañeros pero que no gustan a otros. *Capítulo 11.*

Niños desorganizados Niños que están desorientados o perturbados. En la situación extraña, estos bebés pueden parecer aturdidos, confusos y temerosos. *Capítulo 7.*

Niños ignorados Niños que no suelen ser definidos como «mejores amigos», pero que tampoco dejan de gustar al resto de sus compañeros. *Capítulo 11.*

Niños medios Niños que reciben una cantidad media de opiniones tanto positivas como negativas de sus compañeros. *Capítulo 11.*

Niños populares Niños a los que otros suelen definir como mejores amigos y que normalmente gustan a todos sus compañeros. *Capítulo 11.*

Niños rebeldes Niños que suelen aferrarse al cuidador y luego resistirse pegándole para que no se le acerque, dándole patadas o empujándolo. *Capítulo 7.*

Niños rechazados Niños que rara vez son «mejores amigos» de otros niños y que no gustan a muchos de sus compañeros. *Capítulo 11.*

Normativa social Acción gubernamental diseñada para promover el bienestar de los ciudadanos. *Capítulo 1.*

Nueva pareja Segunda etapa del ciclo vital de la familia, en la que dos individuos provenientes de familias diferentes se unen para formar un nuevo núcleo familiar. *Capítulo 15.*

Observación natural Observación del comportamiento que se lleva a cabo en el mundo real. *Capítulo 2.*

Ocio Período de tiempo de naturaleza placentera que sigue al trabajo y en el que los individuos disponen de libertad para realizar actividades elegidas por ellos mismos y para desarrollar sus propios intereses. *Capítulo 16.*

Operaciones Conjunto de acciones que permiten que el niño realice antes mentalmente lo que hacen físicamente. *Capítulo 8.*

Organización Concepto de Piaget de agrupar comportamientos aislados en un sistema de orden superior. Los objetos son agrupados en categorías. *Capítulo 6.*

Organogénesis Proceso por el cual la formación de un órgano se produce durante los dos primeros meses del desarrollo prenatal. *Capítulo 4.*

Orientación teórica ecléctica No sigue la línea de ningún acercamiento teórico, sino que selecciona y usa de cada teoría lo que considera mejor de cada una. *Capítulo 2.*

Origen étnico Característica basada en la herencia cultural, las características nacionales, la raza, la religión y la lengua. *Capítulo 1.*

Osteoporosis Enfermedad crónica que ocasiona una pérdida significativa de tejido óseo y que constituye el principal motivo por que los adultos ancianos caminan con un evidente encorvamiento. Afecta especialmente a las mujeres. *Capítulo 18.*

Pandillas Grupo reducido con un número de miembros que oscila entre los dos y los doce individuos, con una media de cinco a seis miembros, que puede formarse porque los adolescentes participan en actividades similares. *Capítulo 13.*

Papel del género Conjunto de expectativas que determinan cómo deben pensar, actuar o sentir hombres y mujeres. *Capítulo 9.*

Parto natural Desarrollado en 1914 por un ginecólogo inglés llamado Grantley Dick-Read. Trata de reducir el dolor de la madre disminuyendo su miedo a través de la educación sobre el parto y enseñándole métodos de respiración y técnicas de relajación durante éste. *Capítulo 4.*

Parto preparado Desarrollado por el ginecólogo francés Ferdinand Lamaze. Esta estrategia para el parto es similar al parto natural, pero incluye una técnica respiratoria especial para controlar la presión de los últimos momentos del parto e incluye cursos sobre anatomía y fisiología más detallados. *Capítulo 4.*

Patrón céfalo-caudal Secuencia en la que el mayor crecimiento ocurre desde la parte superior —la cabeza— con aumento del tamaño, peso y la diferenciación de las características físicas, descendiendo gradualmente a la parte baja. *Capítulo 5.*

Patrón de comportamiento Tipo A Conjunto de características (ser excesivamente competitivo, duro, impaciente y hostil) que se supone relacionadas con una elevada incidencia de enfermedades coronarias. *Capítulo 16.*

Patrón de comportamiento Tipo B Conducta caracterizada por la actitud relajada y calmada. *Capítulo 16.*

Patrón próximo-distal Secuencia en la que el crecimiento comienza en el centro del cuerpo y se continúa hacia las extremidades. *Capítulo 5.*

Pecado original Visión según la cual los niños eran malos por naturaleza y eran traídos al mundo como seres malévolos. *Capítulo 1.*

Pensamiento convergente Pensamiento que produce una respuesta correcta y es propio del tipo de pensamiento exigido en los test de inteligencia convencionales. *Capítulo 10.*

Pensamiento creativo Capacidad para pensar acerca de un asunto de forma novedosa e inusual, y para aplicar soluciones originales a los problemas. *Capítulo 10.*

Pensamiento crítico Pensar de manera reflexiva y productiva, así como en evaluar la evidencia. *Capítulo 10.*

Pensamiento divergente Pensamiento que da lugar a múltiples respuestas distintas para una misma pregunta y es propio de la creatividad. *Capítulo 10.*

Pensamiento posformal Forma de pensamiento que se diferencia cualitativamente del pensamiento operacional formal propuesto por Piaget. Incluye la comprensión de que la solución adecuada para un problema exige reflexión y puede variar de una situación a otra. Además, implica aceptar que la búsqueda de la verdad con frecuencia constituye un proceso continuo e infinito. Este pensamiento incluye la creencia de que las soluciones a los problemas han de ser realistas y de que la emoción y los factores subjetivos pueden influir en la forma de razonar. *Capítulo 14.*

Percepción Interpretación de lo que se siente. *Capítulo 5.*

Percepción intermodal Habilidad de relacionar e integrar información de dos o más modalidades sensoriales, como la visión y la audición. *Capítulo 5.*

Período embrionario Período de desarrollo prenatal que ocurre desde la segunda a la octava semana después de la concepción. Durante el período embrionario, el ritmo de diferenciación de las células se intensifica, se forman sistemas de protección de las células y aparecen los órganos. *Capítulo 4.*

Período fetal Período prenatal del desarrollo que comienza dos meses después de la concepción y dura una media de siete meses. *Capítulo 4.*

Período germinal Período de desarrollo prenatal que tiene lugar en las dos primeras semanas después de la concepción. Incluye la creación del zigoto, la división continuada de células y la adherencia del zigoto a la pared uterina. *Capítulo 4.*

Período posparto Período después del nacimiento o el parto. Es el tiempo en que el cuerpo de la mujer se adapta, física y psicológicamente, al proceso de la maternidad. Dura aproximadamente seis semanas o hasta que el cuerpo haya completado su adaptación y haya vuelto a la situación anterior al embarazo. *Capítulo 4.*

Permanencia del objeto Término que utiliza Piaget para uno de los logros más importante de los niños: comprender que los objetos y los eventos siguen existiendo, incluso cuando ellos no pueden verlos, oírlos o tocarlos. *Capítulo 6.*

Perspectiva de la justicia Perspectiva moral que se centra en los derechos del individuo. Las personas, desde su individualidad, toman decisiones morales de forma independiente. *Capítulo 11.*

Perspectiva de la preocupación por los demás Perspectiva moral que considera a los individuos de acuerdo con las conexiones que mantienen con otros, centrándose en la comunicación interpersonal, las relaciones y la preocupación que se demuestra por los demás. *Capítulo 11.*

Perspectiva del ciclo vital Perspectiva de que el desarrollo es duradero, multidimensional, multidireccional, plástico, multidisciplinario y contextual e implica crecimiento, mantenimiento y regulación. *Capítulo 1.*

Perspectiva epigenética Hace hincapié en que el desarrollo es el resultado de un intercambio continuo, bidireccional entre la herencia y el medio. *Capítulo 3.*

Placenta Sistema de apoyo que consiste de un grupo de tejidos en forma de disco en la que los pequeños vasos sanguíneos de la madre y del feto se entrelazan pero no se unen. *Capítulo 4.*

Plan de educación individualizada (IEP) Documento escrito en el que se señala el programa específicamente diseñado para un estudiante con discapacidad. Este plan debería: 1) estar relacionado con la capacidad de aprendizaje que muestre el niño; 2) diseñarse con el objetivo de cubrir las necesidades individuales del niño y no ser una mera copia de lo que se ofrece a otros niños, y 3) haber sido creado con el fin de obtener mejoras en la educación. *Capítulo 10.*

Pluralismo Coexistencia de grupos étnicos y culturales distintos en una misma sociedad. Los defensores del pluralismo suelen argumentar que se deben mantener y apreciar las diferencias culturales. *Capítulo 13.*

Posición de nalgas Posición del bebé en el útero que causa que las nalgas sean la primera parte en emerger de la vagina. *Capítulo 4.*

Pragmática Uso apropiado del lenguaje en diferentes contextos. *Capítulo 6.*

Pragmática cognitiva «Soporte lógico» de la mente que está basado en la cultura. La pragmática cognitiva incluye aspectos como la habilidad para la lectoescritura, la comprensión verbal, la formación educativa, las capacidades laborales y también el tipo de conocimiento acerca del yo y de las habilidades vitales que nos permiten controlar nuestra vida y hacer frente a las dificultades. *Capítulo 19.*

Primeros hábitos y reacciones circulares primarias Segunda subfase del estadio sensorio-motor de Piaget, se desarrolla entre el primer y el cuarto mes. En esta subfase, los reflejos de los bebés evolucionan en esquemas adaptativos más perfeccionados y coordinados. *Capítulo 6.*

Principios éticos universales Sexto y último estadio del desarrollo moral en la teoría de Kohlberg. En él, el individuo desarrolla un principio moral basado en los derechos humanos universales. *Capítulo 11.*

Procesos biológicos Aquellos que implican cambios en la naturaleza física del individuo. *Capítulo 1.*

Procesos cognitivos Aquellos que implican cambios en el pensamiento, la inteligencia y el lenguaje del individuo. *Capítulo 1.*

Procesos socioemocionales Aquellos que implican cambios en las relaciones individuales con otras personas, los cambios emocionales y los cambios en la personalidad. *Capítulo 1.*

Proyecto Head Start Programa gubernamental que está diseñado para proporcionar a niños de familias con escasos recursos económicos, oportunidades para adquirir destreza y experiencias que son importantes para tener éxito en el colegio. *Capítulo 8.*

Psicología evolucionista Hace hincapié en la importancia de la adaptación, la reproducción y la «supervivencia del más fuerte» en la explicación del desarrollo. *Capítulo 3.*

Pubertad Período de rápida madurez física y sexual que tiene lugar, en general, durante la adolescencia temprana. *Capítulo 12.*

Punto de vista ecológico Visión según la cual la percepción funciona para hacer al organismo entrar en contacto con el entorno y aumentar la adaptación. *Capítulo 5.*

Rabia Segundo estadio del proceso de la muerte en la teoría de Kübler-Ross en el que el individuo reconoce que no puede mantener la situación de negación por más tiempo, con lo que se da paso a la rabia, el resentimiento, la ira y la envidia. *Capítulo 21.*

Razonamiento convencional El segundo nivel (o nivel intermedio) en la teoría de Kohlberg. En este nivel, los individuos se atienen a ciertos principios, pero son los principios de otros, como los de los padres o las leyes sociales, los que guían el razonamiento moral. *Capítulo 11.*

Razonamiento convencional social Pensamientos relacionados con el consenso y las convenciones sociales, opuestos al razonamiento moral que se centra en cuestiones éticas. *Capítulo 11.*

Razonamiento hipotético-deductivo Concepto operacional formal planteado por Piaget según el cual los adolescentes poseen la capacidad cognitiva necesaria para desarrollar hipótesis o suposiciones sobre las maneras de resolver problemas como, por ejemplo, una ecuación algebraica. *Capítulo 12.*

Razonamiento posconvencional Nivel más alto dentro de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg. En él, el individuo reconoce caminos morales alternativos, explora todas las opciones y luego decide de acuerdo con un código moral personal. *Capítulo 11.*

Razonamiento preconvencional Nivel más bajo en la teoría de Kohlberg sobre desarrollo moral. En este nivel, el razonamiento moral del individuo está controlado por las recompensas y los castigos externos. *Capítulo 11.*

Reacción ante extraños Medida de observación del apego de los niños que requiere que el niño pase por una serie de presentaciones, separaciones y reencuentros con el cuidador y con un adulto extraño en un orden determinado. *Capítulo 7.*

Reacciones circulares secundarias Tercera subfase sensorio-motora de Piaget, se desarrolla entre el cuarto y el octavo mes. En este subestadio, el bebé está más orientado hacia los objetos, pasando de la preocupación por sí mismo en las interacciones sensorio-motoras. *Capítulo 6.*

Reacciones circulares terciarias, novedad y curiosidad Componen la quinta subfase sensorio-motora de Piaget, se desarrolla desde los 12 a los 18 meses. En este subestadio, los bebés se fascinan por la variedad de propiedades que posee un objeto y por la cantidad de cosas que ellos pueden hacer con los objetos. *Capítulo 6.*

Referente social Concepto que implica «leer» las claves emocionales en otros para ayudarte a determinar cómo actuar en una situación particular. *Capítulo 7.*

Reflejo de giro de la cabeza Reflejo que se produce cuando se acaricia la mejilla del bebé o se toca el lado de la boca. En respuesta, el bebé gira la cabeza hacia el lado que le han tocado en un aparente esfuerzo para encontrar algo que chupar. *Capítulo 5.*

Reflejo de Moro Respuesta neonatal que se produce como reacción a un ruido o movimiento repentino e intenso. Cuando se sobresalta el bebé arquea la espalda, echa para atrás la cabeza y estira los brazos y las piernas. Después el recién nacido cierra rápidamente los brazos y las piernas hacia el centro del cuerpo. *Capítulo 5.*

Reflejo de prensión Reflejo que se produce cuando algo toca la palma de la mano del bebé. El bebé responde agarrando fuertemente. *Capítulo 5.*

Reflejo de succión Reflejo que se produce cuando los recién nacidos automáticamente chupan un objeto situado en su boca. El reflejo de succión capacita a los recién nacidos para obtener alimento antes de que asocien el pecho materno con la comida. *Capítulo 5.*

Reflejos simples Primera subfase del estadio sensorio-motor de Piaget, corresponde al primer mes después del nacimiento. En esta subfase, la forma básica de coordinar la sensación y la acción es a través de los comportamientos reflejos. Estos incluyen el reflejo de giro de cabeza y succión, que el bebé tiene al nacer. *Capítulo 6.*

Registro del historial Documenta la cronología de los eventos y actividades de una vida que a menudo implica una combinación de información sobre educación, trabajo, familia y residencia. *Capítulo 2.*

Reloj social Calendario que determina el momento en el que los individuos han de completar ciertas tareas vitales, como contraer matrimonio, tener hijos o crear una trayectoria profesional propia. *Capítulo 17.*

Restricción alimentaria Situación en la que un individuo, de manera constante, limita la ingesta de alimentos con el fin de controlar su peso. Estas personas suelen estar a dieta, prestan mucha atención a los alimentos que toman y tienden a sentirse culpables después de haber consumido dulces en grandes cantidades. *Capítulo 14.*

Retraso de origen cultural-familiar Retraso mental en el que no existe evidencia de daño cerebral, aunque el coeficiente intelectual de los individuos oscila entre 50 y 70. *Capítulo 10.*

Retraso de origen orgánico Retraso mental causado por alteraciones genéticas o daño cerebral. *Capítulo 10.*

Retraso mental Condición caracterizada por una capacidad mental limitada en la que un individuo presenta un coeficiente intelectual bajo, normalmente inferior a 70, según un test de inteligencia tradicional, así como dificultad para adaptarse a la vida diaria. *Capítulo 10.*

Rito iniciático Ceremonia o ritual que marca la transición de un individuo de un estatus a otro. La mayor parte de los ritos iniciáticos se centran en la adopción del estatus de adulto. *Capítulo 13.*

Sabiduría Conocimiento experto acerca de los aspectos prácticos de la vida que permiten realizar juicios perfectos sobre asuntos de importancia. *Capítulo 19.*

Semántica Significado de las palabras y las frases. *Capítulo 6.*

Sensación Producto de la interacción entre información y los receptores sensoriales: los ojos, los oídos, la lengua, las fosas nasales y la piel. *Capítulo 5.*

Ser padres y convertirse en una familia con hijos Tercera etapa del ciclo vital de la familia, en la que el adulto asciende una generación y se responsabiliza del cuidado de una generación más joven. *Capítulo 15.*

Seriación Operación concreta que implica ordenar estímulos según una determinada

dimensión cuantitativa (como la longitud). *Capítulo 10.*

Síndrome de Down Forma de retraso mental de origen cromosómico, está causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21. *Capítulo 3.*

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) Enfermedad de transmisión sexual causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que destruye el sistema inmunológico del individuo afectado. *Capítulo 14.*

Síndrome de Klinefelter Anomalía genética en la que los hombres tienen un cromosoma X adicional, portando entonces XXY en lugar de XY. *Capítulo 3.*

Síndrome de la X frágil Alteración genética que resulta de una anomalía en el cromosoma X, que se oprime y a menudo se rompe. *Capítulo 3.*

Síndrome de muerte súbita del bebé Condición que se produce cuando un bebé deja de respirar, normalmente por la noche y muere repentinamente sin causa aparente. *Capítulo 5.*

Síndrome de Turner Alteración cromosómica en el que las mujeres carecen de un cromosoma X, haciéndolos XO en lugar de XX, o hay una eliminación parcial del segundo cromosoma X. *Capítulo 3.*

Síndrome del alcoholismo fetal (FAS) Grupo de anomalías que aparecen en los bebés cuyas madres bebieron grandes cantidades de alcohol durante el embarazo. *Capítulo 4.*

Síndrome del nido vacío Descenso en el bienestar personal del matrimonio cuando los hijos abandonan el hogar familiar, ya que los hijos suponen una fuente de satisfacción para los padres. *Capítulo 17.*

Síndrome XYY Alteración de los cromosomas en la que el hombre tiene un cromosoma Y adicional. *Capítulo 3.*

Sintaxis Forma en la que se combinan las palabras para formar frases u oraciones aceptables. *Capítulo 6.*

Sobredotación intelectual Poseer una inteligencia superior a la media (un coeficiente de 130 o superior) y/o presentar un talento especial para alguna actividad. *Capítulo 10.*

Socialización recíproca Socialización bidireccional. Los niños socializan a los padres de la misma forma que los padres socializan a los hijos. *Capítulo 7.*

Sonrisa refleja Sonrisa que no se produce como respuesta a un estímulo externo y aparece durante el primer mes después del parto, normalmente durante el sueño. *Capítulo 7.*

Sonrisa social Sonrisa que se produce en respuesta a un estímulo externo, normalmente en respuesta a un rostro humano en el caso de los bebés. *Capítulo 7.*

Subestadio de función simbólica Primer subestadio del pensamiento pre-operacional, en el que el niño adquiere la habilidad de representar mentalmente un objeto que no está presente (entre los dos y los cuatro años). *Capítulo 8.*

Subestadio del pensamiento intuitivo Segundo subestadio, en el que los niños comienzan a usar un tipo de razonamiento primitivo y quieren saber las respuestas a toda clase de preguntas (desde los cuatro hasta los siete años de edad). *Capítulo 8.*

Tabula rasa Idea propuesta por John Locke, de que los niños son como una «página en blanco». *Capítulo 1.*

Temperamento Estilo de comportamiento de un individuo y la forma característica de respuesta emocional. *Capítulo 7.*

Teoría cognitivo-social Punto de vista de los psicólogos que enfatizan que el comportamiento, el entorno y la cognición son factores fundamentales en el desarrollo. *Capítulo 2.*

Teoría cognitivo-social del género Hace hincapié en que el género de los niños se desarrolla a través de la observación y la imitación de la conducta del género, así como a través del reforzamiento y castigo del comportamiento los niños experimentan los comportamientos adecuados e inadecuados para el género. *Capítulo 9.*

Teoría de Erikson Teoría que incluye ocho fases del desarrollo humano. Cada fase consta de tareas propias del desarrollo que confrontan al individuo con una nueva crisis que debe afrontar. *Capítulo 2.*

Teoría de la actividad Teoría según la cual, cuanto más activos e implicados en su entorno se muestren los adultos ancianos, mayores probabilidades tendrán de estar satisfechos con sus vidas. *Capítulo 20.*

Teoría de la desvinculación Teoría según la cual los adultos ancianos deberían separarse, gradualmente, de la sociedad con el fin de hacer frente con eficacia a su situación. *Capítulo 20.*

Teoría de la mente Se refiere a las ideas que tenemos los individuos sobre cómo funcionan los procesos mentales de los otros. *Capítulo 8.*

Teoría de la selección socioemocional Teoría según la cual los adultos ancianos se muestran más selectivos con respecto a las redes sociales de las que disponen. Debido a la importancia que otorgan a la satisfacción emocional, los ancianos dedican más tiempo con los individuos conocidos con los que han mantenidos relaciones provechosas. *Capítulo 20.*

Teoría de la selección, optimización y compensación Teoría según la cual el envejecimiento positivo está relacionado con tres factores fundamentales: la selección, la optimización y la compensación. *Capítulo 20.*

Teoría de los radicales libres Hipótesis microbiológica del envejecimiento según la cual los individuos envejecen porque los procesos metabólicos normales que se producen en sus células dan lugar a moléculas inestables de oxígeno denominadas radicales libres. Estas moléculas se desplazan por la célula dañando el ADN y otras estructuras. *Capítulo 18.*

Teoría de los sistemas dinámicos Perspectiva del desarrollo motor que intenta explicar cómo se recopila el desarrollo motor para percibir y actuar. *Capítulo 5.*

Teoría de los tipos de personalidad Teoría enunciada por John Holland según la cual resulta importante que los individuos escojan una trayectoria profesional que se adecue a su tipo de personalidad. *Capítulo 14.*

Teoría de Piaget Teoría que afirma que los niños crean de forma activa su propio conocimiento del mundo y atraviesan cuatro fases dentro del desarrollo cognitivo. *Capítulo 2.*

Teoría de Vygotsky Teoría sociocultural cognitiva que hace hincapié en el análisis del desarrollo, el papel del lenguaje y las relaciones sociales. *Capítulo 2.*

Teoría del desarrollo cognitivo del género Tipificación del género del niño sucede después de que éste ha desarrollado el concepto de género. Una vez que ellos se conciben a sí mismos de manera consistente como femeninos o masculinos, los niños organizan su mundo en base al género. *Capítulo 9.*

Teoría del esquema de género Establece que la atención y el comportamiento de un individuo, son guiados por una motivación interna para ajustarse a los estándares y estereotipos socioculturales basados en el género. *Capítulo 9.*

Teoría del estrés hormonal Teoría que afirma que el envejecimiento del sistema hor-

monal del cuerpo puede disminuir la resistencia ante el estrés y hacer aumentar la probabilidad de padecer enfermedades. *Capítulo 18.*

Teoría del papel social Teoría que afirma que las diferencias de género vienen dadas por el contraste de los papeles de las mujeres y los hombres. *Capítulo 9.*

Teoría del procesamiento de la información Teoría que hace hincapié en que los individuos manipulan la información, la controlan y realizan estrategias con ella. Los procesos del pensamiento y la memoria son centrales para esta teoría. *Capítulo 2.*

Teoría del psicoanálisis Teoría que describe el desarrollo como fundamentalmente inconsciente, es decir, más allá de la conciencia y principalmente emocional. El comportamiento es una característica meramente superficial y para comprender realmente el desarrollo debemos analizar los significados simbólicos del comportamiento y el funcionamiento profundo de la mente. Hace hincapié en las experiencias tempranas con los padres. *Capítulo 2.*

Teoría del reloj celular Teoría formulada por Leonard Hayflick según la cual las células pueden dividirse un máximo de setenta y cinco a ochenta veces. Al aumentar la edad, las células pueden dividirse cada vez menos. *Capítulo 18.*

Teoría del trazo difuso Teoría que afirma que, para entender realmente el funcionamiento de la memoria, se debe considerar la existencia de dos tipos de representaciones memorísticas: 1) el rastro memorístico literal, y 2) la esencia. Según esta teoría, la mejora en la memoria que experimentan los niños de mayor edad se debe a los rastros difusos que se crean al identificar la esencia de la información. *Capítulo 10.*

Teoría ecológica Visión de Brofenbrenner del sistema ambiental del desarrollo que se centra en los cinco sistemas ambientales: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema. *Capítulo 2.*

Teoría mitocondrial Teoría que afirma que el envejecimiento es el resultado del deterioro de las mitocondrias, orgánulos celulares que proporcionan la energía necesaria para el funcionamiento, crecimiento y reparación de la célula. *Capítulo 18.*

Teoría psicoanalítica del género Proviene de la visión de Freud, de que los niños pequeños desarrollan una atracción sexual hacia el progenitor de sexo opuesto. Hacia los cinco o seis años el niño renuncia a esta atracción debido a que experimenta sentimientos de ansiedad. Posteriormente, el niño se identifica con el progenitor del mismo sexo, adoptando de manera inconsciente las mismas características de éste. *Capítulo 9.*

Teoría triárquica de la inteligencia Teoría formulada por Sternberg según la cual existen tres tipos de inteligencia la analítica, la creativa y la práctica. *Capítulo 10. Página 310*

Teoría grupo coherente de ideas que ayudan a explicar y hacer predicciones. *Capítulo 2.*

Teratógeno (palabra proveniente de la palabra griega *tera* que significa «monstruo») Cualquier agente que causa un defecto de nacimiento. El campo de estudio que investiga las causas de los defectos de nacimiento se llama *teratología*. *Capítulo 4.*

Test culturalmente adaptados Test de inteligencia que pretenden eliminar toda forma de influencia cultural. *Capítulo 10.*

Test estandarizados Tienen procedimientos uniformes para su realización y puntuación. Muchos tests estandarizados permiten que la actuación de una persona sea comparada con la de otros individuos. *Capítulo 2.*

Tormenta de ideas (*brainstorming*) Técnica en la que se pide a los sujetos que sugieran ideas creativas al grupo, que contrapongan las ideas de los demás y que verbalicen prácticamente todo lo que se les ocurra. *Capítulo 10.*

Transitividad Capacidad para combinar relaciones de forma lógica con el fin de entender ciertas conclusiones. *Capítulo 10.*

Trascendencia del cuerpo frente a la preocupación por el cuerpo Una de las tres tareas evolutivas del envejecimiento descritas por Peck que consiste en hacer frente al deterioro del bienestar físico. *Capítulo 20.*

Trascendencia del ego frente a la preocupación por el ego Una de las tres tareas evolutivas del envejecimiento descritas por Peck según la cual los adultos ancianos —a pesar de que la muerte es inevitable y, con probabilidad, no tardará en producirse— deben sentirse en paz consigo mismos reconociendo que han contribuido al futuro a través de sus hijos, de su vocación o de sus ideas. *Capítulo 20.*

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) Trastorno en el que los niños afectados muestran una o más de las siguientes características a lo largo de un período determinado: 1) falta de atención; 2) hiperactividad, y 3) impulsividad. *Capítulo 10.*

Tropoblasto Capa exterior de las células que se desarrolla durante el período germinal. Estas células se convertirán en parte de la placenta. *Capítulo 4.*

Validación consensuada Concepto que explica los motivos por los que un individuo se siente atraído por personas similares a sí mismo. Nuestras propias actitudes y nuestro comportamiento se ven reforzados cuando se parecen a las actitudes y al comportamiento de otros. *Capítulo 15.*

Valor de la correspondencia Correspondencia entre el temperamento del niño y las exigencias del entorno a las que el niño debe hacer frente. *Capítulo 7.*

Violación Relación sexual mantenida contra la voluntad de una persona y con uso de la fuerza. *Capítulo 14.*

Violaciones por parejas ocasionales o por conocidos Relaciones sexuales forzadas que un agresor mantiene con una persona a la que conoce al menos casualmente. *Capítulo 14.*

Zigoto Una sola célula formada a través de la fertilización. *Capítulo 3.*

Zona de desarrollo próximo (ZDP) Término de Vygotsky para el rango de las tareas demasiado difíciles para que los niños las realicen solos, pero que pueden aprender con ayuda. *Capítulo 8.*

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FUNDADA EN 1826 QUITO

Referencias bibliográficas

AARP (2004). *The divorce experience: A study of divorce at midlife and beyond.* Washington, DC: Author.

Abbassi, V. (1998). Growth and normal puberty. *Pediatrics (Suppl.), 102,* 507-511.

Abbott, A. (2003). Restless nights, listless days. *Nature, 425,* 896-898.

Abbott, R. D., White, L. R., Ross, G. W., Masaki, K. M., Cub, J. D., & Petrovitch, H. (2004). Walking and dementia in physically capable elderly men. *Journal of the American Medical Association, 292,* 1147-1453.

Abel, E. L., Kruger, M., & Burd, L. (2002). Effects of maternal and paternal age on Caucasian and Native American preterm births and birth weights. *American Journal of Perinatology, 19,* 49-54.

Aboud, F., & Skerry, S. (1983). Self and ethnic concepts in relation to ethnic constancy. *Canadian Journal of Behavioral Science, 15,* 3-34.

Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2002). Influence of irregular sleep patterns on waking behavior. In M. A. Carskadon (Ed.), *Adolescent sleep patterns.* New York: Cambridge University Press.

Acredolo, I. P., & Hake, J. L. (1982). Infant perception. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Adamolekun, K. (2001). Survivors' motives for extravagant funerals among the Yorubas of western Nigeria. *Death Studies, 25,* 609-619.

Adams, C. A. (2003). *ABCs of grief: A handbook for survivors.* Amityville, NY: Baywood.

Adams, R. J. (1989). Newborns' discrimination among mid- and long-wavelength stimuli. *Journal of Experimental Child Psychology, 47,* 130-141.

Adams, R., & Laursen, B. (2001). The organization of adolescent conflict with parents and friends. *Journal of Marriage and the Family, 63,* 97-110.

Adams-Curtis, L. E., & Forbes, G. B. (2004). College women's experiences of sexual coercion: A review of cultural, perpetrator, victim, and situational variables. *Trauma, Violence, and Abuse, 5,* 91-122.

Adamson, H. D. (2004). *Language minority students in American schools.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Addis, A., Magrini, N., & Mastroiacovo, P. (2001). Drug use during pregnancy. *Lancet, 357,* 800.

Adler, S. A., & Haith, M. M. (2003). The nature of infants' visual expectations for event content. *Infancy, 4,* 389-411.

Adler, T. (1991, January). Seeing double? Controversial twins study is widely reported, debated. *APA Monitor, 22,* 1, 8.

Adolph, K. E. (1997). Learning in the development of infant locomotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 62* (3, Serial No. 251).

Adolph, K. E. (2002). Babies' steps make giant strides toward a science of development. *Infant Behavior and Development, 25,* 86-90.

Adolph, K. E. (2005). Learning to learn in the development of action. In J. J. Reiser, J. J. Lockman, & C. E. Nelson (Eds.), *The role of action in learning and development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Adolph, K. E., & Avolio, A. M. (2000). Walking infants adapt locomotion to changing body dimensions. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 26,* 1148-1166.

Adolph, K. E., Vereijken, B., & Shrout, P. E. (2003). What changes in infant walking and why. *Child Development, 74,* 475-497.

Adolph, K. E., Weise, I., & Marin, L. (2003). Motor development. In L. Nadel (Ed.), *The encyclopedia of cognitive science.* London: Macmillan Reference Ltd.

Agras, W. S., & others. (2004). Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 35,* 509-521.

Agviar, A., & Baillargeon, R. (2002). Developments in young infants' reasoning about occluded objects. *Cognitive Psychology, 45,* 263-336.

Ahluwalia, I. B., Tessaro, I., Grumer-Strawn, L. M., MacGowan, C., & Benton-Davis, S. (2000). Georgia's breastfeeding promotion program for low-income women. *Pediatrics, 105,* E85-E87.

Ahn, N. (1994). Teenage childbearing and high school completion: Accounting for individual heterogeneity. *Family Planning Perspectives, 26,* 17-21.

Ahrons, C. (2004). *We're still family.* New York: Harper Collins.

Aiken, L. (2000). *Dying, death, and bereavement* (4th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Aiken, L. R. (2003). *Psychological testing and assessment* (11th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist, 34,* 932-937.

Aitken, M. E., Graham, C. J., Killingsworth, J. B., Mullins, S. H., Parnell, D. N., & Dick, R. M. (2004). All-terrain injury in children: Strategies for prevention. *Injury Prevention, 10,* 180-185.

Akhter, M. N., & Levinson, R. A. (2003). Eliminating health disparities associated with long-term care to promote graceful aging in place. *Care Management Journal, 4,* 88-93.

Akiyama, H., & Antonucci, T. C. (1999, November). *Mother-daughter dynamics over the life course.* Paper presented at

the meeting of the Gerontological Association of America, San Francisco.

Alan Guttmacher Institute (1998). *Teen sex and pregnancy.* New York: Alan Guttmacher Institute.

Aldwin, C. M., & Levenson, M. R. (2001). Stress, coping, and health at midlife: A developmental perspective. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development.* New York: John Wiley.

Aldwin, C. M., Spiro, A., Levenson, M. R., & Cupertino, A. P. (2001). Longitudinal findings from the Normative Aging Study: III. Personality, individual health trajectories, and mortality. *Psychology and Aging, 16,* 450-465.

Alemayehu, B., & Warner, K. E. (2004). The lifetime distribution of health care costs. *Health Services Resources, 39,* 627-642.

Alexander, G. R., Kogan, M. D., & Nabukera, S. (2002). Racial differences in prenatal care use in the United States: Are disparities increasing? *American Journal of Public Health, 92,* 1970-1975.

Allan, R., & Scheidt, S. (Eds.). (1996). *Heart and mind.* Washington, DC: American Psychological Association.

Allen, J. P., & others. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and deviance during mid-adolescence. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 70,* 56-66.

Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment security and related sequelae of severe adolescent psychopathology: An eleven-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 254-263.

Allen, J. P., McElhaney, K. B., Land, D. J., Kuperminc, G. P., Moore, C. W., O-Beirne-Kelly, H., & Kilmer, S. L. (2003). A secure base in adolescence: Markers of attachment security in the mother-adolescent relationship. *Child Development, 74,* 292-307.

Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development, 69,* 1406-1419.

Allen, K. R., Blieszner, R., & Roberto, K. A. (2000). Families in the middle and later years: A review and critique of research in the 1990s. *Journal of Marriage and the Family, 62,* 911-926.

Allen, K. R., Blieszner, R., Roberto, K. A., Farnsworth, E., & Wilcox, K. L. (1999). Older adults and their children: Family patterns of structural diversity. *Family Relations, 48,* 151-157.

Allen, M., Brown, P., & Finlay, B. (1992). *Helping children by strengthening families.* Washington, DC: Children's Defense Fund.

Almeida, D., & Horn, M. (2004). Is daily life more stressful during middle adulthood? In G. Brim, C. D. Ryff, & R. Kessler (Eds.), *How healthy we are: A national study of well-being in midlife.* Chicago: University of Chicago Press.

Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study Group (1994). The effect of Vitamin E and beta-carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in non-smokers. *New England Journal of Medicine, 330,* 1029-1035.

Al-Sendi, A. M., Sherry, P., Musaiger, A. O., & Myatt, M. (2003). Relationship between body composition and blood pressure in Bahaini adolescents. *British Journal of Nursing, 90,* 837-844.

Alvarez, M. (2004). Caregiving and early infant crying in a Danish community. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 25,* 91-98.

Amabile, T. M. (1993). Commentary. In D. Goleman, P. Kaufman, & M. Ray, *The creative spirit.* New York: Plume.

Amabile, T. M., & Hennesey, B. A. (1992). The motivation for creativity in children. In A. K. Boggiano & T. S. Pittman (Eds.), *Achievement and motivation.* New York: Cambridge.

Amato, P. (2004). Divorce in social and historical context. In M. Coleman & L. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Amato, P. (2004). To have and have not: Marriage and divorce in the United States. In M. Coleman & L. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family, 62,* 1269-1287.

Amato, P. R., & Booth, A. (1996). A prospective study of divorce and parent-child relationships. *Journal of Marriage and the Family, 58,* 356-365.

Ambrosio, J. (2004). No child left behind. *Phi Delta Kappan, 85,* 709-711.

American Academy of Pediatrics Task Force on Infant Positioning and SIDS (AAPTFIPS) (2000). Changing concepts of sudden infant death syndrome. *Pediatrics; 105,* 650-656.

American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding (AAP-WGB) (1997). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics, 100,* 1035-1039.

American Academy of Pediatrics (2001). *Toilet training.* Available on the Internet at: www.aap.org/family./toil.htm.

American Association of Retired Persons (2002). *Tracking Study of the Baby Boomers in Midlife.* Washington, DC: Author.

American Psychological Association (2003). *Psychology: Scientific problem solvers.* Washington, DC: Author.

Ames, B. N. (2004). Mitochondrial decay, a major cause of aging can be delayed. *Journal of Alzheimer's Disease, 6,* 117-121.

Amsterdam, B. K. (1968). *Mirror behavior in children under two years of age.* Unpublished doctoral dissertation, University of North Carolina, Chapel Hill.

Anantharaju, A., Feller, A., & Chedid, A. (2002). Aging liver: A review. *Gerontology, 48,* 343-348.

Anastasi, A., & Urbina, S. (1996). *Psychological testing* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Anderson, C. A., Berkowitz, L., Donnerstein, E., Huesmann, L. R., Johnson, J. D., Linz, D., Malamuth, N. M., & Wartella, A. (2003). The influence of media violence on youth. *Psychological Science in the Public Interest, 4,* 81-110.

Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2001). Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A meta-analytic review of the scientific literature. *Psychological Science, 12,* 353-359.

Anderson, C. A., & Dill, K. E. (2000). Video games and aggressive thoughts, feelings, and behavior in the laboratory and in life. *Journal of Personality and Social Psychology, 78,* 772-790.

Anderson, D. R., Huston, A. C., Schmitt, K., Linebarger, D. L., & Wright, J. C. (2001). Early childhood viewing and adolescent behavior: The recontact study. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 66* (1, Serial No. 264).

Anderson, D. R., Lorch, E. P., Field, D. E., Collins, P. A., & Nathan, J. G. (1985, April). *Television viewing at home: Age trends in visual attention and time with*

TV. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Toronto.

Anderson, E., Greene, S. M., Hetherington, E. M., & Clingempeel, W. G. (1999). The dynamics of parental remarriage. In E. M. Hetherington (Ed.), *Coping with divorce, single parenting, and remarriage.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Anderton, B. H. (2002). Aging of the brain. *Mechanisms of Aging and Development, 123,* 811-817.

Andrade, S. E., Gurwitz, J. H., Davis, R. L., Chan, K. A., Finkelstein, J. A., Fortman, K., McPhillips, H., Raebel, M. A., Roblin, D., Smith, D. H., Yood, M. U., Morse, A. N., & Platt, R. (2004). Prescription drug use in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 191,* 398-407.

Angel, J. L., Douglas, N., & Angel, R. J. (2003). Gender, widowhood, and long-term care in the older Mexican population. *Journal of Women and Aging, 15,* 89-105.

Angel, R. J., Frisco, M., Angel, J. L., & Chiriboga, D. A. (2004). Financial strain and health among elderly Mexican-origin individuals. *Journal of Health and Social Behavior, 44,* 536-551.

Angus, D. C., & others. (2004). Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Critical Care Medicine, 32,* 638-643.

Anstey, K. J., & Smith, G. A. (1999). Interrelationships among biological markers of aging, health, activity, acculturation, and cognitive performance in late adulthood. *Psychology and Aging, 14,* 605-618.

Antelmi, I., de Paula, R. S., Shinzato, A. R., Peres, C. A., Mansur, A. J., & Grupi, C. J. (2004). Influence of age, gender, body mass index, and functional capacity heart rate variability in a cohort of subjects without heart disease. *American Journal of Cardiology, 93,* 381-385.

Anthony Greenwald & Associates (2000). *Current views toward retirement: A poll.* New York: Author.

Antonucci, T. C. (1989). Understanding adult social relationships. In K. Kreppner & R. M. Lerner (Eds.), *Family systems and life-span development.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Antonucci, T. C. (1990). Social supports and relationships. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences.* San Diego: Academic Press.

Antonucci, T. C. (2004). Unpublished review of J. W. Santrock's *Life-span development* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.

Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (2002). Aging and close relationships over the life span. *International Society for the Study of Behavioural Development Newsletter* (1, Serial No. 41), 2-5.

Antonucci, T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2001). The impact of positive and negative aspects of marital relationships and friendships on the well-being of older adults. In J. P. Reinhardt (Ed.), *Negative and positive support.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Antonucci, T. C., Lansford, J. E., Schaabeg, L., Smith, J., Baltes, M., Akiyama, H., Takahashi, K., & Fuhrer, R. (2001). Widowhood and illness: A comparison of social network characteristics in France, Germany, Japan, and the United States. *Psychology and Aging, 16,* 655-665.

Antonucci, T. C., Vandewater, E. A., & Lansford, J. E. (1998). Extended family relationships. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 2). San Diego: Academic Press.

Antonucci, T. C., Vandewater, E. A., & Lansford, J. E. (2000). Adulthood and aging: Social processes and development. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Arai, M. (2004). Japan. In K. Malley-Morrison (Ed.), *International perspectives on family violence and abuse.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Arbuckle, T. Y., Maag, U., Pushkar, D., & Chalkelsen, J. S. (1998). Individual differences in trajectory of intellectual development over 45 years of adulthood. *Psychology and Aging, 13,* 663-675.

Archer, S. L. (Ed.). (1994). *Intervention for adolescent identity development.* Newbury Park, CA: Sage.

Archibald, A. B., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1999). Associations among parent-adolescent relationships, pubertal growth, dieting, and body image in young adolescent girls: A short-term longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence, 9,* 395-415.

Archibald, A. B., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2003). Pubertal processes and physical growth in adolescence. In G. R. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Handbook on adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Ardelt, M. (2003). Physician-assisted suicide. In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death and dying.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Arendt, R., Angelopoulos, J., Salvator, A., & Singer, L. (1999). Motor development of cocaine-exposed children at age two years. *Pediatrics, 103,* 86-92.

Arias, I. (2004). The legacy of child maltreatment: Long-term health consequences for women. *Journal of Women's Health, 13,* 468-473.

Arima, A. N. (2003). Gender stereotypes in Japanese television advertisements. *Sex Roles, 49,* 81-90.

Ariza, A. J., Greenberg, R. S., & Unger, R. (2004). Childhood overweight. *Pediatric Annals, 33,* 33-38.

Arnett, J. J. (1995, March). *Are college students adults?* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood. *American Psychologist, 55,* 469-480.

Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood.* New York: Oxford U. Press.

Aronson, E. (1986, August). *Teaching students things they think they already know about: The case of prejudice and desegregation.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Aronson, J. (2002). Stereotype threat: Contending and coping with unnerving expectations. In J. Aronson (Ed.), *Improving academic achievement.* San Diego: Academic Press.

Aronson, J., Fried, C. B., & Good, C. (2002). Reducing the effects of stereotype threat on African American college students by shaping theories of intelligence. *Journal of Experimental Social Psychology, 38,* 113-125.

Aronson, J. M., Lustina, M. J., Good, C., Keough, K., Steele, C. M., & Brown, J. (1999). When white men can't do math: Necessary and sufficient factors in stereotype threat. *Journal of Experimental Social Psychology, 35,* 29-46.

Arpanantikul, M. (2004). Midlife experiences of Thai women. *Journal of Advanced Nursing, 47,* 49-56.

Arshad, S. H. (2001). Food allergen

avoidance in primary prevention of food allergy. *Allergy, 56,* 113-116.

Asher, J., & Garcia, R. (1969). The optimal age to learn a foreign language. *Modern Language Journal, 53,* 334-341.

Ashmead, G. G. (2003). Smoking and pregnancy. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine, 14,* 297-304.

Ashy, M. A. (2004). Saudi Arabia. In K. Malley-Morrison (Ed.), *International perspectives on family violence and abuse.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Aslin, R. N., Jusczyk, P. W., & Pisoni, D. B. (1998). Speech and auditory processing during infancy: Constraints on and precursors to language. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 2). New York: Wiley.

Astin, A. W. (1993). *What matters in college.* San Francisco: Jossey-Bass.

Atinmo, T., & Oyewole, D. (2004). Finding solutions to the nutritional dilemmas in Africa for child health: HIV/AIDS orphans, poverty, and hunger. *Asian Pacific Journal of Clinical Nutrition, 13* (Supplement), S6.

Atkins, R. C. (1997). *Dr. Atkins' NEW diet revolution.* New York: Avon.

Atkinson, L., & Goldberg, S. (2003). Clinical application of attachment. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Atkinson, L., & Goldberg, S. (Eds.) (2004). *Attachment issues in psychopathology and intervention.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Atkinson, R. (1988). *The teenage world: Adolescent self-image in ten countries.* New York: Plenum Press.

Atkinson, R. M., Ryan, S. C., & Turner, J. A. (2001). Variation among aging alcoholic patients in treatment. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 9,* 275-282.

Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology, 25,* 70-79.

Attig, T. (2004). Meaning of death seen through the lens of grieving. *Death Studies, 28,* 341-360.

Auchus, R. J., & Rainey, W. E. (2004). Adrenarche—physiology, biochemistry, and human disease. *Clinical Endocrinology, 60,* 288-296.

Austin, A. A., & Chorpita, B. F. (2004). Temperament, anxiety, and depression: Comparisons across five ethnic groups of children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33,* 216-226.

Avis, N. E. (1999). Women's health at midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age.* San Diego: Academic Press.

Avolio, B. J., & Sosik, J. J. (1999). A lifespan framework for assessing the impact of work on white-collar workers. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age.* San Diego: Academic Press.

Azar, S. T. (2002). Parenting and child maltreatment. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 4). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Azar, S. T. (2003). Adult development and parenting. In J. Demick & C. Andreoletti: (Eds.), *Handbook of adult development.* New York: Kluwer.

Babalola, O. E., Murdoch, I. E., Cousens, S., Abiose, A., & Jones, B. (2003). Blindness: How to assess numbers and causes. *British Journal of Ophthalmology, 87,* 282-284.

Bacchini, D., & Magliulo, F. (2003). Self-image and perceived self-efficacy during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 32,* 337-350.

Bachman, J. G., Johnston, L. D., O'Malley, P., & Schulenberg, J. (1996). Transitions in drug use during late adolescence and young adulthood. In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn, & A. C. Petersen (Eds.), *Transitions through adolescence.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Schulenberg, J., Johnston, L. D., Bryant, A. L., & Merline, A. C. (2002). *The decline of substance abuse in young adulthood.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Backman, L., Small, B. J., & Wahlin, A. (2001). Aging and memory: Cognitive and behavioral processes. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.). San Diego: Academic Press.

Baddeley, A. (2000). Short-term and working memory. In E. Tulving & F. I. M. Craik (Eds.), *The Oxford handbook of memory.* New York: Oxford University Press.

Bagwell, C. L. (2004). Friendships, peer networks, and antisocial behavior. In J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Eds.), *Children's peer relations.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bahado-Singh, R. O., Choic, S. J., Oz, U., Mendilciolglu, I., Rowther, M., & Persutte, W. (2003). Early second-trimester individualized estimation of trisomy 18 risk by ultrasound. *Obstetrics and Gynecology, 101,* 463-468.

Bahrick, H. P. (1984). Semantic memory content in permastore: Fifty years of memory for Spanish learned in school. *Journal of Experimental Psychology: General, 113,* 1-35.

Bailey, B., Forget, S., & Koren, G. (2002). Pregnancy outcome of women who failed appointments at a teratogen information service clinic. *Reproductive Toxicology, 16,* 77-80.

Baillargeon, R. (1995). The object concept revisited: New directions in the investigation of infants' physical knowledge. In C. E. Granrud (Ed.), *Visual perception and cognition in infancy.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Baillargeon, R. (2004). The acquisition of physical knowledge in infancy: A summary in eight lessons. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Baillargeon, R., & Devos, J. (1991). Object permanence in young children: Further evidence. *Child Development, 62,* 1227-1246.

Baird, A. A., Gruber, S. A., Cohen, B. M., Renshaw, R. J., & Yureglun-Todd, D. A. (1999). MRI of the amygdala in children and adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 195-199.

Bakeman, R., & Brown, J. V. (1980). Early interaction: Consequences for social and mental development at three years. *Child Development, 51,* 437-447.

Bakermans-Kranenburg, M. J., van Uzendoorn, M. H., Bokhorst, C. L., & Schuengel, C. (2004). The importance of shared environment in infant-father attachment: A behavioral genetic study of the attachment q-sort. *Journal of Family Psychology, 18,* 545-549.

Bakitas, M., Stevens, M., Ahles, T., Kirn, M., Skalla, K., Kane, N., Greenberg, E. R., & the Project Enable Co-Investigators. (2004). Project ENABLE: A palliative care demonstration project for advanced cancer patients in three

settings. *Journal of Palliative Medicine, 7,* 363-372.

Baldry, A. C., & Farrington, D. P. (2004). Evaluation of an intervention program for the reduction of bullying and victimization in schools. *Aggressive Behavior, 30,* 1-15.

Baldwin, J. D., & Baldwin, J. I. (1998). Sexual behavior. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3). San Diego: Academic Press.

Baldwin, M., & Fehr, B. (1995). On the instability of attachment ratings. *Personal Relationships, 2,* 247-261.

Baldwin, S., & Hoffman, J. P. (2002). The dynamics of self-esteem: A growth curve analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 31,* 101-113.

Balk, D. E. (2004). Recovery following bereavement: An examination of the concept. *Death Studies, 28,* 361-373.

Balk, D., & Corr, C. (2001). Bereavement during adolescence: A review of research. In M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care.* Washington, DC: American Psychological Association.

Ball, K., & others. (2003). Effects of cognitive training interventions with older adults. *Journal of the American Medical Association, 288,* 2271-2281.

Balota, D. A., Dolan, P. O., & Duchek, J. M. (2000). Memory changes in healthy older adults. In E. Tulving & F. I. M. Craik (Eds.), *The Oxford handbook of memory.* New York: Oxford University Press.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23,* 611-626.

Baltes, P. B. (2000). Life-span developmental theory. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Baltes, P. B. (2003). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation for developmental theory. In U. M. Staudinger & U. Lindenberger (Eds.), *Understanding human development.* Boston: Kluwer.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences.* New York: Cambridge University Press.

Baltes, P. B., & Kunzmann, U. (2003). Wisdom. *The Psychologist, 16,* 131-132.

Baltes, P. B., & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging, 12,* 12-21.

Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology, 49,* 123-135.

Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (1998). Wisdom. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3). San Diego: Academic Press.

Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom. *American Psychologist, 55,* 122-136.

Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology, 50,* 471-507.

Bandstra, E. S., Morrow, C. E., Anthony, J. C., Haynes, V. L., Johnson, A. L., Xue, L., & Audrey, Y. (2000, May). *Effects of prenatal cocaine exposure on attentional processing in children through five years of age.* Paper presented at the joint meetings of the Pediatric Academic Societies and the American Academy of Pediatrics, Boston.

Bandstra, E. S., Vogel, A. L., Morrow, C. E., Xue, L., & Anthony, J. C. (2004). Severity of prenatal cocaine exposure and child language functioning through age seven years: A longitudinal latent growth curve analysis. *Substance Use and Misuse, 39,* 25-39.

Bandura, A. (1965). Influence of models' reinforcement of contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology, 1,* 589-595.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1998, August). *Swimming against the mainstream: Accentuating the positive aspects of humanity.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco.

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

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory. *Annual Review of Psychology* (Vol. 52). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Bandura, A. (2002). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Moral Education, 31,* 101-119.

Bandura, A. (2002). Social cognitive theory. *Annual Review of Psychology* (Vol. 52). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Bandura, A. (2004). *Toward a psychology of human agency.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Society, Chicago.

Banister, N. A., Jastrow, S. T., Hodges, V., Loop, R., & Gillham, M. B. (2004). Diabetes self-management training program in a community clinic improves patient outcomes at modest cost. *Journal of the American Diet Association, 104,* 807-810.

Bank, L., Burraston, B., & Snyder, J. (2004). Sibling conflict and ineffective parenting as predictors of adolescent boys' antisocial behavior and peer difficulties: Additive and interactional effects. *Journal of Research on Adolescence, 14,* 99-125.

Banks, E. C. (1993, March). *Moral education curriculum in a multicultural context: The Malaysian primary curriculum.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans.

Banks, J. A. (2002). *Introduction to multicultural education* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Banks, M. S. (2005). The benefits and costs of combining information between and within the senses. In J. J. Reiser, J. J. Lockman, & C. A. Nelson (Eds.), *The role of action in learning and development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Banks, M. S., & Salapatek, P. (1983). Infant visual perception. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed., Vol. 2). New York: Wiley.

Bannon, L. (2005). *Gender: psychological perspectives* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Barefoot, J. C., Mortensen, E. L., Helms, J., Avlund, K., & Schroll, M. (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from

age 50 to 80. *Psychology and Aging, 16,* 342-345.

Barja, G. (2004). Aging in vertebrates, and the effect of caloric restriction: A mitochondrial free radical production DNA-damage mechanism. *Biological Reviews for the Cambridge Philosophical Society, 79,* 235-251.

Barling, J., Kelloway, E. K., & Frone, M. R. (Eds.). (2004). *Handbook of work and stress.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Barnes, D. L. (2002). What midwives need to know about postpartum depression. *Midwifery Today, 61,* 18-19.

Barnes, L. L., Mendes de Leon, C. F., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2004). A longitudinal study of black-white differences in social resources. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59,* S146-S153.

Barnet, B., Arroyo, C., Devoe, M., & Duggan, A. K. (2004). Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 158,* 262-268.

Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of type D attachments from 12 to 24 months of age. In J. I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Monograph of the Society for Research in Child Development, 64* (3, Serial No. 258), 97-118.

Barnett, R. C. (2001). Work-family balance. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Barnett, R. C., Gareis, K. C., James, J. B., & Steele, J. (2001, August). *Planning ahead: College seniors' concerns about work-family conflict.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco.

Barnett, S. B., & Maulik, D. (2001). Guidelines and recommendations for safe use of Doppler ultrasound in perinatal applications. *Journal of Maternal and Fetal Medicine, 10,* 75-84.

Bar-Oz, B., Levicheck, Z., Moretti, M. E., Mah, C., Andreou, S., & Koren, G. (2004). Pregnancy outcome following rubella vaccination: A prospective study. *American Journal of Medical Genetics, 130A,* 52-54.

Barr, H. M., & Streissguth, A. P. (2001). Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 25,* 283-287.

Barrett, D. E., Radke-Yarrow, M., & Klein, R. E. (1982). Chronic malnutrition and child behavior: Effects of calorie supplementation on social and emotional functioning at school age. *Developmental Psychology, 18,* 541-556.

Bartels, S. J., Miles, K. M., & Dums, A. R. (2002). Improving the quality of care for older adults with mental disorders. *Center for Home Care Policy Research: Policy Briefs, 9,* 1-6.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 226-244.

Barton, W. H. (2004). Bridging juvenile justice and positive youth development. In S. F. & M. A. Hamilton (Eds.), *The youth development handbook.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Barzilai, K., & Rimm, A. (2004). Longevity and health care expenditures: The real reasons older people spend more. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59,* S197.

Bass, S., Shields, M. K., & Behrman, R. E. (2004). Children, families, and foster care. *Future Child, 14,* 4-29.

Bates, A. S., Fitzgerald, J. F., Dittus, R. S., & Wollinsky, F. D. (1994). Risk factors for undercimmunization in poor urban infants. *Journal of the American Medical Association, 272,* 1105-1109.

Bauer, P. J. (2004). Early memory development. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Bauer, P. J., Wenner, J. A., Dropik, P. L., & Wewerka, S. S. (2000). Parameters of remembering and forgetting in the transition from infancy to early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 65* (4, Serial No. 263).

Bauer, P. J., Wiebe, S. A., Carver, L. J., Waters, J. M., & Nelson, C. A. (2003). Developments in long-term explicit memory late in the first year of life: Behavioral and electrophysiological indices. *Psychological Science, 14,* 629-635.

Bauman, K. E., Ennett, S. T., Foshee, V. A., Pemberton, M., King, T. S., & Koch, G. G. (2002). Influence of a family program on adolescent smoking and drinking prevalence. *Prevention Science, 3,* 35-42.

Baumeister, R. F. (1991). *Meaning of life.* New York: Guilford.

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest, 4* (No. 1), 1-44.

Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology.* New York: Oxford University Press.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs, 4* (1, Pt. 2).

Baumrind, D. (1999, November). Unpublished review of J. W. Santrock's *Child development* (9th ed.). New York: McGraw-Hill.

Baumrind, D., Larzelere, R. E., & Cowan, P. A. (2002). Ordinary physical punishment: Is it harmful? Comment on Gershoff (2002). *Psychological Bulletin, 128,* 590-595.

Bauserman, R. (2002). Child adjustment in joint-custody versus sole-custody arrangements: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology, 16,* 91-102.

Baxter, G. W., Stuart, W. J., & Stewart, W. J. (1998). *Death and the adolescent.* Toronto: University of Toronto Press.

Bayley, N. (1969). *Manual for the Bayley Scales of Infant Development.* New York: Psychological Corporation.

Bayley, N. (1970). Development of mental abilities. In P. H. Mussen (Ed.), *Manual of child psychology* (3rd ed., Vol. 1). New York: Wiley.

Beachy, J. M. (2003). Premature infant massage in the NICU. *Neonatal Network, 22,* 39-45.

Beal, C. R. (1994). *Boys and girls: The development of gender roles.* Boston: McGraw-Hill.

Bearison, D. J., & Dorval, B. (2002). *Collaborative cognition.* Westport, CT: Ablex.

Bearman, P. S., & Moody, J. (2004). Suicide and friendships among American adolescents. *American Journal of Public Health, 94,* 89-95.

Bechtold, A. G., Busnell, E. W., & Salapatek, P. (1979, April). *Infants' visual localization of visual and auditory targets.* Paper presented at the meeting of

the Society for Research in Child Development, San Francisco.

Beck, C. T. (2002). Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *American Journal of Maternal/Child Nursing, 27,* 282-287.

Beck, M. (1992, December 7). Middle Age. *Newsweek,* pp. 50-56.

Bednar, R. L., Wells, M. G., & Peterson, S. R. (1995). *Self-esteem* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Bell, M. A., & Fox, N. A. (1992). The relations between frontal brain electrical activity and cognitive development during infancy. *Child Development, 63,* 1142-1163.

Bell, S. M., & Ainsworth, M. D. S. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development, 43,* 1171-1190.

Belle, D. (1999). *The after school lives of children.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bellevia, G., & Frone, M. R. (2004). Work-family conflict. In J. Baring, E. K. Kelloway, & M. R. Frone (Eds.), *Handbook of work stress.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Bellinger, D., Leviton, A., Waternaux, C., Needleman, H., & Rabinowitz, M. (1987). Longitudinal analysis of prenatal and postnatal lead exposure and early cognitive development. *New England Journal of Medicine, 316,* 1037-1043.

Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationships of physical health status and health practices. *Preventive Medicine, 1,* 409-421.

Belsky, J. (1981). Early human experience: A family perspective. *Developmental Psychology, 17,* 3-23.

Belsky, J., & Eggebeen, D. (1991). Early and extensive maternal employment/child care and 4-6-year-olds socioemotional development: Children of the National Longitudinal Survey of Youth. *Journal of Marriage and the Family, 53,* 1083-1099.

Belsky, J., Jaffe, S., Hsieh, K., & Silva, P. (2001). Child-rearing antecedents of intergenerational relations in young adulthood: A prospective study. *Developmental Psychology, 37,* 801-813.

Belson, W. (1978). *Television violence and the adolescent boy.* London: Saxon House.

Bem, S. L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,* 196-205.

Bendelius, J. (2004). Obesity: Possible solutions. *School Nurse News, 21,* 29-30.

Bendersky, M., & Sullivan, M. W. (2002). Basic methods in infant research. In A. Slater & M. Lewis (Eds.), Infant development. New York: Oxford University Press.

Benenson, J. F., Apostolaris, N. H., & Parnass, J. (1997). Age and sex differences in dyadic and group interaction. *Developmental Psychology, 33,* 538-543.

Benfey, P. (2005). Essentials of genomics. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Bengtson, V. L. (1985). Diversity and symbolism in grandparental roles. In V. L. Bengtson & J. Robertson (Eds.), *Grandparenthood.* Newbury Park, CA: Sage.

Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multi-generational bonds. *Journal of Marriage and the Family, 63,* 1-16.

Benini, A. L., Camilloni, M. A., Scordato, C., Lezzi, G., Savia, G., Oriani, G., Bertoli, S., Balzola, F., Liuzzi, A., & Petroni, M. L. (2001). Contribution of weight cycling to serum leptin in human obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 25,* 721-726.

Bennett, C. I. (2003). *Comprehensive multicultural education* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bennett, K. M. (2004). Why did he die? The attributions of cause of death among women widowed in later life. *Journal of Health Psychology, 9,* 345-353.

Bennett, W. I., & Gurin, J. (1982). The dieter's dilemma: Eating less and weighing more. New York: Basic Books.

Benson, E. (2003, February). Intelligence across cultures. *Monitor on Psychology, 34* (No. 2), 56-58.

Benson, P. (1993). *The troubled journey.* Minneapolis: The Search Institute.

Berado, F. M. (2003). Widowhood and its social implications. In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death and dying.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Berardi, A., Parasuraman, R., & Haxby, J. V. (2001). Overall vigilance and sustained attention decrements in healthy aging. *Experimental Aging Research, 27,* 19-39.

Berenbaum, S. A., & Bailey, J. M. (2003). Effects on gender identity of prenatal androgens and genital appearance: Evidence from girls with congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Endocrinology and Metabolism, 88,* 1102-1106.

Bergen, D. (1988). Stages of play development. In D. Bergen (Ed.), *Play as medium for learning and development.* Portsmouth, NH: Heinemann.

Berger, S. E., & Adolph, K. E. (2003). Infants use handrails as tools in a locomotor task. *Developmental Psychology, 39,* 594-605.

Berghout, A., & others (2004). Childhood growth hormone deficiency (GHD) and idiopathic short stature (ISS): How far can a consensus go? *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 17* (Suppl. 2), 251-256.

Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., Von Kries, R., Bohm, R., Richter, R., Dudenhausen, J. W., & Wahn, U. (2003). Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: Role of breastfeeding. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 27,* 162-172.

Berk, L. E. (1994). Why children talk to themselves. *Scientific American, 271* (5), 78-83.

Berk, L. E., & Spuhl, S. T. (1995). Maternal interaction, private speech, and task performance in preschool children. *Early Childhood Research Quarterly, 10,* 145-169.

Berko Gleason, J. (2000). Language: An overview. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Berko Gleason, J. (2001). *The development of language* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Berko Gleason, J. (2002). *Review of J. W. Santrock's Life-span development,* 4th ed. (New York: McGraw-Hill).

Berko Gleason, J. (2003). Unpublished review of J. W. Santrock's *Life-span development,* 9th ed. (New York: McGraw-Hill).

Berko Gleason, J. (2005). *The development of language* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Berko, J. (1958). The child's learning of English morphology. *Word, 14,* 150-177.

Berkowitz, C. D. (2004). Cosleeping: Benefits, risks, and cautions. *Advances Pediatrics, 51,* 329-349.

Berlin, L., & Cassidy, J. (2000). Understanding parenting: Contributions of

attachment theory and research. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH handbook of infant mental health* (Vol. 3). New York: Wiley.

Berlyne, D. E. (1960). *Conflict, arousal, and curiosity.* New York: McGraw-Hill.

Berman, B. A., Wong, G. C., Bastani, R., Hoang, T., Jones, C., Goldstein, D. R., Bernert, J. T., Hammond, K. S., Tashkin, D., & Lewis, M. A. (2003). Household smoking behavior and ETS exposure among children with asthma in low-income, minority households. *Addictive Behaviors, 28,* 111-128.

Berndt, T. J. (2002). Friendship quality and social development. *Current Directions in Psychological Science, 11,* 7-10.

Berndt, T. J., & Perry, T. B. (1990). Distinctive features and effects of early adolescent friendships. In R. Montemayor (Ed.), *Advances in adolescent research.* Greenwich, CT: JAI Press.

Bernier, M. O., Plu-Bureau, G., Bossard, N., Ayzac, L., Thalabard, J. C. (2000). Breastfeeding and risk of breast cancer: A meta-analysis of published studies. *Human Reproduction Update, 6,* 374-386.

Berninger, V. W., Dunn, A., Shin-Ju, C. L., & Shimada, S. (2004). School evolution: Scientist-practitioner educators creating optimal learning environments for all students. *Journal of Learning Disabilities, 37,* 500-508.

Bernstein, J. (2004). The low-wage labor market: Trends and policy implications. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds.), *Work-family challenges for low-income families and their children.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Berr, C. (2002). Oxidative stress and cognitive impairment in the elderly. *Journal of Nutrition, Health, and Aging, 6,* 261-266.

Berscheid, E. (1988). Some comments on love's anatomy: Or, whatever happened to old-fashioned lust? In R. J. Sternberg (Ed.), *Anatomy of love.* New Haven, CT: Yale University Press.

Berscheid, E. (2000). Attraction. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Berscheid, E., & Fei, J. (1977). Sexual jealousy and romantic love. In G. Clinton & G. Smith (Eds.), *Sexual jealousy.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Berscheid, E., & Reis, H. T. (1998). Attraction and close relationships. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 2). New York: McGraw-Hill.

Berscheid, E., Snyder, M., & Omoto, A. M. (1989). Issues in studying close relationships: Conceptualizing and measuring closeness. In C. Hendrick (Ed.), *Close relationships.* Newbury Park, CA: Sage.

Bertelsen, A. (2004). Contributions of Danish registers to understanding psychopathology (A lifetime of 30 years' collaboration with Irving I. Gottesman). In L. F. DiLalla (Ed.), *Behavior genetics principles.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bertenthal, B. (2005). Theories, methods, and models: Discussion of the chapters by Newcombe, Thelen, and Whitmeyer. In J. J. Reiser, J. J. Lockman, & C. A. Nelson (Eds.), *The role of action in learning and development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bertoni-Freddari, C., Fattoretti, P., Giorgetti, B., Solazzi, M., Balietti, M., & Meier-Ruge, W. (2004). Role of mitochondrial deterioration in physiological and pathological brain aging. *Gerontology, 50,* 187-192.

Bertrand, R. M., & Lachman, M. E. (2003). Personality development in adulthood and old age. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Best, D. (2001). Cross-cultural gender roles. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2003). *Research in education* (9th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Beyene, Y. (1986). Cultural significance and physiological manifestations of menopause: A biocultural analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry, 10,* 47-71.

Bialystok, E. (1993). Metalinguistic awareness: The development of children's representations in language. In C. Pratt & A. Garton (Eds.), *Systems of representation in children.* London: Wiley.

Bialystok, E. (1997). Effects of bilingualism and biliteracy on children's emerging concepts of print. *Developmental Psychology, 33,* 429-440.

Bialystok, E. (1999). Cognitive complexity and attentional control in the bilingual mind. *Child Development, 70,* 537-804.

Bialystok, E. (2001). *Bilingualism in development: Language, literacy, and cognition.* New York: Cambridge University Press.

Bianchi, S. M., & Spani, D. (1986). *American women in transition.* New York: Russell Sage Foundation.

Biderman, J., & Faraone, S. V. (2003). Current concepts on the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders, 6 (Suppl. 1),* S7-S16.

Bierman, K. L. (2004). *Peer rejection.* New York: Guilford.

Bigler, R. S., Averhart, C. J., & Liben, L. S. (2003). Race and the workforce: Occupational status, aspirations, and stereotyping among African American children. *Developmental Psychology, 19,* 572-580.

Bijur, P. E., Wallston, K. A., Smith, C. A., Lifrak, S., & Friedman, S. B. (1993, August). *Gender differences in turning to religion for coping.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto.

Billman, J. (2003). *Observation and participation in early childhood settings: A practicum guide* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Billy, J. O. G., Rodgers, J. L., & Udry, J. R. (1984). Adolescent sexual behavior and friendship choice. *Social Forces, 62,* 653-678.

Bingham, C. R., & Crockett, L. J. (1996). Longitudinal adjustment patterns of boys and girls experiencing early, middle, and late sexual intercourse. *Developmental Psychology, 32,* 647-658.

Birney, D. P., Citron-Pusty, J. H., Lutz, D. J., & Sternberg, R. J. (2005). The development of cognitive and intellectual abilities. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science* (5th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Birren, J. E. (Ed.). (1996). *Encyclopedia of gerontology.* San Diego: Academic Press.

Birren, J. E. (2002). Unpublished review of J. W. Santrock's *Life-span development* (9th ed.). New York: McGraw-Hill.

Birren, J. E., & Schaie, K. W. (Eds.). (2001). *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.). San Diego: Academic Press.

Birren, J. E., Woods, A. M., & Williams, M. V. (1980). Behavioral slowing with age: Causes, organization, & consequences. In L. W. Poon (Ed.), *Aging in the 1980s: Psychological issues.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bissada, A., & Briere, J. (2001). Child abuse: Physical and sexual. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2004). Chronic diseases and depression. *Social Science Medicine, 59,* 721-733.

Bjarnason, T., Andersson, B., Choquet, M., Elekes, Z., Morgan, M., & Rapinett, G. (2003). Alcohol culture, family structure, and adolescent alcohol use: Multilevel modeling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in 11 European countries. *Journal of Studies on Alcohol, 64,* 200-208.

Bjorklund, D. F. (2005). *Children's thinking* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Bjorklund, D. F., & Pellegrini, A. D. (2002). *The origins of human nature.* New York: Oxford University Press.

Blaasaas, K. G., Tynes, T., & Lie, R. T. (2004). Risk of selected birth defects by maternal residence close to power lines during pregnancy. *Occupational and Environmental Medicine, 61,* 174-176.

Black, J. E. (2001, April). *Complex and interactive effects of enriched experiences on brain development.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Blair, C., & Ramey, C. (1996). Early intervention with low birth weight infants: The path to second generation research. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention.* Baltimore: Paul H. Brookes.

Blair, J. M., Hanson, D. L., Jones, H., & Dworkin, M. S. (2004). Trends in pregnancy rates among women with human immunodeficiency virus. *Obstetrics and Gynecology, 103,* 663-668.

Blair, S. N. (1990, January). *Personal communication.* Aerobics Institute, Dallas.

Blair, S. N., Kohl, H. W., Paffenbarger, R. S., Clark, D. G., Cooper, K. H., & Gibbons, L. W. (1989). Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women. *Journal of the American Medical Association, 262,* 2395-2401.

Blanchard-Fields, F. (1996). Decision making and everyday problem solving. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 1). San Diego: Academic Press.

Blazer, D. (2002). *Depression in late life* (3rd ed.). New York: Springer.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58,* M240-M265.

Block, J. (1993). Studying personality the long way. In D. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey, & K. Widaman (Ed.), *Studying lives through time.* Washington, DC: American Psychological Association.

Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology* (Vol. 13). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Blonna, R. (2005). *Coping with stress in a changing world* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Bloom, B. (1985). *Developing talent in young people.* New York: Ballentine.

Bloom, L. (1998). Language acquisition in developmental context. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 5). New York: Wiley.

Bloom, L., Lifter, K., & Broughton, J. (1985). The convergence of early cognition and language in the second year of life: Problems in conceptualization and measurement. In M. Barrett (Ed.), *Single word speech.* London: Wiley.

Bloor, C., & White, F. (1983). *Unpublished manuscript.* University of California at San Diego, LaJolla, CA.

Bluck, S., & Gluck, J. (2004). Making things better and learning a lesson: Experiencing wisdom across the lifespan. *Journal of Personality, 72,* 543-572.

Blum, L. M. (2000). *At the breast: Ideologies of breastfeeding and motherhood in the contemporary United States.* Boston: Beacon Press.

Blum, N. J., Taubman, B., & Nemeth, N. (2003). Relationship between age at initiation of toilet training and duration of training: A prospective study. *Pediatrics, 111,* 810-814.

Blum, N. J., Taubman, B., & Nemeth, N. (2004). Why is toilet training occurring at older ages? A study of factors associated with later training. *Journal of Pediatrics, 145,* 107-111.

Blum, R., & Nelson-Mmari, K. (2004). Adolescent health from an international perspective. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Blumberg, J. (1993, June 2). Commentary in «Lowly vitamin supplements pack a big health punch.» *USA Today,* p. 3D.

Blumenfeld, P. C., Modell, J., Bartko, T., Secade, J., Fredricks, J., Friedel, J., & Paris, A. (2005). School engagement of inner city students during middle childhood. In C. R. Cooper, C. T. G. Coll, W. T. Bartko, H. M. Davis, & C. Chatman (Eds.), *Developmental pathways through middle childhood.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Blumenfeld, P. C., Pintrich, P. R., Wessles, K., & Meece, J. (1981, April). *Age and sex differences in the impact of classroom experiences on self-perceptions.* Paper presented at the biennial meeting of the Society of Research in Child Development, Boston.

Blumenthal, H. T. (2004). Amyloidosis: A universal disease of aging? *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59,* M361-M369.

Blumenthal, J. A., Emery, C. F., Madden, D. J., George, L. K., Coleman, R. E., Riddle, M. W., McKee, D. C., Reasoner, J., & Williams, R. S. (1989). Cardiovascular and behavioral effects of aerobic exercise training in healthy older men and women. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 44,* M147-M157.

Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zidjdenbos, A., Paus, T., Evans, A. C., Rapoport, J. L., & Giedd, J. N. (1999). Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience, 10,* 861-863.

Blundell, J. E. (1984). Systems and interactions: An approach to the pharmacology of feeding. In A. J. Stunkdard & E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders.* New York: Raven Press.

Bodrova, E., & Leong, D. J. (2003). Learning and development of preschool children from the Vygotskian perspective. In A. Kozulin, B. Gindis, V. S. Ageyev, & S. M. Miller (Eds.), *Vygotsky's educational theory in cultural context.* New York: Cambridge University Press.

Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behavior Research and Therapy, 41,* 1123-1136.

Boerner, K., & Wortman, C. B. (1998). Grief and loss. In H. S. Freeman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 2). San Diego: Academic Press.

Bogenschneider, K. (2002). *Family policy matters.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bohlin, G., & Hagekull, B. (1993). Stranger wariness and sociability in the early years. *Infant Behavior and Development, 16,* 53-67.

Bohnhorst, B., Heyne, T., Peter, C. S., & Poets, C. F. (2002). Skin-to-skin (kangaroo) care, respiratory control, and thermoregulation. *Journal of Pediatrics, 138,* 193-197.

Bolen, J. C., Bland, S. D., & Sacks, J. J. (1999, April). *Injury prevention behaviors: Children's use of occupant restraints and bicycle helmets.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque.

Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development, 72,* 549-568.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59,* 20-28.

Bonanno, G. A., Noll, J. G., Putnam, F. W., O'Neil, M., & Trickett, P. K. (2003). Predicting the willingness to disclose information about sexual abuse from measures of repressive coping and dissociative tendencies. *Child Maltreatment, 8,* 302-318.

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging, 19,* 260-271.

Bonari, L., Bennett, H., Einarson, A., & Koren, G. (2004). Risk of untreated depression during pregnancy. *Journal of Family Health Care, 13,* 144-145.

Bond, J., Kaskutas, L. A., & Weisner, C. (2003). The persistent influence of social networks and Alcoholics Anonymous on abstinence. *Journal of Studies on Alcohol, 64,* 579-588.

Bongaarts, J., & Zimmer, Z. (2002). Living arrangements of older adults in the developing world: An analysis of demographic and health survey household surveys. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57,* S145-S157.

Books, S. (2004). *Poverty and schooling in the U.S.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bookstein, F. L., Streissguth, A. P., Sampson, P. D., Connor, P. D., & Barr, H. M. (2002). Corpus callosum shape and neuropsychological deficits in adult males with heavy fetal alcohol exposure. *Neuroimage, 15,* 233-251.

Bookwala, J., & Jacobs, J. (2004). Age, marital processes, and depressed affect. *The Gerontologist, 44,* 328-338.

Booth, M. (2002). Arab adolescents facing the future: Enduring ideals and pressures to change. In B. B. Brown, R. W. Larson, & T. S. Saraswathi (Eds.), *The world's youth.* New York: Cambridge University Press.

Bor, W., McGee, T. R., & Fagan, A. A. (2004). Early risk factors for adolescent antisocial behavior: An Australian longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 365-372.

Borawski, E. A., Ievers-Landis, C. E., Lovegreen, L. D., & Trapl, B. A. (2003). Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: The role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health, 33,* 60-70.

Bordaty, H., Draper, B. M., Millar, J., Low, L. F., Lie, D., Sharah, S., & Paton, H. (2003). Randomized controlled trial of different models of care for nursing home residents with dementia complicated by depression or psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry, 64,* 63-72.

Bornstein, M. H., Arterberry, M. E., & Mash, C. (2005). Perceptual development. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology* (5th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bornstein, M. H., & Bradley, R. H. (Eds.). (2003). *Socioeconomic status, parenting, and child development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bornstein, M. H., & Sigman, M. D. (1986). Continuity in mental development from infancy. *Child Development, 57,* 251-274.

Borowsky, I. W., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics, 107,* 485-493.

Borra, S. T., Kelly, L., Shirreffs, M. B., Neville, K., & Geiger, C. J. (2003). Developing health messages. *Journal of the American Dietary Association, 103,* 721-728.

Bosma, H. A., & Kunnen, E. S. (Eds.). (2001). *Identity and emotion.* New York: Cambridge University Press.

Boswell, W. R., Olson-Buchanan, J. B., & LePine, M. A. (2004). Relations between stress and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior, 64,* 165-181.

Botwinick, J. (1978). *Aging and behavior* (2nd ed.). New York: Springer.

Bouchard, T. J. (1995, August). *Henuibility of intelligence.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, New York, NY.

Bouchard, T. J., Lykken, D. T., McGue, M., Segal, N. L., & Tellegen, A. (1990). Source of human psychological differences. The Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Science, 250,* 223-228.

Bouchard, T. J., Segal, N. L., Tellegen, A., McGue, M., Keyes, M., & Krueger, R. (2004). Genetic influences on social attitudes: Another challenge to psychologists from behavior genetics. In L. F. DiLalla (Ed.), *Behavior genetics principles.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bouchey, H. A., & Furman, W. (2003). Dating and romantic relationships in adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Bower, B. (1985). The left hand of math and verbal talent. *Science News, 127,* 263.

Bower, B. (1999, March 20). Minds on the move. *Science News,* 1-5.

Bower, T. G. R. (1966). Slant perception and shape constancy in infants. *Science, 151,* 832-834.

Bower, T. G. R. (2002). Space and objects. In A. Slater & M. Lewis (Eds.), *Introduction to infant development.* New York: Oxford University Press.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1). London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss:* Vol. 3. *Loss, sadness, and depression.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1989). *Secure and insecure attachment.* New York: Basic Books.

Bowles, T. (1999). Focusing on time orientation to explain adolescent self concept and academic achievement: Part II. Testing a model. *Journal of Applied Health Behaviour, 1,* 1-8.

Boyd-Franklin, N. (1989). *Black families in therapy. A multisystems approach.* New York: Guilford Press.

Boyer, K., & Diamond, A. (1992). Development of memory for temporal order in infants and young children. In A. Diamond (Ed.), *Development and neural bases of higher cognitive function.* New York: New York Academy of Sciences.

Brabeck, M. M. (2000). Kohlberg, Lawrence. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, and New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Brabyn, J. A., Schneck, M. E., Haegerstrom-Portnoy, G., & Lott, L. (2001). The Smith-Kettlewell Institute (SKI) Longitudinal Study of Vision Function and Its Impact Among the Elderly: An overview. *Ophthalmology and Vision Science, 78,* 2464-2469.

Bracey, J. R., Bamaca, M. Y., & Umana-Taylor, A. J. (2004). Examining ethnic identity among biracial and monoracial adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 33,* 123-132.

Brach, J. S., Simonsick, E. M., Kritchevsky, S., Yaffe, K., Newman, A. B., & the Health, Aging, and Body Composition Study Research Group. (2004). The association between physical function and lifestyle activity in the Health, Aging, and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society, 52,* 502-509.

Bracken, M. B., Eskenazi, B., Sachse, K., McSharry, J., Hellenbrand, K., & Leo-Summers, L. (1990). Association of cocaine use with sperm concentration, motility, and morphology. *Fertility and Sterility, 53,* 315-322.

Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology* (Vol. 53). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Bradshaw, C. P., & Garbarino, J. (2004). Using and building family strengths to promote youth development. In S. F. Hamilton & M. A. Hamilton (Eds.), *The youth development handbook.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Brainerd, C. J., & Reyna, V. E. (1993). Domains of fuzzy-trace theory. In M. L. Howe & R. Pasnak (Eds.), *Emerging themes in cognitive development.* New York: Springer.

Brandstadter, J., Wentura, D., & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *Journal of Behavioral Development, 16,* 323-349.

Bray, G. A., & Champagne, C. M. (2004). Obesity and the metabolic syndrome. *Journal of the American Dietetic Association, 104,* 86-89.

Brazelton, T. B. (1956). Sucking in infancy. *Pediatrics, 17,* 400-404.

Brazelton, T. B., Nugent, J. K., & Lester, B. M. (1987). Neonatal behavioral assessment scale. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed.). New York: Wiley.

Bredekamp, S. (1987). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age 8.* Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

Bredekamp, S. (1997). NAEYC issues revised position statement on developmentally appropriate practice in early childhood programs. *Young Children, 52,* 34-40.

Breheny, M., & Stephens, C. (2004). Barriers to effective contraception and strategies for overcoming them among adolescent mothers. *Public Health Nursing, 21,* 220-227.

Brehm, S. S. (2002). *Intimate relationships* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Breitbart, E., Wang, X., Leka, L. S., Dallal, G. E., Meydani, S. N., & Stollar, B. D. (2002). Altered memory B-cell homeostasis in human aging. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 57,* B304-B311.

Bremner, G. (2004). Cognitive development: Knowledge of the physical world. In A. Fogel & G. Bremner (Eds.), *Blackwell handbook of infant development.* London: Blackwell.

Brenner, Z. R., & Krenzer, M. E. (2003). Using complementary and alternative therapies to promote comfort at end of life. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 15,* 355-362.

Brent, R. L. (2004). Environmental causes of human congenital malformations. *Pediatrics (4 Suppl.), 113,* 957-968.

Brent, R. L., & Fawcett, L. B. (2000, May). *Environmental causes of human birth defects: What have we learned about the mechanism, nature, and etiology of congenital malformations in the past 50 years?* Paper presented at the joint meetings of the Pediatric Academic Societies and the American Academy of Pediatrics, Boston.

Bretherton, I., Stolberg, U., & Kreye, M. (1981). Engaging strangers in proximal interaction: Infants' social initiative. *Developmental Psychology, 17,* 746-755.

Brewer, J. A. (2004). *Introduction to early childhood education* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Breysse, P., Farr, N., Galke, W., Lanphear, B., Morely, R., & Bergofsky, L. (2004). The relationship between housing and health: Children at risk. *Environmental Health Perspectives, 112,* 1583-1588.

Brickel, C. O., Ciarrocchi, J. W., Sheers, N. J., Estadt, B. K., Powell, D. A., & Pargament, K. I. (1998). Perceived stress, religious coping styles, and depressive affect. *Journal of Psychology and Christianity, 17,* 33-42.

Briem, V., Radeborg, K., Salo, I., & Bengstsson, H. (2004). Developmental aspects of children's behavior and safety while cycling. *Journal of Pediatric Psychology, 29,* 369-377.

Briganti, A., Salonia, A., Gallina, A., Suardi, N., Rigatti, P., & Montorsi, F. (2004). Emerging oral drugs for erectile dysfunction. *Expert Opinions on Emerging Drugs, 9,* 179-189.

Bril, B. (1999). Dires sur l'enfant selon les cultures. Etat des lieux et perspectives. In B. Bril, P. R. Dasen, C. Sabatier, & B. Krewer (Eds.), *Propos sur l'enfant et l'adolescent. Quels enfants pour quelles cultures?* Paris: L'Harmattan.

Brim, G. (1992, December 7). Commentary, *Newsweek,* p. 52.

Brim, G., Ryff, C. D., & Kessler, R. (Eds.). (2004). *How healthy we are: A national study of well-being in midlife.* Chicago: University of Chicago Press.

Brim, O. (1999). *The MacArthur Foundation study of midlife development.* Vero Beach, FL: MacArthur Foundation.

Brim, O. G., Ryff, C. D., & Kessler, R. (Eds.). (2004). *How healthy are we: A national study of well-being in midlife.* Chicago: University of Chicago Press.

Brisk, M. E. (2005). *Bilingual education.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism and social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology, 82,* 102-111.

Brittle, C., & Zint, M. (2003). Do newspapers lead with lead? A content analysis of how lead health risks to chil-

dren are covered. *Journal of Environmental Health, 65,* 17-22, 30, 34.

Brody, G. (2004). Siblings' direct and indirect contributions to child development. *Current Directions in Psychological Science, 13,* 124-126.

Brody, G. H., & Ge, X. (2001). Linking parenting processes and self-regulation to psychological functioning and alcohol use during early adolescence. *Journal of Family Psychology, 15,* 82-94.

Brody, J. E. (1994, April 6). The value of breast milk. *New York Times,* p. C11.

Brody, N. (2000). Intelligence. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Brodzinsky, D. M., Lang, R., & Smith, D. W. (1995). Parenting adopted children. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 3). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Brodzinsky, D. M., & Pinderhughes, E. (2002). Parenting and child development in adoptive families. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 1). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22,* 723-742.

Bronfenbrenner, U. (2000). Ecological theory. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 1). New York: Wiley.

Bronner, G., Peretz, C., & Ehrenfeld, M. (2003). Sexual harassment of nurses and nursing students. *Journal of Advanced Nursing, 42,* 637-644.

Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M., & Cohen, P. (1990). The psychological etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic Psychology Monographs, 116,* no. 2.

Brook, J. S., Whiteman, M., Balka, E. B., Win, P. T., & Gursen, M. D. (1998). Drug use among Puerto Ricans: Ethnic identity as a protective factor. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 20,* 241-254.

Brooker, R. (2005). *Genetics* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Brooks, J. G., & Brooks, M. G. (2001). *The case for constructivist classrooms* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Erlbaum.

Brooks-Gunn, J. (2003). Do you believe in magic?: What we can expect from early childhood programs. *Social Policy Report, Society for Research in Child Development, XVII* (No. 1), 1-13.

Brooks-Gunn, J., Currie, J., Emde, R. E., & Zigler, E. (2003). Do you believe in magic? What we can expect from early childhood intervention programs. *SRCD Social Policy Report, 17* (1), 3-15.

Brooks-Gunn, J., Graber, J. A., & Paikoff, R. L. (1994). Studying links between hormones and negative affect: Models and measures. *Journal of Research on Adolescence, 4,* 469-486.

Brooks-Gunn, J., Han, W. J., & Waldfogel, J. (2002). Maternal employment and child cognitive outcomes in the first three years of life: The NICHD Study of Early Child Care. *Child Development, 73,* 1052-1072.

Brooks-Gunn, J., & Paikoff, R. (1993). «Sex is a gamble, kissing is a game»: Adolescent sexuality, contraception, and sexuality. In S. P. Millstein, A. C. Petersen, & E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health behavior of adolescents.* New York: Oxford University Press.

Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1989). The psychological significance of secondary sexual characteristics in 9- to 11-year-old girls. *Child Development, 59,* 161-169.

Brown, B. B. (1999). «You're going with whom?!»: Peer group influences on adolescent romantic relationships. In W. Furman, B. B. Brown, & C. Feiring (Eds.), *The development of romantic relationships in adolescence.* Cambridge: Cambridge University Press.

Brown, B. B. (2003). Crowds, cliques, and friendships. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Brown, B. B. (2004). Adolescents' relationships with peers. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Brown, B. B., & Larson, R. W. (2002). The kaleidoscope of adolescence: Experiences of the world's youth at the beginning of the 21st century. In B. B. Brown, R. W. Larson, & T. S. Saraswathi (Eds.), *The world's youth.* New York: Cambridge University Press.

Brown, B. B., & 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, E. (2003). When breast just isn't best. *Practicing Midwife, 6,* 42.

Brown, J., Cohen, P., Chen, I. I., Smailes, E., & Johnson, J. G. (2004). Sexual trajectories of abused and neglected youth. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 25,* 77-82.

Brown, L. S. (1989). New voices, new visions: Toward a lesbian/gay paradigm for psychology. *Psychology of Women Quarterly, 13,* 445-458.

Brown, R. (1958). *Words and things.* Glencoe, IL: Free Press.

Brown, R. (1973). *A first language: The early stages.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brown, R. (1986). *Social psychology* (2nd ed.). New York: Free Press.

Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science, 14,* 320-327.

Brownell, K. (2000). Dieting. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Brownell, K. D. (2002, June 18). Commentary. *USA Today,* p. 8D.

Brownell, K. D., & Cohen, L. R. (1995). Adherence to dietary regimens. *Behavioral Medicine, 20,* 226-242.

Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). The dieting maelstrom: Is it possible to lose weight? *American Psychologist, 9,* 781-791.

Brownlee, S. (1998, June 15). Baby talk. *U.S. News & World Report,* pp. 48-54.

Bruce, C. A. (2002). The grief process for patient, family, and physician. *Journal of the American Osteopathic Association, 102 (9, Suppl. 3),* S28-S32.

Bruce, J. M., Olen, K., & Jensen, S. J. (1999, April). *The role of emotion and regulation in social competence.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque.

Bruck, M., & Ceci, S. J. (1999). The suggestibility of children's memory. *Annual Review of Psychology, 50,* 419-439.

Bryant, J. B. (2005). Language in social contexts: The development of communicative competence. In J. Berko Gleason, *The development of language* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bugental, D. B., & Happaney, K. (2004). Predicting infant maltreatment in low-income families: The interactive effects of maternal attributions and child status at birth. *Developmental Psychology, 40,* 234-243.

Buhrmester, D. (1998). Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. In W. M. Bukowski & A. F. Newcomb (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence.* New York: Cambridge University Press.

Buhrmester, D. (2001, April). *Romantic development: Does age at which romantic involvement starts matter?* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Buhrmester, D. (2003). Unpublished review of J. W. Santrock's *Adolescence* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.

Buhs, E. S., & Ladd, G. W. (2002). Peer rejection as antecedent of young children's school adjustment: An examination of mediating processes. *Developmental Psychology, 37,* 550-560.

Bumpas, M. F., Crouter, A. C., & McHale, M. (2001). Parental autonomy granting during adolescence: Exploring gender differences in context. *Developmental Psychology, 37,* 163-173.

Bumpass, L. L., & Aquilino, W. S. (Eds.). (1995). *A social map of midlife: Family and work over the middle life course.* Vero Beach, FL: MacArthur Foundation Research Network: Successful Midlife Development.

Bumpass, L. L., & Lu, H. H. (2000). Trends in cohabitation and implications for children's family contexts in the United States. *Population Studies, 54,* 29-41.

Bumpass, L., & Aquilino, W. (1994). *A social map of midlife: Family and work over the middle life course.* Center for Demography & Ecology, University of Wisconsin, Madison, WI.

Burchinal, M. R., Roberts, J. E., Nabors, L. A., & Bryant, D. M. (1996). Quality of center child care and infant cognitive and language development. *Child Development, 67,* 606-620.

Burgess, E. O. (2004). Sexuality in midlife and later life couples. In J. H. Harvey & A. Wetzel (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Burke, H. M., Zautra, A. J., Davis, M. C., Schultz, A. S., & Reich, J. W. (2003). Arthritis and musculoskeletal conditions. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. IX). New York: Wiley.

Burkhauser, R. V., & Quinn, J. F. (1989). American patterns of work and retirement. In W. Schmall (Ed.), *Redefining the process of retirement.* Berlin: Springer.

Burnett, A. L. (2004). The impact of sildenafil on molecular science and sexual health. *European Urology, 46,* 9-14.

Burns, A., Roth, M., & Christie, S. (1996). The natural history of mental disorder in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11,* 7-14.

Burns, D. (1985). *Intimate connections.* New York: Morrow.

Burton, L. M. (1996). The timing of child-bearing, family structure, and the role of responsibilities of aging Black women. In E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Eds.), *Stress, coping, and resilience in children and families.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Buss, D. (2000). Evolutionary psychology. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Buss, D. M. (1995). Psychological sex differences: Origins through sexual selection. *American Psychologist, 50,* 164-168.

Buss, D. M. (2000). Evolutionary psychology. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Buss, D. M. (2004). *Evolutionary psychology: The new science of the mind* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Buss, D. M., & Barnes, M. (1986). Preferences in human mate selection. *Journal of Personality and Social Psychology, 50,* 559-570.

Buss, D. M., & others. (1990). International preferences in selecting mates: A study of 37 cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 21,* 5-47.

Buss, D. M., & Schmitt, D. P. (1993). Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review, 100,* 204-232.

Busse, E. W., & Blazer, D. G. (1996). *The American Psychiatric Press textbook of geriatric psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bussey, K., & Bandura A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review, 106,* 676-713.

Butler, R. N. (1975). *Why survive? Being old in America.* New York: Harper & Row.

Butler, R. N. (1996). Global aging: Challenges and opportunities of the next century. *Ageing International, 21,* 12-32.

Butler, R. N., & Lewis, M. (2002). *The new love and sex after 60.* New York: Ballentine.

Buzwell, S., & Rosenthal, D. (1996). Constructing a sexual self: Adolescents' sexual self-perceptions and sexual risk-taking. *Journal of Research on Adolescence, 6,* 489-513.

Bybee, J. (Ed.). (1999). *Guilt and children.* San Diego: Academic Press.

Byrnes, J. P. (1997). *The nature and development of decision making.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Byrnes, J. P. (2001). *Minds, brains, and learning.* New York: Guilford Press.

Byrnes, J. P. (2003). Cognitive development during adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Cabeza, R. (2002). Hemispheric asymmetry reduction in older adults: The HAROLD model. *Psychology and Aging, 17,* 85-100.

Cacioppo, J. T., Ernst, J. M., Burleson, M. H., McClintock, M. K., Malarkey, W. B., Hawkley, L. C., Kowalewski, R. B., Paulsen, A., Hobson, J. A., Hugdahl, K., Spiegel, D., Berntson, G. G. (2000). Lonely traits and concomitant

physiological processes: The MacArthur Social Neuroscience Studies. *International Journal of Psychophysiology, 35,* 143-154.

Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives on Biology and Medicine, 46 (3 Suppl.),* 539-552.

Calabrese, R. L., & Schumer, H. (1986). The effects of service activities on adolescent alienation. *Adolescence, 21,* 675-687.

Calkins, S. D. (2004). Early attachment processes and the development of emotional self-regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation.* New York: Guilford.

Call, K. A., Riedel, A., Hein, K., McLoyd, V., Kipke, M., & Petersen, P. (2002). Adolescent health and well-being in the 21st century: A global perspective. *Journal of Research on Adolescence, 12,* 69-98.

Call, K., Riedel, A., Hein, K., McLoyd, V., Kipke, M., & Petersen, A. (2003). Adolescent health and well-being in the 21st century: A global perspective. In R. Larson, B. Brown, & J. Mortimer (Eds.), *Adolescents' preparation for the future: Perils and promises.* Malden, MA: Blackwell.

Callan, J. E. (2001). Gender development: Psychoanalytic perspectives. In J. Worrel (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Calvaresi, E., & Bryan, J. (2001). B vitamins, cognition, and aging: A review. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56,* 327-339.

Camaioni, L. (2004). The transition from communication to language. In A. Fogel & G. Bremner (Eds.), *Blackwell handbook of infant development.* Malden, MA: Blackwell.

Cameron, J. L. (2004). Interrelationships between hormones, behavior, and affect during adolescence: understanding hormonal, physical, and brain changes occurring in association with pubertal activation of the reproductive axis: Introduction to Part III. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021,* 110-123.

Cameron, J., Cowan, L., Holmes, B., Hurst, P., & McLean, M. (Eds.). (1983). *International handbook of educational systems.* New York: Wiley.

Camilli, G., & Monfils, L. (2004). Test scores and equity. In W. A. Firestone, L. F. Monfils, & R. Y. Schoor (Eds.), *The ambiguity of teaching to the test.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Campbell, F. A., Pungello, E. P., Miller-Johnson, S., Burchinal, M., & Ramey, C. T. (2001). The development of cognitive and academic abilities: Growth curves from an early childhood educational experiment. *Developmental Psychology, 37,* 231-243.

Campbell, L., Campbell, B., & Dickinson, D. (2004). *Teaching and learning through multiple intelligences* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Campbell, W. G. (2003). Addiction: A disease of volition caused by cognitive impairment. *Canadian Journal of Psychiatry, 48,* 669-674.

Campos, J. J. (2001, April). *Emotion in emotional development: Problems and prospects.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Campos, J. J. (2004). Unpublished review of J. W. Santrock's *Life-span development* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.

Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development, 75,* 377-394.

Campos, J. J., Langer, A., & Krowitz, A. (1970). Cardiac responses on the visual cliff in prelocomotor human infants. *Science, 170,* 196-197.

Canfield, J., & Hansen, M. V. (1995). *A second helping of chicken soup for the soul.* Deerfield Beach, FL: Health Communications.

Canfield, R. L., & Haith, M. M. (1991). Young infants' visual expectations for symmetric and asymmetric stimulus sequences. *Developmental Psychology, 27,* 198-208.

Canfield, R. L., Henderson, C. R., Cory-Slechta, D. A., Cox, C., Jusko, T. A., & Lamphear, B. P. (2003). Intellectual impairment in children with blood lead concentrations below 10 μg per deciliter. *New England Journal of Medicine, 348,* 1517-1526.

Carbone, D. J., & Seftel, A. D. (2002). Erectile dysfunctions: Diagnosis and treatment in older men. *Geriatrics, 57(9),* 18-24.

Carbonell, O. A., Alzte, G., Bustamante, M. R., & Quiceno, J. (2002). Maternal caregiving and infant security in two cultures. *Developmental Psychology, 38,* 67-78.

Carbonne, B., Tsatsaris, V., & Goffinet, F. (2001). The new tocolytics. *Gynecology, Obstetrics, and Fertility, 29,* 316-319.

Carlisle, J. F. (2004). Morphological processes that influence learning to read. In C. A. Stone, E. R. Silliman, B. J. Ehren, & K. Apel (Eds.), *Handbook of language and literacy.* New York: Guilford.

Carlson, E. A., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2004). The construction of experience: A longitudinal study of representation and behavior. *Child Development, 75,* 66-83.

Carly, A. (2003). Anemia: When is it iron deficiency? *Pediatric Nursing 29,* 127-133.

Carmichael, S. L., Shaw, G. M., & Nelson, V. (2002). Timing of prenatal care initiation and risk of congenital malformations. *Teratology, 66,* 326-330.

Carnegie Corporation (1989). *Turning points: Preparing youth for the 21st century.* New York: Author.

Carnegie Council on Adolescent Development (1995). *Great transitions.* New York: The Carnegie Corporation.

Carnethon, M. R., Gidding, S. S., Nehgme, R., Sidney, S., Jacobs, D. R., & Liu, K. (2003). Cardiorespiratory fitness in young adulthood and the development of cardiovascular disease risk factors. *Journal of the American Medical Association, 290,* 3092-3100.

Carolo, G. (2005). Care and altruism. In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Carpendale, J. I., & Chandler, M. J. (1996). On the distinction between false belief understanding and subscribing to an interpretive theory of mind. *Child Development, 67,* 1686-1706.

Carpenter, B., & Dave, J. (2004). Disclosing a dementia diagnosis. *The Gerontologist, 44,* 149-158.

Carr, D., House, J. S., Kessler, R. C., Nesse, R. M., Sonnege, J., & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: A longitudinal analysis. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55,* S197-S207.

Carrington, N. A., & Bogetz, J. F. (2004). Normal grief and bereavement. *Journal of Palliative Medicine, 7,* 309-323.

Carroll, W. L., Bhojwani, D., Min, D. J., Raetz, E., Relling, M., Davies, S., Downing, J. R., Wilman, C. L., & Reed, J. C. (2003). Pediatric acute lymphoblastic leukemia. *Hematology, 21,* 102-131.

Carskadon, M. A. (Ed.). (2002). *Adolescent sleep patterns.* New York: Cambridge University Press.

Carskadon, M. A. (2004). Sleep difficulties in young people. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 158,* 597-598.

Carskadon, M. A., Acebo, C., & Jenni, O. G. (2004). Regulation of adolescent sleep: Implications for behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences, 102,* 276-291.

Carskadon, M. A., Wolfson, A. R., Acebo, C., Tzischinsky, O., & Seifer, R. (1998). Adolescent sleep patterns, circadian timing, and sleepiness at a transition to early school days. *Sleep, 21,* 873-884.

Carson, C. C. (2003). Sildenafil: A 4-year update in the treatment of 20 million erectile dysfunction patients. *Current Urology Reports, 4,* 488-496.

Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science, 4,* 151-156.

Carstensen, L. L. (1998). A life-span approach to social motivation. In J. Heckhausen & C. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life span.* New York: Cambridge University Press.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54,* 165-181.

Carstensen, L. L., & Löckenhoff, C. E. (2004). Aging, emotion, and evolution: The bigger picture. In P. Ekman, J. J. Campos, R. J. Davidson, & F. B. M. de Waal (Eds.), *Emotions inside out: 130 years after Darwin's* The Expression of the Emotions in Man and Animals. New York: Annals of the New York Academy of Sciences.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1988). Overview: The changing family life cycle—A framework for family therapy. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The changing family life cycle* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Carter, P. A. (2004). Education and work as human rights for women. In R. D. Lakes & P. A. Carter (Eds.), *Globalizing education for work.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Carter-Saltzman, L. (1980). Biological and sociocultural effects on handedness: Comparison between biological and adoptive families. *Science, 209,* 1263-1265.

Carver, K., Joyner, K., & Udry, J. R. (2003). National estimates of romantic relationships. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Carver, L. J., & Bauer, P. J. (2001). The dawning of a past: The emergence of long-term explicit memory in infancy. *Journal of Experimental Psychology: General, 130,* 726-745.

Case, R. (1999). Conceptual development in the child and the field: A personal view of the Piagetian legacy. In E. K. Skolnick, K. Nelson, S. A. Gelman, & P. H. Miller (Eds.), *Conceptual development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Case, R., Kurland, D. M., & Goldberg, J. (1982). Operational efficiency and the growth of short-term memory span. *Journal of Experimental Child Psychology, 33,* 386-404.

Case, R., & Mueller, M. P. (2001). Differentiation, integration, and covariance mapping as fundamental processes in cognitive and neurological growth. In J. L. McClelland & R. S. Siegler (Eds.), *Mechanisms of cognitive development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Caselli, R. J. (2003). Current issues in the diagnosis and management of dementia. *Seminars in Neurology, 23,* 231-240.

Casey, B. J., Durston, S., & Fossella, J. A. (2001). Evidence for a mechanistic model of cognitive control. *Clinical Neuroscience Research, 1,* 267-282.

Casey, B., Giedd, J., & Thomas, K. (2000). Structural and functional brain development and its relation to cognitive development. *Biological Psychology, 54,* 241-257.

Casey, B. M., McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2001). The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. *New England Journal of Medicine, 344,* 467-471.

Caspi, A. (1998). Personality development across the life course. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 3). New York: Wiley.

Caspi, A., & Roberts, B. W. (2001). Personality development across the life course: The argument for change and continuity. *Psychological Inquiry, 12,* 49-66.

Castle, N. G. (2001). Innovation in nursing homes. *The Gerontologist, 41* (No. 2), 161-172.

Cauce, A. M., Domenech-Rodriquez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 44-55.

Cauffman, B. E. (1994, February). *The effects of puberty, dating, and sexual involvement on dieting and disordered eating in young adolescent girls.* Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence, San Diego.

Caulfield, R. A. (2001). *Infants and toddlers.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Cavanaugh, J. (2000, January). Commentary. *American Psychologist, 31,* p. 25.

Cavanaugh, S. E. (2004). The sexual debut of girls in adolescence: The intersection of race, pubertal timing, and friendship group characteristics. *Journal of Research on Adolescence, 14,* 285-312.

Ceci, S. J. (2000). Bronfenbrenner, Urie. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Ceci, S. J. (2003). Cast in six ponds and you'll reel in something: Looking back on 25 years of research. *American Psychologist, 58,* 855-864.

Ceci, S. J., Fitneva, S. A., & Gilstrap, L. L. (2003). Memory development and eyewitness testimony. In A. Slater & G. Bremner (Eds.), *An introduction to developmental psychology.* Malden, MA: Blackwell.

Ceci, S. J., & Gilstrap, L. L. (2000). Determinants of intelligence: Schooling and intelligence. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Center for Survey Research at the University of Connecticut (2000). *Hours on the job.* Storrs: University of Connecticut, Center for Survey Research.

Centers for Disease Control and Prevention (2000). *Reproductive health.* Atlanta: Author.

Centers for Disease Control and Prevention (2001). *Strategies for stopping smoking.* Atlanta, GA: Author.

Centers for Disease Control and Prevention (2002). *Cohabitation.* Atlanta, GA: Author.

Centers for Disease Control and Prevention (2002). *Sexually transmitted diseases.* Atlanta: Author.

Centers for Disease Control and Prevention (2002). Trends in racial and ethnic-specific rates for health status indicators: United States, 1990-1998. *Healthy People 2000: Statistical Notes, 23,* 1-16.

Centers for Disease Control and Prevention (2003). Physical activity levels among children aged 9-13—United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 52,* 785-788.

Centers for Disease Control and Prevention (2003). Public health and aging: Health-related quality of life among low-income persons aged 45-64 years—United States. *Morbity and Mortality Weekly Reports, 21,* 1120-1124.

Centers for Disease Control and Prevention (2004). *Sexually transmitted diseases.* Atlanta: Author.

Centers for Disease Control and Prevention (2005). *Lifestyle and weight.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

Chama, C. M., Audu, B. M., & Kyari, O. (2004). Prevention of mother-to-child transmission of HIV at Maiduguri, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynecology, 24,* 266-269.

Chan, H. M. (2004). Sharing death and dying: Advanced directives, autonomy, and the family. *Bioethics, 18,* 87-103.

Chang, S. C., O'Brien, K. O., Nathanson, M. S., Mancini, J., & Witter, F. R. (2003). Characteristics and risk factors for adverse birth outcomes in pregnant black adolescents. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada, 25,* 751-759.

Chan-Yeung, M., & Dimich-Ward, H. (2003). Respiratory health effects of exposure to environmental tobacco smoke. *Respirology, 8,* 131-139.

Chao, R. (2001). Extending research on the consequences of parenting style for Chinese Americans and European Americans. *Child Development, 72,* 1832-1843.

Chao, R., & Tseng, V. (2002). Parenting of Asians. In M. H. Bornstein (Series Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 4. Social conditions and applied parenting* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2004). A life-span view of emotional functioning in adulthood and old age. In P. Costa (Ed.), *Advances in cell aging and gerontology series.* New York: Elsevier.

Charness, N., & Bosman, E. A. (1992). Human factors and aging. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Charness, N., Krampe, R. T., & Mayr, U. (1996). The role of practice and coaching in entrepreneurial skill domains: An international comparison of life-span chess skill acquisition. In K. A. Ericsson (Ed.), *The road to excellence: The acquisition of expert performance in the arts, sciences, sports, and games.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Chase-Lansdale, P. L., Coley, R. L., & Grining, C. P. L. (2001, April). *Low-income families and child care.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Chaudhari, S., Otiv, M., Chitale, A., Pandit, A., & Hoge, M. (2004). Pune low birth weight study-cognitive abilities and educational performance at twelve years. *Indian Pediatrics, 41,* 121-128.

Chauhuri, J. H., & Williams, P. H. (1999, April). *The contribution of infant temperament and parent emotional availability to toddler attachment.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque.

Chavkin, W. (2001). Cocaine and pregnancy—time to look at the evidence. *Journal of the American Medical Association, 285,* 1626-1628.

Chaytor, N., & Scmitter-Edgecombe, M. (2004). Working memory and aging: A cross-sectional and longitudinal analysis using a self-ordered pointing task. *Journal of the International Neuropsychological Society, 10,* 489-503.

Cheitlin, M. D. (2003). Sexual activity and cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology, 92,* 3M-9M.

Chemaitilly, W., Trivin, C., Suberbielle, J. C., & Brauner, R. (2003). Assessing short-statured children for growth deficiency. *Hormone Research, 60,* 34-42.

Chen, A. Y., & Escarce, J. J. (2004). Quantifying income-related inequality in healthcare delivery in the United States. *Medical Care, 42,* 38-47.

Chen, C., & Stevenson, H. W. (1989). Homework: A cross-cultural comparison. *Child Development, 60,* 551-561.

Chen, X., Hastings, P. D., Rubin, K. H., Chen, H., Cen, G., & Stewart, S. L. (1998). Childrearing attitudes and behavioral inhibition in Chinese and Canadian toddlers: A cross-cultural study. *Developmental Psychology, 34,* 677-686.

Chen, Z., & Siegler, R. S. (2000). Across the great divide: Bridging the gap between understanding of toddlers' and older children's thinking. *Monograph of the Society for Research in Child Development, 65* (No. 2).

Cherif, H., Tarry, J. L., Ozanne, S. E., & Hales, C. N. (2003). Aging and telomeres: A study into organ- and gender-specific telomere shortening. *Nucleic Acids Research, 31,* 1576-1583.

Cherlin, A. J., & Furstenberg, F. F. (1994). Stepfamilies in the United States: A reconsideration. In J. Blake & J. Hagen (Eds.), *Annual review of sociology.* Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Chernausek, S. D. (2004). Growth hormone treatment of short children born small for gestational age: A U.S. perspective. *Hormone Research, 62, Supplement 3,* S124-S127.

Chernichovsky, D., & Markowitz, S. (2004). Aging and aggregate costs of medical care: Conceptual and policy issues. *Health Economics, 13,* 543-562.

Chess, S., & Thomas, A. (1977). Temperamental individuality from childhood to adolescence. *Journal of Child Psychiatry, 16,* 218-226.

Chess, S., & Thomas, A. (1987). *Origins and evolution of behavior disorders.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Chevan, A. (1996). As cheaply as one: Cohabitation in the older population. *Journal of Marriage and the Family, 58,* 656-667.

Chi, M. T. (1978). Knowledge structures and memory development. In R. S. Siegler (Ed.), *Children's thinking: What develops?* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Child Trends (2001). *Trends among Hispanic children, youth, and families.* Washington, DC: Author.

Children's Defense Fund (2004). *State of America's children.* Washington, DC: Author.

Chiriboga, D. (1997). Crisis, challenge, and stability in the middle years. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple*

paths of midlife development. Chicago: University of Chicago Press.

Chiriboga, D. A. (1982). Adaptation to marital separation in later and earlier life. *Journal of Gerontology, 37,* 109-114.

Chiriboga, D. A. (1989). Mental health at the midpoint: Crisis, challenge, or relief? In S. Hunter & M. Sundel (Eds.), *Midlife myths.* Newbury Park, CA: Sage.

Chiroro, P., Bohner, G., Viki, G. T., & Jarvis, C. I. (2004). Rape myth acceptance and rape proclivity: Expected dominance versus expected arousal as mediators in acquaintance rape situations. *Journal of Interpersonal Violence, 19,* 427-442.

Chisholm, K. (1998). A three-year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development, 69,* 1092-1106.

Choi, N. G. (2001). Relationship between life satisfaction and postretirement employment among older women. *International Journal of Aging and Human Development, 52,* 45-70.

Chomsky, N. (1957). *Syntactic structures.* The Hague: Mouton.

Chong, D. S., Yip, P. S., & Karlberg, J. (2004). Maternal smoking: An increasing risk factor for sudden infant death syndrome in Sweden. *Acta Pediatrics, 93,* 471-478.

Chopdar, A., Chakravarthy, U., & Verma, D. (2003). Age related macular degeneration. *British Journal of Medicine, 326,* 485-488.

Chopra, M. (2003). Risk factors for undernutrition of young children in a rural area of South Africa. *Public Health Nursing, 6,* 645-652.

Christensen, H., Korten, A., Jorm, A. F., Henderson, A. S., Scott, R., & MacKinnon, A. J. (1996). Activity levels and cognitive functioning in an elderly community sample. *Age and Aging, 25,* 72-80.

Christensen, L. (1996). *Diet-behavior relationships.* Washington, DC: American Psychological Association.

Christensen, S. L., & Thurlow, M. L. (2004). School dropouts: Prevention, considerations, interventions, and challenges. *Current Directions in Psychological Science, 13,* 36-39.

Christian, K., Bachnan, H. J., & Morrison, F. J. (2001). Schooling and cognitive development. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *Environmental effects on cognitive development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Christopher, F. S., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: Decade review. *Journal of Marriage and Family, 62,* 999-1017.

Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review, 7,* 1-27.

Chuang, M. E., Lamb, C. P., & Hwang, C. P. (2004). Internal reliability, temporal stability, and correlates of individual differences in paternal involvement: A 15-year longitudinal study in Sweden. In R. D. Day & M. E. Lamb (Eds.), *Conceptualizing and measuring father involvement.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Chun, K. M., & Akutsu, P. D. (2003). Acculturation among ethnic minority families. In K. M. Chun, P. B. Organista, & G. Marin (Eds.), *Acculturation.* Washington, DC: American Psychological Association.

Church, D. K., Siegel, M. A., & Fowler, C. D. (1988). *Growing old in America.* Wylie, TX: Information Aids.

Church, T. S., Cheng, Y. J., Earnest, C. P., Barlow, C. E., Gibbons, L. W., Priest, E. L., & Blair, S. N. (2004). Exercise capacity and body composition as predictors of mortality among men with diabetes. *Diabetes Care, 27,* 83-88.

Churchill, J. D., Galvez, R., Colcombe, S., Swain, R. A., Kramer, A. F., & Greenough, W. T. (2002). Exercise, experience, and the aging brain. *Neurobiology of Aging, 23,* 941-955.

Chwo, M. J., Anderson, G. C., Good, M., Dowling, D. A., Shaiau, S. H., & Chu, D. M. (2002). A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: Effects on temperature, weight, behavior, and acuity. *Journal of Nursing Research, 10,* 129-142.

Cicchetti, D. (2001). How a child builds a brain. In W. W. Hartup & R. A. Weinberg (Eds.), *Child psychology in retrospect and prospect.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). Perspectives on research and practice in developmental psychology. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 4). New York: Wiley.

Cicirelli, V. G. (1991). Sibling relationships in adulthood. *Marriage and Family Review, 16,* 291-310.

Cillessen, A. H. N., & Mayeux, L. (2004). Sociometric status and peer group behavior: Previous findings and current directions. In J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Eds.), *Children's peer relations: From development to intervention.* Washington, DC: American Psychological Association.

Claar, R. L., & Blumenthal, J. A. (2003). The value of stress-management interventions in life-threatening medical conditions. *Current Directions in Psychological Science, 12,* 133-137.

Clampet-Lundquist, S., Edin, K., London, A., Scott, E., & Hunter, V. (2004). «Making a way out of no way»: How mothers meet the basic family needs while moving from welfare to work. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds.), *Work-family challenges for low-income families and their children.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Clancy, S. M., & Hoyer, W. J. (1994). Age and skill in visual search. *Developmental Psychology, 30,* 545-552.

Clark, R. D., & Hatfield, E. (1989). Gender differences in receptivity to sexual offers. *Journal of Psychology and Human Sexuality, 2,* 39-55.

Clark, S. D., Zabin, L. S., & Hardy, J. B. (1984). Sex, contraception, and parenthood: Experience and attitudes among urban black young men. *Family Planning Perspectives, 16,* 77-82.

Clarke, J., Preston, M., Raksin, J., & Bengtson, V. L. (1999). Types of conflicts and tensions between older adults and adult children. *Gerontologist, 39,* 261-270.

Clark-Plaskie, M., & Lachman, M. E. (1999). The sense of control in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle.* San Diego: Academic Press.

Clarkson-Smith, L., & Hartley, A. A. (1989). Relationships between physical exercise and cognitive abilities in older adults. *Psychology and Aging, 4,* 183-189.

Clausen, J. A. (1993). *American lives.* New York: Free Press.

Claxton-Oldfield, S., Claxton-Oldfield, J., & Rishchynski, G. (2004). Understanding the term «palliative care»: A Canadian survey. *American Journal of Hospice and Palliative Care, 21,* 105-110.

Clay, E. C., & Seehusen, D. A. (2004). A review of postpartum depres-

sion for the primary care physician. *Southern Medical Journal, 97,* 157-162.

Clay, R. A. (1997, April). Helping dying patients let go of life in peace. *APA Monitor,* p. 42.

Clay, R. A. (2000, April). Linking up online: Is the Internet enhancing interpersonal connections or leading to greater isolation? *Monitor on Psychology,* 20-23.

Clements, P. T., Vigil, G. J., Manno, M. S., Henry, G. C., Wilks, B., Das, S., Kellywood, R., & Foster, W. (2003). Cultural perspectives on death, grief, and bereavement. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 41,* 18-26.

Cleveland, J. N., & Shore, L. M. (1996). Work and employment. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of aging* (Vol. 2). San Diego: Academic Press.

Cleves, M. A., Hobbs, C. A., Collins, H. B., Andrews, N., Smith, L. N., & Robbins, J. N. (2004). Folic acid use by women receiving gynecologic care. *Obstetrics and Gynecology, 103,* 746-753.

Clifford, B. R., Gunter, B., & McAleer, J. L. (1995). *Television and children.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Clifton, R. K., Morrongiello, B. A., Kulig, J. W., & Dowd, J. M. (1981). Developmental changes in auditory localization in infancy. In R. N. Aslin, J. R. Alberts, & M. R. Petersen (Eds.), *Development of perception* (Vol. 1). Orlando, FL: Academic Press.

Clifton, R. K., Muir, D. W., Ashmead, D. H., & Clarkson, M. G. (1993). Is visually guided reaching in early infancy a myth? *Child Development, 64,* 1099-1110.

Clingempeel, W. G., & Brand-Clingempeel, E. (2004). Pathogenic conflict: Families and children. In M. Coleman & L. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Clinton Smith, J. (2004). The current epidemic of childhood obesity and its implications for future coronary heart disease. *Pediatric Clinics of North America, 51,* 1679-1695.

Cnattingius, S., Bergstrom, R., Lipworth, L., & Kramer, M. S. (1998). Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine, 338,* 147-152.

Cnattingius, S., Signorello, L. B., Anneren, G., Classon, B., Ekbom, A., Ljunger, E., Blot, W. J., McLaughlin, J. K., Petersson, G., Rane, A., & Granath, F. (2000). Caffeine intake and the risk of first-trimester spontaneous abortion. *New England Journal of Medicine, 343,* 1839-1845.

Cochran, S. D., & Mays, V. M. (1990). Sex, lies, and HIV. *New England Journal of Medicine, 322*(11), 774-775.

Cohen, C. I., Teresi, J., & Holmes, D. (1985). Social networks, stress, adaptation, and health. *Research on Aging, 7,* 409-431.

Cohen, L. B. (1995). Violent video games: Aggression, arousal, and desensitization in young adolescent boys. Doctoral dissertation, University of Southern California, 1995. *Dissertation Abstracts International, 57* (2-B), 1463. University Microfilms No. 9616947.

Cohen, P., Kasen, S., Chen, H., Hartmark, C., & Gordon, K. (2003). Variations in patterns of developmental transitions in the emerging adulthood period. *Developmental Psychology, 39,* 657-669.

Cohen, S. S. (2004). Child care: A crucial legislative issue. *Journal of Pediatric Health Care, 18,* 312-314.

Cohn, E., & Harlow, K. (1993, October). *Elders as victims: Randomized studies in two states.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Association of America, New Orleans.

Coie, J. (2004). The impact of negative social experiences on the development of antisocial behavior. In J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Eds.), Children's peer relations: From development to intervention. Washington, DC: American Psychological Association.

Colby, A., Kohlberg, L., Gibbs, J., & Lieberman, M. (1983). A longitudinal study of moral judgment. *Monographs of the Society for Research in Child Development* (Serial No. 201).

Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Raz, N., Webb, A. G., Cohen, N. J., McAuley, E., & Kramer, A. F. (2003). Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences, 58,* 176-180.

Colcombe, S. J., & Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychological Science, 14,* 125-130.

Colcombe, S. J., Kramer, A. F., Rickson, K. I., Scalf, P., McAuley, E., Cohen, N. J., Webb, A., Jerome, G. J., Marquez, D. X., & Elavsky, S. (2004). Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging. *Proceedings of the National Academy of Science, 101,* 3316-3321.

Cole, C. M., Waldron, N., & Majd, M. (2004). Academic progress of students across inclusive and traditional settings. *Mental Retardation, 42,* 136-144.

Cole, E. R., & Stewart, A. J. (1996). Black and White women's political activism: Personality development, political identity and social responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology, 71,* 130-140.

Cole, M. G. (2004). Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 12,* 7-21.

Cole, M. (2005). Culture in development. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science* (5th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75,* 317-333.

Coleman, M., Ganong, L., & Fine, M. (2000). Reinvestigating remarriage: Another decade of progress. *Journal of Marriage and the Family, 62,* 1288-1307.

Coleman, M., Ganong, L., & Fine, M. (2004). Communication in stepfamilies. In A. L. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Coleman, M., Ganong, L., & Weaver, S. E. (2001). Relationship maintenance and enhancement in remarried families. In J. H. Harvey & A. Wenzel (Eds.), *Close romantic relationships.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Coleman, P. D. (1986, August). *Regulation of dendritic extent: Human aging brain and Alzheimer's disease.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Coles, R. (1970). *Erik H. Erikson: The growth of his work.* Boston: Little, Brown.

Coley, R. (2001). *Differences in the gender gap: Comparisons across racial/ethnic groups in education and work.* Princeton: Educational Testing Service.

Coley, R. L., Morris, J. E., & Hernandez, D. (2004). Out-of-school care and problem behavior trajectories among low-income adolescents: Individual, family, and

neighborhood characteristics and added risks. *Child Development, 75,* 948-965.

Coll, C. T. G., Meyer, E. C., & Brillion, L. (1995). Ethnic and minority parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Children and parenting* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Coll, C. T. G., & Pachter, L. M. (2002). Ethnic and minority parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 4). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Collaku, A., Rankinen, T., Rice, T., Leon, A. S., Rao, D. C., Skinner, J. S., Wilmore, J. H., & Bouchard, C. (2004). A genome-wide linkage scan for dietary energy and nutrient intakes. *American Journal of Clinical Nutrition, 79,* 881-886.

Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy. In D. J. Mashek & A. P. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Collins, R. L., Elliott, M. N., Berry, S. H., Kanocouse, D. E., Kunkel, D., Hunter, S. B., & Miu, A. (2004). Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics, 114,* e280-e289.

Collins, W. A., & Laursen, B. (2000). Adolescent relationships: The art of fugue. In C. Hendrick & S. S. Hendrick (Eds.), *Close relationships: A sourcebook.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Collins, W. A., & Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist, 55,* 218-232.

Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2001). Toward nature WITH nurture. *American Psychologist, 56,* 171-173.

Collins, W. A., Madsen, S. D., & Susman-Stillman, A. (2002). Parenting during middle childhood. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Comas-Díaz, L. (2001). Hispanics, Latinos, or Americanos: The evolution of identity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 7,* 115-120.

Comer, J. P. (1988). Educating poor minority children. *Scientific American, 259,* 42-48.

Comer, J. P., Haynes, N. M., Joyner, E. T., & Ben-Avie, M. (1996). *Rallying the whole village: The Comer process for reforming urban education.* New York: Teachers College Press.

Comijs, H., Deeg, D., Dik, M., Twisk, J., & Jonker, C. (2002). *Memory complaints.* Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Vrije University, Amsterdam, The Netherlands.

Committee on Fetus and Newborn (2000). Prevention and management of pain and stress in the newborn. *Pediatrics, 105,* 454-461.

Commoner, B. (2002). Unraveling the DNA myth: The spurious foundation of genetic engineering. *Harper's Magazine, 304,* 39-47.

Commons, M. L., Sinnott, J. D., Richards, F. A., & Armon, C. (1989). *Adult development: Vol. 1. Comparisons and applications of developmental models.* New York: Praeger.

Compas, B. (2004). Processes of risk and resilience during adolescence: Linking contexts and individuals. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127,* 87-127.

Compas, B. E., & Grant, K. E. (1993, March). *Stress and adolescent depressive symptoms: Underlying mechanisms and processes.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans.

Condry, K. F., Smith, W. C., & Spelke, E. S. (2001). Development of perceptual organization. In F. Lacerda, C. von Hofsten, & M. Heimann (Eds.), *Emerging cognitive abilities in infancy.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Conduct Problems Prevention Research Group (2002). Evaluation of the first 3 years of the Fast Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30,* 19-35.

Conduct Problems Prevention Research Group (2004). The Fast Track experiment: Translating the developmental model into a preventive design. In J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Eds.), *Children's peer relations: From development to intervention.* Washington, DC: American Psychological Association.

Conger, K. J., & Bryant, C. M. (2004). The changing nature of adolescent sibling relationships. In R. D. Conger, F. O. Lorenz, & K. A. S. Wickrama (Eds.), *Continuity and change in family relations.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Conger, R. D., & Chao, W. (1996). Adolescent depressed mood. In R. L. Simons (Ed.), *Understanding differences between divorced and intact families: Stress, interaction, and child outcome.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Conger, R. D., & Ge, X. (1999). Conflict and cohesion in parent-adolescent relations: Changes in emotional expression. In M. J. Cox & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Conflict and cohesion in families.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Conger, R., & Reuter, M. (1996). Siblings, parents, and peers: A longitudinal study of social influences in adolescent risk for alcohol use and abuse. In G. H. Brody (Ed.), *Sibling relationships: Their causes and consequences.* Norwood, NJ: Ablex.

Consedine, N. S., Magai, C., & Conway, F. (2004). Predicting ethnic variation in adaptation to later life: Styles of socioemotional functioning and contrained heterotypy. *Journal of Cross Cultural Gerontology, 19,* 97-131.

Contemporary Research Press (1993). *American working women: A statistical handbook.* Dallas: Author.

Conway, K. P., Swendsen, J. D., & Merikangas, K. R. (2003). Alcohol expectancies, alcohol consumption, and problem drinking: The moderating role of family history. *Addictive Behavior, 28,* 823-836.

Cook, D. J., Guyatt, G. H., Jaeschke, R., Reeve, J., Spanier, A., King, D., Molloy, D., Willan, A., & Streiner, D. (1995). Determinants in Canadian health care workers of the decision to withdraw life support from the critically ill. *Journal of the American Medical Association, 273,* 703-708.

Cook, M., & Birch, R. (1984). Infant perception of the shapes of tilted plane forms. *Infant Behavior and Development, 7,* 389-402.

Cooney, T. M. (1994). Young adults' relations with parents: The influence of recent parental divorce. *Journal of Marriage and the Family, 56,* 45-56.

Cooper, C. R., & Grotevant, H. D. (1989, April). *Individuality and connectedness in the family and adolescent's self and relational competence.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City.

Cooper, C. R., Grotevant, H. D., Moore, M. S., & Condon, S. M. (1982, August). *Family support and conflict: Both foster adolescent identity and role taking.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Cooper, D. M., Nemet, D., & Galassetti, P. (2004). Exercise, stress, and inflammation in the growing child. *Current Opinions in Pediatrics, 16,* 286-292.

Cooter, R. B. (Ed.). (2004). *Perspectives on rescuing urban literacy education.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Corbin, C. B., Welk, G. J., Corbin, W. R., & Welk, K. A. (2005). *Concepts of physical fitness* (12th ed.). New York: McGraw-Hill.

Corbin, C. B., Welk, G. J., Lindsey, R., & Corbin, W. R. (2004). *Concepts of fitness and wellness* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.

Cornish, K. (2004). The role of cognitive neuroscience in understanding atypical developmental pathways. *Journal of Cognitive Neuroscience, 16,* 4-5.

Corr, C. A., & Corr, D. M. (2003). Sudden infant death syndrome. In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death and dying.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Corr, C. A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (2003). *Death and dying, life and living* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Corrigan, R. (1981). The effects of task and practice on search for invisibly displaced objects. *Developmental Review, 1,* 1-17.

Corsica, J. A., & Perri, M. G. (2003). Obesity. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. IX). New York: Wiley.

Corsini, R. J. (1999). *The dictionary of psychology.* Philadelphia: Brunner/Mazel.

Corso, J. F. (1977). Auditory perception and communication. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.

Cortesi, F., Giannotti, F., Sebastiani, T., & Vagnoni, C. (2004). Cosleeping and sleep behavior in Italian school-aged children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 25,* 28-33.

Cortina, L. M. (2004). Hispanic perspectives on sexual harassment and social support. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30,* 574-584.

Cosey, E. J., & Bechtel, G. A. (2001). Family support and prenatal care among unmarried African American teenage primiparas. *Journal of Community Health and Nursing, 18,* 107-114.

Cosmides, L., Tooby, J., Cronin, H., & Curry, O. (Eds.). (2003). *What is evolutionary psychology? Explaining the new science of the mind.* New Haven, CT: Yale University Press.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1995). Solid ground on the wetlands of personality: A reply to Black. *Psychological Bulletin, 117,* 216-220.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1998). Personality assessment. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3). San Diego: Academic Press.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1999). Contemporary personality psychology: Implications for geriatric neuropsychiatry. In C. E. Coffey and J. L. Cummings (Eds.), *Textbook of geriatric neuropsychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2000). Contemporary personality psychology. In C. E. Coffey and J. L. Cummings (Eds.), *Textbook of geriatric neuropsychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Cotten, S. R. (1999). Marital status and mental health revisited: Examining the importance of risk factors and resources. *Family Relations, 48,* 225-233.

Council of Economic Advisors (2000). *Teens and their parents in the 21st century: An examination of trends in teen behavior and the role of parent involvement.* Washington, DC: Author.

Courage, M. L., Howe, M. L., & Squires, S. E. (2004). Individual differences in 3.5 month olds' visual attention: What do they predict at 1 year? *Infant Behavior and Development, 127,* 19-30.

Courtenay, W. H., McCreary, D. R., & Merighi, J. R. (2002). Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviors. *Journal of Health Psychology, 7,* 219-231.

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Cowell, R., Weeks, S., Humm, C., & John, M. (2003). Work until you drop. *Nursing Standards, 17,* 23.

Cowley, G. (1998, April 6). Why children turn violent. *Newsweek,* 24-25.

Cowley, G., & Hager, M. (1995, December 4). Terminal care: Too painful, too prolonged. *Newsweek,* pp. 74-75.

Cox, H., & Hammonds, A. (1998). Religiosity, aging, and life satisfaction. *Journal of Religion and Aging, 5,* 1-21.

Crabbe, J. C. (2002). Alcohol and genetics: New models. *American Journal of Genetics, 114,* 969-974.

Crandall, C., Crosby, R. D., & Carlson, G. A. (2004). Does pregnancy affect outcome of methadone maintenance treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment, 26,* 295-303.

Cremation Association of America (2000). *Fact sheet.* Milwaukee, WI: Author.

Crews, J. E., & Campbell, V. A. (2004). Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: Implications for health and functioning. *American Journal of Public Health, 94,* 823-829.

Crick, N. R., Ostrov, J. M., Appleyard, K., Jansen, E. A., & Casas, J. F. (2004). Relational aggression in early childhood. In M. Putallaz & K. L. Bierman (Eds.), *Aggression, antisocial behavior, and violence among girls.* New York: Guilford.

Crockenberg, S. B. (1986). Are temperamental differences in babies associated with predictable differences in caregiving? In J. V. Lerner & R. M. Lerner (Eds.), *Temperament and social interaction during infancy and childhood.* San Francisco: Jossey-Bass.

Crockett, L. J., Raffaelli, M., & Moilanen, K. (2003). Adolescent sexuality: Behavior and meaning. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Crossett, J. H. (2004). The best is yet to be: Preventing, detecting, and treating depression in older women. *Journal of the American Medical Women's Association, 59,* 210-215.

Crouter, A. C., & Booth, A. (Eds.). (2004). *Work-family challenges for low-income families and their children.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Crowell, J. A., Treboux, D., Gao, Y., Fyffe, C., Pan, H., & Waters, E. (2002). Assessing secure base behavior in adulthood: Development of a measure, links to adult attachment representations, and relations to couples' communication and reports of relationships. *Developmental Psychology, 38,* 679-693.

Crowley, K., Callahan, M. A., Tenenbaum, H. R., & Allen, E. (2001). Parents explain more to boys than to girls during shared scientific thinking. *Psychological Science, 12,* 258-261.

Csaja, S. J. (2001). Technological change and the older worker. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.). San Diego: Academic Press.

Csikszentmihalyi, M. (1995). *Creativity.* New York: HarperCollins.

Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow.* New York: Basic Books.

Csikszentmihalyi, M. (2000). Creativity: An overview. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Csikszentmihalyi, M., & Rathunde, K. (1998). The development of the person: An experiential perspective on the ontogenesis of psychological complexity. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 1). New York: Wiley.

Cuddy-Casey, M., & Orvaschel, H. (1997). Children's understanding of death in relation to child suicidality and homicidality. *Death Studies, 17,* 33-45.

Cuéllar, I., Siles, R. I., & Bracamontes, E. (2004). Acculturation: A psychological construct of continued relevance for Chicana/o psychology. In R. J. Velasquez, B. W. McNeil, & L. M. Arellano (Eds.), *The handbook of Chicano psychology and mental health.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Cui, X., & Vaillant, G. E. (1996). Antecedents and consequents of negative life events in adulthood: A longitudinal study. *American Journal of Psychiatry, 153,* 123-126.

Cuijpers, P. (2001). Mortality and depressive symptoms in inhabitants of residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16,* 131-138.

Cullen, K. (2001). *Context and eating behavior in children.* Unpublished research, Children's Nutrition Research Center, Baylor School of Medicine, Houston.

Cully, J. A., LaVoie, D., & Gfeller, J. D. (2001). Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *The Gerontologist, 41* (No. 1), 89-95.

Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old.* New York: Basic Books.

Cummings, E. M. (1987). Coping with background anger in early childhood. *Child Development, 58,* 976-984.

Cummings, E. M., Braungart-Rieker, J. M., & Du Rocher-Schudlich, T. (2003). Emotion and personality development in childhood. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. 6). New York: Wiley.

Cupertino, A. P., & Haan, M. N. (1999, November). *Religiosity and health among elderly Latinos.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

Curran, K., DuCette, J., Eisenstein, J., & Hyman, I. A. (2001, August). *Statistical analysis of the cross-cultural data: The third year.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco.

Cushner, K. H. (2003). *Human diversity in action* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Cutrona, C. E. (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness.* New York: Wiley.

D'Augelli, A. R. (1991). Gay men in college: Identity processes and adaptations. *Journal of College Student Development, 32,* 140-146.

D'Augelli, A. (2000). Sexual orientation. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology,* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Daaleman, T. P., Perera, S., & Studenski, S. A. (2004). Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. *Annals of Family Medicine, 2,* 49-53.

Dabis, F., Newell, M. L., Fowler, M. G., Read, J. S., Ghent, I. A. S., and the Working Group on HIV in Women and Children (2004). Prevention of HIV transmission through breast feeding: Strengthening of the research agenda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 35,* 167-168.

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

Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health, 31 (6 Suppl.),* 175-184.

Dale, P., & Goodman, J. (2004). Commonality and differences in vocabulary growth. In M. Tomasello & D. I. Slobin (Eds.), *Beyond nature-nurture.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Daley, S. E., & Hammen, C. (2002). Depressive symptoms and close relationships during the transition to adulthood: Perspectives from dysphoric women, their best friends, and their romantic partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 129-141.

Daley, T. C., Whaley, S. E., Sigman, M. D., Espinosa, M. P., & Neumann, C. (2003). IQ on the rise: The Flynn effect in rural Kenyan children. *Psychological Science, 14,* 215-219.

DallasNews.com (2004). Obituaries. Available on the Internet at: www.legacy.com/ dallasmorningnews/Sept11.asp?Page=Tribute FullText&PageNo=2&Memorial=AAII.

Damico, J. S., Tetenowski, J. A., & Nettleton, S. K. (2004). Emerging issues and trends in attention deficit hyperactivity disorder: An update for the speech-language pathologist. *Seminars and Speech and Language, 25,* 207-213.

Damon, W. (1988). *The moral child.* New York: Free Press.

Damon, W., & Hart, D. (1992). Self-understanding and its role in social and moral development. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook* (3rd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Danforth, M. M., & Glass, J. C. (2001). Listen to my words, give meaning to my sorrow: A study in cognitive constructs in middle-aged bereaved widows. *Death Studies, 25,* 513-548.

Danielson, C. K., & Holmes, M. M. (2004). Adolescent sexual assault: An update of the literature. *Current Opinions in Obstetrics and Gynecology, 16,* 383-388.

Danner, D., Snowdon, D., & Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life

and longevity: Findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology, 80,* 814-823.

Darwin, C. (1859). *On the origin of species.* London: John Murray.

Darwin, C. (1965). *The expression of emotions in man and animals.* Chicago: University of Chicago Press. (Original work published 1872.)

Datar, A., & Sturm, R. (2004). Childhood overweight and parent- and teacher-reported behavior problems: Evidence from a prospective study of kindergartners. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 158,* 804-810.

Dattilio, F. M. (Ed.). (2001). *Case studies in couple and family therapy.* New York: Guilford.

Davenport, G. (2004). Rheumatology and musculoskeletal medicine. *British Journal of General Practice, 54,* 457-464.

Davidson, J. (2000). Giftedness. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Davies, J., & Brember, I. (1999). Reading and mathematics attainments and self-esteem in years 2 and 6—an eight-year cross-sectional study. *Educational Studies, 25,* 145-157.

Davies, R. (2004). New understandings of parental grief. *Journal of Advanced Nursing, 46,* 506-513.

Daviglus, M. L., Liu, K., Yan, L. L., Pirzada, A., Garside, D. B., Schiffer, L., Dyer, A. R., Greenland, P., & Stamler, J. (2003). Body mass index in middle age and health-related quality of life in older age: The Chicago Heart Association Detection Project in Industry Study. *Archives of Internal Medicine, 163,* 2448-2455.

Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality & Social Psychology, 75,* 561-574.

Davis, E. K. (2004). Sports and recreational injuries in children and adolescents. *Journal of the Oklahoma State Medical Association, 97,* 18-21.

Davis, G. F. (2001). Loss and duration of grief. *Journal of the American Medical Association, 285,* 1152-1153.

Davis, K. E. (1985, February). Near and dear: Friendship and love compared. *Psychology Today,* pp. 22-29.

Davis, L., & Keyser, J. (1997). *Becoming the parent you want to be: A sourcebook of strategies for the first five years.* New York: Broadway.

Davison, G. C., & Neale, J. M. (2004). *Abnormal psychology* (9th ed.). New York: Wiley.

Davison, K. K., & Birth, L. L. (2001). Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics, 107,* 46-53.

Davisson, M. T., Gardiner, K., & Costa, A. C. (2001). Report of the ninth international workshop on the molecular biology of human chromosome 21 and Down syndrome. *Cytogenetic Cell Genetics, 92,* 1-22.

Daws, D. (2000). *Through the night.* San Francisco: Free Association Books.

Day, N. L., Leech, S. L., Richardson, G. A., Cornelius, M. D., Robles, N., & Larkby, C. (2002). Prenatal alcohol exposure predicts continued deficits in offspring size at 14 years of age. *Alcohol: Clinical and Experimental Research, 26,* 1584-1591.

Day, R. D., & Lamb, M. E. (Eds.) (2004). *Conceptualizing and measuring father involvement.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Day, R. H., & McKenzie, B. E. (1973). Perceptual shape constancy in early infancy. *Perception, 2,* 315-320.

De Graaf, C., Blom, W. A., Smeets, P. A., Stafleu, A., & Hendriks, H. F. (2004). Biomarkers of satiation and satiety. *American Journal of Clinical Nutrition, 79,* 946-961.

de Jong, J. (2004). Grammatical impairment. In L. Verhoeven & H. Van Balkom (Eds.), *The classification of language disorders.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

de Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 119-128.

de la Rocheborchard, E., & Thonneau, P. (2002). Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage: Results of a multicentre European study. *Human Reproduction, 17,* 1649-1656.

Deater-Deckard, K., & Dodge, K. (1997). Externalizing behavior problems and discipline revisited: Non-linear effects and variation by culture, context and gender. *Psychological Inquiry, 8,* 161-175.

DeCasper, A. J., & Spence, M. J. (1986). Prenatal maternal speech influences newborn's perception of speech sounds. *Infant Behavior and Development, 9,* 133-150.

Dejong, A., & Franklin, B. A. (2004). Prescribing exercise for the elderly: Current research and recommendations. *Current Sports Medicine Reports, 3,* 337-343.

DeKosky, S. T., & Marck, K. (2003). Looking backward to move forward: Early detection of neurodegenerative disorders. *Science, 302,* 830-834.

DeLamater, J., & MacCorquodale, P. (1979). *Premarital sexuality.* Madison: University of Wisconsin Press.

DeLoache, J. S. (2004). Early development of the understanding and use of symbolic artifacts. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

DeMarie, D., Abshier, D. W., & Ferron, J. (2001, April). *Longitudinal study of predictors of memory improvement over the elementary school years: Capacity, strategies, and metamemory revisited.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Demorest, R. A., & Landry, A. G. (2003). Prevention of pediatric sports injuries. *Current Sports Medicine Reports, 2,* 337-343.

Demorest, R. A., & Landry, G. L. (2004). Training issues in elite young athletes. *Current Sports Medicine Reports, 3,* 167-172.

Dempster, F. N. (1981). Memory span: Sources of individual and developmental differences. *Psychological Bulletin, 80,* 63-100.

Denham, S. A. (1998). *Emotional development in young children.* New York: Guilford.

Denmark, F. L., Rabinowitz, V. C., & Sechzer, J. A. (2005). *Engendering psychology: Women and gender revisited* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Denmark, F. L., Russo, N. F., Frieze, I. H., & Eschuzur, J. (1988). Guidelines for avoiding sexism in psychological research: A report of the ad hoc committee on nonsexist research. *American Psychologist, 43,* 582-585.

Denney, N. W. (1986, August). *Practical problem solving.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Denney, N. W. (1990). Adult age differences in traditional and practical problem

solving. *Advances in Psychology, 72,* 329-349.

Dennis, C. L. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders, 78,* 163-169.

Dennis, C. L., & Stewart, D. E. (2004). Treatment of postpartum depression, part I: A critical review of biological interventions. *Journal of Clinical Psychiatry, 65,* 1242-1251.

Denny, C. B. (2001). Stimulant effects in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 30,* 98-109.

DeRosier, M. E. (2004). Building relationships and combating bullying. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33,* 196-201.

Descarries, L., Mechawar, N., Anavour, N., & Watkins, K. C. (2004). Structural determinants of the roles of acetylcholine in the cerebral cortex. *Progress in Brain Research, 145,* 45-58.

Desmarais, S., & Alksnis, C. (2004). Gender issues. In J. Barling, E. K. Kelloway, & M. R. Frone (Eds.), *Handbook of work and stress.* Thousand Oaks, CA: Sage.

DeSpelder, L. A., & Strickland, A. L. (2005). *The last dance: Encountering death and dying* (6th ed., rev. update). Mountain View, CA: Mayfield.

Dettmer, P., Dyck, N., & Thurston, L. (2002). *Consultation, collaboration, and teamwork for students with special needs* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Deutsch, F. M. (1991). Women's lives: The story not told by theories of development. *Contemporary Psychology, 36,* 237-238.

Dewey, J. (1993). *How we think.* Lexington, MA: D. C. Heath.

Dewey, K. G. (2003). Is breastfeeding protective against childhood obesity? *Journal of Human Lactation, 19,* 9-18.

Diamond, A. (2001). A model system for studying the role of dopamine in the prefrontal cortex during early development in humans: Early and continuously treated phenylketonuria. In C. Nelson & M. Luciana (Eds.), *Handbook of developmental cognitive neuroscience.* Cambridge, MA: MIT Press.

Diamond, A. D. (1985). Development of the ability to use recall to guide action, as indicated by infants' performance on AB. *Child Development, 56,* 868-883.

Diamond, L. M. (2003). Love matters: Romantic relationships among sexual-minority adolescents. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relationships and sexual behavior.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Diamond, L. M., & Lucas, S. (2004). Sexual-minority and heterosexual youths' peer relationships: Experiences, expectations, and implications for well-being. *Journal of Research on Adolescence, 14,* 313-340.

Diamond, L. M., & Savin-Williams, R. C. (2003). The intimate relationships of sexual-minority youths. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Diaz-Rico, L. (2004). *Teaching English learners.* Boston: Allyn & Bacon.

Dickson, F. C., Christian, A., & Remmo, C. J. (2004). Exploration of marital and family issues of the later-life adult. In C. Segrin & J. Flora (Eds.), *Family Communication.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Diener, E. (2004). *Frequently asked questions (FAQs) about subjective well-being (happiness and life-satisfaction).* Champaign: University of Illinois, Department of Psychology.

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology.* New York: Oxford University Press.

Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science, 13,* 81-84.

Dietz, W. H. (2004). Overweight in childhood and adolescence. *New England Journal of Medicine, 350,* 855-857.

Diggs, R. C., & Socha, T. (2004). Communication, families, and exploring the boundaries of cultural diversity. In A. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

DiGiulio, R. C. (1989). *Beyond widowhood.* New York: Free Press.

DiLalla, L. F. (Ed.). (2004). *Behavior genetics principles.* Washington, DC: American Psychological Association.

Dill, E. J., Vernberg, E. M., & Fonagy, P. (2004). Negative affect in victimized children. *Journal of Abnormal Psychology, 32,* 159-173.

Dillon, J. (2003). Reincarnation: The technology of death. In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death and dying.* Thousand Oaks, CA: Sage.

DiMauro, S., Tanji, K., Bonilla, E., Palloti, F., & Schon, E. A. (2002). Mitochondrial abnormalities in muscle and other aging cells: Classification, causes, and effects. *Muscle and Nerve, 26,* 597-607.

Dipboye, R., & Colella, A. (Eds.) (2005). *Discrimination at work.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dixit, N. K., Gerton, B. K., Dohn, P., Meyer-Lindenberg, A., & Berman, K. F. (2000, June). *Age-related changes in rCBF activation during an N-Back working memory paradigm occur prior to age 50.* Paper presented at the Human Brain Mapping meeting, San Antonio, TX.

Dixon, R., & Cohen, A. (2003). Cognitive development in adulthood. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Dodge, K. A. (1983). Behavioral antecedents of peer social status. *Child Development, 54,* 1386-1399.

Dodge, K. A. (2000). Developmental psychology. In M. H. Ebert, P. T. Loosen, & B. Nurcombe (Eds.), *Current diagnosis and treatment in psychiatry.* East Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Dodge, K. A. (2001). The science of youth violence prevention: Progressing from developmental psychopathology to efficacy to effectiveness in public policy. *American Journal of Preventive Medicine, 20,* 63-70.

Doherty, W. J., & Beaton, J. M. (2004). Mothers and fathers parenting together. In A. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1978). Some issues in research on stressful life events. *Journal of Nervous and Mental Disease, 166,* 7-15.

Dohrenwend, B. S., & Shrout, P. E. (1985). «Hassles» in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist, 40,* 780-785.

Dolan, A. L., Koshy, E., Waker, M., & Goble, C. M. (2004). Access to bone densitometry increases general practitioners' prescribing for osteoporosis in steroid treated patients. *Annals of Rheumatoid Diseases, 63,* 183-186.

Donelson, F. E. (1998). *Women's experiences.* Mountain View, CA: Mayfield.

Donnerer, J., Kronawetter, M., Kapper, A., Haas, I., & Kessler, H. H. (2003). Therapeutic drug monitoring of the HIV/AIDS drugs abacavir, zidovudine, efavirenz, nevirapine, indinavir, lopinavir, and nelfinavir. *Pharmacology, 69,* 197-204.

Donovan, P. (1993). *Testing positive: Sexually transmitted disease and the public health response.* New York: Alan Guttmacher Institute.

Dorn, L. D., Williamson, D. E., & Ryan, N. D. (2002, April). *Maturational hormone differences in adolescents with depression and risk for depression.* Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence, New Orleans.

Dorr, A., Rabin, B. E., & Irlen, S. (2002). Parents, children, and the media. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 5). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dowda, M., Ainsworth, B. E., Addy, C. L., Saunders, R., & Riner, W. (2001). Environmental influences, physical activity, and weight status in 8- to 16-year-olds. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 155,* 711-717.

Doyle, L. W., Faber, B., Callanan, C., Ford, G. W., & Davis, N. M. (2004). Extremely low birth weight and body size in early adulthood. *Archives of Disorders in Childhood, 89,* 347-350.

Dreachslin, J. L., Weech-Maldonado, R., & Dansky, K. H. (2004). Racial and ethnic diversity and organizational behavior. *Social Science Medicine, 59,* 961-971.

Drew, C., & Hardman, M. L. (2000). *Mental retardation* (7th ed.). Columbus, OH: Merrill.

Drewes, A. A., Carey, L. J., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2003). *School-based play therapy.* New York: Wiley.

Driscoll, A., & Nagel, N. G. (2005). *Early childhood education* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Driver, C., Georgiou, A., & Georgiou, G. (2004). The contribution of mitochondrially induced oxidative damage to aging *Drosophila melanogaster. Biogerontology, 5,* 185-192.

Droege, K. L. (2004). Turning accountability on its head. *Phi Delta Kappan, 85,* 610-612.

Drongowski, R. A., Lee, D., Reynolds, P. I., Malviya, S., Harmon, C. S., Geiger, J., Lelli, J. L., & Coran, A. G. (2003). Increased respiratory symptoms following surgery in children exposed to environmental tobacco smoke. *Pediatric Anesthesiology, 13,* 304-310.

Dryfoos, J. G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence or prevention.* New York: Oxford University Press.

Dubay, L., Joyce, T., Kaestner, R., & Kenney, G. M. (2001). Changes in prenatal care timing and low birth weight by race and socioeconomic status: Implications for the Medicaid expansions for pregnant women. *Health Services Research, 36,* 373-398.

Dubowitz, H., Pitts, S. C., & Black, M. M. (2004). Measurement of three subtypes of child neglect. *Child Maltreatment, 9,* 344-356.

Duffy, T. M., & Kirkley, J. R. (Eds.) (2004). *Learner-centered theory and practice in distance education.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dunkel-Schetter, C. (1998). Maternal stress and preterm delivery. *Prenatal and Neonatal Medicine, 3,* 39-42.

Dunkel-Schetter, C., Gurung, R. A. R., Lobel, M., & Wadhwa, P. D. (2001). Stress processes in pregnancy and birth. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dunlop, D. D., Lyons, J. S., Manheim, L. M., Song, J., & Chang, R. W. (2004). Arthritis and heart disease as risk factors for major depression. *Medical Care, 42,* 502-511.

Dunlosky, J., Kubat-Silman, A. K., & Hertzog, C. (2003). Training monitoring skills improves older adults' self-paced associative learning. *Psychology and Aging, 18,* 340-345.

Dunn, J. (1984). Sibling studies and the developmental impact of critical incidents. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 6). Orlando, FL: Academic Press.

Dunn, J. (2004). Sibling relationships. In P. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development.* Malden, MA: Blackwell.

Dunn, K. S., & Horgas, A. L. (2004). Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain Management Nursing, 5,* 19-28.

Durrant, J. E. (2002). Trends in youth crime and well-being since the abolition of corporal punishment in Sweden. *Youth and Society, 3,* 437-455.

Dusek, J. B., & McIntyre, J. G. (2003). Self-concept and self-esteem development. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Dwyer, J. W., & Coward, R. T. (1991). A multivariate comparison of the involvement of adult sons versus daughters in the care of impaired parents. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 46,* S259-S269.

Dychtwald, K., Erickson, T., & Morison, B. (2004). It's time to retire. *Harvard Business Review, 82,* 48-57, 126.

Dynek, J. N., & Smith, S. (2004). Resolution of sister telomere association is required for progression through mitosis. *Science, 304,* 97-100.

E

Eagle, M. (2000). Psychoanalytic theory: History of the field. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Eagly, A. H. (2000). Gender roles. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Eagly, A. H. (2001). Social role theory of sex differences and similarities. In J. Worrell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Eagly, A. H., & Crowley, M. (1986). Gender and helping: A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin, 108,* 233-256.

Eagly, A. H., & Diekman, A. B. (2003). The malleability of sex differences in response to social roles. In L. G. Aspinwall & V. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths.* Washington, DC: American Psychological Association.

Eagly, A. H., & Steffen, V. J. (1986). Gender and aggressive behavior: A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin, 100,* 309-330.

Ebersole, P., Hess, P., & Luggen, A. S. (2004). *Toward healthy aging* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Eccles, J. (2000). Adolescence: Social

patterns, achievements, and problems. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Eccles, J. (2003). Education: Junior and high school. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Eccles, J. S., & Roeser, R. W. (2005). School and community influences on human development. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology* (5th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Eccles, J., Wigfield, A., & Byrnes, J. (2003). Cognitive development in adolescence. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Edelman, M. W. (1995). *The state of America's children.* Washington, DC: The Children's Defense Fund.

Edelman, M. W. (1997, April). *Children, families and social policy.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.

Edelstein, R. S., & Shaver, P. R. (2004). Avoidant attachment: Exploration of an oxymoron. In D. Mashek & A. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Edmonds, M. M. (1993). Physical health. In J. S. Jackson, L. M. Chatters, & R. J. Taylor (Eds.), *Aging in Black America.* Newbury Park, CA: Sage.

Educational Testing Service (1992, February). *Cross-national comparison of 9-13 year olds' science and math achievement.* Princeton, NJ: Author.

Edwards, C. P. (2002). Three approaches from Europe: Waldorf, Montessori, and Reggio Emilia. *Early Childhood Practice and Research, 4,* 36-40.

Edwards, R., & Hamilton, M. A. (2004). You need to understand my gender role: An empirical test of Tannen's model of gender and communication. *Sex Roles, 50,* 491-504.

Egeland, B., & Carlson, B. (2004). Attachment and psychopathology. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *New Directions for Child Development, 11,* 77-92.

Eichorn, D. H., Clausen, J. A., Haan, N., Honzik, M. P., & Mussen, P. H. (Eds.). (1981). *Present and past in middle life.* New York: Academic Press.

Eiferman, R. R. (1971). Social play in childhood. In R. Herron & B. Sutton-Smith (Eds.), *Child's play.* New York: Wiley.

Einstein, G. O., McDaniel, M. A., Manzi, M., Cochran, B., & Baker, M. (2000). Prospective memory and aging: Forgetting intentions over short delays. *Psychology and Aging, 15,* 671-683.

Eisdorfer, C. (1996, December). Interview. *APA Monitor,* p. 35.

Eisenberg, M., & Wechsler, H. (2003). Substance use behaviors among college students with same-sex and opposite-sex experience: Results from a national study. *Addictive Behaviors, 28,* 899-913.

Eisenberg, N. (Ed.) (1982). *The development of prosocial behavior.* New York: Wiley.

Eisenberg, N. (2001). Emotion-regulated regulation and its relation to quality of social functioning. In W. W. Hartup & R. A. Weinberg (Eds.), *Child psychology in retrospect and prospect.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Eisenberg, N. (2005). Empathy-related responding in children. In M. Killen & J. G. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Prosocial development. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 3). New York: Wiley.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2002). The role of emotionality and regulation in children's social competence and adjustment. In L. Pulkkinen & A. Caspi (Eds.), *Paths to successful development.* New York: Cambridge University Press.

Eisenberg, N., Gutherie, I. K., Murphy, B. C., Shepard, S. A., Cumberland, A., & Carlo, G. (1999). Consistency and development of prosocial dispositions: A longitudinal study. *Child Development, 70,* 1360-1372.

Eisenberg, N., & Morris, A. (2004). Moral cognitions and prosocial responding in adolescence. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Eisenberg, N., & Morris, A. S. (2004). Moral cognitions and social responding in adolescence. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development, 75,* 334-339.

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Smith, C. L. (2004). Emotion-related regulation: Its conceptualization, relations to social functioning, and socialization. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Eisinger, F., & Burke, W. (2003). Breast cancer and breastfeeding. *Lancet, 361,* 176-177.

Ekwo, E. E., & Moawad, A. (2000). Maternal age and preterm births in a black population. *Pediatric Perinatal Epidemiology, 2,* 145-151.

Elder, G. H. (1998). The life course and human development. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child development* (5th ed.). New York: Wiley.

Elder, G. H., & Pavalko, E. K. (1993). Work careers in men's later years: Transitions, trajectories, and historical change. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 48,* S180-S191.

Eley, T. C., Liang, H., Plomin, R., Sham, P., Sterne, A., Williamson, R., & Purcell, S. (2004). Parental family vulnerability, family environment, and their interactions as predictors of depressive symptoms in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,* 298-306.

Elias, M. (1998, June 23). For 50 years pediatrics has taken giant steps. *USA Today,* pp. 1, 2D.

Elkind, D. (1970, April 5). Erik Erikson's eight ages of man. *New York Times Magazine.*

Elkind, D. (1976). *Child development and education: A Piagetian perspective.* New York: Oxford University Press.

Elkind, D. (1988, January). Educating the very young: A call for clear thinking. *NEA Today,* pp. 22-27.

Ellis, C. D. (2002). Male rape. *Collegian, 9,* 34-39.

Ellis, L., & Ames, M. A. (1987). Neurohormonal functioning and sexual orientation. *Psychological Bulletin, 101,* 233-258.

Elmes, D. G., Kantowitz, B. H., & Roedinger, H. L. (2005). *Research meth-*

ods in psychology (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Elovainio, M., Kivimaki, M., Vahtera, J., Ojanlatva, A., Korkeila, K., Suominen, S., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2003). Social support, early retirement, and a retirement preference: A study of 10,489 Finnish adults. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 45,* 433-439.

Emde, R. N., Gaensbauer, T. G., & Harmon, R. J. (1976). Emotional expression in infancy: A biobehavioral study. *Psychological Issues: Monograph Series, 10* (37).

Emmers-Sommer, T. M., & Allen, M. (2005). *Safer sex in personal relationships: The role of sexual scripts in HIV infection and prevention.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Enger, E., Ross, F., & Bailey, D. (2005). *Concepts in biology* (11th ed.). New York: McGraw-Hill.

England, S. E., Linsk, N. L., Simon-Rusinowitz, L., & Keigher, S. M. (1991). Paying kin for care: Agency barriers to formalizing informal care. *Journal of Aging and Social Policy, 2,* 63-86.

Engler, A. J., Ludington-Hoe, S. M., Cusson, R. M., Adams, R., Bahnsen, M., Brumbaugh, E., Coates, P., Grief, J., McHargue, L., Ryan, D. L., Settle, M., & Williams, D. (2002). Kangaroo care: National survey of practice, knowledge, barriers, and perceptions. *American Journal of Maternal/Child Nursing, 27,* 146-153.

Enright, R. D., Lapsley, D. K., Dricas, A. S., & Fehr, L. A. (1980). Parental influence on the development of adolescent autonomy and identity. *Journal of Youth and Adolescence, 9,* 529-546.

Epstein, D. K., & Connor, J. R. (1999, Fall). Dementia in the elderly: An overview. *Generations,* pp. 9-16.

Epstein, J. A., Botvin, G. J., & Díaz, T. (1998). Linguistic acculturation and gender effects on smoking among Hispanic youth. *Preventive Medicine, 27,* 538-589.

Epstein, N., & Eidelson, R. J. (1981). Unrealistic beliefs of clinical couples: Their relationship to expectations, goals, and satisfaction. *American Journal of Family Therapy, 9,* 13-21.

Erber, J. T. (2005). *Aging & older adulthood.* Belmont, CA: Wadsworth.

Erdem, A., Erdem, M., Arslan, M., Yazici, G., Eskandari, R., & Himmetogulu, O. (2002). The effects of maternal anemia and iron deficiency on fetal erythropoiesis: Comparison between serum erythropoietin, hemoglobin and ferritin levels in mothers and newborns. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine, 11,* 329-332.

Ericsson, K. A., Krampe, R., & Tesch-Romer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review, 100,* 363-406.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society.* New York: W. W. Norton.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis.* New York: W. W. Norton.

Erikson, E. H. (1969). *Ghandi's truth.* New York: Norton.

Erlick Robinson, G. (2003). Violence against women in North America. *Archives of Women's Mental Health, 6,* 185-191.

Eskenazi, B., Stapleton, A. L., Kharrazi, M., & Chee, W. Y. (1999). Associations between maternal decaffeinated and caffeinated coffee consumption and fetal growth and gestational duration. *Epidemiology, 10,* 242-249.

Eslea, M., Menesini, E., Monta, Y., O'Moor, M., More-Merchen, J. A., Pereira, B., & Smith, P. K. (2004). Friendship and loneliness among bullies and victims: Data from seven countries. *Aggressive Behavior, 30,* 71-83.

Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (Eds.) (2004). *Bullying in American schools.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Estes, L. S. (2004). *Essentials of child care and early education.* Boston: Allyn & Bacon.

Etaugh, C. A., & Bridges, J. S. (2001). Midlife transitions. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Etaugh, C., & Bridges, J. S. (2004). *The psychology of women* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Etelson, D., Brand, D. A., Patrick, P. A., & Shirali, A. (2003). Childhood obesity: Do parents recognize the risk? *Obesity Research, 11,* 1362-1368.

Ettinger, D., Grady, D., Tosteson, N. A., Pressman, A., & Macer, J. L. (2003). Effect of the Women's Health Initiative on women's decisions to discontinue postmenopausal hormone therapy. *Obstetrics & Gynecology, 102,* 1225-1232.

Etzel, R. (1988, October). *Children of smokers.* Paper presented at the American Academy of Pediatrics meeting, New Orleans.

Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist, 59,* 77-92.

Evans, G. W., & English, G. W. (2002). The environment of poverty. *Child Development, 73,* 1238-1248.

Evans, M. I., Lluba, E., Landsberger, E. J., O'Brien, J. E., & Harrison, H. H. (2004). Impact of folic acid fortification in the United States: Markedly diminished high maternal serum alpha-fetoprotein values. *Obstetrics and Gynecology, 103,* 474-479.

Evert, J., Lawler, E., Bogan, H., & Perls, T. (2003). Morbidity profiles of centenarians: Survivors, delayers, and escapers. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58,* 232-237.

Exploratorium (2004). *Young in mind.* Available on the Internet at: www.exploratorium. edu/exploring/exploring_memory/memory_2. html.

Faber, L., Karim, I. A., Jawdat, A. M., Fausi, M., & Merlob, P. (2004). Awareness of folic acid for prevention of neural tube defects in a community with high prevalence of consanguineous marriages. *Annals of Genetics, 47,* 69-75.

Fabes, R. A., Hanish, L. D., & Martin, C. L. (2003). Children at play: The role of peers in understanding the effects of child care. *Child Development, 74,* 1039-1043.

Fagan, J. F. (1992). Intelligence: A theoretical viewpoint. *Current Directions in Psychological Science, 1,* 82-86.

Fagot, B. I. (1995). Parenting boys and girls. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 1). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Fagot, B. I., Rodgers, C. S., & Leinbach, M. D. (2000). Theories of gender socialization. In T. Eckes & H. M. Trautner (Eds.), *The developmental social psychology of gender.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fahey, T. D., Insel, P. M., & Roth, W. T. (2005). *Fit & well* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

FairTest (2004). «No child left behind» after two years: A track record of failure.

Available on the Internet at: www.fairtest.org.

Falbo, T., & Poston, D. L. (1993). The academic, personality, and physical outcomes of only children in China. *Child Development, 64,* 18-35.

Falicov, C., & Karrer, B. (1980). Cultural variations in the family life cycle: The Mexican American family. In E. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The family life cycle: A framework for family therapy.* New York: Gardner Press.

Fang, J., Madhaven, S., & Alderman, M. H. (1999). Low birth weight: Race and maternal nativity—Impact of community income. *Pediatrics, 103,* e5.

Fantz, R. I. (1963). Pattern vision in newborn infants. *Science, 140,* 296-297.

Faraveo, C., Giugni, A., Salvarori, S., & Ricca, V. (2004). Psychopathology after rape. *American Journal of Psychiatry, 161,* 1483-1485.

Farone, S. V., & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 10,* 299-316.

Farr, M. (Ed.). (2005). *Latino language and literacy in ethnolinguistic Chicago.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Farrell, M. P., & Rosenberg, S. D. (1981). *Men at mid-life.* Boston: Auburn House.

Farrington, D. (2004). Conduct disorder, aggression, and delinquency. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Faulkner, G., & Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9,* 659-665.

Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics (2002). *Key national indicators of well-being.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Federenko, I. S., & Wadhwa, P. D. (2004). Women's mental health during pregnancy influences fetal and infant developmental and health outcomes. *CNS Spectrum, 9,* 198-206.

Feeney, J. A. (1996). Attachment, caregiving, and marital satisfaction. *Personal Relationships, 3,* 401-416.

Feenstra, J. S., Banyard, V. L., Rines, E. N., & Hopkins, K. R. (2001). First-year students' adaptation to college: The role of family variables and individual coping. *Journal of College Student Development, 42,* 106-113.

Fehr, B. (2000). The life cycle of friendships. In C. Hendrick, & S. S. Hendrick (Eds.), *Close relationships.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Feinberg, M., & Hetherington, E. M. (2001). Differential parenting as a within-family variable. *Journal of Family Psychology, 15,* 22-37.

Feinsilver, S. H. (2003). Sleep in the elderly. *Clinical Geriatric Medicine, 19,* 177-188.

Feiring, C. (1996). Concepts of romance in 15-year-old adolescents. *Journal of Research on Adolescence, 6,* 181-200.

Fekkes, M., Pijpers, F. I., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal of Pediatrics, 144,* 17-22.

Feldman, H. D. (2001, April). *Contemporary developmental theories and the concept of talent.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Feldman, R., Greenbaum, C. W., & Yirmiya, N. (1999). Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology, 35,* 223-231.

Feldman, R., Sussman, A. L., & Zigler, E. (2004). Parental leave and work adaptation at the transition to parenthood: Individual, marital, and social correlates. *Journal of Applied Developmental Psychology, 25,* 459-479.

Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2002). Skin-to-skin contact (kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: Sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and sustained exploration. *Developmental Psychology, 38,* 194-207.

Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: The contribution of mother-infant skin-to-skin (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology, 17,* 94-107.

Feldman, S. S. (1999). Unpublished review of J. W. Santrock's *Adolescence* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

Feldman, S. S., & Elliott, G. R. (1990). Progress and promise of research on normal adolescent development. In S. S. Feldman & G. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Feldman, S. S., Turner, R., & Aruajo, K. (1999). Interpersonal context as an influence on sexual timetables of youths: Gender and ethnic effects. *Journal of Research on Adolescence, 9,* 25-52.

Feldman, S. S., & Weinberger, D. A. (1994). Self-restraint as a mediator of family influences on boys' delinquent behavior: A longitudinal study. *Child Development, 65,* 195-211.

Feldon, J. M. (2003). Grief as a transformative experience: Weaving through different lifeworlds after a loved one has committed suicide. *International Journal of Mental Health Nursing, 12,* 74-85.

Ferber, S. G., & Makhoul, J. R. (2004). The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn. *Pediatrics, 113,* 858-865.

Ferguson, D. M., Harwood, L. J., & Shannon, F. T. (1987). Breastfeeding and subsequent social adjustment in 6- to 8-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28,* 378-386.

Fernald, A. (2001). Two hundred years of research on the early development of language comprehension. In W. W. Hartup & R. A. Weinberg (Eds.), *Child psychology in retrospect and prospect.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fernandes, O., Sabharwal, M., Smiley, T., Pastuszak, A., Koren, G., & Einarson, T. (1998). Moderate to heavy caffeine consumption during pregnancy and relationship to spontaneous abortion and abnormal fetal growth: A meta-analysis. *Reproductive Toxicology, 12,* 435-444.

Fernandez, A., & Goldstein, L. (2004). Primary care physicians who treat blacks and whites. *New England Journal of Medicine, 351,* 2126-2127.

Ferrara, N. (2004). The aging heart and exercise training. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 35 (Suppl.),* 145-156.

Ferrari, A. U., Radaelli, A., & Centola, M. (2003). Invited review: Aging and the cardiovascular system. *Journal of Applied Physiology, 95,* 2591-2597.

Ferrer-Wreder, L., Lorene, C. C., Kurtines, W., Briones, E., Bussell, J., Berman, S., & Arrufat, O. (2002). Promoting identity development in marginalized youth. *Journal of Adolescent Research, 17,* 168-187.

Fiatarone, M. A., Marks, E. C., Meredith, C. N., Lipsitz, L. A., & Evans, W. J. (1990). High intensity strength training in nonagenarians: Effects on skeletal muscle. *Journal of the American Medical Association, 263,* 3029-3034.

Field, A. E., Cambargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics, 107,* 54-60.

Field, D. (1996). Review of relationships in old age by Hansson & Carpenter. *Contemporary Psychology, 41,* 44-45.

Field, D. (1999). A cross-cultural perspective on continuity and change in social relations in old age: Introduction to a special issue. *International Journal of Aging and Human Development, 48,* 257-262.

Field, T. M. (1992, September). Stroking babies helps growth, reduces stress. *Brown University Child and Adolescent Behavior Letter,* pp. 1, 6.

Field, T. M. (1998). Massage therapy effects. *American Psychologist, 53,* 1270-1281.

Field, T. M. (2000). Child abuse. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Field, T. M. (2001). Massage therapy facilitates weight gain in preterm infants. *Current Directions in Psychological Science, 10,* 51-55.

Field, T. M. (2002). Massage therapy. *Medical Clinics of North America, 86,* 163-171.

Field, T. M. (2003). Stimulation of preterm infants. *Pediatric Review, 24,* 4-11.

Field, T. M., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Ynado, R., & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comormid depression and anger: Effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety, 17,* 140-151.

Field, T. M., Grizzle, N., Scafidi, F., & Schanberg, S. (1996). Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. *Adolescence, 31,* 903-911.

Field, T. M., Hernandez-Reif, M., & Freedman, J. (2004). Stimulation programs for preterm infants. *Social Policy Report, Society for Research in Child Development,* XVIII (No. 1), 1-19.

Field, T. M., Hernandez-Reif, M., Seligman, S., Krasnegor, J., & Sunshine, W. (1997). Juvenile rheumatoid arthritis: Benefits from massage therapy. *Journal of Pediatric Psychology, 22,* 607-617.

Field, T. M., Hernandez-Reif, M., Taylor, S., Quintino, O., & Burman, I. (1997). Labor pain is reduced by massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 18,* 286-291.

Field, T. M., Lasko, D., Mundy, P., Henteleff, T., Kabat, S., Talpins, S., & Dowling, M. (1997). Brief report: Autistic children's attentiveness and responsivity improve after touch therapy. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 27,* 333-338.

Field, T. M., Quintino, O., Hernandez-Reif, M., & Koslosky, G. (1998). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder benefit from massage therapy. *Adolescence, 33,* 103-108.

Field, T. M., Schanberg, S. M., Scafidi, F., Bauer, C. R., Vega-Lahr, N., Garcia, R., Nystrom, J., & Kuhn, C. M. (1986). Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics, 77,* 654-658.

Fields, R. (2005). *Drugs in perspective* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.

Finch, C. E., & Seeman, T. E. (1999). Stress theories of aging. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging.* New York: Springer.

Fine, P. G., & Peterson, D. (2002). Caring what dying patients care about caring. *Journal of Pain Symptom Management, 23,* 267-268.

Fingerman, K. L. (2000). Age and generational differences in mothers' and daughters' descriptions of enjoyable visits. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55,* P95-P106.

Fingerman, K. L. (2003, April). Commentary in «Researchers replace midlife myths with facts.» *Monitor on Psychology, 34,* 40.

Fingerman, K. L., & Lang, F. R. (2004). Coming together: A perspective on relationships across the life span. In F. R. Lang & K. L. Fingerman (Eds.), *Growing together.* New York: Cambridge University Press.

Firlik, R. (1996). Can we adapt the philosophies and practices of Reggio Emilia, Italy, for use in American schools? *Young Children, 51,* 217-220.

Fisch, S. M. (2004). *Children's learning from educational television.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fischer, K. W., & Bidell, T. R. (1998). Dynamic development of psychological structures in action and thought. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 1). New York: Wiley.

Fischer, K. W., & Pruyne, E. (2003). Reflective thinking in adulthood. In J. Demick & C. Andreoletti (Eds.), *Handbook of adult development.* New York: Kluwer.

Fischer, K. W., & Rose, S. P. (1995, Fall). Concurrent cycles in the dynamic development of brain and behavior. *SRCD Newsletter,* pp. 3-4, 15-16.

Fisher, B. S., Cullen, F. T., & Turner, M. G. (2001). *The sexual victimization of college women.* Washington, DC: National Institute of Justice.

Fitzgerald, E. F., Hwang, S. A., Lannguth, K., Cayo, M., Yang, B. Z., Bush, S., Worswick, P., & Lauzon, T. (2004). Fish consumption and other environmental exposures and their associations with serum PCB concentrations among Mohawk women at Akwesasne. *Environmental Research, 94,* 160-170.

Fitzgerald, H., Mann, T., Cabrera, N., & Wong, M. M. (2003). Diversity in caregiving contexts. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Fitzpatrick, A. L., Kuller, L. H., Ives, D. G., Lopez, O. L., Jagust, W., Breitner, J. C., Jones, B., Lyketsos, C., & Dulberg, C. (2004). Incidence and prevalence of dementia in the cardiovascular health study. *Journal of the American Geriatric Society, 52,* 195-204.

Fitzpatrick, L. A. (2003). Phytoestrogens— mechanism of action and effect on bone mineral density. *Endocronology and Metabolism Clinics of North America, 32,* 233-252.

Fitzpatrick, L. A. (2004). Menopause and hotflashes: No easy answers to a complex problem. *Mayo Clinic Proceedings, 79,* 735-737.

Flanagan, C. (2002, April). *Inclusion and reciprocity: Developmental sources of social trust and civic hope.* Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence, New Orleans.

Flanagan, C. (2004). Volunteerism, leadership, political socialization, and civic engagement. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed.). New York: Wiley.

Flanagan, C., & Faison, N. (2001). Youth civic development: Implications of research for social policy and programs. *Social Policy Report, XV* (No. 1), 1-14.

Flanagan, C., Gill, S., & Gallay, L. (1998, November). *Intergroup understanding, social justice, and the «social contract» in diverse communities of youth: Foundations for civic understanding.* Project report prepared for the workshop on research to improve intergroup relations among youth, Forum on Adolescence, Board on Children, Youth, and Families, National Research Council, Washington, DC.

Flanagan, K. M., Clements, M. L., Whitton, S. W., Portney, M. J., Randall, D. W., & Markman, H. J. (2001). Retrospect and prospect in the psychological study of marital and couple relationships. In J. P. McHale & W. S. Grolnick (Eds.), *Retrospect and prospect in the psychological study of families.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Flannery, D. J., Hussey, D., Biebelhausen, L., & Wester, K. (2003). Crime, delinquency, and youth gangs. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Flavell, J. H. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual Review of Psychology* (Vol. 50). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Flavell, J. H. (2004). Theory-of-mind development: Retrospect and prospect. *Merrill-Palmer Quarterly, 50,* 274-290.

Flavell, J. H., Friedrichs, A., & Hoyt, J. (1970). Developmental changes in memorization processes. *Cognitive Psychology, 1,* 324-340.

Flavell, J. H., Green, F. L., & Flavell, E. R. (1998). The mind has a mind of its own: Developing knowledge about mental uncontrollability. *Cognitive Development, 13,* 127-138.

Flavell, J. H., Miller, P. H., & Miller, S. (2002). *Cognitive development* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Flesner, M. K. (2004). Care of the elderly as a global nursing issue. *Nursing Administration Quarterly, 28,* 67-72.

Fletcher, A. C., Steinberg, L., & Williams-Wheeler, M. (2004). Parental influences on adolescent problem behavior: Revisiting Stattin and Kerr. *Child Development, 75,* 781-796.

Fletcher, A. E., Breeze, E., & Shetty, P. S. (2003). Antioxidant vitamins and mortality in older persons. *American Journal of Nutrition, 78,* 999-1010.

Flick, L., White, D. K., Vemulapalli, C., Stulac, B. B., & Kemp, J. S. (2001). Sleep position and the use of soft bedding during bed sharing among African American infants at increased risk for sudden infant death syndrome. *Journal of Pediatrics, 138,* 338-343.

Flohr, J. W., Atkins, D. H., Bower, T. G. R., & Aldridge, M. A. (2001, April). *Infant music preferences.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Flores, D. L., & Hendrick, V. C. (2002). Etiology and treatment of postpartum depression. *Current Psychiatry Reports, 4,* 461-466.

Florsheim, P., Moore, D., & Edgington, C. (2003). Romantic relationships among pregnant and parenting adolescents. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Florsheim, P., Sumida, E., McCann, C., Winstanley, M., Fukui, R., Seefeldt, T., & Moore, D. (2003). The transition to parenthood among young African American and Latino couples: Relational predictors of risk for parental dysfunction. *Journal of Family Psychology, 17,* 65-79.

Floyd, R. A., & Hensley, K. (2002). Oxidative stress in brain aging. Implications for therapeutics of neurogenerative diseases. *Neurobiology of Aging, 23,* 795-807.

Flynn, J. R. (1999). Searching for justice: The discovery of IQ gains over time. *American Psychologist, 54,* 5-20.

Fodor, I. G., & Franks, V. (1990). Women in midlife and beyond. The new prime of life? *Psychology of Women Quarterly, 14,* 445-449.

Fogel, A. (2001). *Infancy* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Fogoros, R. N. (2001). *Does stress really cause heart disease?* Retrieved October 10, 2001, from www.about.com.

Foley, D., Ancoli-Israel, S., Britz, P., & Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic diseases in older adults: Results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America survey. *Journal of Psychosomatic Research, 56,* 497-502.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promises. *Annual Review of Psychology* (Vol. 55). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Ford, K., Sohn, W., & Lepkowski, J. (2001). Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Family Planning Perspectives, 33,* 100-105, 132.

Ford, N., Odallo, D., & Chorlton, R. (2003). Communication from a human rights perspective: Responding to the HIV/AIDS pandemic in eastern and southern Africa. *Journal of Health Communication, 8,* 599-602.

Forrest, J. D., & Singh, S. (1990). The sexual and reproductive behavior of American women, 1982-1988. *Family Planning Perspectives, 22,* 206-214.

Fowler, G. (1999). *As we grow old: How adult children and their parents can face aging with candor and grace.* Valley Forge, PA: Judson Press.

Fox, B., & Hull, M. (2002). *Phonics for the teacher of reading* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Fox, G. L., & Murry, V. M. (2000). Gender and families: Feminist perspectives and family research. *Journal of Marriage and the Family, 62,* 1160-1172.

Fox, K. R. (2004). Childhood obesity and the role of physical activity. *Journal of Research in Social Health, 124,* 34-39.

Fox, M. K., Pac, S., Devaney, B., & Jankowski, L. (2004). Feeding infants and toddlers study: What foods are infants and toddlers eating? *American Dietetic Association Journal (Suppl.), 104,* S22-S30.

Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., & Ghera, M. M. (2004). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology, 55.* Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Fox, N. C., & Schott, J. M. (2004). Imaging cerebral atrophy: Normal aging to Alzheimer disease. *Lancet, 363,* 392-394.

Fox, P. G., Burns, K. R., Popovich, J. M., Belknap, R. A., & Frank-Stromberg, M. (2004). Southeast Asia refugee

children: Self-esteem as a predictor of depression and scholastic achievement in the U.S. *International Journal of Nursing Research, 9,* 1063-1072.

Fozard, J. L. (1992, December 6). Commentary in «We can age successfully». *Parade Magazine,* pp. 14-15.

Fozard, J. L. (2000). Sensory and cognitive changes with age. In K. W. Schaie & M. Pietrucha (Eds.), *Mobility and transportation in the elderly.* New York: Springer.

Fozard, J. L., & Gordon-Salant, S. (2001). Changes in vision and hearing with aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.). San Diego: Academic Press.

Fraga, C. G., Motchnik, P. A., Shigenaga, M. K., Helbock, H. J., Jacob, R. A., & Ames, B. N. (1991). Ascorbic acid protects against endogenous oxidative DNA damage in human sperm. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States, 88,* 11003-11006.

Fraiberg, S. (1959). *The magic years.* New York: Scribner's.

Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review, 6,* 123-151.

Frank, D. A., Augustyn, M., Knight, W. G., Pell, T., & Zuckerman, B. (2001). Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: A systematic review. *Journal of the American Medical Association, 285,* 1613-1625.

Franke, T. M. (2000, Winter). The role of attachment as a protective factor in adolescent violent behavior. *Adolescent & Family Health, 1,* 29-39.

Frankl, V. (1984). *Man's search for meaning.* New York: Basic Books.

Franz, C. E. (1996). The implications of preschool tempo and motoric activity level for personality decades later. Reported in A. Caspi, Personality development across the life course, in W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology,* Vol. 3 (New York: Wiley), p. 337.

Fraser, S. (Ed.). (1995). *The bell curve wars.* New York: Basic Books.

Frazier, P. A. (2003). Perceived control and distress following sexual assault: A longitudinal test of a new model. *Journal of Personality and Social Psychology, 84,* 1257-1269.

Frazier, P. A., & Cook, S. W. (1993). Correlates of distress following heterosexual relationship dissolution. *Journal of Social and Personal Relationships, 10,* 55-67.

Frazier, P., Tashiro, T., Berman, M., Steger, M., & Long, J. (2004). Correlates of levels and patterns of positive life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* 19-30.

Frede, E. C. (1995). The role of program quality in producing early childhood program benefits. *The Future of Children* (Vol. 5, No. 3), 115-132.

Frederikse, M., Lu, A., Aylward, E., Barta, P., Sharma, T., & Pearlson, G. (2000). Sex differences in inferior lobule volume in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 157,* 422-427.

Fredrickson, D. D. (1993). Breastfeeding research priorities, opportunities, and study criteria: What we learned from the smoking trail. *Journal of Human Lactation, 3,* 147-150.

Fredriksen, K., Rhodes, J., Reddy, R., & Way, N. (2004). Sleepless in Chicago: Tracking the effects of adolescent sleep loss during the middle school years. *Child Development, 75,* 84-95.

Freeman, S., & Herron, J. (2004). *Evolutionary analysis* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Freeman-Fobbs, P. (2003). Feeding our children to death. *Journal of the National Medical Association, 95,* 119.

Frenkel, D., Dori, M., & Solomon, B. (2004). Generation of anti-beta-amyloid antibodies via phage display technology. *Vaccine, 22,* 2505-2508.

Frenn, M., Malin, S., Bansal, N., Delgado, M., Greer, Y., Havice, M., Ho, M., & Schweizer, H. (2003). Addressing health disparities in middle school students' nutrition and exercise. *Journal of Community Health and Nursing, 20,* 1-14.

Freud, A., & Dann, S. (1951). Instinctual anxiety during puberty. In A. Freud (Ed.), *The ego and its mechanisms of defense.* New York: International Universities Press.

Freud, S. (1917). *A general introduction to psychoanalysis.* New York: Washington Square Press.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 82,* 642-662.

Freund, A. M., & Riediger, M. (2003). Successful aging. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Fridrich, A. H., & Flannery, D. J. (1995). The effects of ethnicity and acculturation on early adolescent delinquency. *Journal of Child & Family Studies, 4,* 69-87.

Fried, P. A. (2002). Conceptual issues in behavioral teratology and their application in determining long-term sequelae of prenatal marijuana exposure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43,* 81-102.

Fried, P. A., & Watkinson, B. (1990). 36- and 48-month neurobehavioral follow-up of children prenatally exposed to marijuana, cigarettes, and alcohol. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 11,* 49-58.

Friedman, M., & Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart.* New York: Knopf.

Friedman, S. L., Randolph, S., & Kochanoff, A. (2004). Child care research. In J. G. Bremner & A. Fogel (Eds.), *Blackwell handbook of infant development.* Malden, MA: Blackwell.

Friend, M. (2005). *Special education.* Boston: Allyn & Bacon.

Frieske, D. A., & Park, D. C. (1999). Memory for news in young and old adults. *Psychology and aging, 14,* 90-98.

Fry, P. S. (1999, November). *Significance of religiosity and spirituality to psychological well-being of older adults.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

Fry, P. S. (2001). The unique contribution of key existential factors to the prediction of psychological well-being of older adults following spousal loss. *The Gerontologist, 41,* 69-81.

Frye, D. (1999). Development of intention: The relation of executive function to theory of mind. In P. D. Zelazo, J. W. Astington, & D. R. Olson (Eds.), *Developing theories of intention: Social understanding and self-control.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fujikado, T., Kuroa, T., Maeda, N., Ninomiya, S., Goto, H., Tano, Y., Oshika, T., Hiroshara, Y., & Mihashi, T. (2004). Light scattering and optical aberrations as objective parameters to predict

visual deterioration in eyes with cataracts. *Journal of Cataract and Refractive Surgery, 30,* 1198-1208.

Fuligni, A. J., Alvarez, J., Bachman, M., & Ruble, D. N. (2005). Family obligation and the motivation of young children from immigrant families. In C. R. Cooper, C. T. Garcia Coll, W. T. Bartko, H. M. Davis, & C. Chatman (Eds.), *Developmental pathways through middle childhood.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fuligni, A. J., & Yoshikawa, H. (2003). Socioeconomic resources, poverty, and child development among immigrant families. In M. H. Bornstein & R. H. Bradley (Eds.), *Socioeconomic status, parenting, and child development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fuligni, A., & Yoshikawa, H. (2004). Investments in children among immigrant families. In A. Kalil & T. DeLeire (Eds.), *Family investments in children's potential.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fuller-Thomson, E., & Minkler, M. (2001). American grandparents providing extensive care to their grandchildren: Prevalence and profile. *The Gerontologist, 41* (No. 2), 201-209.

Fulmer, T., Guadagno, L., & Bolton, M. M. (2004). Elder mistreatment in women. *Journal of Obstetrics, Gynecological, and Neonatal Nursing, 33,* 657-663.

Fung, H., & Carstensen, L. L. (2004). Motivational changes in response to blocked goals and foreshortened time: Testing alternatives to socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging, 19,* 68-78.

Furman, W., & Shaffer, L. (2003). The role of romantic relationships in adolescent development. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Furth, H. G., & Wachs, H. (1975). *Thinking goes to school.* New York: Oxford University Press.

Galambos, N. L. (2004). Gender and gender role development in adolescence. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescence.* New York: Wiley.

Galambos, N. L., & Maggs, J. L. (1989, April). *The afterschool ecology of young adolescents and self-reported behavior.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City.

Gale, C. R., & Martin, C. N. (2004). Birth weight and later risk of depression in a national cohort. *British Journal of Psychiatry, 184,* 28-33.

Galician, M-L. (2004). *Sex, love, and romance in the mass media.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (2003). *Educational research* (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Gall, T. L., Evans, D. R., & Howard, J. (1997). The retirement adjustment process: Changes in well-being of male retirees across time. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 52,* P110-P117.

Gallagher, C. (2000). A seat at the table: Teachers reclaiming assessment through rethinking accountability. *Phi Delta Kappan, 81,* 502-507.

Gallo, L. C., Troxel, W. M., Matthews, K. A., & Kuller, L. W. (2003). Marital status and quality in middle-aged women: Associations with levels and trajectories of cardiovascular risk factors. *Health Psychology, 22,* 453-463.

Gallo, W. T., Bradley, E. H., Falba, T. A., Dubin, J. A., Cramer, L. D., Bogardus, S. T., & Kasl, S. V. (2004). Involuntary job loss as a risk factor for subsequent myocardial infarction and stroke: Findings from the Health and Retirement Survey. *American Journal of Industrial Medicine, 45,* 408-416.

Galloway, J. C., & Thelen, E. (2004). Feet first: Object exploration in young infants. *Infant Behavior and Development, 27,* 107-112.

Gallup, G. H. (1987). *The Gallup poll: Public opinion 1986.* Wilmington, DE: Scholarly Resources.

Galotti, K. M., & Kozberg, S. F. (1996). Adolescents' experience of a life-framing decision. *Journal of Youth and Adolescence, 25,* 3-16.

Gamino, L. A., & Sewell, K. W. (2004). Meaning constructs as predictors of bereavement adjustment: A report from the Scott & White grief study. *Death Studies, 28,* 397-421.

Gandour, J., Wong, D., Dzemidzic, M., Lowe, M., Tong, Y., & Li, X. (2003). A cross-linguistic fMRI study of perception of intonation and emotion in Chinese. *Human Brain Mapping, 18,* 149-157.

Gannon, L. (1998). Menopause. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 2). San Diego: Academic Press.

Ganong, L. H., & Coleman, M. (1994). *Remarried family relationships.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Gao, Y., Elliott, M. E., & Waters, E. (1999, April). *Maternal attachment representations and support for three-year-olds' secure base behavior.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque.

Garbarino, J. (1999). *Lost boys: Why our sons turn violent and how we can save them.* New York: Free Press.

Garbarino, J. (2001). Violent children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 155,* 1-2.

Garbarino, J., Bradshaw, C. P., & Kostelny, K. (2005). Neighborhood and community influences on parenting. In T. Luster & L. Okaghi (Eds.), *Parenting: An ecological perspective.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K., & Pardo, C. (1992). *Children in danger.* San Francisco: Jossey-Bass.

Garcia-Alba, C. (2004). Anorexia and depression. *Spanish Journal of Psychology, 7,* 40-52.

Gard, J. W., Alexander, J. M., Bawdon, R. E., & Albrecht, J. T. (2002). Oxytocin preparation stability in several common intravenous solutions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186,* 496-498.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind.* New York: Basic Books.

Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences.* New York: Basic Books.

Gardner, H. (2002). The pursuit of excellence through education. In M. Ferrari (Ed.), *Learning from extraordinary minds.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Garofalo, R., Wolf, R. C., Wissow, L. S., Woods, E. R., & Goodman, E. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153,* 487-493.

Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology, 19,* 6-25.

Garton, A. F. (2004). *Exploring cognitive development: The child as a problem solver.* Malden, MA: Blackwell.

Gaugler, J. E., Zarit, S. H., & Perlin, L. (2003). The onset of dementia caregiving and its longitudinal implications. *Psychology and Aging, 18,* 171-180.

Gaulin, J. C., & McBurney, D. H. (2004). *Evolutionary psychology* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Gavrilov, L. A., & Gavrilova, N. S. (2002). Evolutionary theories of aging and longevity. *The Scientific World Journal, 2,* 339-356.

Gehrman, C., & Hovell, M. (2003). Protecting children from environmental tobacco smoke (ETS) exposure: A critical review. *Nicotine and Tobacco Research, 5,* 289-301.

Gelman, R. (1969). Conservation acquisition: A problem of learning to attend to relevant attributes. *Journal of Experimental Child Psychology, 7,* 67-87.

Gelman, R., & Brenneman, K. (1994). Domain specificity and cultural variation are not inconsistent. In L. A. Hirschfeld & S. Gelman (Eds.), *Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture.* New York: Cambridge University Press.

Gelman, R., & Williams, E. M. (1998). Enabling constraints for cognitive development and learning. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 4). New York: Wiley.

Gelman, S. A., & Opfer, J. E. (2004). Development of the animate-inanimate distinction. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Gelman, S. A., Taylor, M. G., & Nguyen, S. P. (2004). Mother-child conversations about gender. *Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 69 (No. 1), Serial No. 275.*

Genova, M. L., Pich, M. M., Bernacchia, A., Bianchi, C., Biondi, A., Bovina, C., Falasca, A. I., Formiggini, G., Castelli, G. P., & Lenaz, G. (2004). The mitochondrial production of reactive oxygen species in relation to aging and pathology. *Annals of the New York Academy of Science, 1011,* 86-100.

Gerlach, P. (1998). *Stepfamily in formation.* Chicago: Stepfamily Association of Illinois.

Gerrard, J. A., & Chudasama, G. (2003). Screening to reduce HIV transmission from mother to baby. *Nursing Times, 99,* 44-45.

Gerrotsen, M., Berg, I., Deelman, B., Visser-Keizer, A., & Jong, B. (2003). Speed of information processing after unilateral stroke. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 25,* 1-13.

Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analysis and theoretical review. *Psychological Bulletin, 128,* 539-579.

Gescheider, G. A. (1997). *Psychophysics: The fundamentals.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gesell, A. (1934). *An atlas of infant behavior.* New Haven, CT: Yale University Press.

Gesell, A. L. (1934). *Infancy and human growth.* New York: Macmillan.

Gessert, C. E., Elliott, B. A., & Haller, I. V. (2003). Mortality patterns in middle and old age. *Journals of Gerontology A: Biological and Medical Sciences, 58,* B967.

Gewirtz, J. (1977). Maternal responding and the conditioning of infant crying: Directions of influence within the attachment-acquisition process. In B. C. Etzel, J. M. LeBlanc, & D. M. Baer (Eds.), *New developments in behavioral research.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Giacomoni, P. U., & Rein, G. (2004). A mechanistic model for the aging of human skin. *Micron, 35,* 179-184.

Giammattei, J., Blix, G., Marshak, H. H., Wollitzer, A. O., & Pettitt, D. J. (2003). Television watching and soft drink consumption: Associations with obesity in 11- to 13-year-old schoolchildren. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 157,* 882-886.

Gibbons, J. L. (2000). Gender development in cross-cultural perspective. In T. Eckes & H. M. Trautner (Eds.), *The developmental social psychology of gender.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gibbons, J., & Ng, S. H. (2004). Acting bilingual and thinking bilingual. *Journal of Language and Social Psychology, 23,* 4-6.

Gibbs, J. C. (1993, March). *Inductive discipline's contribution to moral motivation.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans.

Gibbs, J. C. (2003). *Moral development & reality.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Gibson, E. J. (1969). *Principles of perceptual learning and development.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Gibson, E. J. (1989). Exploratory behavior in the development of perceiving, acting, and the acquiring of knowledge. *Annual Review of Psychology* (Vol. 39). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Gibson, E. J. (2001). *Perceiving the affordances.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gibson, E. J., Riccio, G., Schmuckler, M. A., Stoffregen, T. A., Rosenberg, D., & Taormina, J. (1987). Detection of the traversability of surfaces by crawling and walking infants. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 13,* 533-544.

Gibson, E. J., & Walk, R. D. (1960). The «visual cliff.» *Scientific American, 202,* 64-71.

Gibson, J. H., Harries, M., Mitchell, A., Godfrey, R., Lunt, M., & Reeve, J. (2000). Determinants of bone density and prevalence of osteopenia among female runners in their second to seventh decades of age. *Bone, 26,* 591-598.

Gibson, J. J. (1966). *The senses considered as perceptual systems.* Boston: Houghton Mifflin.

Gibson, J. J. (1979). *The ecological approach to visual perception.* Boston: Houghton Mifflin.

Giedd, J. N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021,* 77-85.

Giedd, J., Jeffries, N., Blumenthal, J., Castellanos, F., Vaituzis, A., Fernandez, T., Hamburger, S., Liu, H., Nelson, J., Bedwell, J., Tran, L., Lenane, M., Nicolson, R., & Rapoport, J. (1999). Childhood-onset schizophrenia: Progressive brain changes during adolescence. *Biological Psychiatry, 46,* 892-898.

Gifford-Smith, M. E., & Rabiner, D. L. (2004). Children's understanding and regulation of emotion in the context of their peer relations. In J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Eds.), *Children's peer relations.* Washington, DC: American Psychological Association.

Gilhar, A., Ullman, Y., Karry, R., Shalaginov, R., Assy, B., Serafimovich, S., & Kalish, R. S. (2004). Aging of human epidermis. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59,* B411-B415.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gilligan, C. (1992, May). *Joining the resistance: Girls' development in adolescence.* Paper presented at the symposium on

development and vulnerability in close relationships, Montreal, Quebec.

Gilligan, C. (1996). The centrality of relationships in psychological development: A puzzle, some evidence, and a theory. In G. G. Noam & K. W. Fischer (Eds.), *Development and vulnerability in close relationships.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Giotakos, O., Markianos, M., Vaidakis, N., & Christodoulou, G. N. (2003). Aggression, impulsivity, plasma sex hormones, and biogenic amine turnover in a forensic population of rapists. *Journal of Sex and Marital Therapy, 29,* 215-225.

Giron, M. S. T., Forsell, Y., Bernsten, C., Thorslund, M., Winblad, B., & Fastborn, J. (2002). Sleep problems in a very old population: Drug use and clinical correlates. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 57A,* M236-M240.

Glassman, T. (2002). The failure of higher education to reduce the binge drinking rate. *Journal of American College Health, 51,* 143-144.

Glei, D. A. (1999). Measuring contraceptive use patterns among teenage and adult women. *Family Planning Perspectives, 31,* 73-80.

Godding, V., Bonnier, C., Fiasse, L., Michel, M., Longueville, E., Lebecque, P., Robert, A., & Galanti, L. (2004). Does in utero exposure to heavy maternal smoking induce nicotine withdrawal symptoms in neonates? *Pediatric Research, 55,* 645-651.

Golan, M., & Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Review, 62,* 39-50.

Goldman, N., Weinstein, M., Cornman, J., Singer, B., Seeman, T., Goldman, N., & Chang, M. C. (2004). Sex differentials in biological risk factors for chronic disease. *Journal of Women's Health, 13,* 393-403.

Goldsmith, H. H. (2002). Genetics of emotional development. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences.* New York: Oxford University Press.

Goldsmith, H. H., & Davidson, R. J. (2004). Disambiguating the components of emotion regulation. *Child Development, 75,* 361-365.

Goldsmith, H. H., & Gottesman, I. I. (1981). Origins of variation in behavioral style: A longitudinal study of temperament in young twins. *Child Development, 52,* 91-103.

Goldsmith, H. H., Lemery, K. S., & Essex, M. J. (2004). Temperament as a liability factor for behavioral disorders of childhood. In L. F. DiLalla (Ed.), *Behavior genetics principles.* Washington, DC: American Psychological Association.

Goldstein, J. M., Seidman, L. J., Horton, N. J., Makris, N., Kennedy, D. N., Caviness, V. S., Faraone, S. V., & Tsuang, M. T. (2001). Normal sexual dimorphism of the adult human brain assessed by in vivo magnetic resonance imaging. *Cerebral Cortex, 11,* 490-497.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence.* New York: Basic Books.

Goleman, D., Kaufman, P., & Ray, M. (1993). *The creative spirit.* New York: Plume.

Golombok, S., MacCallum, F., & Goodman, E. (2001). The «test-tube» generation: Parent-child relationships and the psychological well-being of in vitro fertilization children at adolescence. *Child Development, 72,* 599-608.

Gonzales, N. A., Knight, G. P., Birman, D., & Sirolli, A. A. (2004). Acculturation and enculturation among Latino youths. In K. L. Maton, C. J. Schellenbach, B. J. Leadbetter, & A. L. Solarz (Eds.), *Investing in children, youth, families, and communities.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gonzales, N. A., Knight, G. P., Morgan Lopez, A., Saenz, D., & Sirolli, A. (2002). Acculturation and the mental health of Latino youths: An integration and critique of the literature. In J. M. Contreras, K. A. Kerns, & A. M. Neal-Barnett (Eds.), *Latino children and families in the United States.* Westport, CT: Greenwood.

Gonzalez-del Angel, A. A., Vidal, S., Saldan, Y., del Castillo, V., Angel, M., Macias, M., Luna, P., & Orozco, L. (2000). Molecular diagnosis of the fragile X and FRAXE syndromes in patients with mental retardation of unknown cause in Mexico. *Annals of Genetics, 43,* 29-34.

Goodman, C. C. (2003). Intergenerational triads in grandparent-headed families. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58,* S281-S289.

Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression: Its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing, 45,* 26-35.

Gooren, L. J. (2002). Psychological consequences. *Seminars in Reproductive Medicine, 20,* 285-296.

Gooren, L. J. (2003). Androgen deficiency in the aging male: Benefits and risks of androgen supplementation. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, 85,* 349-355.

Goorhuis-Brouwer, S., Coster, H., Nakken, H., & Spelberg, H. L. (2004). Environmental factors in developmental language disorders. In L. Verhoeven & H. Van Balkom (Eds.), *The classification of language disorders.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Goos, M. (2004). Learning mathematics in a classroom community of inquiry. *Journal for Research in Mathematics Education, 35,* 258-291.

Gotesdam, K. G., & Agras, W. S. (1995). General population-based epidemiological survey of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders, 18,* 119-126.

Goto, S., Takashasi, R., Araki, S., & Nakamoto, H. (2002). Dietary restriction initiated in late adulthood can reverse age-related alterations of protein and protein metabolism. *Annals of the New York Academy of Science, 959,* 50-60.

Gottesman, I. I. (2004). Postscript: Eyewitness to maturation. In L. F. DiLalla (Ed.), *Behavior genetics principles.* Washington, DC: American Psychological Association.

Gottfried, A. E., Gottfried, A. W., & Bathurst, K. (2002). Maternal and dual-earner employment status and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 2). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gottlieb, G. (1998). Normally occurring environmental and behavioral influences on gene activity: From central dogma to probabilistic epigenesis. *Psychological Review, 105,* 792-802.

Gottlieb, G. (2002). Origin of species: The potential significance of early experience for evolution. In W. W. Hartup & R. A. Weinberg (Eds.), *Child psychology in retrospect and prospect.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gottlieb, G. (2003). *Developmental behavioral genetics and the statistical concept of interaction.* Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of North Carolina, Chapel Hill.

Gottlieb, G. (2004). Normally occurring environmental and behavioral influences

on gene activity. In C. G. Coll, E. L. Bearer, & R. M. Lerner (Eds.), *Nature and nurture.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gottlieb, G., Wahlsten, D., & Lickliter, R. (1998). The significance of biology for human development: A developmental psychobiological systems view. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 1). New York: Wiley.

Gottman, J. M. (1994). *Why marriages succeed or fail.* New York: Simon & Schuster.

Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family, 60,* 5-22.

Gottman, J. M., & DeClaire, J. (1997). *The heart of parenting: Raising an emotionally intelligent child.* New York: Simon & Schuster.

Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (2000). The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-year period. *Journal of Marriage and the Family, 62,* 737-745.

Gottman, J. M., & Notarius, C. I. (2000). Decade review: Observing marital interaction. *Journal of Marriage and the Family, 62,* 927-947.

Gottman, J. M., & Parker, J. G. (Eds.) (1987). *Conversations of friends.* New York: Cambridge University Press.

Gottman, J. M., Ryan, K. D., Carrere, S., & Erley, A. M. (2002). Toward a scientifically based marital therapy. In H. A. Liddle & D. A. Santisteban (Eds.), *Family psychology.* Washington, DC: American Psychological Association.

Gottman, J. M., & Silver, N. (1999). *The seven principles for making marriages work.* New York: Crown.

Gould, E., Reeves, A. J., Graziano, M. S., & Gross, C. G. (1999). Neurogenesis in the neocortex of adult primates. *Science, 286* (1), 548-552.

Gould, M. (2001, December 5). *Science for all: Just growing pains? The mental health of our children.* Washington, DC: National Institute of Mental Health.

Gould, S. J. (1981). *The mismeasure of man.* New York: W. W. Norton.

Gouldner, H., & Strong, M. M. (1987). *Speaking of friendship.* New York: Greenwood Press.

Gounin-Decarie, T. (1996). Revisiting Piaget, or the vulnerability of Piaget's infancy theory in the nineties. In G. G. Noam & K. W. Fischer (Eds.), *Development and vulnerability in close relationships.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gove, W. R., Style, C. B., & Hughes, M. (1990). The effect of marriage on the well-being of adults: A theoretical analysis. *Journal of Health and Social Behavior, 24,* 122-131.

Govier, F., Potempa, A. J., Kaufman, J., Denne, J., Kovalenko, P., & Ahuja, S. (2003). A multicenter, randomized, double-blind, crossover study of patient preference for tadalafil 20 mg or sildenafil citrate 50 mg during initiation of treatment for erectile dysfunction. *Clinical Therapeutics, 25,* 2709-2723.

Gowan, D. E. (2003). Christian beliefs concerning death and life after death. In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death and dying.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Gowers, S., & Bryant-Waugh, R. (2004). Management of child and adolescent eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 45,* 63-83.

Graber, J. A. (2003). *Early puberty and drug use.* Unpublished data, Department of Psychology, University of Florida, Gainsville.

Graber, J. A. (2004). Internalizing problems during adolescence. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed.). New York: Wiley.

Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2001). Body image. In R. M. Lerner & J. V. Lerner (Eds.), *Adolescence in America.* Santa Barbara, CA: ABC-CLIO.

Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Adolescent girls' sexual development. In G. M. Wingood & R. J. DiClemente (Eds.), *Handbook of sexual and reproductive health.* New York: Plenum.

Graber, J. A., Seeley, J. R., Brooks-Gunn, J., & Lewinsohn, P. M. (2004). Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,* 718-726.

Graham, S. (1992). Most of the subjects were white and middle class. *American Psychologist, 47,* 629-637.

Grambs, J. D. (1989). *Women over forty* (rev. ed.). New York: Springer.

Grandjean, P., White, R. F., Weihe, P., & Jorgensen, P. J. (2003). Neurotoxic risk caused by stable and variable exposure to methylmercury from seafood. *Ambulatory Pediatrics, 1,* 18-23.

Grant, J. P. (1997). *The state of the world's children.* New York: UNICEF and Oxford University Press.

Grantham-McGregor, S., Ani, C., & Fernald, L. (2001). The role of nutrition in cognitive development. In R. J. Sternberg & E. I. Grigorenko (Eds.), *Environmental effects on cognitive abilities.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gray, J. (1992). *Men are from Mars, women are from Venus.* New York: HarperCollins.

Gray, M. J., & Acierno, R. (2002). Symptom presentation of older adult crime victim description of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 16,* 299-309.

Green, L. A., Fryer, G. E., Yawn, B. P., Lanier, D., & Dovey, S. M. (2001). The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine, 344,* 2021-2025.

Greenberger, E., & Steinberg, L. (1986). *When teenagers work: The psychological social costs of adolescent employment.* New York: Basic Books.

Greene, V. L., Lovely, M. E., Miller, M. D., & Ondrich, J. I. (1995). Reducing nursing home use through community long-term care: An optimization analysis. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 50,* S259-S268.

Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59,* S258-S264.

Greenfield, P. M., Keller, H., Fuligni, A., & Maynard, A. (2003). Cultural pathways through universal development. *Annual Review of Psychology, 54,* 461-490.

Greenhaus, J. H., Collins, K. M., & Shaw, J. D. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior, 63,* 510-531.

Greenough, W. T. (1997, April 21). Commentary in article, «Politics of biology.» *U.S. News & World Report,* p. 79.

Greenough, W. T. (1999, April). *Experience, brain development, and links to mental retardation.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque.

Greenough, W. T. (2001, April). *Nature and nurture in the brain development process.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Greenough, W. T., Klintsova, A. Y., Irvan, S. A., Galvez, R., Bates, K. E., & Weiler, I. J. (2001). Synaptic regulation of protein synthesis and the fragile X protein. *Proceedings of the National Academy of Science USA, 98,* 7101-7106.

Gregg, R. E. (2004). Restrictions on workplace romance and consensual relationship policies. *Journal of Medical Practice Management, 19,* 314-316.

Gregory, R. J. (2004). *Psychological testing* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Greven, P. (1991). *Spare the child: The religious roots of punishment and the psychological impact of physical abuse.* New York: Knopf.

Griffith Joyner, F., & Hanc, J. (1999). *Running for dummies.* Foster City, CA: IDG Books.

Grigorenko, E. (2000). Heritability and intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence.* New York: Cambridge University Press.

Grigorenko, E. L. (2001). The invisible danger: The impact of ionizing radiation on cognitive development and functioning. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *Environmental effects on cognitive abilities.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Grigorenko, E. L., Geissler, P., Prince, R., Okatcha, F., Nokes, C., Kenney, D. A., Bundy, D. A., & Sternberg, R. J. (2001). The organization of Luo conceptions of intelligence: A study of implicit theories in a Kenyan village. *International Journal of Behavioral Development, 25,* 367-378.

Grigoriadis, S., & Kennedy, S. H. (2002). Role of estrogen in the treatment of depression. *American Journal of Therapy, 9,* 503-509.

Grogan-Kaylor, A. (2003). The effect of childhood maltreatment on adult criminality: A tobit regression analysis. *Child Maltreatment, 8,* 129-137.

Grolnick, W. S., Bridges, L. J., & Connell, J. P. (1996). Emotion regulation in two-year-olds: Strategies and emotional expression in four contexts. *Child Development, 67,* 928-941.

Grolnick, W. S., & Gurland, S. T. (2001). Mothering: Retrospect and prospect. In J. P. McHale & W. S. Grolnick (Eds.), *Retrospect and prospect in the psychological study of families.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gross, R. T. (1984). Patterns of maturation: Their effects on behavior and development. In M. D. Levine & P. Satz (Eds.), *Middle childhood: Development and dysfunction.* Baltimore: University Park Press.

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Spangler, G., Suess, G., & Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in Northern Germany. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50* (1-2, Serial No. 209).

Grotevant, H. D., & McRoy, R. G. (1990). Adopted adolescents in residential treatment: The role of the family. In D. M. Brodzinsky & M. D. Schechter (Eds.), *The psychology of adoption.* New York: Oxford University Press.

Groth, K. E., Gilmore, G. C., & Thomas, C. W. (2003). Impact of stimulus integrity on age differences in letter matching. *Experimental Aging Research, 29,* 155-172.

Gruber, E., & Gruber, J. W. (2000). Adolescent sexuality and the media: A review of current knowledge and implications. *Western Journal of Medicine, 172,* 210-214.

Grundman, M., & others. (2004). Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials. *Archives of Neurology, 61,* 59-66.

Grusec, J. (2005). Development of moral behavior and conscience. In M. Killen & J. G. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Grusec, J., Davidov, M., & Lundell, L. (2002). Prosocial and helping behavior. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development.* Malden, MA: Blackwell.

Guastello, D. D., & Guastello, S. J. (2003). Androgyny, gender role behavior, and emotional intelligence among college students and their parents. *Sex Roles, 49,* 663-673.

Gudykunst, W. B. (2004). *Bridging differences* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Guilford, J. P. (1967). *The structure of intellect.* New York: McGraw-Hill.

Gump, B., & Matthews, K. (2000, March). *Annual vacations, health, and death.* Paper presented at the meeting of American Psychosomatic Society, Savannah, GA.

Gunnar, M. R. (2000). Early adversity and the development of stress reactivity and regulation. In C. A. Nelson (Ed.), *The effects of early adversity on neurobehavioral development. The Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 31). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Gunnar, M. R., & Davis, E. P. (2003). Stress and emotion in early childhood. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. 6). New York: Wiley.

Gunnar, M. R., Malone, S., & Fisch, R. O. (1987). The psychobiology of stress and coping in the human neonate: Studies of the adrenocortical activity in response to stress in the first week of life. In T. Field, P. McCabe, & N. Scheiderman (Eds.), *Stress and coping.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Guo, Y. L., Lambert, G. H., Hsu, C. C., & Hsu, M. M. (2004). Yucheng: Health effects of prenatal exposure to polychlorinated biphenyls and dibenzofurans. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 77,* 153-158.

Gur, R. C., Mozley, L. H., Mozley, P. D., Resnick, S. M., Karp, J. S., Alavi, A., Arnold, S. E., & Gur, R. E. (1995). Sex differences in regional cerebral glucose metabolism during a resting state. *Science, 267,* 528-531.

Gurung, R. A., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2003). Accounting for changes in social support among older adults: Insights from the MacArthur Studies of Successful Aging. *Psychology and Aging, 18,* 487-496.

Gurwitch, R. H., Silovsky, J. F., Schultz, S., Kees, M., & Burlingame, B. A. (2001). Reactions and guidelines for children following trauma/disaster. *APA Online.* Washington, DC: American Psychological Association.

Gustafson, D., Rothenberg, E., Blennow, K., Steen, B., & Skoog, I. (2003). An 18-year follow-up of overweight and risk of Alzheimer disease. *Archives of Internal Medicine, 163,* 1524-1528.

Gutman, L. M. (2002, April). *The role of stage-environment fit from early adolescence to young adulthood.* Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence, New Orleans.

Gutmann, D. L. (1975). Parenthood: A key to the comparative study of the life cycle. In N. Datan & L. Ginsberg (Eds.), *Life-span developmental psychology: Normative life crises.* New York: Academic Press.

Gwyn, K., Bondy, M. L., Cohen, D. S., Lund, M. J., Liff, J. M., Flagg, E. W., Brinton, L. A., Eley, J. W., & Coates, R. J. (2004). Racial differences in diagnosis, treatment, and clinical delays in a population-based study of patients with newly diagnosed breast carcinoma. *Cancer, 100,* 1595-1604.

Gyamfi, P., Brooks-Gunn, J., & Jackson, A. P. (2001). Associations between employment and financial and parental stress in low-income single Black mothers. In M. C. Lennon (Ed.), *Welfare, work, and well-being.* New York: Haworth Press.

Haager, D., & Klingner, J. K. (2005). *Differentiating instruction in inclusive classrooms.* Boston: Allyn & Bacon.

Haan, M. N., & Wallace, R. (2004). Can dementia be prevented? Brain aging in a population-based context. *Annual Review of Public Health, 25,* 1-24.

Haas, F. (2003). Bereavement care: Seeing the body. *Nursing Standards, 17,* 33-37.

Haber, D., & Rhodes, D. (2004). Health contract with sedentary older adults. *Gerontologist, 44,* 827-835.

Hagestad, G. O. (1985). Continuity and connectedness. In V. L. Bengtson (Ed.), *Grandparenthood.* Beverly Hills, CA: Sage.

Hahn, C. S., & DiPietro, J. A. (2001). In vitro fertilization and the family: Quality of parenting, family functioning, and child psychosocial adjustment. *Developmental Psychology, 37,* 37-48.

Hahn, D. B., Payne, W. A., & Mauer, E. B. (2005). *Focus on health* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.

Hahn, W. K. (1987). Cerebral lateralization of function: From infancy through childhood. *Psychological Bulletin, 101,* 376-392.

Haider-Markely, D. P., & Joslyn, M. R. (2004). Just how important is the messenger versus the message? The case of framing physician-assisted suicide. *Death Studies, 28,* 243-262.

Haith, M. M., & Benson, J. B. (1998). Infant cognition. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 2). New York: Wiley.

Haith, M. M., Hazen, C., & Goodman, G. S. (1988). Expectation and anticipation of dynamic visual events by 3.5 month old babies. *Child Development, 59,* 467-479.

Hakuta, K. (2000). Bilingualism. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Hakuta, K. (2001, April). *Key policy milestones and directions in the education of English language learners.* Paper prepared for the Rockefeller Foundation Symposium, Leveraging change: An emerging framework for educational equity, Washington, DC.

Hakuta, K., Butler, Y. G., & Witt, D. (2000). *How long does it take English learners to attain proficiency?* Berkeley, CA: The University of California Linguistic Minority Research Institute Policy Report 2000-1.

Halford, G. S. (2004). Information processing models of cognitive development. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence* (Vols. 1 & 2). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Hallahan, D. P., & Kaufmann, J. M. (2003). *Exceptional learners* (9th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M. P., & Martinez, E. A. (2005). *Learning disabilities* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hallberg, I. R. (2004). Death and dying from old people's point of view. *Aging: Clinical and Experimental Research, 16,* 87-103.

Hallfors, D. D., Waller, M. W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H., & Iritani, B. (2004). Adolescent depression and suicide risk: Association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine, 27,* 224-231.

Halliburton, R. (2004). *Introduction to population genetics.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Halonen, J., & Santrock, J. W. (1999). *Psychology: Contexts and applications.* Boston: McGraw-Hill.

Halpern, D. (2001). Sex difference research: Cognitive abilities. In J. Worell (Ed.), *Handbook of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Hambleton, R. K. (2002). How can we make NAEP and state test score reporting scales and reports more understandable? In R. W. Lissitz & W. D. Schafer (Eds.), *Assessment in educational reform: Both means and ends.* Boston: Allyn & Bacon.

Hamburg, B., & Hamburg, D. (2004). On the future of adolescent psychology. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Hamburg, D. A. (1997). Meeting the essential requirements for healthy adolescent development in a transforming world. In R. Takanishi & D. Hamburg (Eds.), *Preparing adolescents for the 21st century.* New York: Cambridge University Press.

Hamet, P., & Tremblay, J. (2003). Genes of aging. *Metabolism (Suppl.), 52,* 5-9.

Hamilton, M. A., & Hamilton, S. F. (2004). Designing work and service for learning. In S. F. Hamilton & M. A. Hamilton (Eds.), *The youth development handbook.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Hammen, C. (2003). Mood disorders. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VIII). New York: Wiley, p. 15.

Han, S. K., & Moen, P. (1998). *Clocking out: Multiplex time use in retirement.* Bronfenbrenner Life Course Center Working Paper Series #98-03m. Ithaca, NY: Cornell University.

Hanaoka, H., & Okamura, H. (2004). Study on the effects of life review activities on the quality of life of the elderly: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 73,* 302-311.

Hanevold, C., Waller, J., Daniels, S., Portman, R., & Sorol, J. (2004). The effects of obesity, gender, and ethnic group on left ventricular hypertrophy and geometry in hypertensive children: A collaborative study of the International Pediatric Hypertension Association. *Pediatrics, 113,* 328-333.

Hankinson, S. E., Colditz, G. A., Manson, J. E., & Speizer, F. E. (2001). *Healthy women, healthy lives.* Dallas: American Heart Association.

Hannish, L. D., & Guerra, N. G. (2004). Aggressive victims, passive victims, and bullies: Developmental continuity or developmental change? *Merrill-Palmer Quarterly, 50,* 17-38.

Hansford, B. C., & Hattie, J. A. (1982). The relationship between self and

achievement/performance measures. *Review of Educational Research, 52,* 123-142.

Harding, B., Risdon, R. A., & Krous, H. F. (2004). Shaken baby syndrome. *British Medical Journal, 328,* 719-720.

Hardman, M. L., Drew, C. J., & Egan, M. W. (2005). *Human exceptionality* (8th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hariri, A. R., Mahay, V. S., Tessitore, A., Kolachana, B., Fera, F., Goldman, D., Egan, M. F., & Weinberger, D. R. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science, 297,* 400-403.

Harkins, S. W., Price, D. D., & Martinelli, M. (1986). Effects of age on pain perception. *Journal of Gerontology, 41,* 58-63.

Harkness, S., & Super, C. M. (1995). Culture and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 3). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Harkness, S., & Super, C. M. (2002). Culture and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 2). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist, 13,* 673-685.

Harris, C. R. (2002). Sexual and romantic jealousy in heterosexual and homosexual adults. *Psychological Science, 13,* 7-12.

Harris, G. (2002). *Grandparenting: How to meet its responsibilities.* Los Angeles: The Americas Group.

Harris, G., Thomas, A., & Booth, D. A. (1990). Development of salt taste in infancy. *Developmental Psychology, 26,* 534-538.

Harris, J. R. (1998). *The nurture assumption: Why children turn out the way they do: Parents matter less than you think and peers matter more.* New York: Free Press.

Harris, L. (1975). *The myth and reality of aging in America.* Washington, DC: National Council on Aging.

Harris, L. (1987, September 3). The latchkey child phenomena. *Dallas Morning News,* pp. 1A, 10A.

Harris, L. (1997). *A national poll of children and exercise.* Washington, DC: Lou Harris & Associates.

Harris, S. M. (2004). The effect of health value and ethnicity on the relationship between hardiness and health behaviors. *Journal of Personality, 72,* 379-412.

Harrison-Hale, A. O., McLoyd, V. C., & Smedley, B. (2004). Racial and ethnic status: Risk and protective processes among African-American families. In K. L. Maton, C. J. Schellenbach, B. J. Leadbetter, & A. L. Solarz (Eds.), *Investing in children, youth, families, and communities.* Washington, DC: American Psychological Association.

Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young Americans.* Baltimore: Paul H. Brookes.

Hart, C. H., Burts, D. C., Durland, M. A., Charlesworth, R., DeWolf, M., & Fleege, P. O. (1998). Stress behaviors and activity type participation of preschoolers in more and less developmentally appropriate classrooms: SES and sex differences. *Journal Research in Childhood Education, 12,* 176-196.

Hart, C. H., Charlesworth, R., Burts, D. C., & DeWolf, M. (1993, March). *The relationship of attendance in developmentally appropriate or inappropriate kindergarten classrooms to first-grade behavior.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans.

Hart, C. H., Yang, C., Charlesworth, R., & Burts, D. C. (2003, April). *Early childhood teachers' curriculum beliefs, classroom practices, and children's outcomes: What are the connections?* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa, FL.

Hart, D. (2005). Service commitment and care exemplars. In M. Killen & J. G. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Harter, S. (1990). Processes underlying adolescent self-concept formation. In R. Montemayor, G. R. Adams, & R. P. Gulotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transitional period?* Newbury Park, CA: Sage.

Harter, S. (1999). *The construction of the self.* New York: Guilford.

Harter, S. (2002). Unpublished review of J. W. Santrock's *Child development* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.

Harter, S., & Whitesell, N. (2001, April). *What we have learned from Columbine: The impact of self-esteem on suicidal and violent ideation among adolescents.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Hartshorne, H., & May, M. S. (1928-1930). *Moral studies in the nature of character: Studies in the nature of character.* New York: Macmillan.

Hartup, W. W. (1983). The peer system. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed., Vol. 4). New York: Wiley.

Hartup, W. W. (1996). The company they keep: Friendships and their development significance. *Child Development, 67,* 1-13.

Hartup, W. W. (1999, April). *Peer relations and the growth of the individual child.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development. Albuquerque.

Hartup, W. W. (2000). Middle childhood: Socialization and social context. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Hartup, W. W., & Abecassis, M. (2004). Friends and enemies. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development.* Malden, MA: Blackwell.

Harvey, J. H., & Weber, A. L. (2002). *The odyssey of the heart* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Harwood, R., Leyendecker, B., Carlson, V., Asencio, M., & Miller, A. (2002). Parenting among Latino families in the U.S. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Haselager, G. J. T., Cilessen, A. H. N., Van Lieshout, C. F. M., Riksen-Walraen, J. M. A., & Hartup, W. W. (2002). Heterogeneity among peer-rejected boys across middle childhood: Developmental pathways of social behavior. *Developmental Psychology, 38,* 446-456.

Hasher, L. (2003, February 28). Commentary in «The wisdom of the wizened.» *Science, 299,* 1300-1302.

Hasher, L., Chung, C., May, C. P., & Foong, N. (2001). Age, time of testing, and proactive interference. *Canadian Journal of Experimental Psychology, 56,* 200-207.

Hatcliffe, S. (2003). Standing in their shoes: An experiential learning experience in promoting age sensitivity. *Journal of Nurses and Staff Development, 19,* 183-186.

Hauck, S. J., & Bartke, A. (2001). Free radical defenses in the liver and kidney

of human growth hormone transgenic mice. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56,* B153-B162.

Haugaard, J. J., & Hazan, C. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Reactive attachment disorder. *Child Maltreatment, 9,* 154-160.

Hauselmann, H. J., & Rizzoli, R. (2003). A comprehensive review of treatments for postmenopausal osteoporosis. *Osteoporosis International, 14,* 2-12.

Havighurst, S. S., Harley, A., & Prior, M. (2004). Building preschool children's emotional competence. *Early Education and Development, 15,* 423-447.

Hawkins, D. N., & Whiteman, S. D. (2004). Balancing work and family: Problems and solutions with low-income families. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds.), *Work-family challenges for low-income parents and their children.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hawkins, J. A., & Berndt, T. J. (1985, April). *Adjustment following the transition to junior high school.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Toronto.

Hawkins, S. A., Wiswell, R. A., & Marcell, T. J. (2003). Exercise and the master athlete—a model of successful aging? *Journals of Gerontology A: Biological and Medical Sciences, 58,* M1009-M1011.

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). Stress and the aging immune system. *Brain, Behavior, and Immunity, 18,* 114-119.

Hay, D. F., Payne, A., & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45,* 84-108.

Haycock, J. W., Becker, L., Ang, L., Furukawa, Y., Hornykiewicz, O., & Kish, S. J. (2003). Marked disparity between age-related changes in dopamine and other presynaptic dopaminergic markers in human striatum. *Journal of Neurochemistry, 87,* 574-585.

Hayflick, L. (1977). The cellular basis for biological aging. In C. E. Finch & L. Hayflick (Eds.), *Handbook of the biology of aging.* New York: Van Nostrand.

Haynie, D. L., Nansel, T., Eitel, P., Crump, A. D., Saylor, K., Yu, K., & Simons-Morton, B. (2001). Bullies, victims, and bully/victims: Distinct groups of at-risk youth. *Journal of Early Adolescence, 21,* 29-49.

Hayslip, B. (1996). Hospice. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 1). San Diego Academic Press.

Hayslip, B., Edmondson, R., & Guarnaccia, C. (1999, November). *Religiousness, perceptions of funerals, and bereavement adjustment in adulthood.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

Hayslip, B., & Hansson, R. (2003). Death awareness and adjustment across the life span. In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death and dying.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 522-524.

Health Management Resources. (2001). *Child health and fitness.* Boston: Author.

Heath, A. C., & Nelson, E. C. (2002). Effects of the interaction between genotype and environment. *Alcohol Research and Health, 26,* 193-206.

Heather, N. (2004). Addiction treatment: A strengths perspective. *Alcohol and Alcoholism, 39,* 70-71.

Hedberg, K., Hopkins, D., & Kohn, M. (2003). Five years of legal physician-assisted suicide in Oregon. *New England Journal of Medicine, 348,* 961-964.

Hedden, T., & Park, D. C. (2003). Contributions of source and inhibitory mechanisms to age-related retroactive interference in verbal working memory. *Journal of Experimental Psychology: General, 132,* 93-112.

Heilbronn, L. K., & Ravussin, E. (2003). Calorie restriction and aging: Review of the literature and implications for studies in humans. *American Journal of Clinical Nutrition, 78,* 361-369.

Heilman, A. W., Blair, T. R., & Rupley, W. H. (2002). *Principles and practices of teaching reading* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Heinicke, C. M. (2002). The transition to parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Helgeson, V. S. (2005). *Psychology of gender* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Helmuth, L. (2003, February 28). The wisdom of the wizened. *Science, 299,* 1300-1302.

Helson, R. (1997, August). *Personality change: When is it adult development?* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Chicago.

Helson, R., Mitchell, V., & Moane, G. (1984). Personality change in women from college to midlife. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 176-186.

Helson, R., & Wink, P. (1992). Personality change in women from the early 40s to early 50s. *Psychology and Aging, 7,* 46-55.

Helwig, C., & Turiel, E. (2004). Moral reasoning and social development. In P. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of social development.* Malden, MA: Blackwell.

Henderson, P., Martines, J., & de Zoysa, I. (2004). Mortality associated with reasons for not breastfeeding. *AIDS, 18,* 361-362.

Hendrick, C., & Hendrick, S. S. (Eds.). (2000). *Close relationships.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Hendrick, C., & Hendrick, S. S. (2004). Sex and romantic love. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hendrick, S. (2001). Intimacy and love. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Hendry, J. (1995). *Understanding Japanese society.* London: Routledge.

Hendry, J. (1999). *Social anthropology.* New York: Macmillan.

Hennemen, E. A., & Karris, G. E. (2004). Determining brain death in adults. *Critical Care Nurse, 50,* 54-56.

Henry, D. B., Tolan, P. H., & Gorman-Smith, D. (2001). Longitudinal family and peer group effects on violence and nonviolent delinquency. *Journal of Clinical Child Psychology, 30,* 172-186.

Henry, J. D., MacLeod, M. S., Philips, L. H., & Crawford, J. R. (2004). A meta-analytic review of prospective memory and aging. *Psychology and Aging, 19,* 27-39.

Hepper, P. G., Shahidullah, S., & White, R. (1990). Origins of fetal handedness. *Nature, 347,* 431.

Herbst, M. A., Mercer, B. M., Beasley, D., Meyer, N., & Carr, T. (2003). Rela-

tionship of prenatal care and perinatal morbidity in low-birth-weight infants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 189,* 930-933.

Herek, G. (2000). Homosexuality. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Herman-Giddens, M. E. (2004). What we can learn from the spectrum of infant physical abuse in Alaska. *Child Abuse & Neglect, 28,* 7-8.

Herrnstein, R. J., & Murray, C. (1994). *The bell curve: Intelligence and class structure in American life.* New York: Macmillan.

Hertenstein, M. J., & Campos, J. J. (2004). The retention effects of an adult's emotional displays on infant behavior. *Child Development, 75,* 595-613.

Hess, T. M., Auman, C., Colcombe, S. J., & Rahhal, T. A. (2003). The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58,* P3-P11.

Hess, T. M., Hinson, J. T., & Statham, J. A. (2004). Explicit and implicit stereotype activation effects on memory: Do age and awareness moderate the impact of priming? *Psychology and Aging, 19,* 495-505.

Hetherington, E. M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers, and survivors. *Child Development, 60,* 1-14.

Hetherington, E. M. (1993). An overview of the Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage with a focus on early adolescence. *Journal of Family Psychology, 7,* 39-56.

Hetherington, E. M. (1999). Social capital and the development of youth from nondivorced, divorced, and remarried families. In W. A. Collins & B. Laursen (Eds.), *Relationships as developmental contexts.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hetherington, E. M. (2000). Divorce. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Hetherington, E. M., Bridges, M., & Insabella, G. M. (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *American Psychologist, 53,* 167-184.

Hetherington, E. M., & Kelly, J. (2002). *For better or for worse: Divorce reconsidered.* New York: W. W. Norton.

Hetherington, E. M., Reiss, D., & Plomin, R. (Eds.). (1994). *Separate social worlds of siblings: The impact of nonshared environment on development.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Hetherington, E. M., & Stanley-Hagan, M. (2002). Parenting in divorced and remarried families. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hewlett, S. A. (2002). *Creating a life: Professional women and the quest for children.* New York: Talk Miramax Books.

Hicks, J., Martinez, M. C., Schoor, R. Y., & Camilli, G. (2004). Teaching to the test. In W. A. Firestone, L. F. Monfils, & R. Y. Schoor (Eds.), *The ambiguity of teaching to the test.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Higgins, M. M., & Barkley, M. C. (2004). Barriers to nutrition education for older adults, and nutrition and aging training opportunities for educators, healthcare providers, volunteers, and caregivers. *Journal of Nutrition for the Elderly, 23,* 99-121.

Hill, C. R., & Stafford, F. P. (1980). Parental care of children: Time diary estimate of quantity, predictability, and variety. *Journal of Human Resources, 15,* 219-239.

Hill, J., Waldfogel, J., Brooks-Gunn, J., & Han, W. (2001, November). *Towards a better estimate of causal links in child policy: The case of maternal employment and child outcomes.* Paper presented at the Association for Public Policy Analysis and Management Fall Research Conference, Washington, DC.

Hill, L. T., Stremmel, A. J., & Fu, V. R. (2005). *Teaching as inquiry.* Boston: Allyn & Bacon.

Hill, R. D., Thorn, B. L., Bowling, J., & Morrison, A. (Eds.). (2002). *Geriatric residential care.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychological consequences, and fetal death. *Pediatrics, 113,* 320-327.

Himes, C. L., Hogan, D. P., & Eggebeen, D. J. (1996). Living arrangements of minority elders. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 51,* S42-S48.

Hintz, R. L. (2003). Confirming the diagnosis of growth hormone deficiency (GHD) and transitioning the care of patients with childhood-onset GHD. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 16 (Suppl. 3),* 637-643.

Hirsch, B. J., & Rapkin, B. D. (1987). The transition to junior high school: A longitudinal study of self-esteem, psychological symptomatology, school life, and social support. *Child Development, 58,* 1235-1243.

Hiscock, H., & Jordan, B. (2004). Problem crying in infancy. *Medical Journal of Australia, 181,* 507-512.

Hitch, G. J., Towse, J. N., & Hutton, U. (2001). What limits children's working memory span? Theoretical accounts and applications for scholastic development. *Journal of Experimental Psychology: General, 130,* 184-198.

Hjern, A., Vinnerljung, B., & Lindblad, F. (2004). Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: A national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 58,* 2-7.

Hobbins, D. (2004). Survivors of childhood sexual abuse: Implications for perinatal nursing care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 33,* 485-497.

Hobel, C. J., Dunkel-Schetter, C., Roesch, S. C., Castro, L. C., & Arora, C. P. (1999). Maternal plasma corticotrophin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks' gestation in pregnancies ending in preterm delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 180,* S257-S263.

Hockenberry, M. (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.

Hoff, E. (2003). Language development in childhood. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Hoff, E., Laursen, B., & Tardiff, T. (2002). Socioeconomic status and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 2). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hofferth, S. L., & Reid, L. (2002). Early childbearing and children's achievement behavior over time. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34,* 41-49.

Hoffman, L. W. (1989). Effects of maternal employment in two-parent families.

American Psychologist, 44, 283-293.

Hoffman, L. W., & Youngblade, L. M. (1999). *Mothers at work: Effects on children's well-being.* New York: Cambridge.

Hoffman, M. L. (1970). Moral development. In P. H. Mussen (Ed.), *Manual of child psychology* (3rd ed., Vol. 2). New York: Wiley.

Hoffman, M. L. (2002). *Empathy and moral development.* New York: Cambridge University Press.

Hoffman, S. (2003). Sleep in the older adult. *Geriatric Nursing, 24,* 210-214.

Hoffman, S., Foster, E., & Furstenberg, F. (1993). Reevaluating the costs of teenage childbearing. *Demography, 30,* 1-13.

Hoffmann, E. A. (2004). Selective sexual harassment: Differential treatment of similar groups of women. *Law and Human Behavior, 28,* 29-45.

Hogan, M. J. (2003). Divided attention in older but not younger adults is impaired by anxiety. *Experimental Aging Research, 29,* 111-136.

Holding, S. (2002). Current state of screening for Down syndrome. *Annals of Clinical Biochemistry, 39,* 1-11.

Holland, J. L. (1987). Current status of Holland's theory of careers: Another perspective. *Career Development Quarterly, 36,* 24-30.

Hollier, L. M., Harstad, T. W., Sanchez, P. J., Twickler, D. M., & Wendel, G. D. (2001). Fetal syphilis: Clinical and laboratory characteristics. *Obstetrics and Gynecology, 97,* 947-953.

Holmbeck, G. N. (1996). A model of family relational transformations during the transition to adolescence: Parent-adolescent conflict and adaptation. In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn, & A. C. Petersen (Eds.), *Transitions through adolescence.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11,* 213-218.

Holstein, M. B., & Minkler, M. (2003). Self, society, and the «new gerontology.» *Gerontologist, 43,* 787-796.

Holtzen, D. W. (2000). Handedness and professional tennis. *International Journal of Neuroscience, 105,* 101-119.

Holtzman, R. E., Rebok, G. W., Saczynski, J. S., Kouzis, A. C., Wilcox, D. K., & Eaton, W. W. (2004). Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59,* P278-P284.

Hopkins, B. (1991). Facilitating early motor development: An intracultural study of West Indian mothers and their infants living in Britain. In J. K. Nugent, B. M. Lester, & T. B. Brazelton (Eds.), *The cultural context of infancy: Vol. 2. Multicultural and interdisciplinary approaches to parent-infant relations.* Norwood, NJ: Ablex.

Hopkins, B., & Westra, T. (1988). Maternal handling and motor development: An intracultural study. *Genetic Psychology Monographs, 14,* 377-420.

Hopkins, B., & Westra, T. (1990). Motor development, maternal expectations, and the role of handling. *Infant Behavior and Development, 13,* 117-122.

Hopkins, J. R. (2000). Erikson, Erik H. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Horn, I. B., Joseph, J. G., & Cheng, T. L. (2004). Nonabusive physical punishment and child behavior among African American children: A systematic review. *Journal of the National Medical Association, 96,* 1162-1168.

Horn, J. L., & Donaldson, G. (1980). Cognitive development II: Adulthood development of human abilities. In O. G. Brim & J. Kagan (Eds.), *Constancy and change in human development.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Horne, G., & Payne, S. (2004). Removing boundaries: Palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine, 18,* 291-296.

Horne, R. S., Franco, P., Adamson, T. M., Groswasser, J., & Kahn, A. (2002). Effects of body position on sleep and arousal characteristics in infants. *Early Human Development, 69,* 25-33.

Horne, R. S., Franco, P., Adamson, T. M., Groswasser, J., & Kahn, A. (2004). Influences of maternal cigarette smoking on infant arousability. *Early Human Development, 79,* 49-58.

Horne, R. S., Parslow, P. M., & Harding, R. (2004). Respiratory control and arousal in sleeping infants. *Pediatric Respiratory Reviews, 5,* 190-198.

Horton, D. M. (2001). The disappearing bell curve. *Journal of Secondary Gifted Education, 12,* 185-188.

Hosa, B., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A., Kipp, H., & Owens, J. S. (2001). Academic task persistence of normal achieving ADHD and control boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 271-283.

Hotton, T., & Haans, D. (2004). Alcohol and drug use in early adolescence. *Health Reports, 15,* 9-19.

House, J. S. (1998). Commentary: Age, work, and well-being. In K. W. Schaie & C. Schooler (Eds.), *The impact of work on older adults.* New York: Springer.

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241,* 540-545.

Howard, L. R. (2004). Speak out against physician assisted suicide and physician assisted death. *Hawaii Medical Journal, 63,* 68, 97.

Howard, R. W. (2001). Searching the real world for signs of rising population intelligence. *Personality & Individual Differences, 30,* 1039-1058.

Howe, L. J. (2003). Management of age related macular degeneration: Still room for improvement. *British Journal of Ophthalmology, 87,* 375.

Howe, M. J. A., Davidson, J. W., Moore, D. G., & Sloboda, J. A. (1995). Are there early childhood signs of musical ability? *Psychology of Music, 23,* 162-176.

Howe, M. L. (1997). Children's memory for traumatic experiences. *Learning and Individual Differences, 9,* 153-174 (p. 349).

Howell, E. M. (2001). The impact of Medicaid expansions for pregnant women: A synthesis of the evidence. *Medical Care Research Review, 58,* 3-30.

Howley, E. T. (2001). Type of activity: Resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. *Medical Science and Sports Exercise, 33 (Suppl.),* S364-369.

Hoyer, W. J., & Roodin, P. A. (2003). *Adult development and aging* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.

Hoyer, W. J., Stawski, R., Wasylyshyn, C., & Verhaeghen, P. (2004). Adult age and digit-symbol performance: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 19,* 211-214.

Hsu, H-C. (2004). Antecedents and consequences of separation anxiety in first-time mothers: Infant, mother, and social-contextual characteristics. *Infant Behavior & Development, 27,* 113-133.

Hsu, L. K. (2004). Eating disorders: Practical interventions. *Journal of the American Medical Women's Association, 59,* 113-124.

Huang, W., Qui, C., von Strauss, E., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2004). APOE genotype, family history of dementia, and Alzheimer disease risk: A 6-year follow-up study. *Archives of Neurology, 61,* 1930-1934.

Huebner, A. J., & Howell, L. W. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *Journal of Adolescent Health, 33,* 71-78.

Huebner, A. M., & Garrod, A. C. (1993). Moral reasoning among Tibetan monks: A study of Buddhist adolescents and young adults in Nepal. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 24,* 167-185.

Huesmann, L. R. (1986). Psychological processes promoting the relation between exposure to media violence and aggressive behavior by the viewer. *Journal of Social Issues, 42,* 125-139.

Huesmann, L. R., Moise-Titus, J., Podolski, C., & Eron, L. D. (2003). Longitudinal relations between exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood: 1977-1992. *Developmental Psychology, 39,* 201-221.

Huffman, L. R., & Speer, P. W. (2000). Academic performance among at-risk children: The role of developmentally appropriate practices. *Early Childhood Research Quarterly, 15,* 167-184.

Hughes, J. R. (2003). Motivating and helping smokers to stop smoking. *Journal of General Internal Medicine, 18,* 1053-1057.

Huisman, E., Uylings, H. B., & Hoogland, P. V. (2004). A 100% increase of dopaminergic cells in the olfactory bulb may explain hyposmia in Parkinson's disease. *Movement Disorders, 19,* 687-692.

Hulme, P. A., & Agrawal, S. (2004). Patterns of sexual abuse characteristics and their relationships to other childhood abuse and adult health. *Journal of Interpersonal Violence, 19,* 389-405.

Hulse, G. K., O'Neill, G., Pereira, C., & Brewer, C. (2002). Obstetric and neonatal outcomes associated with maternal naltrexone exposure. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology, 41,* 424-428.

Hultsch, D. F., Hammer, M., & Small, B. J. (1993). Age differences in cognitive performance in later life: Relationships to self-reported health and activity life style. *Journal of Gerontology, 48,* P1-P11.

Hultsch, D. F., Hertzog, C., Small, B. J., & Dixon, R. A. (1999). Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology and Aging, 14,* 245-263.

Hultsch, D. F., & Plemons, J. K. (1979). Life events and life-span development. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior.* New York: Academic Press.

Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography, 36,* 272-285.

Humphreys, K. (2000). Alcoholics Anonymous. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Humphreys, K. (2003). Alcoholics Anonymous and 12-step alcoholism treatment programs. *Recent Developments in Alcoholism, 16,* 149-164.

Hungerford, T. L. (2001). The economic consequences of widowhood on elderly women in the United States and Germany. *The Gerontologist, 41,* 103-110.

Hunsley, M., & Thoman, E. B. (2002). The sleep of co-sleeping infants when they are not co-sleeping: Evidence that co-sleeping is stressful. *Developmental Psychobiology, 40,* 14-22.

Hunt, C. E., Lesko, S. M., Vezina, R. M., McCoy, R., Corwin, J. J., Mandell, F., Willinger, M., Hoffman, H. J., & Mitchell, A. A. (2003). Infant sleep position and associated health outcomes. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 157,* 469-474.

Hunter, G. R., McCarthy, J. P., & Bamman, M. M. (2004). Effects of resistance training on older adults. *Sports Medicine, 34,* 329-348.

Hunter, K. I., & Linn, M. W. (1980). Psychosocial differences between elderly volunteers and non-volunteers. *International Journal of Aging and Human Development, 12,* 205-213.

Huston, A. C. (1983). Sex-typing. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed., Vol. 4). New York: Wiley.

Huston, A. C. (1999, August). *Employment interventions for parents in poverty: How do children fare?* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque.

Huston, A. C., McLoyd, V. C., & Coll, C. G. (1994). Children and poverty: Issues in contemporary research. *Child Development, 65,* 275-282.

Huston, T. L., & Holmes, E. K. (2004). Becoming parents. In A. L. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Huston, T. L., Neihuis, S., & Smith, S. (1997, November). *Divergent experiential and behavioral pathways leading to marital distress and divorce.* Paper presented at the meeting of the National Council on Family Relations, Washington, DC.

Huttenlocher, J., Haight, W., Bruk, A., Seltzer, M., & Lyons, T. (1991). Early vocabulary growth: Relation to language input and gender. *Developmental Psychology, 27,* 236-248.

Huttenlocher, J., Levine, S., & Vevea, J. (1998). Environmental input and cognitive growth: A study using time-period comparisons. *Child Development, 69,* 1012-1029.

Huttenlocher, P. R., & Dabholkar, A. S. (1997). Regional differences in synaptogenesis in human cerebral cortex. *Journal of Comparative Neurology, 37,* 167-178.

Huxtable, R. (2004). Assisted suicide. *British Medical Journal, 328,* 1088-1089.

Huyck, M. H. (1995). Marriage and close relationships of the marital kind. In R. Blieszner & V. H. Bedford (Eds.), *Handbook of aging and the family.* Westport, CT: Greenwood Press.

Huyck, M. H. (1999). Gender roles and gender identity in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle.* San Diego: Academic Press.

Huyck, M. H., & Hoyer, W. J. (1982). *Adult development and aging.* Belmont, CA: Wadsworth.

Hybels, C. F., & Blazer, D. G. (2004). Epidemiology of the late-life mental disorders. *Clinical Geriatric Medicine, 19,* 663-696.

Hyde, A., & Roche-Reid, B. (2004). Midwifery practice and the crisis of modernity. *Social Science Medicine, 58,* 2613-2623.

Hyde, J. S. (2004). *Half the human experience* (5th ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Hyde, J. S., & DeLamater, J. D. (2005). *Understanding human sexuality* (8th ed., Rev. update). Boston: McGraw-Hill.

Hyde, J. S., & Mezulis, A. H. (2001). Gender difference research: Issues and critique. In J. Worrell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Hylton, C., Congdon, N., Friedman, D., Kempen, J., Quigley, H., Bass, E., & Jampel, H. (2003). Cataract after glaucoma filtration surgery. *American Journal of Ophthalmology, 135,* 231-232.

Hyman, I. E., & Loftus, E. F. (2001). False childhood memories and eye-witness errors. In M. L. Eisen, J. A. Quas, & G. S. Goodman (Eds.), *Memory and suggestibility in the forensic interview.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hymel, S., McDougall, P., & Renshaw, P. (2004). Peer acceptance/rejection. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development.* Malden, MA: Blackwell.

Iannucci, L. (2000). *Birth defects.* New York: Enslow.

Idler, E. L., Stanislav, V. K., & Hays, J. C. (2001). Patterns of religious practice and belief in the last year of life. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56,* S326-S334.

Ige, F., & Shelton, D. (2004). Reducing the risk of sudden infant death syndrome (SIDS) in African-American communities. *Journal of Pediatric Nursing, 19,* 290-292.

Ilola, L. M. (1990). Culture and health. In R. W. Brislin (Ed.), *Applied cross-cultural psychology.* Newbury Park, CA: Sage.

Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Inoff-Germain, G., Arnold, G. S., Nottelmann, E. D., Susman, E. J., Cutler, G. B., & Chrousos, G. P. (1988). Relations between hormone levels and observational measures of aggressive behavior of young adolescents in family interactions. *Developmental Psychology, 24,* 124-139.

Institute of Medicine (1997, June). *Approaching death: Improving care at the end of life.* Washington, DC: National Academy of Sciences.

International Human Genome Sequencing Consortium (2004). Finishing the euchromatic sequence of the human genome. *Nature, 431,* 931-945.

International Obesity Task Force (2004). The obesity epidemic, metabolic syndrome, and future prevention strategies. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 11,* 3-8.

Irwin, C. E. (2004). Eating and physical activity during adolescence: Does it make a difference in adult health status? *Journal of Adolescent Health, 34,* 459-460.

Ishii-Kuntz, M. (2004). Asian American families. In M. Coleman & L. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Iverson, P., & Kuhl, P. K. (1996). Influences of phonetic identification and category goodness on American listeners' perception of /r/ and /l/. *Journal of the Acoustical Society of America, 99,* 1130-1140.

Iverson, P., Kuhl, P. K., Akahane-Yamada, R., Diesch, E., Tohkura, Y., Kettermann, A., & Siebert, C. (2003). A perceptual interference account of acquisition difficulties in non-native phonemes. *Cognition, 87,* B47-57.

Jackson, J. S., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (Eds.). (1993). *Aging in Black America.* Newbury Park, CA: Sage.

Jackson, R. (2004). Evolutionary psychology. In W. E. Craighead & C. B. Nemeroff (Eds.), *The concise Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science.* New York: Wiley.

Jacob, N., Van Gestel, S., Derom, C., Theiry, E., Vernon, P., Derom, R., & Vlietinck, R. (2001). Heritability estimates of intelligence in twins: Effect of chorion type. *Behavior Genetics, 31,* 209-217.

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

Jacobs, J. E., & Potenza, M. (1990, March). *The use of decision-making strategies in late adolescence.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Adolescence, Atlanta.

Jacobs, J. E., & Tanner, J. L. (1999, August). *Stability and change in perceptions of parent-child relationships.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Association of America, San Francisco.

Jacobs, R. H. (1994). His and her aging: Differences, difficulties, dilemmas, delights. *Journal of Geriatric Psychiatry, 27,* 113-128.

Jacobson, J. L., & Jacobson, S. W. (2003). Prenatal exposure to polychlorinated biphenyls and attention at school age. *Journal of Pediatrics, 143,* 780-788.

Jacobson, J. L., Jacobson, S. W., Fein, G. G., Schwartz, P. M., & Dowler, J. (1984). Prenatal exposure to an environmental toxin: A test of the multiple-effects model. *Developmental Psychology, 20,* 523-532.

Jacobson, J. L., Jacobson, S. W., Padgett, R. J., Brumitt, G. A., & Billings, R. L. (1992). Effects of prenatal PCB exposure on cognitive processing efficiency and sustained attention. *Developmental Psychology, 28,* 297-306.

Jadelis, K., Miller, M., Ettinger, W., & Messier, S. (2001). Strength, balance, and the modifying effects of obesity and knee pain: Results from the Observational Arthritis Study in Seniors (OASIS). *Journal of the American Geriatric Society, 49,* 884-891.

Jaffe, S. R. (2002). Pathways to adversity in young adulthood among early childbearers. *Journal of Family Psychology, 16,* 38-49.

Jaffee, S., & Hyde, J. S. (2000). Gender differences in moral orientation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126,* 703-726.

Jain, T., Missmer, S. A., & Hornstein, M. D. (2004). Trends in embryo-transfer practice and in outcomes of the use of assisted reproductive technology in the United States. *New England Journal of Medicine, 350,* 1639-1645.

James, W. (1890/1950). *The principles of psychology.* New York: Dover.

Jamieson, L., Anderson, M., McCrone, D., Bechhofer, F., Stewart, R., & Li, Y. (2003). Cohabitation and commitment: Partnership plans of young men and young women. *Sociological Review, 50,* 356-377.

Jamner, M. S., Spruijt-Metz, D., Bassin, S., & Cooper, D. M. (2004). A controlled evaluation of a school-based intervention to promote physical activity among sedentary adolescent females: Project FAB. *Journal of Adolescent Health, 34,* 279-289.

Jang, K. L. (2005). *Genetics of psychopathology.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics, 113,* 1187-1194.

Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Ross, R., Leon, A. S., Skinner, J. S., Rao, D. C., Wilmore, J. H., Rankinen, T., & Bouchard, C. (2004). Fitness alters the associations of BMI and waist circumference with total and abdominal fat. *Obesity Research, 12,* 525-537.

Jenkins, A. M., Albee, G. W., Paster, V. S., Sue, S., Baker, D., Comaz-Diaz, L., Puente, A., Suinn, R. M., Caldwell-Colbert, A. T., Williams, V. J., & Root, M. P. P. (2003). Ethnic minorities. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. I). New York: Wiley.

Jenkins, C. L. (2003). Introduction: Widows and divorcees in later life. *Journal of Women and Aging, 15,* 1-6.

Jenkins, J. M., & Astington, J. W. (1996). Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children. *Developmental Psychology, 32,* 70-78.

Jennekens, F. G., & Kater, L. (2002). Physician-assisted death. *New England Journal of Medicine, 347,* 1043.

Jensen, A. R. (1969). How much can we boost IQ and scholastic achievement? *Harvard Educational Review, 39,* 1-123.

Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 75,* 788-800.

Ji, B. T., Shu, X. O., Linet, M. S., Zheng, W., Wacholde, S., Gao, Y. T., Ying, D. M., & Jin, F. (1997). Paternal cigarette smoking and the risk of childhood cancer among offspring of nonsmoking mothers. *Journal of the National Cancer Institute, 89,* 238-244.

Jiao, S., Ji, G., & Jing, Q. (1996). Cognitive development of Chinese urban only children and children with siblings. *Child Development, 67,* 387-395.

Jimenez, V., Herniquez, M., Llanos, P., & Riquelme, G. (2004). Isolation and purification of human placental plasma membranes from normal and pre-eclamptic pregnancies: A comparative study. *Placenta, 25,* 422-437.

Jirtle, R. L., Sander, M., & Barrett, J. C. (2000). Genomic imprinting and environmental disease susceptibility. *Environmental Health Perspectives, 108,* 271-278.

Joffe, H., Soares, C. N., & Cohen, L. S. (2003). Assessment and treatment of hot flashes and menopausal mood disturbance. *Psychiatric Clinics of North America, 26,* 563-580.

Johannes, L. (2002, June 3). The surprising rise of a radical diet: «Calorie restriction.» *The Wall Street Journal,* pp. A1, A10.

Johansson, A., Hermannsson, G., & Ludvigsson, J. (2004). How should parents protect their children from environmental tobacco-smoke exposure in the home? *Pediatrics, 113,* e291-e295.

Johnson, B. K. (1996). Older adults and sexuality: A multidimensional perspective. *Journal of Gerontological Nursing, 22,* 6-15.

Johnson, C. (1990, May). The new woman's ethics report. *New Woman,* p. 6.

Johnson, C. L., & Troll, L. E. (1992). Family functioning in late late life. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 47,* S66-S72.

Johnson, C. L., & Troll, L. E. (1994). Constraints and facilitators to friendships in late late life. *Gerontologist, 34,* 79-87.

Johnson, D. J., Jaeger, E., Randolph, S. M., Cauce, A., Ward, J., & National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (2003). Studying the effects of early child care experiences on the development of children of color in the United States. *Child Development, 74,* 1227-1244.

Johnson, J. A., Musial, D. L., Hall, G. E., Gollnick, D. M., & Dupuis, V. L. (2005). *Introduction to the foundations of American education* (11th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Johnson, J. S., & Newport, E. L. (1991). Critical period effects on universal properties of language: The status of subjacency in the acquisition of a second language. *Cognition, 39,* 215-258.

Johnson, M. H. (2000). Infancy: Biological processes. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Johnson, M. H. (2001). Functional brain development during infancy. In A. Fogel & G. Bremner (Eds.), *Blackwell handbook of infant development.* London: Blackwell.

Johnson, M. H. (2005). Developmental neuroscience. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology* (5th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Johnson, M. K., Beebe, T., Mortimer, J. T., & Snyder, M. (1998). Volunteerism in adolescence: A process perspective. *Journal of Research on Adolescence, 8,* 309-332.

Johnson, W., Bouchard, T. J., Krueger, R. F., McGue, M., & Gottesman, I. I. (2004). Just one *g*: Consistent results from three test batteries. *Intelligence, 32,* 95-107.

John-Steiner, V., & Mahn, H. (2003). Sociocultural contexts for teaching and learning. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VII). New York: Wiley.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1992, January 25). *Most forms of drug use decline among American high school and college students.* News release, Institute of Social Research, University of Michigan, Ann Arbor.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2004). *Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2003.* Bethesda, MD: National Institute of Drug Abuse.

Joiner, T. E. (2000). Depression: Current developments and controversies. In S. H. Qualls & N. Abeles (Eds.), *Psychology and the aging revolution.* Washington, DC: American Psychological Association.

Jones, M. C. (1965). Psychological correlates of somatic development. *Child Development, 36,* 899-911.

Jones, T. G., & Fuller, M. L. (2003). *Teaching Hispanic children.* Boston: Allyn & Bacon.

Joseph, C. L. M. (1989). Identification of factors associated with delayed antenatal care. *Journal of the American Medical Association, 81,* 57-63.

Joseph, J. (2001). Separated twins and the genetics of personality differences: A critique. *American Journal of Psychology, 114,* 1-30.

Josephs, K. A., Tsuboi, Y., Cookson, N., Watt, H., & Dickson, D. W. (2004). Apolipoprotein E epsilon 4 is a determinant for Alzheimer-type pathologic features in taupathies, synucleinopathies, and frontotemporal degeneration. *Archives of Neurology, 61,* 1579-1584.

Judge, B., & Billick, S. B. (2004). Suicidality in adolescence: Review and legal considerations. *Behavioral Science and the Law, 22,* 681.

Julien, D., Chartrand, E., Simard, M., Bouthillier, D., & Begin, J. (2003). Conflict, social support, and relationship quality: An observational study of heterosexual, gay male, and lesbian couples. *Journal of Family Psychology, 17,* 419-428.

Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul.* New York: Harcourt Brace.

Jusczyk, P. W. (2000). *The discovery of spoken language.* Cambridge, MA: MIT Press.

Jusczyk, P. W., & Hohne, E. A. (1997). Infants' memory for spoken words. *Science, 277,* 1984-1986.

Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine, 164,* 1179-1184.

Kagan, J. (1987). Perspectives on infancy. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook on infant development* (2nd ed.). New York: Wiley.

Kagan, J. (1992). Yesterday's promises, tomorrow's promises. *Developmental Psychology, 28,* 990-997.

Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Development, 68,* 139-143.

Kagan, J. (1998). The biology of the child. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 3). New York: Wiley.

Kagan, J. (2000). Temperament. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Kagan, J. (2002). Behavioral inhibition as a temperamental category. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences.* New York: Oxford University Press.

Kagan, J. (2003). Biology, context, and developmental inquiry. *Annual Review of Psychology* (Vol. 53). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Kagan, J., & Herschkowitz, N. (2005). *A young mind in a growing brain.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kagan, J., Kearsley, R. B., & Zelazo, P. R. (1978). *Infancy: Its place in human development.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kagan, J., & Snidman, N. (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited behavioral profiles. *Psychological Science, 2,* 40-44.

Kagan, S. H. (2004). Faculty profile, University of Pennsylvania School of Nursing. Available on the Internet at: www.nursing. upenn.edu/faculty/profile.asp?pid=33.

Kahn, A., Swaguchi, T., Swaguchi, A., Groswasser, J., Franco, P., Scaillet, S., Kelmanson, I., & Dan, B. (2002). Sudden infant deaths: From epidemiology to physiology. *Forensic Science International, 130,* Supplement: 8.

Kahn, J. A., Rosenthal, S. L., Succop, P. A., Ho, P. A., Ho, G. Y., & Burk, R. D. (2002). The interval between menarche and age of first sexual intercourse as a risk factor for subsequent HPV infection in adolescent and young adult women. *Journal of Pediatrics, 141,* 718-723.

Kaiser, F. E., & Morley, J. E. (1994). Idiopathic $CD4^+$ T lymphopenia in older persons. *Journal of the American Geriatric Society, 42,* 1291-1294.

Kalick, S. M., & Hamilton, T. E. (1986). The matching hypothesis reexamined. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 673-682.

Kalil, A., & DeLeire, T. (Eds.). (2004). *Family investments in children's potential.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kalish, R. A. (1981). *Death, grief, and caring relationships.* Monterey, CA: Brooks/Cole.

Kalish, R. A. (1987). Death. In G. L. Maddox (Ed.), *Encyclopedia of aging.* New York: Springer.

Kalish, R. A., & Reynolds, D. K. (1976). *An overview of death and ethnicity.* Farmingdale, NY: Baywood.

Kallen, B. (2004). Neonate characteristics after maternal use of antidepressants in late pregnancy. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 158,* 312-316.

Kalmuss, D. (2004). Nonvolitional sex and sexual health. *Archives of Sexual Behavior, 33,* 197-209.

Kamel, H. K. (2003). Sarcopenia and aging. *Nutrition Review, 61,* 157-167.

Kamerman, S. B. (1989). Child care, women, work, and the family: An international overview of child-care services and related policies. In J. S. Lande, S. Scarr, & N. Gunzenhauser (Eds.), *Caring for children: Challenge to America.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kamerman, S. B. (2000a). Parental leave policies. *Social Policy Report of the Society for Research in Child Development, XIV* (No. 2), 1-15.

Kamerman, S. B. (2000b). From maternity to paternity child leave policies. *Journal of the Medical Women's Association, 55,* 98-99.

Kamii, C. (1985). *Young children reinvent arithmetic: Implications of Piaget's theory.* New York: Teachers College Press.

Kamii, C. (1989). *Young children continue to reinvent arithmetic.* New York: Teachers College Press.

Kang, D., & Hamasaki, N. (2003). Mitochondrial oxidative stress and mitochondrial DNA. *Clinical Chemistry and Biological Medicine, 41,* 1281-1288.

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4,* 1-39.

Kanoy, K., Ulku-Steiner, B., Cox, M., & Burchinal, M. (2003). Marital relationship and individual psychological characteristics that predict physical punishment of children. *Journal of Family Psychology, 17,* 20-28.

Kantrowitz, B. (1991, Summer). The good, the bad, and the difference. *Newsweek,* pp. 48-50.

Kaplow, J. B., Curran, P. J., Dodge, K. A., & the Conduct Problems Prevention Research Group. (2002). Child, parent, and peer predictors of early-onset substance use: A multisite longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30,* 199-216.

Karlsson, M. (2004). Has exercise an antifracture efficacy in women? *Scandanavian Journal of Medical Science and Sports, 14,* 2-15.

Karniol, R., Grosz, E., & Schorr, I. (2003). Caring, gender-role orientation, and volunteering. *Sex Roles, 49,* 11-19.

Karns, J. T. (2001). Health, nutrition, and safety. In A. Fogel & G. Bremner (Eds.), *Blackwell handbook of infant development.* London: Blackwell.

Kaslow, N. J., & others. (2004). Person factors associated with suicidal behavior among African American women and men. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 10,* 5-22.

Kasper, J. D. (1988). *Aging alone: Profiles and projections.* Report of the Commonwealth Fund Commission: Elderly People Living Alone. Baltimore: Commonwealth Fund Commission.

Kastenbaum, R. (2004). *Death, society, and the human experience* (8th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Katz, L. (1999). Curriculum disputes in early childhood education. *ERIC Clearing-*

house on Elementary and Early Childhood Education, Document EDO-PS-99-13.

Katz, L., & Chard, S. (1989). *Engaging the minds of young children: The project approach.* Norwood, NJ: Ablex.

Katz, L. F. (1999, April). *Toward a family-based hypervigilance model of childhood aggression: The role of the mother's and the father's meta-emotion philosophy.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque.

Katz, P. A. (1987, August). *Children and social issues.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, New York.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005). *Special education: What it is and why we need it.* Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., McGee, K., & Brigham, M. (2004). Enabling or disabling? Observations on changes in special education. *Phi Delta Kappan, 85,* 613-620.

Kaugers, A. S., Russ, S. W., & Singer, L. T. (2000, May). *Self-regulation among cocaine-exposed four-year-old children.* Paper presented at the joint meetings of the Pediatric Academic Societies and the American Academy of Pediatrics, Boston.

Kavšek, M. (2004). Predicting later IQ from infant visual habituation and dishabituation: A meta-analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology, 25,* 369-393.

Kazdin, A. E., & Benjet, C. (2003). Spanking children: Evidence and issues. *Current Directions in Psychological Science, 12,* 99-103.

Keating, D. P. (1990). Adolescent thinking. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Keating, D. P. (2003, April). *Cognitive integration in adolescence: The next sensitive period.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa, FL.

Keating, D. P. (2004). Cognitive and brain development. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed.). New York: Wiley.

Keating, G. M., & Scott, L. J. (2003). Vardenafil: A review of its use in erectile dysfunction. *Drugs, 63,* 2673-2703.

Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crowe, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 56,* 63-69.

Keen, R. (2005). Using perceptual representations to guide reaching and grasping. In J. J. Reiser, J. J. Lockman, & C. A. Nelson (Eds.), *The role of action in learning and development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Keller, A., Ford, L., & Meacham, J. (1978). Dimensions of self-concept in preschool children. *Developmental Psychology, 14,* 483-489.

Keller, H. (2002). Culture and development: Developmental pathways to individualism and interrelatedness. In W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, & D. N. Sattler (Eds.), *Online readings in psychology and culture* (unit 11, chapter 1). Available on the Internet at: www.wwu.edu/~culture. Bellingham, WA: Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University.

Kelley-Moore, J. A., & Ferraro, K. F. (2004). The black/white disability gap: Persistent inequality in later life? *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59,* S34-S43.

Kellman, P. J., & Banks, M. S. (1998). Infant visual perception. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 2). New York: Wiley.

Kelly, G. F. (2004). *Sexuality today* (7th ed., Updated). New York: McGraw-Hill.

Kelly, J. A. (2001). Safer sex behaviors. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Kelly, J. R. (1996). Leisure. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 2). San Diego: Academic Press.

Kemper, H. C., Stasse-Walthuis, M., & Bosman, W. (2004). The prevention and treatment of overweight and obesity. *Netherlands Journal of Medicine, 62,* 10-17.

Kemper, S., Greiner, L. H., Marquis, J. G., Prenovost, K., & Mitzner, T. L. (2001). Language decline across the life span: Findings from the Nun Study. *Psychology and Aging, 16,* 227-239.

Kempermann, G., Kuhn, H. G., & Gage, F. H. (1997). More hippocampal neurons in adult mice living in an enriched environment. *Nature, 386,* 493-495.

Kempermann, G., Wiskott, L., & Gage, F. H. (2004). Functional significance of neurogenesis. *Current Opinions in Neurobiology, 14,* 186-191.

Kennedy, H. P., Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2002). A light in the fog: Caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health, 47,* 318-330.

Kennedy, M. F. (2004). Moving our children to health: Active play every day. *Canadian Family Physician, 50,* 601.

Kennedy, Q., Mather, M., & Carstensen, L. L. (2004). The role of motivation in the age-related positive bias in autobiographical memory. *Psychological Science, 15,* 208-214.

Kennell, J. H., & McGrath, S. K. (1999). Commentary: Practical and humanistic lessons from the third world for perinatal caregivers everywhere. *Birth, 26,* 9-10.

Kephart, W. M. (1967). Some correlates of romantic love. *Journal of Marriage and the Family, 29,* 470-474.

Kern, S. I., & Alessi, D. J. (2003). Sexual harassment complaints: Mandate from the board of medical examiners. *New Jersey Medicine, 100,* 23-25.

Kerr, M. (2001). Culture as a context for temperament. In T. D. Wachs & G. A. Kohnstamm (Eds.), *Temperament in context.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kessen, W., Haith, M. M., & Salapatek, P. (1970). Human infancy. In P. H. Mussen (Ed.), *Manual of child psychology* (3rd ed., Vol. 1). New York: Wiley.

Kessler, D. P., & McClellan, M. B. (2004). Advance directives and medical treatment at the end of life. *Journal of Health Economics, 23,* 111-127.

Ketcham, C. J., & Stelmach, G. E. (2001). Age-related declines in motor control. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.). San Diego: Academic Press.

Keyes, C., & Ryff, C. (1999). Psychological well-being in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle.* San Diego: Academic Press.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Behavioral influences on immune function. In T. Field, P. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping across development.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kiecolt-Glaser, J. K., Preacher, K. J., MacCallum, R. C., Atkinson, C., Malarkey, W. B., & Glaser, R. (2003). Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proceedings of the National Academy of Science USA, 100,* 9090-9095.

Kilbride, H. W., Thorstad, K. K., & Daily, D. K. (2000, May). *Preschool outcome for extremely low birth weight infants compared to their full term siblings.* Paper

presented at the joint meeting of the Pediatric Academic Societies and American Academy of Pediatrics, Boston.

Kilbride, H. W., Thorstad, K., & Daily, D. K. (2004). Preschool outcome of less than 801-gram preterm infants compared with full-term siblings. *Pediatrics, 113,* 742-747.

Kilpatrick, D. G. (2004). What is violence against women: Defining and measuring the problem. *Journal of Interpersonal Violence, 19,* 1209-1234.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: The role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32,* 341-354.

Kim, J. E., & Moen, P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57,* P212-P222.

Kimm, S. Y., & Obarzanek, E. (2002). Childhood obesity: A new pandemic of the new millennium. *Pediatrics, 110,* 1003-1007.

Kimm, S. Y., Glynn, N. W., Kriska, A. M., Barton, B. A., Kronsberg, S. S., Daniels, S. R., Crawford, P. B., Sabry, Z. I., & Liu, K. (2002). Decline in physical activity in black girls and white girls during adolescence. *New England Journal of Medicine, 347,* 709-715.

Kimura, D. (2000). *Sex and cognition.* Cambridge, MA: MIT Press.

King, A. (2000). Exercise and physical activity. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

King, B. M. (2005). *Human sexuality today* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

King, P. M., & Mayhew, M. J. (2002). Moral judgment in higher education: Insights from the Defining Issues Test. *Journal of Moral Education, 31,* 247-269.

Kirchhoff, K. T. (2002). Promoting a peaceful death in the ICU. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 14,* 201-206.

Kirk, R. E. (2003). Experimental design. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. II). New York: Wiley.

Kirkpatrick, L. A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships, 1,* 123-142.

Kisilevsky, B. S. (1995). The influence stimulus and subject variables on human fetal responses to sound and vibration. In J-P Lecaunet, W. P. Fifer, M. A. Krasnegor, & W. P. Smotherman (Eds.), *Fetal development.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kisilevsky, B. S., Hains, S. M., Lee, K., Xic, X., Huang, H., Ye, H. H., Zhang, K., & Wang, Z. (2003). Effects of experience on fetal voice recognition. *Psychological Science, 14,* 220-224.

Kitzman, K. M., & Gaylord, N. K. (2002). Divorce and child custody. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Kivnick, H. Q., & Sinclair, H. M. (1996). Grandparenthood. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 1). San Diego: Academic Press.

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

Klaus, M. H., & Kennell, H. H. (1976). *Maternal-infant bonding.* St. Louis: Mosby.

Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (1993). *Mothering the mother.* Reading, MA: Addison-Wesley.

Klesges, L. M., Johnson, K. C., Ward, K. D., & Barnard, M. (2001). Smoking cessation in pregnant women. *Obstetrics and Gynecological Clinics of North America, 28,* 269-282.

Kline, D. W., & Scialfa, C. T. (1996). Visual and auditory aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4th ed.). San Diego: Academic Press.

Kline, G. H., Stanley, S. M., Markman, H. J., Olmos-Gallo, P. A., Peters, S. M., Whitton, S. W., & Prado, L. M. (2004). Timing is everything: Pre-engagement cohabitation and increased risk for poor marital outcomes. *Journal of Family Psychology, 18,* 311-318.

Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 125,* 470-500.

Klug, W. S., & Cummings, M. R. (2005). *Essentials of genetics* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Knecht, S., Drager, B., Deppe, M., Bobe, L., Lohmann, H., Floel, A., Ringelstein, E. B., & Henningsen, H. (2000). Handedness and hemispheric language dominance in healthy humans. *Brain, 135,* 2512-2518.

Knect, S., Jansen, A., Frank, A., van Randenborgh, J., Sommer, J., Kanowski, M., & Heinze, H. J. (2003). How atypical is atypical language dominance? *Neuroimage, 18,* 917-927.

Knight, B. G., Nordus, I. H., & Satre, D. D. (2003). Psychotherapy with older adults. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VIII). New York: Wiley.

Knight, B. G., Teri, L., Wohlford, P., & Santos, J. (Eds.). (1996). *Mental health services for older adults.* Washington, DC: American Psychological Association.

Knowles, R. (2004). *Alzheimer's disease.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Kobak, R. (1999). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: Implications for theory, research, and clinical intervention. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment.* New York: Guilford.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42,* 168-177.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Puccetti, M. C., & Zola, M. (1986). Relative effectiveness of hardiness, exercise, and social support as resources against illness. *Journal of Psychosomatic Research, 29,* 525-533.

Kochanska, G., Friesenborg, A. E., Lange, L. A., Martel, M. M., & Kochanska, G. (2004). Parents' personality and infants' temperament as contributors to their emerging relationship. *Journal of Personality and Social Psychology, 86,* 744-759.

Koenig, H. G. (Ed.). (1998). *Handbook of religion and mental health.* San Diego: Academic Press.

Koenig, H. G. (2001). Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *International Journal of Psychiatry, 31,* 97-109.

Koenig, H. G., & Blazer, D. G. (1996). Depression. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 1). San Diego: Academic Press.

Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Pieper, C., Meador, K. G., Shelp, F., Goldi, V., & DiPasquale, R. (1992). Religious coping and depression in elderly hospitalized medically ill men.

American Journal of Psychiatry, 149, 1693-1700.

Koenig, H. G., & Larson, D. B. (1998). Religion and mental health. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3). San Diego: Academic Press.

Koenig, H. G., Smiley, M., & Gonzales, J. A. T. (1988). *Religion, health, and aging.* New York: Greenwood Press.

Kogan, S. M. (2004). Disclosing unwanted sexual experiences: Results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse & Neglect, 28,* 147-165.

Kohlberg, L. (1958). *The development on modes of moral thinking and choice in the years 10 to 16.* Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago.

Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences.* Palo Alto, CA: Stanford University Press.

Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research.* Chicago: Rand McNally.

Kohlberg, L. (1986). A current statement of some theoretical issues. In S. Modgil & C. Modgil (Eds.), *Lawrence Kohlberg.* Philadelphia: Falmer.

Kohlberg, L., & Ryncarz, R. A. (1990). Beyond justice reasoning: Moral development and consideration of a seventh stage. In C. N. Alexander & E. J. Langer (Eds.), *Higher stages of human development.* New York: Oxford University Press.

Kohut, M. L., Cooper, M. M., Nickolaus, M. S., Russell, D. R., & Cunnick, J. E. (2002). Exercise and psychosocial factors modulate immunity to influenza vaccine in elderly individuals. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 57,* M557-M562.

Kopp, C. B., & Neufeld, S. J. (2002). Emotional development in infancy. In R. Davidson & K. Scherer (Eds.), *Handbook of affective sciences.* New York: Oxford University Press.

Koppelman, K., & Goodhart, L. (2005). *Understanding human differences.* Boston: Allyn & Bacon.

Koriat, A., Goldsmith, M., Pansky, A. (2000). Toward a psychology of memory accuracy. *Annual Review of Psychology* (Vol. 51). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Kornhaber, M., Fierros, E., & Veenema, S. (2004). *Multiple intelligences.* Boston: Allyn & Bacon.

Kotch, J. B. (2003). Psychological maltreatment. *Pediatrics, 111,* 444-445.

Kotler, J. A., Wright, J. C., & Huston, A. C. (2001). Television use in families with children. In J. Bryant & J. A. Bryant (Eds.), *Television and the American Family.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kotovsky, L., & Baillargeon, R. (1994). Calibration-based reasoning about collision events in 11-month-old infants. *Cognition, 51,* 107-129.

Kotre, J. (1984). *Outliving the self: Generativity and the interpretation of lives.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Kottak, C. P. (2004). *Cultural anthropology* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.

Kovera, M. B. (2004). Psychology, law, and the workplace. *Law and Human Behavior, 28,* 1-7.

Kozol, J. (1991). *Savage inequalities.* New York: Crown.

Kozulin, A. (2000). Vygotsky. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Kozulin, A., Gindis, B., Ageyev, V. S., & Miller, S. M. (Eds.). (2003). *Vygotsky's educational theory in cultural context.* New York: Cambridge University Press.

Kraebel, K. S., Fable, J., & Gerhardtein, P. (2004). New methodology in infant operant kicking procedures. *Infant Behavior and Development, 127,* 1-18.

Kraehenbuhl, H., Preisig, M., Bula, C. J., & Waeber, G. (2004). Geriatric depression and vascular disease: What are the links? *Journal of Affective Disorders, 81,* 1-16.

Kralik, D., Koch, T., Price, K., & Howard, N. (2004). Chronic illness self-management: Taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing, 13,* 259-267.

Kramer, A. F., Hahn, S., Cohen, N. J., Banich, M. T., McAuley, F., Harrison, C. R., Chason, J., Vakil, F., Bardell, L., Boileau, R. A., & Colcombe, A. (1999). Aging, fitness, and neurocognitive function. *Nature, 400,* 418-419.

Kramer, A. F., Hahn, S., McAuley, E., Cohen, N. J., Banich, M. T., Harrison, C., Chason, J., Boileau, R. A., Bardell, L., Colcombe, A., & Vakil, E. (2002). Exercise, aging and cognition: Healthy body, healthy mind? In A. D. Fisk & W. Rogers (Eds.), *Human factors interventions for the health care of older adults.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kramer, A. F., & Willis, S. L. (2002). Enhancing the cognitive vitality of older adults. *Current Directions in Psychological Research, 11,* 173-177.

Kramer, D. A., Kahlbaugh, P. E., & Goldston, R. B. (1992). A measure of paradigm beliefs about the social world. *Journal of Gerontology, 47,* 180-189.

Kramer, M. (2003). Commentary: Breastfeeding and child health, growth, and survival. *International Journal of Epidemiology, 32,* 96-98.

Krampe, R. T., & Baltes, P. B. (2002). Intelligence as adaptive resource development and resource allocation: A new look through the lens of SOC and expertise. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *Perspectives on the psychology of abilities, competencies, and expertise.* New York: Cambridge University Press.

Krampe, R. T., & Baltes, P. B. (2003). Intelligence as adaptive resource development and resource allocation: A new look through the lens of SOC and expertise. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *Perspectives on the psychology of abilities, competencies, and expertise.* New York: Cambridge University Press.

Krause, K. H., Dresel, S. H., Krause, J., la Fougere, C., & Ackenheil, M. (2003). The dopamine transporter and neuroimaging in attention deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavior Review, 27,* 605-613.

Krause, N. (1996). Neighborhood deterioration and self-rated health in later life. *Psychology and Aging, 11,* 342-352.

Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58,* S160-S170.

Krause, N. (2004). Common facets of religion, unique facets of religion, and life satisfaction among older adults. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59,* S109-S117.

Krause, N., Ingersoll-Dayton, B., Liang, J., & Sugisawa, H. (1999). Religion, social behavior, and health among the Japanese elderly. *Journal of Health and Social Behavior, 40,* 405-421.

Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox. *American Psychologist, 53,* 1017-1031.

Kreutzer, M., Leonard, C., & Flavell, J. H. (1975). An interview study of children's knowledge about memory. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 40* (1, Serial No. 159).

Krimer, L. S., & Goldman-Rakic, P. S. (2001). Prefrontal microcircuits. *Journal of Neuroscience, 21,* 3788-3796.

Kroger, J. (2003). Identity development in adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Krogh, D. (2005). *Biology* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Krystal, A. D. (2004). Depression and insomnia in women. *Clinical Cornerstone, 2004, 6 Supplement 1B,* S19-S28.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying.* New York: Macmillan.

Kuebli, J. (1994, March). Young children's understanding of everyday emotions. *Young Children,* pp. 36-48.

Kuhl, P. K. (1993). Infant speech perception: A window on psycholinguistic development. *International Journal of Psycholinguistics, 9,* 33-56.

Kuhl, P. K. (2000). A new view of language acquisition. *Proceedings of the National Academy of Science, 97,* 11850-11857.

Kuhl, P. K. (2002, January 5). Commentary in Samuel, E. «Hellooooo baaaybeee.» *The New Scientist, 173,* 10.

Kuhn, D. (1998). Afterword to Volume 2: Cognition, perception, and language. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 2). New York: Wiley.

Kuhn, D. (1999). A developmental model of critical thinking. *Educational Researcher, 28,* 16-25.

Kuhn, D. (2000). Adolescent thought processes. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Kumari, A. S. (2001). Pregnancy outcome in women with morbid obesity. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 73,* 101-107.

Kupersmidt, J. B., & Coie, J. D. (1990). Preadolescent peer status, aggression, and school adjustment as predictors of externalizing problems in adolescence. *Child Development, 61,* 1350-1363.

Kupersmidt, J. B., & DeRosier, M. E. (2004). How peer problems lead to negative outcomes: An integrative mediational model. In J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Eds.), *Children's peer relations: From development to intervention.* Washington, DC: American Psychological Association.

Kurdek, L. (2004). Gay men and lesbian couples. In M. Coleman & L. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Kurdek, L. A. (1995). Developmental changes in relationship quality in gay and lesbian cohabiting couples. *Developmental Psychology, 31,* 86-94.

Kurdek, L. A. (1997). Adjustment to relationship dissolution in gay, lesbian, and heterosexual partners. *Personal Relationships, 4,* 145-161.

Kurdek, L. A. (2003). Differences between gay and lesbian cohabiting couples. *Journal of Social and Personal Relationships, 20,* 411-436.

Kwak, H. K., Kim, M., Cho, B. H., & Ham, Y. M. (1999, April). *The relationship between children's temperament, maternal control strategies, and children's compliance.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque.

Kwon, S. (1999, November). *Control beliefs and cognitive intervention gains: Early-dementia identification by non-intellective factors.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

Kyba, F. C. (2002). Legal and ethical issues in end-of-life care. *Critical Care and Nursing Clinics of North America, 14,* 141-155.

La Greca, A. M., Silverman, W. K., Vernberg, E. M., & Roberts, M. C. (Eds.). (2002). *Helping children cope with disasters and terrorism.* Washington, DC: American Psychological Association.

Labouvie-Vief, G. (1986, August). *Modes of knowing and life-span cognition.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Labouvie-Vief, G., & Diehl, M. (1999). Self and personality development. In J. C. Kavanaugh & S. K. Whitbourne (Eds.), *Gerontology: An interdisciplinary perspective.* New York: Oxford University Press.

Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Tarnowski, A., & Shen, J. (2000). Age differences in personality: Findings from the United States and China. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55,* P4-P17.

Lachlan, R. F., & Feldman, M. W. (2003). Evolution of cultural communication systems. *Journal of Evolutionary Biology, 16,* 1084-1095.

Lachman, M. E. (Ed.). (2001). *Handbook of midlife development.* New York: John Wiley.

Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology* (Vol. 55). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Lachman, M. E., & Bertrand, R. M. (2001). Personality and the self in midlife. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development.* New York: Wiley.

Lachman, M. E., & Firth, K. (2004). The adaptive value of feeling in control during midlife. In G. Brim, C. D. Ryff, & R. Kessler (Eds.), How healthy we are: A national study of well-being in midlife. Chicago: University of Chicago Press.

Lachman, M. E., Maier, H., & Budner, R. (2000). *A portrait of midlife.* Unpublished manuscript, Brandeis University, Waltham, MA.

Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). Sociodemographic variations in the sense of control by domain: Findings from the MacArthur Study of midlife. *Psychology and Aging, 13,* 553-562.

Lackmann, G. M., Salzberger, U., Tollner, U., Chen, M., Carmella, S. G., & Hecht, S. S. (1999). Metabolites of a tobacco-specific carcinogen in urine from newborns. *Journal of the National Cancer Institute, 91,* 459-465.

Ladd, G. W., Buhs, E., & Troop, W. (2004). School adjustment and social skills training. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development.* Malden, MA: Blackwell.

Ladd, G. W., & Kochenderfer-Ladd, B. (2002). Identifying victims of peer aggression from early to middle childhood: Analysis of cross-informant data for concordance, incidence of victimization, characteristics of identified victims, and estimation of relational adjustment. *Psychological Assessment, 14,* 74-96.

Laible, D. J., Carlo, G., & Raffaeli, M. (2000). The differential relations of par-

ent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence, 29,* 45-53.

Lakes, R. D., & Carter, P. A. (2004). Globalization, vocational education, and gender equity: A review. In R. D. Lakes & P. A. Carter (Eds.), *Globalizing education for work.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Lamb, C. S., Jackson, L. A., Cassiday, P. B., & Priest, D. J. (1993). Body figure preferences of men and women: A comparison of two generations. *Sex Roles, 28,* 345-358.

Lamb, M. E. (1977). The development of mother-infant and father-infant attachments in the second year of life. *Developmental Psychology, 13,* 637-648.

Lamb, M. E. (1986). *The father's role: Applied perspectives.* New York: Wiley.

Lamb, M. E. (1994). Infant care practices and the application of knowledge. In C. B. Fisher & R. M. Lerner (Eds.), *Applied developmental psychology.* New York: McGraw-Hill.

Lamb, M. E. (2000). The history of research on father involvement: An overview. *Marriage and Family Review, 29,* 23-42.

Lamb, M. E., Bornstein, M. H., & Teti, D. M. (2002). *Development in infancy* (4th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Lamb, M. E., Frodi, A. M., Hwant, C. P., Frodi, M., & Steinberg, J. (1982). Mother and father-infant interaction involving play and holding in traditional and nontraditional Swedish families. *Developmental Psychology, 18,* 215-221.

Lamb, M. E., & Lewis, C. (2005). The role of parent-child relationships in child development. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology* (5th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Lamb, V. L. (2003). Historical and epidemiological trends in mortality in the United States. In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death and dying.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Lammers, W. J., & Badia, P. (2005). *Fundamentals of behavioral research.* Belmont, CA: Wadsworth.

Lan, T-Y., Deeg, D. J. H., Guralnik, J. M., & Melzer, D. (2003). Responsiveness of the index of mobility limitation: Comparison with gait speed alone in the longitudinal aging study Amsterdam. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58,* M721-M727.

Landgren, B. M., Collins, A., Csemiczky, G., Burger, H. G., Baksheev, L., & Robertson, D. M. (2004). Menopause transition. *Journal of Clinical and Endocrinological Metabolism, 89,* 2763-2769.

Lane, J. T., Ford, T. C., Larson, L. R., Chambers, W. A., & Lane, P. H. (2004). Acute effects of exercise in normoalbuminuric/normotensive patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care, 27,* 28-32.

Lane, M. A., Mattison, J. A., Roth, G. S., Brant, L. J., & Ingram, D. K. (2004). Effects of long-term diet restriction on aging and longevity in primates remains uncertain. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59,* B405-B407.

Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging, 9,* 315-324.

Langa, K. M., Albasanz, J. L., Martin, M., & Ferrer, I. (2004). Abnormal metabotropic glutamate receptor expression and signaling in the cerebral cortex in diffuse Lewy body disease is associated with irregular alpha-synuclein/phospholipase C (PLCbeta1) interactions. *Brain Pathology, 14,* 388-398.

Langlois, J. H., & Liben, L. S. (2003). Child care research: An editorial perspective. *Child Development, 74,* 969-1226.

Langston, W. (2002). *Research methods manual for psychology.* Belmont, CA: Wadsworth.

Lapsley, D. K. (1996). *Moral psychology.* Boulder, CO: Westview Press.

Lapsley, D. K. (2005). Stage theories generated by Kohlberg. In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Larson, J. (1988). The marriage quiz: College students' beliefs in selected areas of marriage. *Family Relations, 37,* 3-11.

Larson, J. H., & Holman, T. B. (1994). Premarital predictors of marital quality and stability. *Family Relations, 43,* 228-237.

Larson, R., & Lampman-Petraitis, C. (1989). Daily emotional states as reported by children and adolescents. *Child Development, 60,* 1250-1260.

Larson, R., & Richards, M. H. (1994). *Divergent realities.* New York: Basic Books.

Larson, R. W. (1999, September). Unpublished review of J. W. Santrock's *Adolescence,* 8th ed. (New York: McGraw-Hill).

Larson, R. W. (2001). How U.S. children and adolescents spend their time: What it does (and doesn't) tell us about their development. *Current Directions in Psychological Science, 10,* 160-164.

Larson, R. W., & Varma, S. (1999). How children and adolescents spend time across the world: Work, play, and developmental opportunities. *Psychological Bulletin, 125,* 701-736.

Larson, R. W., & Wilson, S. (2004). Adolescence across place and time: Globalization and the changing pathways to adulthood. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Latham, N. K., Bennett, D. A., Stretton, C. M., & Anderson, C. S. (2004). Systematic review of resistance strength training in older adults. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59,* M48-M61.

Laursen, B., & Collins, W. A. (2004). Parent-child communication during adolescence. In C. Segrin & J. Flora (Eds.), *Family communication.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D., & Dean, J. (1992). The dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging, 7,* 171-184.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Leadbeater, B. J. R., & Way, N. (2001). *Growing up fast.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Leaper, C. (2002). Parenting girls and boys. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 1). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Leary, M. R. (2004). *Introduction to behavioral research methods* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Leavitt, C. H., Tonniges, T. F., & Rogers, M. F. (2003). Good nutrition: The imperative for positive development. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, & K. A. Moore (Eds.), *Well-being.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience, 23,* 155-184.

LeDoux, J. E. (2002). *The synaptic self.* New York: Viking.

Lee, D. J., & Markides, K. S. (1990). Activity and mortality among aged persons over an eight-year period. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 45,* S39-S42.

Lee, G. R. (1978). Marriage and morale in late life. *Journal of Marriage and the Family, 40,* 131-139.

Lee, I. M., Hsieh, C., & Paffenbarger, O. (1995). Exercise intensity and longevity in men. *Journal of the American Medical Association, 273,* 1179-1184.

Lee, I. M., Manson, J. E., Hennekens, C. H., & Paffenbarger, R. S. (1993). Body-weight and mortality: A 27-year follow-up. *Journal of the American Medical Association, 270,* 2823-2828.

Lee, I. M., & Skerrett, P. J. (2001). Physical activity and all-cause mortality: What is the dose-response relation? *Medical Science and Sports Exercise, 33* (Suppl. 6), S459-S471.

Lee, S. Y., Kim, M. T., Kim, S. W., Song, M. S., & Yoon, S. J. (2003). Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: A Korean women's cohort study. *International Journal of Cancer, 105,* 390-393.

Lee, W. K. (2003). Women and retirement planning: Towards the «feminization of poverty» in an aging Hong Kong. *Journal of Women and Aging, 15,* 31-53.

Leeman, C. P. (2002). Physician-assisted death. *New England Journal of Medicine, 347,* 1041-1042.

Lehman, H. C. (1960). The age decrement in outstanding scientific creativity. *American Psychologist, 15,* 128-134.

Lehr, C. A., Hanson, A., Sinclair, M. F., & Christensen, S. L. (2003). Moving beyond dropout prevention towards school completion. *School Psychology Review, 32,* 342-364.

Lehtonen, L., & Martin, R. J. (2004). Ontogeny of sleep and awake states in relation to breathing in preterm infants. *Seminars in Neonatology, 9,* 229-238.

Leifer, A. D. (1973). *Television and the development of social behavior.* Paper presented at the meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development, Ann Arbor, MI.

Leming, M. R. (2003). The history of the hospice approach. In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death and dying.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Leming, M. R., & Dickinson, G. E. (2002). *Understanding death, dying, and bereavement* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Lenders, C. M., McElrath, T. F., & Scholl, T. O. (2000). Nutrition in pregnancy. *Current Opinions in Pediatrics, 12,* 291-296.

Lenoir, C. P., Mallet, E., & Calenda, E. (2000). Siblings of sudden infant death syndrome and near miss in about 30 families: Is there a genetic link? *Medical Hypotheses, 54,* 408-411.

Lenton, A. P., & Blair, I. V. (2004). Gender roles. In W. E. Craighead & C. B. Nemeroff (Eds.), *The concise Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science.* New York: Wiley.

Leonard, B. (2004). Women's conditions occurring in men: Breast cancer, osteoporosis, male menopause, and eating disorders. *Nursing Clinics of North America, 39,* 379-393.

Leonards, U., Ibanez, V., & Giannakopoulos, P. (2002). The role of stimulus type in age-related changes of visual working memory. *Experimental Brain Research, 146,* 172-183.

Leong, F. T. L. (2000). Cultural pluralism. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, and New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Lerner, H. G. (1989). *The dance of intimacy.* New York: Harper & Row.

Lerner, R. M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Lesaux, N. K., & Siegel, L. S. (2003). The development of reading in children who speak English as a second language. *Developmental Psychology, 39,* 1005-1019.

Lessow-Hurley, J. (2005). *The foundations of dual language instruction* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Lester, B. (2000). Unpublished review of J. W. Santrock's *Life-span development* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

Lester, B. M., Tronick, E. Z., LaGasse, L., Seifer, R., Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H. S., Wright, L. L., Smeriglio, V. L., Lu, J., Finnegan, L. P., & Maza, P. L. (2002). The maternal lifestyle study: Effects of substance exposure during pregnancy on neurodevelopmental outcome in 1-month-old infants. *Pediatrics, 110,* 1182-1192.

Leuba, G., Vernay, A., Va, D., Waltzer, C., Belloir, B., Kraftsik, R., Bouras, C., & Savioz, A. (2004). Differential expression of LMO4 protein in Alzheimer's disease. *Neuropathology and Applied Neurobiology, 30,* 57-69.

Levant, R. F. (2002). Men and masculinity. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Levant, R. F., & Brooks, G. R. (1997). *Men and sex: New psychological perspectives.* New York: Wiley.

LeVay, S. (1991). A difference in the hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science, 253,* 1034-1037.

Levelt, W. J. M. (1989). *Speaking: From intention to articulation.* Cambridge, MA: MIT Press.

Leventhal, A. (1994, February). *Peer conformity during adolescence: An integration of developmental, situational, and individual characteristics.* Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence, San Diego.

Leventhal, A. G., Wang, Y., Pu, M., Zhou, Y., & Ma, Y. (2003). GABA and its agonists improved visual cortical function in senescent monkeys. *Science, 300,* 812-815.

Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2004). Diversity in developmental trajectories across adolescence: Neighborhood influences. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Levin, B. G. (2004). Coping with traumatic loss. *International Journal of Emergency Mental Health, 6,* 25-31.

Levin, J. S., Taylor, R. J., & Chatters, L. M. (1994). Race and gender differences in religiosity among older adults: Findings from four national surveys. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 49,* S137-S145.

Levin, J. S., & Vanderpool, H. Y. (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension? *Social Science and Medicine, 29,* 69-78.

LeVine, S. (1979). *Mothers and wives: Gusii women of East Africa.* Chicago: University of Chicago Press.

Levinson, D. J. (1978). *The seasons of a man's life.* New York: Knopf.

Levinson, D. J. (1996). *Seasons of a woman's life.* New York: Alfred Knopf.

Levy, B. R., Jennings, P., & Langer, E. J. (2001). Improving attention in old

age. *Journal of Adult Development, 8,* 189-192.

Levy, G. D., Sadovsky, A. L., & Troseth, G. L. (2000). Aspects of young children's perceptions of gender-typed occupations. *Sex Roles, 42,* 993-1006.

Levy, M. M. (2004). Dying in America. *Critical Care Medicine, 32,* 879-880.

Lewallen, L. P. (2004). Healthy behaviors and sources of health information among low-income pregnant women. *Public Health Nursing, 21,* 200-206.

Lewis, C., & Carpendale, J. (2004). Social cognition. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development.* Malden, MA: Blackwell.

Lewis, M. (1997). *Altering fate: Why the past does not predict the future.* New York: Guilford Press.

Lewis, M. (2001). Issues in the study of personality development. *Psychological Inquiry, 12,* 67-83.

Lewis, M. (2002). Early emotional development. In A. Slater & M. Lewis (Eds.), *Introduction to infant development.* New York: Oxford University Press.

Lewis, M., & Brooks-Gunn, J. (1979). *Social cognition and the acquisition of the self.* New York: Plenum.

Lewis, M., Feiring, C., & Rosenthal, S. (2000). Attachment over time. *Child Development, 71,* 707-720.

Lewis, M., & Ramsay, D. S. (1999). Effect of maternal soothing and infant stress response. *Child Development, 70,* 11-20.

Lewis, M. D., & Stieben, J. (2004). Emotion regulation in the brain: Conceptual issues and directions for developmental research. *Child Development, 75,* 371-376.

Lewis, M. W., Misra, S., Johnson, H. L., & Rosen, T. S. (2004). Neurological and developmental outcomes of prenatally cocaine-exposed offspring from 12 to 36 months. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30,* 299-320.

Lewis, R. (2005). *Human genetics* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

Lewkowicz, D. J. (2003). Learning and discrimination of audiovisual events in human infants: The hierarchical relation between intersensory temporal synchrony and rhythmic pattern cues. *Developmental Psychology, 39,* 795-804.

Leyendecker, B., Harwood, R. L., Comparini, L., & Yalcinkaya, A. (2005). Socioeconomic status, ethnicity, and parenting. In T. Luster & L. Okaghi (Eds.), *Parenting: An ecological perspective* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Li, M., & others (2002). Defect in ERK2 and p54^{JNK} activation in aging mouse splenocytes. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 57,* B41-B47.

Li, S. J., Li, Z., Wu, G., Zhang, M. J., Franczak, M., & Antuono, P. G. (2002). Alzheimer disease: Evaluation of functional MR imaging index as a marker. *Radiology, 225,* 253-259.

Li, S-C., Hommel, B., Aschersleben, G., Prinz, W., & Baltes, P. B. (2004). Transformations in the couplings among intellectual abilities and constituent cognitive processes across the life span. *Psychological Science, 15,* 155-163.

Lickliter, R., & Bahrick, L. E. (2000). The development of infant intersensory perception: Advantages of a comparative convergent-operations approach. *Psychological Bulletin, 126,* 260-280.

Lie, E., & Newcombe, N. (1999). Elementary school children's explicit and implicit memory for faces of preschool classmates. *Developmental Psychology, 35,* 102-112.

Lifshitz, F., Pugliese, M. T., Moses, N., & Weyman-Daum, M. (1987). Parental health beliefs as a cause of nonorganic failure to thrive. *Pediatrics, 80,* 175-182.

Lifton, R. J. (1977). The sense of immortality: On death and the continuity of life. In H. Feifel (Ed.), *New meanings of death.* New York: McGraw-Hill.

Lillard, Lee A., & Waite, Linda J. (1995). Til death do us part: Marital disruption and mortality. *American Journal of Sociology, 100,* 1131-1156.

Limber, S. P. (1997). Preventing violence among school children. *Family Futures, 1,* 27-28.

Limber, S. P. (2004). Implementation of the Olweus Bullying Prevention Program in American schools: Lessons learned from the field. In D. L. Espelage & S. M. Swearer (Eds.), *Bullying in American schools.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Lindenberger, U., & Baltes, P. B. (1994). Sensory functioning and intelligence in old age: A strong connection. *Psychology and Aging, 9,* 339-355.

Linver, M. R., Fuligni, A. J., Hernandez, M., & Brooks-Gunn, J. (2004). Poverty and child development. In P. Allen-Meares & M. Fraser (Eds.), *Intervention with children and adolescents.* Boston: Allyn & Bacon.

Lippa, R. A. (2005). *Gender, nature, and nurture* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Liprie, M. L. (1993). Adolescents' contributions to family decision making. In B. H. Settles, R. S. Hanks, & M. B. Sussman (Eds.), *American families and the future: Analyses of possible destinies.* New York: Haworth Press.

Lipsitt, L. P. (2003). Crib death: Behavioral phenomenon? *Current Directions in Psychological Science, 12,* 164-168.

Lipsitz, J. (1983, October). *Making it the hard way: Adolescents in the 1980s.* Testimony presented at the Crisis Intervention Task Force, House Select Committee on Children, Youth, and Families, Washington, DC.

Litovsky, R. Y., & Ashmead, D. H. (1997). Development of binaural and spatial hearing in infants and children. In R. H. Gilkey & T. R. Anderson (Eds.), *Binaural and spatial hearing in real and virtual environments.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Litt, I. F. (2003). Parents are «in» again. *Journal of Adolescent Health, 33,* 59.

Little, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 36,* 49-63.

Liu, H. M., Kuhl, P. K., & Tsao, F. M. (2003). An association between mothers' speech clarity and infants' speech discrimination skills. *Developmental Science, 6,* F1-F10.

Livesly, W., & Bromley, D. (1973). *Person perception in childhood and adolescence.* New York: Wiley.

Livson, N., & Peskin, H. (1981). Psychological health at age 40: Prediction from adolescent personality. In D. M. Eichorn, J. Clausen, N. Haan, M. Honzik, & P. Mussen (Eds.), *Present and past in middle life.* New York: Academic Press.

Lobel, M., Yali, A. M., Zhu, W., DeVincent, C. J., & Meyer, B. A. (2002). Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high-risk pregnancy. *Psychology and Health, 17,* 77-95.

Locher, J. L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Baker, P. S., Bodner, E. V., & Allman, R. M. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: Ethnic and gender differences. *Social Science Medicine, 60,* 747-761.

Lock, A. (2004). Preverbal communication. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Lock, M. (1998). Menopause: Lessons from anthropology. *Psychosomatic Medicine, 60,* 410-419.

Lockenhoff, C. E., & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality, 72,* 1305-1424.

Loeb, S., Fuller, B., Kagan, S. L., & Carrol, B. (2004). Child care in poor communities: Early learning effects of type, quality, and stability. *Child Development, 75,* 47-65.

Loeber, R., & Farrington, D. P. (Eds.). (2001). *Child delinquents: Development, intervention and service needs.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., Moffitt, T., & Caspi, A. (1998). The development of male offending: Key findings from the first decade of the Pittsburgh Youth Study. *Studies in Crime and Crime Prevention, 7,* 141-172.

Logsdon, M. C. (2004). Depression in adolescent girls: Screening and treatment strategies for primary care providers. *Journal of the American Women's Medical Association, 59,* 101-106.

London, M. L., Ladewig, P. W., Olds, S. B., & Ladewig, P. W. (2000). *Maternal newborn nursing care* (4th ed.). Boston: Addison-Wesley.

Long, T., & Long, L. (1983). *Latchkey children.* New York: Penguin.

Longman, P. (1987). *Born to pay: The new politics of aging in America.* Boston: Houghton-Mifflin.

Lopata, H. Z. (1994). *Circles and settings: Role changes of American women.* Albany State University of New York Press.

Lopez-Toledano, M. A., & Shelanski, M. L. (2004). Neurogenic effect of beta-amyloid peptide in the development of neural stem cells. *Journal of Neuroscience, 24,* 5439-5444.

Lorensen, M., Wilson, M. E., & White, M. A. (2004). Norwegian families: Transition to parenthood. *Health Care for Women International, 25,* 334-348.

Lorenz, K. Z. (1965). *Evolution and the modification of behavior.* Chicago: University of Chicago Press.

Lott, B., & Maluso, D. (2001). Gender development: Social learning. In J. Worrell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Loughlin, A. (2004). Depression and social support: Effective treatments for homebound elderly adults. *Journal of Gerontological Nursing, 30,* 11-15.

Loveland Cook, C. A., Flick, L. H., Homan, S. M., Campbell, C., McSweeney, M., & Gallagher, M. E. (2004). Posttraumatic stress disorder in pregnancy: Prevalence, risk factors, and treatment. *Obstetrics and Gynecology, 103,* 710-717.

Low, A. (2004). Health inequities. *Health Services Journal, 114,* 26-27.

Lowe, M. R., & Timko, C. A. (2004). What a difference a diet makes: Towards an understanding of differences between restrained dieters and restrained nondieters. *Eating Behavior, 5,* 199-208.

Lowe, X., Eskenazi, B., Nelson, D. O., Kidd, S., Alme, A., & Wyrobek, A. J. (2001). Frequency of XY sperm increases with age in fathers of boys with Klinefelter syndrome. *American Journal of Human Genetics, 69,* 1046-1054.

Lucas, R. E., Clark, A. E., Yannis, G., & Diener, E. (2004). Unemployment alters the setpoint for life satisfaction. *Psychological Science, 15,* 8-13.

Luciana, M., Sullivan, J., & Nelson, C. A. (2001). Associations between phenylalanine-to-tyrosine ratios and performance on tests of neuropsychological function in adolescents treated early and continuously for phenylketonuria. *Child Development, 72,* 1637-1652.

Lucurto, C. (1990). The malleability of IQ as judged from adoption studies. *Intelligence, 14,* 275-292.

Ludington-Hoe, S. M., Anderson, G. C., Swinth, J. Y., Thompson, C., & Hadeed, A. J. (2004). Randomized controlled trial of kangaroo care: Cardiorespiratory and thermal effects on healthy preterm infants. *Neonatal Network, 23,* 39-48.

Ludington-Hoe, S. M., Cong, X., & Hashemi, F. (2002). Infant crying: Nature, physiologic consequences, and select interventions. *Neonatal Network, 21,* 29-36.

Lund, D. A. (1996). Bereavement and loss. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 1). San Diego: Academic Press.

Luque, J. M., Gimenez, Y., & Ribotta, M. (2004). Neural stem cells and the quest for restorative neurology. *Histology and Histopathology, 19,* 271-280.

Luria, A., & Herzog, E. (1985, April). *Gender segregation across and within settings.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Toronto.

Luster, T., & Okaghi, L. (Eds.) (2005). *Parenting: An ecological perspective* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Luszcz, M., & Giles, L. (2002). Benefits of close social relationships for health and longevity of older adults. *International Society for the Study of Behavioural Development Newsletter* (1, Serial No. 41), 15-16.

Lyke, J., & Colon, M. (2004). Practical recommendations for ethnically and racially sensitive hospice services. *American Journal of Hospice and Palliative Care, 21,* 131-133.

Lyndaker, C., & Hulton, L. (2004). The influence of age on symptoms of perimenopause. *Journal of Obstetric, Gynecological, and Neonatal Nursing, 33,* 340-347.

Lynn, R. (1996). Racial and ethnic differences in intelligence in the U.S. on the Differential Ability Scale. *Personality and Individual Differences, 26,* 271-273.

Lyon, T. D., & Flavell, J. H. (1993). Young children's understanding of forgetting over time. *Child Development, 64,* 789-800.

Lyons, G. R. (1995). Toward a definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia, 45,* 3-27.

Maccoby, E. E. (1984). Middle childhood in the context of the family. In *Development during middle childhood.* Washington, DC: National Academy Press.

Maccoby, E. E. (1987, November). Interview with Elizabeth Hall: All in the family. *Psychology Today,* pp. 54-60.

Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology, 28,* 1006-1018.

Maccoby, E. E. (1998). The two sexes: Growing up apart, coming together.

Cambridge, MA: Harvard University Press.

Maccoby, E. E. (2002). Gender and group processes. *Current Directions in Psychological Science, 11,* 54-58.

Maccoby, E. E. (2002). Parenting effects. In J. G. Borkowski, S. L. Ramey, & M. Bristol-Power (Eds.), *Parenting and the child's world.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Maccoby, E. E. (2003). The gender of child and parent as factors in family dynamics. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds.), *Children's influence on family dynamics.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1974). *The psychology of sex differences.* Palo Alto, CA: Stanford University Press.

Maccoby, E. E., & Lewis, C. C. (2003). Less daycare or better daycare? *Child Development, 74,* 1069-1075.

Maccoby, E. E., & Mnookin, R. H. (1992). *Dividing the child: Social and legal dilemmas of custody.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

MacDorman, M. F., Minino, A. M., Strobino, D. M., & Guyer, B. (2002). Annual summary of vital statistics—2001. *Pediatrics, 110,* 1037-1052.

MacFarlane, J. A. (1975). Olfaction in the development of social preferences in the human neonate. In *Parent-infant interaction,* Ciba Foundation Symposium No. 33. Amsterdam: Elsevier.

MacGeorge, E. L. (2003). Gender differences in attributions and emotions in helping contexts. *Sex Roles, 48,* 175-182.

MacGeorge, E. L., Graves, A. R., Feng, B., Gillihan, S. J., & Burleson, B. R. (2004). The myth of gender cultures: Similarities outweigh differences in men's and women's provisions and responses to supportive communication. *Sex Roles, 50,* 143-175.

Macias, C., Jonees, D., Harvey, J., Barreira, P., Harding, C., & Rodican, C. (2004). Bereavement in the context of serious mental illness. *Psychiatric Services, 55,* 421-426.

Maciokas, J. B., & Crognale, M. A. (2003). Cognitive and attentional changes with age: Evidence from attentional blink deficits. *Experimental Aging Research, 29,* 137-153.

MacLean, W. E. (2000). Down syndrome. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

MacWhinney, B. (2005). Language development. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology* (6th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Madden, D. J. (2001). Speed and timing of behavioral processes. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.). San Diego: Academic Press.

Madden, D. J., & others. (1999). Aging and recognition memory: Changes in regional cerebral blood flow associated with components of reaction time distributions. *Journal of Cognitive Neuroscience, 11,* 511-520.

Maddi, S. (1998). Hardiness. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3). San Diego: Academic Press.

Magnuson, K. A., & Duncan, G. J. (2002). Parents in poverty. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 4). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Magnuson, K., & Duncan, G. (2004). Parent- vs. child-based intervention strategies for promoting children's well-being. In A. Kalil & T. DeLeire (Eds.), *Family investments in children's potential.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Magwere, T., Chapman, T., & Partridge, L. (2004). Sex differences in the effect of dietary restriction on lifespan and mortality rates in female and male *Drosophila Melanogaster. Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59,* B3-B9.

Mahler, M. (1979). *Separation-individuation* (Vol. 2). London: Jason Aronson.

Maidment, I. D. (2003). Efficacy of stimulants in adult ADHD. *Annals of Pharmacotherapy, 37,* 1884-1890.

Main, M. (2000). Attachment theory. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Majumdar, I., Paul, P., Talib, V. H., & Ranga, S. (2003). The effect of iron therapy on the growth of iron-replete and iron-deplete children. *Journal of Tropical Pediatrics, 49,* 84-88.

Makrides, M., Neumann, M., Simmer, K., Pater, J., & Gibson, R. (1995). Are long-chain polyunsaturated fatty acids essential nutrients in infancy? *Lancet, 345,* 1463-1468.

Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin, 114,* 68-79.

Malley-Morrison, K. (Ed.). (2004). *International perspectives on family violence and abuse.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Malmgren, K. W., & Meisel, S. M. (2004). Examining the link between child maltreatment and delinquency for youth with emotional and behavioral disorders. *Child Welfare, 83,* 175-188.

Mandler, J. M. (2000). Perceptual and conceptual processes in infancy. *Journal of Cognition and Development, 1,* 3-36.

Mandler, J. M. (2003). Conceptual categorization. In D. Rakison & L. M. Oakes (Eds.), *Early category and concept development.* New York: Oxford University Press.

Mandler, J. M. (2004). *The origins of mind.* New York: Oxford University Press.

Mandler, J. M., & McDonough, L. (1995). Long-term recall in infancy. *Journal of Experimental Child Psychology, 59,* 457-474.

Manev, R., & Manvev, H. (2005). The meaning of mammalian adult neurogenesis and the function of newly added neurons: The «small-world» network. *Medical Hypotheses, 64,* 114-117.

Mannell, R. C. (2000). Older adults, leisure, and wellness. *Journal of Leisurability, 26,* 3-10.

Mannell, R. C., & Dupuis, S. (1996). Life satisfaction. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 2). San Diego: Academic Press.

Mannessier, L., Alie-Daram, S., Roubinet, F., & Brossard, Y. (2000). Prevention of fetal hemolytic disease: It is time to take action. Transfusions in *Clinical Biology, 7,* 527-532.

Manning, W. D., & Smock, P. J. (2002). First comes cohabitation and then comes marriage. *Journal of Family Issues, 23,* 1065-1087.

Manor, O., & Eisenbach, Z. (2003). Mortality after spousal loss: Are there sociodemographic differences? *Social Science and Medicine, 56,* 405-413.

Manton, K. G., Corder, L., & Stallard, E. (1997, March 18). Chronic disability in elderly United States populations, 1982-1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 94,* 2593-2598.

Manton, K. I. (1989). The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospective investigations.

Journal for the Scientific Study of Religion, 28, 310-323.

Maracek, J., Kimmel, E. B., Crawford, M. E., & Hare-Muston, R. (2003). Psychology of women and gender. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. I). New York: Wiley.

Marcell, J. J. (2003). Sarcopenia: Causes, consequences, and preventions. *Journals of Gerontology A: Biological and Medical Sciences,* M911-M916.

Marchman, V. (2003). Review of J. W. Santrock's *Child development* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.

Marchman, V., & Thal, D. (2005). Words and grammar. In M. Tomasello & D. I. Slobin (Eds.), *Beyond nature-nurture.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Marcia, J. E. (1980). Ego identity development. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Marcia, J. E. (1994). The empirical study of ego identity. In H. A. Bosma, T. L. G. Graafsma, H. D. Grotevant, & D. J. De Levita (Eds.), *Identity and development.* Newbury Park, CA: Sage.

Marcia, J. E. (2002). Identity and psychosocial development in adulthood. *Identity, 2,* 7-28.

Marcovitch, H. (2004). Use of stimulants for attention deficit hyperactivity disorder: AGAINST. *British Medical Journal, 329,* 908-909.

Marcus, D. L., Mulrine, A., & Wong, K. (1999, September 13). How kids learn. *U.S. News & World Report,* pp. 44-50.

Marecek, J., Finn, S. E., & Cardell, M. (1988). Gender roles in the relationships of lesbians and gay men. In J. P. De Cecco (Ed.), *Gay relationships.* New York: Harrington Park Press.

Margolin, L. (1994). Child sexual abuse by uncles. *Child Abuse & Neglect, 18,* 215-224.

Marild, S., Hansson, S., Jodal, U., Oden, A., & Svedberg, K. (2004). Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Pediatrics, 93,* 164-168.

Markides, K. S. (1995). Aging and ethnicity. *Gerontologist, 35,* 276-277.

Markides, K. S., & Rudkin, L. (1996). Race and ethnic diversity. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 2). San Diego: Academic Press.

Markman, H. J. (2000). Marriage. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Markowitz, M. (2000). Lead poisoning. *Pediatrics in Review, 21,* 327-335.

Markson, E. W. (1995). Older women: The silent majority? *Gerontologist, 35,* 278-281.

Markus, H. R., Ryff, C. D., Curhan, K., & Palmersheim, K. (2004). In their own words: Well-being among high school and college-educated adults. In G. Brim, C. D. Ryff, & R. Kessler (Eds.), *How healthy we are: A national study of well-being in midlife.* Chicago: University of Chicago Press.

Marshall, N. L. (2004). The quality of early child care and children's development. *Current Directions in Psychological Science, 13,* 165-168.

Marsiglio, W. (2004). When stepfathers claim children: A conceptual analysis. *Journal of Marriage and the Family, 66,* 22-39.

Marsiske, M., Klumb, P. L., & Baltes, M. M. (1997). Everyday activity patterns and sensory functioning in old age. *Psychology and Aging, 12,* 444-457.

Marsiske, M., Lang, F. R., Baltes, M. M., & Baltes, P. B. (1995). Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. In R. A. Dixon & L. Bäckman (Eds.), *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains* (pp. 35-79). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Martin, C. L., & Dinella, L. (2001). Gender development: Gender schema theory. In J. Worrell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Martin, C. L., & Fabes, R. A. (2001). The stability and consequences of young children's same-sex peer interactions. *Developmental Psychology, 37,* 431-446.

Martin, C. L., & Halverson, C. F. (1981). A schematic processing model of sex typing and stereotyping in children. *Child Development, 52,* 1119-1134.

Martin, C. L., & Ruble, D. (2004). Children's search for gender cues. *Current Directions in Psychological Science, 13,* 67-70.

Martin, E. D., & Sher, K. J. (1994). Family history of alcoholism, alcohol use disorders, and the five-factor model of personality. *Journal of Studies in Alcohol, 55,* 81-90.

Martin, J. A., & Buckwalter, J. A. (2001). Biomarkers of aging. *Journal of Gerontology, 56A* (No. 4), B172-B179.

Martin, M. T., Emery, R., & Peris, T. S. (2004). Children and parents in single-parent families. In M. Coleman & L. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Martinez, E., & Halgunseth, L. (2004). Hispanics/Latinos. In M. Coleman & L. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Marzano, R. J., Pickering, D. J., & Pollock, J. E. (2005). *Classroom instruction that works.* Boston: Allyn & Bacon.

Mason, J. A., & Hermann, K. R. (1998). Universal infant hearing screening by automated auditory brainstem response measurement. *Pediatrics, 101,* 221-228.

Masten, A. S. (2004). Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021,* 310-319.

Matheny, A. P., & Phillips, K. (2001). Temperament and context: Correlates of home environment with temperament continuity and change. In T. D. Wachs & G. A. Kohnstamm (Eds.), *Temperament in context.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Mathew, J. L. (2004). Effect of maternal antibiotics on breast feeding infants. *Postgraduate Medical Journal, 80,* 196-200.

Mathews, F., Youngman, L., & Neil, A. (2004). Maternal circulating nutrient concentrations in pregnancy: Implications for birth and placental weights of term infants. *American Journal of Clinical Nutrition, 79,* 103-110.

Mathews, T. J., Menacker, F., & MacDorman, M. F. (2003). Infant mortality statistics from the 2001 period linked birth/infant death data set. *National Vital Statistics Reports, 52,* 1-28.

Matlin, M. W. (2004). *The psychology of women* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Matsumoto, D. (2004). *Culture and psychology* (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Matthias, R. F., Lubben, J. E., Atchison, K. A., & Schweitzer, S. O. (1997). Sexual activity and satisfaction among very old adults: Results from a community-dwelling Medicare population survey. *Gerontologist, 37,* 6-14.

Matusov, E., Bell, N., & Rogoff, B. (2001). *Schooling as cultural process: Working together and guidance by children from schools differing in collaborative practices.* Unpublished manuscript, University of Delaware.

Matzo, M. L., Sherman, D. W., Lo, K., Egan, K. A., Grant, M., & Rhome, A. (2003). Strategies for teaching loss, grief, and bereavement. *Nursing Education, 28,* 71-76.

Matzo, M. L., Sherman, D. W., Nelson-Marten, P., Rhome, A., & Grant, M. (2004). Ethical and legal issues in end-of-life care: End-of-life nursing education consortium curriculum and teaching strategies. *Journal for Nurses in Staff Development, 20,* 59-66.

Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation difficulties and socioemotional adjustment. *Child Development, 73,* 1525-1542.

Maulik, D. (2003). New directions in prenatal care. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine, 13,* 361.

Maurer, D. (2001, April). *Variations in plasticity in visual development.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Maurer, D., & Salapatek, P. (1976). Developmental changes in the scanning of faces by young infants. *Child Development, 47,* 523-527.

Mauro, V. P., Wood, I. C., Krushel, L., Crossin, K. L., & Edelman, G. M. (1994). Cell adhesion alters gene transcription in chicken embryo brain cells and mouse embryonal carcinoma cells. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 91,* 2868-2872.

Maxson, S. (2003). Behavioral genetics. In I. B. Weiner (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. III). New York: Wiley.

May, E. L. (2004). Looking for work? How to use your age as an asset. *Healthcare Executive, 19,* 8-10, 12, 14-15.

May, V., Onarcan, M., Oleschowski, C., & Mayron, Z. (2004). International perspectives on the role of home care and hospice in aging and long-term care. *Caring, 23,* 14-17.

Mayer, R. E. (2003). Memory and information processes. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VII). New York: Wiley.

Mayer, R. E. (2004). Teaching of subject matter. *Annual Review of Psychology* (Vol. 55). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Mayes, L. (2003). Unpublished review of J. W. Santrock's *Topical life-span development* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Mayo Clinic (2004). *Special diets.* Rochester, MN: Author.

McAdams, D. P. (2001). Generativity in midlife. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development.* New York: Wiley.

McAdoo, H. P. (Ed.). (1999). *Family ethnicity* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

McAdoo, H. P. (2002). African-American parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

McAuley, E., Kramer, A. F., & Colcombe, S. J. (2004). Cardiovascular fitness and neurocognitive function in older adults: A brief review. *Brain, Behavior, and Immunity, 18,* 214-220.

McCall, R. B., & Carriger, M. S. (1993). A meta-analysis of infant habituation and recognition memory performance as predictors of later IQ. *Child Development, 64,* 57-79.

McCartney, K. (2003, July 16). Interview with Kathleen McCartney. In A. Bucuvalas, Child care and behavior. *HGSE News,* pp. 1-4. Cambridge, MA: Harvard Graduate School of Education.

McCarty, M. E., & Ashmead, D. H. (1999). Visual control of reaching and grasping in infants. *Developmental Psychology, 35,* 620-631.

McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. S. (2003, March). *The influence of spirituality on end-of-life despair in cancer patients close to death.* Paper presented at the meeting of American Psychosomatic Society, Phoenix.

McClearn, G. E. (2004). Nature and nurture: Interaction and coaction. *American Journal of Medical Genetics, 124B,* 124-130.

McClellan, M. D. (2004, February 9). Captain Fantastic: The interview. *Celtic Nation,* pp. 1-9.

McCombs, B. L. (2003). Research to policy for guiding educational reform. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. 7). New York: Wiley.

McCormick, C. B. (2003). Metacognition and learning. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VII). New York: Wiley.

McCormick, M. C. (2001). Prenatal care—necessary, but not sufficient. *Health Services Research, 36,* 399-403.

McCoy, R. C., Hunt, C. E., Lesko, S. M., Vezina, R., Corwin, M. J., Willinger, M., Hoffman, H. J., & Mitchell, A. A. (2004). Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 25,* 141-149.

McCoy, S. J., Beal, J. M., & Watson, G. H. (2003). Endocrine factors and postpartum depression: A selected review. *Journal of Reproductive Medicine, 48,* 402-408.

McCrae, R. R. (2001). Traits through time. *Psychological Inquiry, 12,* 85-87.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1990). *Personality in adulthood.* New York: Guilford.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood* (2nd ed.). New York: Guilford.

McCrae, R. R., Costa, P. T., Lima, M. P., Simoes, A., Ostendorf, F., et al. (1999). Age differences in personality across the adult lifespan: Parallels in five cultures. *Developmental Psychology, 35,* 466-477.

McCullough, M. E. (1995). Prayer and health: Conceptual issues, research review, and research agenda. *Journal of Psychology and Theology, 23,* 15-29.

McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health psychology, 19,* 211-222.

McDaniel, M. A., Einstein, G. O., Stout, A. C., & Morgan, Z. (2003). Aging and maintaining intentions over delays: Do it or lose it. *Psychology and Aging, 18,* 823-835.

McDougall, G. J. (2004). Memory's self-efficacy and memory performance among black and white elders. *Nursing Research, 53,* 323-331.

McDougall, G. J., Strauss, M. E., Holston, E. C., & Martin, M. (1999, November). *Memory self-efficacy and memory-anxiety as predictors of memory performance in at-risk elderly.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

McDowd, J. M., Filion, D. L., Pohl, P. S., Richards, L. G., & Stiers, W. (2003).

Attentional abilities and functional outcomes following a stroke. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58,* P45-P53.

McElhaney, J. E. (2002). Nutrition, exercise, and influenza vaccination. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 57,* M555-M556.

McFarlane, T., Polivy, J., & Herman, C. P. (1998). Dieting. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 1). San Diego: Academic Press.

McGavock, J. M., Eves, N. D., Mandie, S., Glenn, N. M., Quinney, H. A., & Haykowsky, M. J. (2004). The role of exercise in the treatment of cardiovascular disease associated with type 2 diabetes mellitus. *Sports Medicine, 34,* 27-48.

McGrath, S., Kennell, J., Suresh, M., Moise, K., & Hinkley, C. (1999, May). *Doula support vs. epidural analgesia: Impact on cesarean rates.* Paper presented at the meeting of the Society for Pediatric Research, San Francisco.

McGregor, K. K. (2004). Developmental dependencies between lexical semantics and reading. In C. A. Stone, E. R. Silliman, B. J. Ehren, & K. Apel (Eds.), *Handbook of language and literacy.* New York: Guilford.

McGuire, F. (2000). What do we know? Not much. The state of leisure and aging research. *Journal of Leisurability, 26,* 97-100.

McGuire, L., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2002). Depressive symptoms and lymphocyte proliferation in older adults. *Journal of Abnormal Psychology, 111,* 192-197.

McGuire, S. (2001). Are behavioral genetic and socialization research compatible? *American Psychologist, 56,* 171.

McHale, J. P., Johnson, D., & Sinclair, R. (1999). Family dynamics, preschoolers' family representations, and preschool peer relationships. *Early Education and Development, 10,* 373-401.

McHale, J. P., Khazan, I., Erera, P., Rotman, T., DeCourcey, W., & McConnell, M. (2002). Coparenting in diverse family systems. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 3). Mahwah, NJ: Erlbaum.

McHale, J. P., Kuersten-Hogan, R., & Rao, N. (2004). Growing points for coparenting theory and research. *Journal of Adult Development, 11,* 221-234.

McHale, J. P., Luretti, A., Talbot, J., & Pouquette, C. (2001). Retrospect and prospect in the psychological study of marital and couple relationships. In J. P. McHale & W. S. Grolnick (Eds.), *Retrospect and prospect in the psychological study of families.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

McHale, S. M., Crouter, A. C., & Whiteman, S. D. (2003). The family contexts of gender development in childhood and adolescence. *Social Development, 12,* 125-152.

McKain, W. C. (1972). A new look at older marriages. *The Family Coordinator, 21,* 61-69.

McKellar, J., Stewart, E., & Humphreys, K. (2003). Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 302-308.

McKenna, J. J., Mosko, S. S., & Richard, C. A. (1997). Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics, 100,* 214-219.

McKnight, A. J., & McKnight, A. S. (1993). The effect of cellular phone use upon driver attention. *Accident Analysis and Prevention, 25,* 259-265.

McLaughlin, K. (2003, December 30). Commentary in «Nurse K. Painter, Nurse dispenses dignity for dying.» *USA Today,* Section D, pp. 1-2.

McLearn, K. T. (2004). Narrowing the income gaps in preventive care for young children: Families in healthy steps. *Journal of Urban Health, 81,* 556-567.

McLeod, J. D. (1996). Life events. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 1). San Diego: Academic Press.

McLoyd, V. C. (1998). Children in poverty: Development, public policy, and practice. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 4). New York: Wiley.

McLoyd, V. C. (1999). Cultural influences in a multicultural society: Conceptual and methodological issues. In A. S. Masten (Ed.), *Cultural processes in child development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

McLoyd, V. C. (2000). Poverty. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

McLoyd, V. C. (2005). Pathways to academic achievement among children from immigrant families: A commentary. In C. R. Cooper, C. T. G. Coll, W. T. Bartko, H. M. Davis, & C. Chatman (Eds.), *Developmental pathways through middle childhood.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

McLoyd, V. C., & Smith, J. (2002). Physical discipline and behavior problems in African American, European American, and Hispanic children: Emotional support as a moderator. *Journal of Marriage and Family, 64,* 40-53.

McMillan, J. H. (2004). *Educational research* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

McMullin, J. A., & Marshall, V. W. (2001). Ageism, age relations, and garment industry work in Montreal. *The Gerontologist, 41* (No. 1), 111-119.

McNamara, F., & Sullivan, C. E. (2000). Obstructive sleep apnea in infants. *Journal of Pediatrics, 136,* 318-323.

McTigue, K. M., Garrett, J. M., & Popkin, B. M. (2002). The natural history of the development of obesity in a cohort of young U.S. adults between 1981 and 1998. *Annals of Internal Medicine, 136,* 857-864.

McVeigh, C. A., Baafi, M., & Williamson, B. (2002). Functional status after fatherhood: An Australian study. *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing, 31,* 165-171.

Means, C., Adrienne, J., Snyder, D. K., & Negy, C. (2003). Assessing nontraditional couples. *Journal of Marital and Family Therapy, 29,* 69-83.

Mearns, S. (2000). The impact of loss on adolescents: Developing appropriate support. *International Journal of Palliative Nursing, 6,* 12-17.

Mecocci, P., Olidori, M. C., Troiano, L., Cherubin, A., Cecchetti, R., Pini, G., Straatman, M., Monti, D., Stahl, W., Sies, W., Franceschi, C., & Senin, U. (2000). Plasma antioxidants and longevity: A study on healthy centenarians. *Free Radical Biology and Medicine, 28,* 1243-1248.

MedLine Plus (2004). *Medical encyclopedia.* Available on the Internet at: www.nim.nih. gov/medlineplus/ency/.

Meghani, S. H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. *Journal of Advanced Nursing, 46,* 152-161.

Meguro, K., Shimada, M., Yamaguchi, S., Sano, I., Inagaki, H., Matsushita, M., Sekita, Y., & Mori, E. (2004). Neuropsychological features of mild Alzheimer's disease (CDR 0.5) and progression to dementia in a community: The Tajiri Project. *Journal of Geriatric Psychiatry, 17,* 183-189.

Mehra, S., & Agrawal, D. (2004). Adolescent health determinants for pregnancy

and child health outcomes among the urban poor. *Indian Pediatrics, 41,* 137-145.

Meier, P. P., Engstrom, J. L., Mingolelli, S. S., Miracle, D. J., & Kiesling, S. (2004). The Rush Mother's Milk Club: Breastfeeding interventions for mothers with very low birth weight infants. *Journal of Obstetrical, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 33,* 164-174.

Mein, J. K., Palmer, C. M., Shand, M. C., Templeton, D. J., Parekh, V., Mobbs, M., Haig, K., Huffam, S. E., & Young, L. (2003). Management of acute sexual assault. *Medical Journal of Australia, 178,* 226-230.

Meis, P. J., & Peaceman, A. M. (2003). Prevention of recurrent preterm delivery by 17-alpha-hydroxyprogesterone caproate. *New England Journal of Medicine, 348,* 2379-2385.

Melton, L. J., Johnell, O., Lau, E., Mautalen, C. A., & Seeman, E. (2004). Osteoporosis and the global competition for health care resources. *Journal of Bone and Mineral Resources, 19,* 1055-1058.

Meltzoff, A. N. (1988). Infant imitation and memory: Nine-month-old infants in immediate and deferred tests. *Child Development, 59,* 217-225.

Meltzoff, A. N. (2000). Learning and cognitive development. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Meltzoff, A. N. (2002). Elements of a developmental theory of imitation. In A. N. Meltzoff & W. Prinz (Eds.), *The imitative mind: Development, evolution, and brain bases.* New York: Cambridge University Press.

Meltzoff, A. N. (2004). Imitation as a mechanism of social cognition: Origins of empathy, theory of mind, and the representation of action. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Meltzoff, A. N., & Gopnik, A. (1997). *Words, thoughts, and theories.* Cambridge, MA: MIT Press.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1999). A new foundation for cognitive development in infancy: The birth of the representational infant. In E. K. Skolnick, K. Nelson, S. A. Gelman, & P. H. Miller (Eds.), *Conceptual development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Memmler, R. L., Cohen, B. J., Wood, D. L., & Schweglr, J. (1995). *The human body in health and disease* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A six-year longitudinal study. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58,* S74-S82.

Menec, V. H., MacWilliam, L., & Aoki, F. Y. (2002). Hospitalizations and death due to respiratory illnesses during influenza seasons: A comparison of community residents, senior housing residents, and nursing home residents. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 57,* M629-M635.

Ment, L. R., Vohr, B., Allan, W., Katz, K. H., Schneider, C., Westerveld, M., Duncan, C. C., & Makuch, R. W. (2003). Change in cognitive function over time in very low-birthweight infants. *Journal of the American Medical Association, 289,* 705-711.

Menyuk, P., Liebergott, J., & Schultz, M. (1995). *Early language development in full-term and premature infants.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Meredith, N.V. (1978). Research between 1960 and 1970 on the standing height of young children in different parts of the world. In H. W. Reece & L. P. Lipsitt (Eds.), *Advances in child development and behavior* (Vol. 12). New York: Academic Press.

Merrick, J., Aspler, S., & Schwartz, G. (2001). Should adults with phenylketonuria have diet treatment? *Mental Retardation, 39,* 215-217.

Merrill, S. S., & Verbrugge, L. M. (1999). Health and disease in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age.* San Diego: Academic Press.

Merry, B. J. (2004). Oxidative stress and mitochondrial function with aging—the effects of calorie restriction. *Aging Cell, 3,* 7-12.

Metts, S. (2004). First sexual involvement in romantic relationships. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in gay, lesbian, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin, 129,* 674-697.

Mhatre, M. C., Fernandes, G., & Ticku, M. K. (1991). Aging reduces the mRNA of alpha 1 GABAA receptor subunit in rat cerebral cortex. *European Journal of Pharmacology, 208,* 171-174.

Michael, R. (2004). Family influences on children's verbal ability. In A. Kalil & T. DeLeire (Eds.), *Family investments in children's potential.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Michael, R. T., Gagnon, J. H., Laumann, E. O., & Kolata, G. (1994). *Sex in America.* Boston: Little, Brown.

Michael, S. T., Crowther, M. R., & Allen, R. S. (2003). Widowhood and spirituality: Coping responses to bereavement. *Journal of Women and Aging, 15,* 145-165.

Michel, G. L. (1981). Right-handedness: A consequence of infant supine head-orientation preference? *Science, 212,* 685-687.

Michel, R. S. (2000). Toilet training. *Pediatric Review, 20,* 240-245.

Miller, B. C., Fan, X., Christensen, M., Grotevant, H. D., & von Dulmen, M. (2000). Comparisons of adopted and nonadopted adolescents in a large, nationally representative sample. *Child Development, 71,* 1458-1473.

Miller, E. R., Pastor-Barriuso, R., Dalal, D., Riemersma, R. A., Appel, L. J., & Guallar, E. (2005, in press). Meta-analysis: High-dosage vitamin E supplementation may increase all-cause mortality. *Annals of Internal Medicine.*

Miller, J. B. (1986). *Toward a new psychology of women* (2nd ed.). Boston: Beacon Press.

Miller, J. G. (1995, March). *Culture, context, and personal agency: The cultural grounding of self and morality.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis.

Miller, J. G. (2005). Insights into moral development from cultural psychology. In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Miller, P. H. (2001). *Theories of developmental psychology* (4th ed.). New York: Worth.

Miller, P. H., & Seier, W. L. (1994). Strategy utilization deficiencies in children: When, where, and why. In H. W. Reese (Ed.), *Advances in child development and behavior* (Vol. 24). New York: Academic Press.

Miller-Day, M. A. (2004). *Communication among grandmothers, mothers, and adult daughters.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Miller-Johnson, S., Coie, J., & Malone, P. S. (2003). *Do aggression and peer rejection in childhood predict early adult outcomes?* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa, FL.

Miller-Jones, D. (1989). Culture and testing. *American Psychologist, 44,* 360-366.

Minns, R. A., & Busuttil, A. (2004). Patterns of presentation of the shaken baby syndrome: Four types of inflicted brain injury predominate. *British Medical Journal, 328,* 766.

Minuchin, P. (2001). Looking toward the horizon: Present and future in the study of family systems. In J. P. McHale & W. S. Grolnick (Eds.), *Retrospect and prospect in the psychological study of families.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Minuchin, P. O., & Shapiro, E. K. (1983). The school as a context for social development. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed., Vol. 4). New York: Wiley.

Mischel, W. (2004). Toward an integrative science of the person. *Annual Review of Psychology* (Vol. 55). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Misra, A., Arora, N., Mondal, S., Pandey, R. M., Jailkhani, B., Peshin, S., Chaudhary, D., Saluja, T., Singh, P., Chandra, S., Luithra, K., & Vikram, N. K. (2001). Relation between plasma leptin and anthropometric and metabolic covarites in lean and obese diabetic and hyperlipdaemic Asian Northern Indian subjects. *Diabetes, Nutrition, and Metabolism, 14,* 18-26.

Missonnier, P., Gold, G., Leonards, U., Costa-Fazio, L., Michel, J. P., Ibanez, V., & Giannakiopoulos, P. (2004). Aging and working memory: Early deficits in EEG activation of posterior cortical areas. *Journal of Neural Transmission, 111,* 1141-1154.

Mitchell, E. A., Stewart, A. W., Crampton, P., & Salmond, C. (2000). Deprivation and sudden infant death syndrome. *Social Science and Medicine, 51,* 147-150.

Mitchell, K. S., & Mazzeo, S. E. (2004). Binge eating and psychological distress in ethnically diverse undergraduate men and women. *Eating Behavior, 5,* 157-169.

Mitchell, M., & Catron, G. (2002). Teaching grief and bereavement: Involving support groups in educating student midwives. *The Practicing Midwife, 5,* 26-27.

Mitchell, M. L., & Jolley, H. M. (2004). *Research design* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Mitchell, V., & Helson, R. (1990). Women's prime of life: Is it the 50s? *Psychology of Women Quarterly, 14,* 451-470.

Modell, J., & Elder, G. H. (2002). Child development in history: So what's new? In W. W. Hartup & R. A. Weinberg (Eds.), *Child psychology in retrospect and prospect.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Moen, P. (1998). Recasting careers: Changing reference groups, risks, and realities. *Generations, 22,* 40-45.

Moen, P., & Quick, H. E. (1998). Retirement. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3). San Diego: Academic Press.

Moen, P., & Wethington, E. (1999). Midlife development in a life course context. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age.* San Diego: Academic Press.

Mok, K. H., Lee, V. W., & So, K. F. (2004). Retinal nerve fiber loss in high- and normal-tension glaucoma by optical coherence tomography. *Optometry and Vision Science, 81,* 369-372.

Monahan, D. J., & Hopkins, K. (2002). Nurses, long-term care, and eldercare: Impact on work and performance. *Nursing Economics, 20,* 266-272, 291.

Monge, A., & others. (2004). Variation in the dopaminergic response during the day in Parkinson disease. *Clinical Neuropharmacology, 27,* 116-118.

Monk, C., Sloan, R. P., Myers, M. M., Ellman, L., Werner, E., Jeon, J., Tager, F., & Fifer, W. P. (2004). Fetal heart rate reactivity differs by women's psychiatric status: An early marker for developmental risk? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,* 283-290.

Montemayor, R. (1982). The relationship between parent-adolescent conflict and the amount of time adolescents spend with parents, peers, and alone. *Child Development, 53,* 1512-1519.

Montgomery, M. J., & Cote, J. E. (2003). College as a transition to adulthood. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Moody, R. (2001). Adoption: Women must be helped to consider all options. *British Medical Journal, 323,* 867.

Moon, R. Y., Oden, R. P., & Grady, K. C. (2004). Back to sleep: An educational intervention with women, infants, and children program clients. *Pediatrics, 113,* 542-547.

Moore, C., & Lemmon, K. (Eds.). (2001). *The self in time.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Moore, D. (2001). *The dependent gene.* New York: W. H. Freeman.

Moos, R. H. (1986). Work as a human context. In M. S. Pallack & R. Perloff (Eds.), *Psychology and work: Productivity, change, and employment.* Washington, DC: American Psychological Association.

Morales, A. (2003). Erectile dysfunction: An overview. *Clinical Geriatric Medicine, 19,* 529-538.

More, J. (2003). New guidelines on infant feeding in the first 12 months of life. *Journal of Family Health Care, 13,* 89-90.

Morelli, G. A., Rogoff, B., Oppenheim, D., & Goldsmith, D. (1992). Cultural variation in infants' sleeping arrangements: Questions of independence. *Developmental Psychology, 28,* 604-613.

Moreno-John, G., Gachie, A., Fleming, C. M., Napoles-Springer, A., Mutran, E., Manson, S. M., & Perez-Stable, E. J. (2004). Ethnic minority older adults participating in clinical research: Developing trust. *Journal of Aging Health, 16, 5 Supplement,* 3, 93S-123S.

Morgan, J. D., & Laungani, P. (Eds.). (2003). *Death and bereavement around the world,* Vol. 4.: *Death and bereavement in Asia, Australia, and New Zealand.* Amityville, NY: Baywood.

Morley, J. E. (2003). Anorexia and weight loss in older persons. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58,* M131-M137.

Morley, J. E. (2004). The top 10 hot topics in aging. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59,* M24-M33.

Morris, J. C., Storandt, M., Miller, J. P., McKeel, D., Price, J., Rubin, E. H., & Berg, L. (2001). Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer's disease. *Archives of Neurology, 58,* 397-405.

Morris, J. K., Wald, N. J., Mutton, D. E., & Alberman, E. (2003). Comparison

of models of maternal age-specific risk for Down syndrome live births. *Prenatal Diagnostics, 23,* 252-258.

Morrongiello, B. A., Fenwick, K. D., & Chance, G. (1990). Sound localization acuity in very young infants: An observer-based testing procedure. *Developmental Psychology, 26,* 75-84.

Morrow, C. E., Bandstra, E. S., Anthony, J. C., Ofir, A. Y., Xue, L., & Reyes, M. B. (2003). Influence of prenatal cocaine exposure on early language development: Longitudinal findings from four months to three years of age. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 24,* 39-50.

Morrow, L. (1988, August 8). Through the eyes of children. *Time,* pp. 32-33.

Mortimer, J. T., & Larson, R. W. (2002). Macrostructural trends and the reshaping of adolescence. In J. T. Mortimer & R. W. Larson (Eds.), *The changing adolescent experience.* New York: Cambridge University Press.

Moscicki, E. K., & Caine, E. D. (2004). Opportunities of life: Preventing suicide in elderly patients. *Archives of Internal Medicine, 164,* 1171-1172.

Moses, J., Steptoe, A., Mathews, A., & Edwards, S. (1989). The effects of exercise training on mental well-being in a normal population: A controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 33,* 47-61.

Moshman, D. (1999). *Adolescent psychological development: Rationality, morality, and identity.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Moshman, D. (2005). *Adolescent psychological development* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Moules, N. J., Simonson, K., Prins, M., Angus, P., & Bell, J. M. (2004). Making room for grief. *Nursing Inquiry, 11,* 99-107.

Mounts, N. S. (2002). Parental management of adolescent peer relationships in context: The role of parenting style. *Journal of Family Psychology, 16,* 58-69.

Moya, J., Bearer, C. F., & Etzel, R. A. (2004). Children's behavior and physiology and how it affects exposure to environmental contaminants. *Pediatrics, 113 (Suppl. 4),* 996-1006.

Mozingo, J. N., Davis, M. W., Droppleman, P. G., & Merideth, A. (2000). «It wasn't working.» Women's experiences with short-term breast feeding. *American Maternal Journal of Nursing, 25,* 120-126.

Mroczek, D. K. (2001). Age and emotion in adulthood. *Current Directions in Psychological Science, 10,* 87-90.

Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 75,* 1333-1349.

Mueller, N., & Silverman, N. (1989). Peer relations in maltreated children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment.* New York: Cambridge University Press.

Mulholland, H. (2002). Hospice care: A few home truths. *Nursing Times, 98* (40), 11.

Mullis, I. V. S. (1999, April). *Using TIMSS to gain new perspectives about different school organizations and policies.* Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, Montreal.

Mumme, D. L., Fernald, A., & Herrera, C. (1996). Infant's responses to facial & emotional signals in a social referencing paradigm. *Child Development, 67,* 3219-3237.

Murnane, R. J., & Levy, F. (1996). *Teaching the new basic skills.* New York: Free Press.

Murphy, M. C. (1996). Stressors on the college campus: A comparison of 1985 and 1993. *Journal of College Student Development, 37,* 20-28.

Murphy, S., Das-Gupta, A., Cain, K., Johnson, L., Lohan, J., Wu, L., & Mekwa, J. (1999). Changes in parents' mental distress after the violent deaths of an adolescent or young adult child: A longitudinal prospective analysis. *Death Studies, 23,* 129-159.

Murray, C. S., Woodcock, A., Smillie, F. I., Cain, G., Kissen, P., & Castovie, A. (2004). Tobacco smoke exposure, wheeze, and atopy. *Pediatric Pulmonology, 37,* 492-498.

Murray, J. P. (2000). Media effects. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Murray, M. J., Tang, T., Ryder, C., Mabin, D., & Nicholson, J. C. (2004). Childhood leukemia masquerading as juvenile idiopathic arthritis. *British Medical Journal, 329,* 959-961.

Mussen, P. H., Honzik, M., & Eichorn, D. (1982). Early adult antecedents of life satisfaction at age 70. *Journal of Gerontology, 37,* 316-322.

Mustanski, B. S., Chivers, M. L., & Bailey, J. M. (2002). A critical review of recent biological research on human sexual orientation. *Annual Review of Sex Research, 13,* 89-140.

Muth, A. S. (Ed.). (2000). *Death and dying sourcebook: Basic consumer health information for the layperson about end-of-life care and related ethical issues.* Detroit: Omnigraphics.

Myers, D. G. (2000). *The American paradox.* New Haven, CT: Yale University Press.

Myers, D. L. (1999). *Excluding violent youths from juvenile court: The effectiveness of legislative waiver.* Doctoral dissertation, University of Maryland, College Park, MD.

Myerson, J., Rank, M. R., Raines, F. Q., & Schnitzler, M. A. (1998). Race and general cognitive ability: The myth of diminishing returns in education. *Psychological Science, 9,* 139-142.

Nadeau, J. W. (1998). *Families making sense of death.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Nadelman, L. (Ed.). (2004). *Research manual in child development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Nader, K. (2001). Treatment methods for childhood trauma. In J. P. Wilson, M. J. Friedman, & J. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD.* New York: Guilford Press.

Naess, H., Nyland, H. I., Thomassen, L., Aarseth, J., & Myher, K. M. (2004). Etiology of and risk factors for cerebral infarction in young adults in western Norway: A population-based case-control study. *European Journal of Neurology, 11,* 25-30.

Naglieri, J. (2000). Stanford-Binet Intelligence Scale. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Nagy, M. (1948). The child's theories concerning death. *Journal of Genetic Psychology, 73,* 3-27.

Nagy, Z., Westerberg, H., & Klingberg, T. (2004). Maturation of white matter is associated with the development of cognitive functions during childhood. *Journal of Cognitive Neuroscience, 16,* 1227-1233.

Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology.* New York: Oxford University Press.

Nakano, H., & Blumstein, S. E. (2004). Deficits in thematic processes in Broca's and Wernicke's aphasia. *Brain and Language, 88,* 96-107.

Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R., Ruan, W., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among U.S. youth. *Journal of the American Medical Association, 285,* 2094-2100.

Narang, A., & Jain, N. (2001). Haemolytic disease of newborn. *Indian Journal of Pediatrics, 68,* 167-172.

Nash, J. M. (1997, February 3). Fertile minds. *Time,* pp. 50-54.

Nash, S. (2003). Does exclusive breastfeeding reduce the risk of the coeliac disease in children? *British Journal of Community Nursing, 8,* 127-132.

National Assessment of Educational Progress (1998). *National report: 1998.* Washington, DC: National Center for Educational Statistics.

National Assessment of Educational Progress (2000). *The nation's report card.* Washington, DC: National Center for Education Statistics.

National Assessment of Educational Progress (2001). *The nation's report card.* Washington, DC: National Center for Education Statistics.

National Association for the Education of Young Children (1986). Position statement on developmentally appropriate practice in programs for 4- and 5-year-olds. *Young Children, 41,* 20-29.

National Association for the Education of Young Children (2002). *Early learning standards: Creating the conditions for success.* Washington, DC: Author.

National Center for Addiction and Substance Abuse (2001). *2000 teen survey.* New York: National Center for Addiction and Substance Abuse, Columbia University.

National Center for Children Exposed to Violence (2001). *Statistics.* New Haven, CT: Author.

National Center for Education Statistics (2001). *Dropout rates in the United States: 2000.* Washington, DC: U.S. Department of Education.

National Center for Education Statistics (2002). *Work during college.* Washington, DC: U.S. Office of Education.

National Center for Health Statistics (1999). Current estimates from the National Health Interview Survey, 1996. *Vital and Health Statistics, Series 10* (No. 200). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

National Center for Health Statistics (2000). *Health United States, 2000, with adolescent health chartbook.* Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

National Center for Health Statistics (2000). *Health United States, 1999.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

National Center for Health Statistics (2002). *Health United States, 2002.* Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

National Center for Health Statistics (2002). *New CDC report tracks trends in cesarean births and VCACs during the 1990s.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

National Center for Health Statistics (2004). *Births.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

National Center for Health Statistics (2004). *Health United States.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

National Center for Health Statistics (2004). *Health United States, 2003.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

National Center for HIV, STD, and TB Prevention (2003). *HIV/AIDS.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect (2002). *What is child maltreatment?* Washington, DC: Administration for Children and Families.

National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect (2004). *What is child abuse and neglect?* Washington, DC: Administration for Children and Families.

National Commission on the High School Year (2001). *Youth at the crossroads: Facing high school and beyond.* Washington, DC: The Education Trust.

National Community Service Coalition (1995). *Youth volunteerism.* Washington, DC: Author.

National Council on Aging (2000, March). *Myths and realities survey results.* Washington, DC: Author.

National Institute of Drug Abuse (2001). *Marijuana.* Washington, DC: National Institutes of Health.

National Institutes of Health (2004). *Women's Health Initiative Hormone Therapy Study.* Bethesda, MD: Author.

National Research Council (1999). *How people learn.* Washington, DC: National Academy Press.

National Research Council (2001). *Knowing what students know.* Washington, DC: National Academy Press.

National Vital Statistics Reports (2001). Deaths and death rates for the 10 leading causes of death in specified age groups. *National Vital Statistics Reports, 48* (No. 11), Table 8.

National Vital Statistics Reports (2003). *Death rates for suicide, Table 46.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

Natsopoulos, D., Kiosseoglou, G., Xeroxmeritou, A., & Alevriadou, A. (1998). Do the hands talk on the mind's behalf? Differences in language between left- and right-handed children. *Brain and Language, 64,* 182-214.

Navarrete, C., Martinez, I., & Salamanca, F. (1994). Paternal line of transmission in chorea of Huntington with very early onset. *Genetic Counseling, 5,* 175-178.

Nazarian, J. (2004). Cardiopulmonary rehabilitation after treatment for lung cancer. *Current Treatment Options in Oncology, 5,* 75-82.

Needham, A., Barrett, T., & Peterman, K. (2002). A pick-me-up for infants' exploratory skills: Early simulated experiences reaching for objects using «sticky mittens» enhances young infants' object exploration skills. *Infant Behavior and Development, 25,* 279-295.

Neglia, J. P., Friedman, D. L., Yasui, Y., Mertens, A., Hammond, S., Stoval, S., & Donaldson, M. (2001). Second malignant neoplasms in five-year survivors of childhood cancer. *Journal of the National Cancer Institute, 93,* 618-629.

Neill, M. (2003). Leaving children behind. *Phi Delta Kappan, 84,* 225-228.

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies, 28,* 309-340.

Neisser, U. (2004). Memory development: New questions and old. *Developmental Review, 24,* 154-158.

Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., Halpern, D. F., Loehlin, J. C., Perloff, R. J., Sternberg, R., & Urbina, S. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist, 51,* 77-101.

Nelson, C. (1999). Research description. *Institute of Child Development biennial report.* Minneapolis: University of Minnesota Institute of Child Development.

Nelson, C. (2003, April). *Gray matters: A neuroconstructivist approach to cognitive development.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Tamsa.

Nelson, K. (1999). Levels and modes of representation: Issues for the theory of conceptual change and development. In E. K. Skolnick, K. Nelson, S. A. Gelman, & P. H. Miller (Eds.), *Conceptual development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Nelson, L. J., Badger, S., & Wu, B. (2004). The influence of culture in emerging adulthood: Perspectives of Chinese college students. *International Journal of Behavioral Development, 28,* 26-36.

Nelson, M. E., Fiatarone, M. A., Moranti, C. M., Trice, I., Greenberg, R. A., & Evans, W. J. (1994). Effects of high-intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 272,* 1909-1914.

Nelson, R. (2004). Oregon upholds assisted-suicide law. *Lancet, 363,* 1877.

Nelson-LeGall, S., & Kelly, K. (2001, April). *Gender and ethnicity in the schoolroom.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Neugarten, B. L. (1964). *Personality in middle and late life.* New York: Atherton.

Neugarten, B. L. (1986). The aging society. In A. Pifer & L. Bronte (Eds.), *Our aging society: Paradox and promise.* New York: W. W. Norton.

Neugarten, B. L. (1988, August). *Policy issues for an aging society.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Atlanta.

Neugarten, B. L., & Weinstein, K. K. (1964). The changing American grandparent. *Journal of Marriage and the Family, 26,* 199-204.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1968). Personality and patterns of aging. In B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging.* Chicago: University of Chicago Press.

Neville, H., & Bavelier, D. (2002). Human brain plasticity: Evidence from sensory deprivation and altered language experience. *Progress in Brain Research, 138,* 177-188.

Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1989). Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist, 44,* 242-248.

Newcombe, N. S., Drummey, A. B., Fox, N. A., Lile, E., & Ottinger-Alberts, W. (2000). Remembering early childhood: How much, how, and why (or why not). *Current Directions in Psychological Science, 9,* 55-58.

Newcombe, N., & Fox, N. (1994). Infantile amnesia: Through a glass darkly. *Child Development, 65,* 31-40.

Newell, K., Scully, D. M., McDonald, P. V., & Baillargeon, R. (1989). Task constraints and infant grip configurations. *Developmental Psychobiology, 22,* 817-832.

Newman, A. B., & others. (2003). Effects of subclinical cardiovascular disease. *Archives of Internal Medicine, 163,* 2315-2322.

NHANES (2001, March). *National Health and Nutrition Examination Surveys.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

NICHD Early Child Care Research Network (2000). Factors associated with fathers' caregiving activities and sensitivity with young children. *Developmental Psychology, 14,* 200-219.

NICHD Early Child Care Research Network (2001). Nonmaternal care and family factors in early development: An overview of the NICHD Study of Early Child Care. *Journal of Applied Developmental Psychology, 22,* 457-492.

NICHD Early Child Care Research Network (2002). Structure→Process→Outcome: Direct and indirect effects of child care quality on young children's development. *Psychological Science, 13,* 199-206.

NICHD Early Child Care Research Network (2003). Does amount of time spent in child care predict socioemotional adjustment during the transition to kindergarten? *Child Development, 74,* 976-1005.

NICHD Early Child Care Research Network (2004). Are child developmental outcomes related to before- and after-school care arrangement? *Child Development, 75,* 280-295.

Nichols, S., & Good, T. L. (2004). *America's teenagers—myths and realities.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Niederhofer, H., & Reiter, A. (2004). Prenatal maternal stress, prenatal fetal movements, and perinatal temperament factors influence behavior and school marks at the age of 6 years. *Fetal Diagnosis and Therapy, 19,* 160-162.

Nielsen, S. J., Siega-Riz, A. M., & Popkin, B. M. (2002). Trends in energy intake between 1977 and 1986: Similar shifts seen across age groups. *Obesity Research, 10,* 370-378.

Nies, M. A., Reisenberg, C. L., Chruscial, H. L., & Artibee, K. (2003). Southern women's response to walking intervention. *Public Health Nursing, 20,* 146-152.

Nisbett, R. (2003). *The geography of thought.* New York: Free Press.

Noakes, M., & Clifton, P. (2004). Weight loss, diet composition, and cardiovascular risk. *Current Opinions in Lipidology, 15,* 31-35.

Nock, S. (1995). A comparison of marriages and cohabitating relationships. *Journal of Family Issues, 16,* 53-76.

Noguera-Obenza, M., Ochoa, T. J., Gomez, H. F., Guerrero, M. L., Herrera-Insua, I., Morrow, A. L., Ruiz-Palacios, G., Pickering, L. K., Guzman, C. A., & Cleary, T. G. (2003). Human milk secretory antibodies against attaching and effacing *Escherichia coli* antigens. *Emerging and Infectuous Diseases, 9,* 545-551.

Noice, H., Noice, T., & Staines, G. (2004). A short-term intervention to enhance cognitive and affective functioning in older adults. *Journal of Aging Health, 16,* 562-585.

Nolan, K., Schell, L. M., Stark, A. D., & Gomez, M. I. (2002). Longitudinal study of energy and nutrient intakes for infants from low-income, urban families. *Public Health Nutrition, 5,* 405-412.

Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Nolen-Hoeksema, S. (2004). *Abnormal psychology* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in

correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging, 17,* 116-124.

Nottelmann, E. D., Susman, E. J., Blue, J. H., Inoff-Germain, G., Dorn, L. D., Loriaux, D. L., Cutler, G. B., & Chrousos, G. P. (1987). Gonadal and adrenal hormone correlates of adjustment in early adolescence. In R. M. Lerner & T. T. Foch (Eds.), *Biological-psychological interactions in early adolescence.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Nowak, C. A. (1977). Does youthfulness equal attractiveness? In L. E. Troll, J. Israel, & K. Israel (Eds.), *Looking ahead: A woman's guide to the problems and joys of growing older.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Nsamenang, A. B. (2002). Adolescence in sub-Saharan Africa: An image constructed from Africa's triple heritage. In B. B. Brown, R. W. Larson, & T. S. Saraswathi (Eds.), *The world's youth.* New York: Cambridge University Press.

Nucci, L. P. (2004). The development of moral reasoning. In P. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Nugent, K., & Brazelton, T. B. (2000). Preventive infant mental health: Uses of the Brazelton scale. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH Handbook of infant mental health* (Vol. 2). New York: Wiley.

Nusbaum, N. J. (2003). Preparation for healthy retirement. *Journal of the American Geriatric Association, 51,* 429.

Nussbaum, J. F., & Coupland, J. (Eds.). (2004). *Handbook of communication and aging research.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Nuttman-Shwartz, O. (2004). Like a high wave: Adjustment to retirement. *The Gerontologist, 44,* 229-236.

O'Donnell, L., O'Donnell, C., Wardlaw, D. M., & Stueve, A. (2004). Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. *American Journal of Community Psychology, 33,* 37-49.

O'Donnell, W. T., & Warren, S. T. (2003). A decade of molecular studies of fragile X syndrome. *Annual Review of Neuroscience, 25,* 315-338.

O'Dowd, A. (2004). Why are midwife numbers in crisis? *Nursing Times, 100,* 12-13.

O'Leary, C. (2004). Fetal alcohol syndrome. *Journal of Pediatric Child Health, 40,* 2-7.

Oakes, L. M., Kannass, K. N., & Shaddy, D. J. (2002). Developmental changes in endogenous control of attention: The role of target familiarity on infants' distraction latency. *Child Development, 73,* 1644-1655.

Oates, J., & Grayson, A. (Eds.). (2004). *Cognitive and language development in children.* Malden, MA: Blackwell.

Oberauer, K., Demmrich, A., Mayr, U., & Kliegl, R. (2001). Dissociating retention and access in working memory. *Memory and cognition, 29,* 18-33.

Obregon, R. (2003). Communication from a human rights perspective: Responding to the HIV/AIDS pandemic in eastern and southern Africa. *Journal of Health Communication, 8,* 613-614.

Occupational Outlook Handbook (2004-2005). Washington, DC: U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics.

Oddy, W. H., Sherriff, J. L., de Klerk, N. H., Kendall, G. E., Sly, P. D., Beilin, L. J., Blake, K. B., Landau, L. I., & Stanley, F. J. (2004). *American Journal of Public Health, 94,* 1531-1537.

Oehninger, S. (2001). Strategies for the infertile man. *Seminars in Reproductive Medicine, 19,* 231-238.

Offer, D., Ostrov, E., Howard, K. I., & Atkinson, R. (1988). *The teenage world: Adolescents' self-image in ten countries.* New York: Plenum.

Offer, D., Ostrov, E., Howard, K. I., & Dolan, S. (1989). *The Offer Self Image Questionnaire for a manual* (4th ed.). Chicago: Reece Hospital and Medical Center.

Ogbu, J. U. (1989, April). *Academic socialization of Black children: An inoculation against future failure?* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City.

Ogbu, J. U. (2003). *Thinking and doing: The significance of minority status.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto.

Ogbu, J., & Stern, P. (2001). Caste status and intellectual ability. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *Environmental effects on cognitive abilities.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ogbu, J., & Stern, P. (2001). Caste status and intellectual development. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *Environmental effects on cognitive abilities.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

O'Grady, W. (2005). *Syntactic carpentry.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ohgi, S., Arisawa, K., Takahashi, T., Kusumoto, T., Goto, Y., & Saito, A. T. (2003). Neonatal behavioral assessment scale as a predictor of later developmental disabilities of low birth-weight and/or premature infants. *Brain Development, 25,* 313-321.

Ohgi, S., Fukuda, M., Moriuchi, H., Kusumoto, T., Akiyama, T., Nugent, J. K., Brazelton, T. B., Arisawa, K., Takahashi, T., & Saitoh, H. (2002). Comparison of kangaroo care and standard care: Behavioral organization, development, and temperament in healthy, low birth weight infants through 1 year. *Journal of Perinatology, 22,* 374-379.

Okagaki, L. (2000). Determinants of intelligence: Socialization of intelligence. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Olivardia, R., Pope, H. G., Mangweth, B., & Hudson, J. I. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1279-1284.

Olsho, L. W., Harkins, S. W., & Lenhardt, M. L. (1985). Aging and the auditory system. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.

Olszewski-Kubilius, P. (2003). Gifted education programs and procedures. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VII). New York: Wiley.

Oltjenbruns, K. (2001). The developmental content of childhood grief. In M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care.* Washington, DC: American Psychological Association.

Olweus, D. (1980). Bullying among school-boys. In R. Barnen (Ed.), *Children and violence.* Stockholm: Adaemic Litteratur.

Olweus, D. (1993). *Bullying at school.* Cambridge, MA: Blackwell.

Ono, Y. (2004). Suicide prevention program for the elderly. *Keio Journal of Medicine, 53,* 1-6.

Ontal-Grzebik, L. L., & Raffaelli, M. (2004). Individual and social influences on ethnic identity among Latino young adults. *Journal of Adolescent Research, 19,* 559-575.

Onwuegbuzi, A. J., & Daley, C. E. (2001). Racial differences in IQ revisited: A synthesis of nearly a century of research. *Journal of Black Psychology, 27,* 209-220.

Oppenheimer, V. K. (2003). Cohabiting and marriage during young men's career-development process. *Demography, 40,* 127-149.

Organista, K. C. (1994). Overdue overview of elderly Latino mental health. *Contemporary Psychology, 39,* 61-62.

Osipow, S. (2000). Work. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Ostrov, J. M., Keating, C. F., & Ostrov, J. M. (2004). Gender differences in preschool aggression during free play and structured interactions: An observational study. *Social Development, 13,* 255-277.

Ott, C. H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies, 27,* 249-272.

Ottley, C. (2004). Health and nutrition series—1. What do we know about . . . childhood obesity? *Journal of Family Health Care, 14,* 8-10.

Ouellette, S. C., & DiPlacido, J. (2001). Personality's role in the protection and enhancement of health. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Overton, W. F. (2003). Development across the life span. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Overton, W. F. (2004). Embodied development: Biology, person, and culture in a relational context. In C. G. Coll, E. L. Bearer, & R. M. Lerner (Eds.), *Nature and nurture.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Owens, J. A. (2004). Cosleeping. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 23,* 254-255.

Paffenbarger, O., Hyde, R. T., Wing, A. L., & Hsieh, C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine, 324,* 605-612.

Paikoff, R. L., Buchanan, C. M., & Brooks-Gunn, J. (1991). Hormone-behavior links at puberty, methodological links in the study of. In R. M. Lerner, A. C. Petersen, & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of adolescence.* New York: Garland.

Palmer, S. E. (2004). Custody and access issues with children whose parents are separated or divorced. *Canadian Journal of Community Mental Health, 4 (Suppl.)* 25-38.

Palmore, E. (1981). *Social patterns in normal aging: Findings from the Duke Longitudinal Study.* Durham, NC: Duke University Press.

Palmore, E. (2001). The ageism survey: First findings. *The Gerontologist, 41,* 572-575.

Palmore, E. B., Burchett, B. M., Fillenbaum, C. G., George, L. K., & Wallman, L. M. (1985). *Retirement: Causes and consequences.* New York: Springer.

Paloutzian, R. (2000). *Invitation to the psychology of religion* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Pan, B. A. (2005). Semantic development. In J. Berko Gleason, *The development of language* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Panchaud, C., Singh, S., Feivelson, D., & Darroch, J. E. (2000). Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Family Planning Perspectives, 32,* 24-32.

Pang, V. (2005). *Multicultural education* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D., & Camp, C. J. (2002). *Adult development and aging* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Papp, C., & Papp, Z. (2003). Chorionic villus sampling and amniocentesis: What are the risks in current practice? *Current Opinions in Obstetrics and Gynecology, 15,* 159-165.

Papp, Z. (2003). Breech deliveries and cesarean section. *Journal of Perinatal Medicine, 31,* 395-398.

Parazzini, F., Chatenoud, L., Surace, M., Tozzi, L., Salerio, B., Bettoni, G., & Benzi, G. (2003). Moderate alcohol drinking and risk of preterm birth. *European Journal of Clinical Nutrition, 57,* 1345-1349.

Pardo-Crespo, R., Perez-Igelia, R., Llorca, J., Alvarez-Granada, L., Garcia-Fuentes, M., Martinez-Gonzales, M. A., & Delgado-Rodriquez, M. (2004). Breast-feeding and risk of hospitalization for all factors and fever of unknown origin. *European Journal of Public Health, 14,* 230-234.

Pargament, K. I., & Park, C. L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues, 51,* 13-32.

Park, D. (2001). Commentary in Restak, R., *The secret life of the brain.* Washington, DC: Joseph Henry Press.

Park, D. C., Lautenschalger, G., Hedden, T., Davidson, N. S., Smith, A. D., & Smith, P. K. (2002). Models of visuospatial and verbal memory across the adult life span. *Psychology and Aging, 17,* 299-320.

Parke, R. D. (2000). Father involvement: A developmental psychology perspective. *Marriage and Family Review, 29,* 43-58.

Parke, R. D. (2002). Fathering. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Parke, R. D. (2004). Development in the family. *Annual Review of Psychology* (Vol. 55). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Parke, R. D., & Clarke-Stewart, K. A. (2003). Developmental psychology. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. I). New York: Wiley.

Parke, R. D., Dennis, J., Flyr, M. L., Leidy, M. S., & Schofield, T. J. (2005). Fathers: Cultural and ecological perspectives. In T. Luster & L. Okaghi (Eds.), *Parenting: An ecological perspective* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Parker, E. S., Landau, S. M., Whipple, S. C., & Schwartz, B. L. (2004). Aging, recall, and recognition: A study on the sensitivity of the University of Southern California Repeatable Episodic Memory Test (USC-REMT). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 26,* 428-440.

Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low accepted children at risk? *Psychological Bulletin, 102,* 357-389.

Parker, P. S. (2004). *Race, gender, and leadership.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Parkin, A. J., & Walter, B. M. (1992). Recollective experience, normal aging, and frontal dysfunction. *Psychology and Aging, 7,* 290-298.

Parlee, M. B. (1979, April). The friendship bond: PT's survey report on friendship in America. *Psychology Today,* pp. 43-54, 113.

Parmet, S., Lynn, C., & Glass, R. M. (2004). Prenatal care. *Journal of the American Medical Association, 291,* 146.

Parnes, H. S., & Sommers, D. G. (1994). Shunning retirement: Work experiences of men in their seventies and early eighties. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 49,* S117-S124.

Parsons, P. A. (2003). From the stress theory of aging to energetic and evolutionary explanations for longevity. *Biogerontology, 4,* 63-73.

Parten, M. (1932). Social play among preschool children. *Journal of Abnormal Social Psychology, 27,* 243-269.

Pascali-Bonaro, D. (2002). Pregnant and widowed on September 11: The birth community reaches out. *Birth, 29,* 62-64.

Pasch, L. A. (2001). Confronting fertility problems. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Pasley, K. (1996, December). *Impact of divorce: Current research.* Presentation to the «Children of Divorce» Training Program of Family Life Council of Greater Greensboro, Inc., Greensboro, NC.

Pasley, K., & Moorefield, B. S. (2004). Stepfamilies. In M. Coleman & L. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Passuth, P. M., Maines, D. R., & Neugarten, B. L. (1984). *Age norms and age constraints twenty years later.* Paper presented at the annual meeting of the Midwest Sociological Society, Chicago.

Pastor, A. D., & Evans, S. M. (2003). Alcohol outcome expectancies for alcohol use problems in women with and without a family history of alcoholism. *Drug and Alcohol Dependency, 70,* 201-214.

Patterson, B., Ryan, J., & Dickey, J. H. (2004). The toxicology of mercury. *New England Journal of Medicine, 350,* 945-947.

Patterson, C. J. (2002). Lesbian and gay parenthood. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 3). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Patterson, C. J. (2004). What differences does a civil union make? Changing public policies and the experiences of same-sex couples: Comment on Solomon, Rothblum, and Balsam (2004). *Journal of Family Psychology, 18,* 287-289.

Patterson, G. R., De Baryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44,* 329-355.

Pavlov, I. P. (1927). In G. V. Anrep (Trans.), *Conditioned reflexes.* London: Oxford University Press.

Payer, L. (1991). The menopause in various cultures. In H. Burger & M. Boulet (Eds.), *A portrait of the menopause.* Park Ridge, NJ: Parthenon.

Payne, A. M., Dodd, S. L., & Leewenburgh, C. (2003). Life-long calorie restriction in Fischer 344 rats attenuates age-related loss in skeletal muscle force and reduces extracellular space. *Journal of Applied Physiology, 95,* 2554-2562.

Peck, R. C. (1968). Psychological developments in the second half of life. In B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging.* Chicago: University of Chicago Press.

Pedersen, P. B. (2004). Multicultural counseling. In W. E. Craighead & C. B. Nemeroff (Eds.), *The concise Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science.* New York: Wiley.

Pederson, D. R., & Moran, G. (1996). Expressions of the attachment relationship outside of the Strange Situation. *Child Development, 67,* 915-927.

Pellizzer, C., Adler, S., Corvi, R., Hartung, T., & Bremer, S. (2004). Monitoring of teratogenic effects in vitro by analyzing a selected gene expression pattern. *Toxicology In Vitro, 18,* 325-335.

Peng, F. C. (2003). Is dementia a disease? *Gerontology, 49,* 384-391.

Penninx, B. W., Rejeski, W. J., Pandya, J., Miller, M. E., Di Bari, M., Applegate, W. B., & Pahor, M. (2002). Exercise and depressive symptoms: A comparison of aerobic and resistance exercise effects on emotional and physical function in older persons with high and low depressive symptomatology. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57,* P124-P132.

Peplau, L. A. (2002). *Current research on gender and sexuality.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Chicago.

Peplau, L. A. (2003). Human sexuality: How do men and women differ? *Current Directions in Psychological Science, 12,* 37-40.

Peplau, L. A., & Beals, K. P. (2002). Lesbians, gays, and bisexuals in relationships. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Peplau, L. A., & Beals, K. P. (2004). Family lives of lesbians and gay men. In A. L. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Peplau, L. A., Fingerhut, A., & Beals, K. P. (2004). Sexuality in the relationships of lesbians and gay men. In J. H. Harvey & K. Wenzel (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Perdue, C. W. (2000). Ageism. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Perez-Febles, A. M. (1992). *Acculturation and interactional styles of Latina mothers and their infants.* Unpublished honors thesis, Brown University, Providence, RI.

Perez-Perdomo, R., Perez-Cardona, C., Disdier-Flores, O., & Cintron, Y. (2003). Prevalence and correlates of asthma in the Puerto Rican population: Behavioral risk factor surveillance system, 2000. *Journal of Asthma, 40,* 465-474.

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 2). San Diego: Academic Press.

Perls, T. (2004). Centenarians avoid dementia. *Trends in Neuroscience, 27,* 633-636.

Perls, T., Lauerman, J. F., & Silver, M. H. (1999). *Living to 100.* New York: Basic Books.

Perls, T., Shea-Drinkwater, M., Bowen-Flynn, J., Ridge, S. B., Kang, S., Joyce, E., Daly, M., Brewster, S. J., Kunkel, L., & Puca, A. A. (2000). Exceptional family clustering for extreme longevity in humans. *Journal of the American Geriatric Society, 48,* 1483-1485.

Perls, T., & Terry, D. (2003). Genetics of exceptional longevity. *Experimental Gerontology, 38,* 725-730.

Perls, T., Wilmoth, J., Levenson, R., Drinkwater, M., Cohen, M., Boggs, H., Joyce, E., Brewster, S. J., Kunkel, L., & Puca, A. A. (2002). Life-long sustained mortality advantage of siblings of centenarians. *Proceedings of the National Academy of Science USA, 99,* 8442-8447.

Perner, J., Stummer, S., Sprung, M., & Doherty, M. (2002). Theory of mind finds its Piagetian perspective: Why alternative naming comes with understanding belief. *Cognitive Development, 17,* 1451-1472.

Perry, C. M., & Johnson, C. L. (1994). Families and support networks among African American oldest-old. *International Journal of Aging on Human Development, 38,* 41-50.

Perry, P. (2001). Sick kids. *American Way, 4,* 64-65.

Perry, W. G. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Perry, W. G. (1999). *Forms of ethical and intellectual development in the college years: A scheme.* San Francisco: Jossey Bass.

Perry-Jenkins, M. (2004). The time and timing of work: Unique challenges facing low-income families. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds.), *Work-family challenges for low-income families and their children.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Peskin, E. G., & Rein, G. M. (2002). A guest editorial: What is the correct cesarian rate and how do we get there? *Obstetrics and Gynecological Survey, 57,* 189-190.

Peskin, H. (1967). Pubertal onset and ego functioning. *Journal of Abnormal Psychology, 72,* 1-15.

Petersen, A. C. (1979, January). Can puberty come any faster? *Psychology Today,* pp. 45-56.

Petersen, A. C. (1993). Creating adolescents: The role of context and process in developmental trajectories. *Journal of Research on Adolescence, 3,* 1-18.

Peterson, B. E. (2002). Longitudinal analysis of midlife generativity, intergenerational roles, and caregiving. *Psychology and Aging, 17,* 161-168.

Peterson, B. E., & Stewart, A. J. (1996). Antecedents and contexts of generativity motivation at midlife. *Psychology and Aging, 11,* 21-33.

Peterson, C. C. (1996). The ticking of the social clock: Adults' beliefs about the timing of transition events. *International Journal of Aging and Human Development, 42,* 189-203.

Peterson, C. C. (1999). Grandfathers' and grandmothers' satisfaction with the grandparenting role: Seeking new answers to old questions. *International Journal of Aging and Human Development, 49,* 61-78.

Peterson, C., & Slaughter, V. (2003). Opening windows to the mind: Mothers' preferences for mental state explanations and children's theory of mind. *Cognitive Development, 18,* 399-429.

Peterson, K. S. (1997, September 3). In high school, dating is a world into itself. *USA Today,* pp. 1-2D.

Petrovitch, H., & others. (2000). Midlife blood pressure and neurotic plaques, neurofibrillary tangles, and brain weight at death: The HAAS Honolulu-Asia aging study. *Neurobiology of Aging, 21,* 57-62.

Pettito, L. A., Kovelman, I., & Harasymowycz, U. (2003, April). *Bilingual language development: Does learning the new damage the old.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa.

Pfeifer, M., Goldsmith, H. H., Davidson, R. J., & Rickman, M. (2002). Continuity and change in inhibited and uninhibited children. *Child Development, 73,* 1474-1485.

Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004). Older adults' views of «successful aging»—How do they compare with researchers' definitions? *Journal of the American Geriatric Association, 52,* 211-216.

Philippakis, A., Hemenway, D., Alexe, D. M., Dessypris, N., Spyridopoulos, T., & Petridou, E. (2004). A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States. *Injury Prevention, 10,* 79-82.

Phillips, D. A., Voran, K., Kisker, E., Howes, C., & Whitebook, M. (1994). Child care for children in poverty: Opportunity or inequity? *Child Development, 65,* 472-492.

Phillips, D., Prince, S., & Schiebelhut, L. (2004). Elementary school children's responses 3 months after the September 11 terrorist attacks: A study in Washington, DC. *American Journal of Orthopsychiatry, 74,* 509-528.

Phillips, S. (2003). Adolescent health. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. IX). New York: Wiley.

Phillips, W. T., Kiernan, R. M., & King, A. C. (2001). The effects of physical activity on physical and psychological health. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Phinney, J. S. (1989). Stages of ethnic identity development in minority group adolescents. *Journal of Early Adolescence, 9,* 34-49.

Phinney, J. S. (1996). When we talk about American ethnic groups, what do we mean? *American Psychologist, 51,* 918-927.

Phinney, J. S. (2000). Ethnic identity. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, and New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Phinney, J. S. (2003). Identity and acculturation. In K. M. Chun, P. B. Organista, & G. Marín (Eds.), *Acculturation.* Washington, DC: American Psychological Association.

Phinney, J. S., & Alipura, L. L. (1990). Ethnic identity in college students from four ethnic groups. *Journal of Adolescence, 13,* 171-183.

Phinney, J. S., & Devich-Navarro, M. (1997). Variations in bicultural identification among African American and Mexican American adolescents. *Journal of Research on Adolescence, 7,* 3-32.

Phinney, J. S., Ferguson, D. L., & Tate, J. D. (1997). Intergroup attitudes among ethnic minority adolescents: A causal model. *Child Development, 68,* 955-969.

Phinney, J. S., Ong, A., & Madden, T. (2000). Cultural values and intergenerational discrepancies in immigrant and non-immigrant families. *Child Development, 71,* 528-539.

Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child.* New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Piaget, J. (1952). Jean Piaget. In C. A. Murchison (Ed.), *A history of psychology in autobiography* (Vol. 4). Worcester, MA: Clark University Press.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children.* (M. Cook, Trans.). New York: International Universities Press.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children.* New York: International Universities Press.

Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child.* New York: Basic Books.

Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation.* New York: W. W. Norton.

Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). *The child's conception of space* (F. J. Langdon & J. L. Lunger, Trans.). New York: W. W. Norton.

Piccini, P., Pavese, N., & Brooks, D. J. (2003). Endogenous dopamine release after pharmacological challenges in Parkinson's disease. *Annals of Neurology, 53,* 647-653.

Pierce, K. M., Hamm, J. V., & Vandell, D. L. (1997, April). *Experiences in after-school programs and children's adjustment at school and at home.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.

Pierson, R. N. (2003). Body composition in aging: A biological perspective. *Current Opinions in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 6,* 15-20.

Pillow, D. R., Zautra, A. J., & Sandler, I. (1996). Major life events and minor stressors: Identifying mediational links in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 381-394.

Pinette, M. G., Wax, J., Blackstone, J., Cartin, A., & McCrann, D. (2004). Timing of early amniocentesis as a function of membrane fusion. *Journal of Clinical Ultrasound, 32,* 8-11.

Pinker, S. (1994). *The language instinct.* New York: HarperCollins.

Pintrich, P. R., & Maehr, M. L. (2004). *Motivating students, improving schools.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Piolino, P., Desgranges, B., Benali, K., & Eustache, F. (2002). Episodic and semantic remote autobiographical memory in aging. *Memory, 10,* 239-357.

Pittman, K., & Diversi, M. (2003). Social policy for the 21st century. In R. Larson, B. Brown, & J. Mortimer (Eds.), *Adolescents' preparation for the future: Perils and promise.* Malden, MA: Blackwell.

Pizzamiglio, A. P., Saygin, S. L., Small, S., & Wilson, S. (2005). Language and the brain. In M. Tomasello & D. A. Slobin (Eds.), *Beyond nature-nurture.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Plackslin, S. (2000). *Mothering the new mother: Women's feelings and needs after childbirth—A support and resource guide.* New York: Newmarket Press.

Pleck, J. H. (1995). The gender-role strain paradigm. In R. F. Levant & W. S. Pollack (Eds.), *A new psychology of men.* New York: Basic Books.

Plomin, R. (1993, March). *Human behavioral genetics and development: An overview and update.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans.

Plomin, R. (1999). Genetics and general cognitive ability. *Nature, 402* (Suppl.), C25-C29.

Plomin, R., Asbury, K., & Dunn, J. (2001). Why are children in the same family so different? Nonshared environment a decade later. *Canadian Journal of Psychiatry, 46,* 225-233.

Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., & McGuffin, P. (2001). *Behavioral genetics* (4th ed.). New York: Worth.

Plomin, R., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Howe, G. W. (1994). Nature and nurture: Contributions to measures of the family environment. *Developmental Psychology, 30,* 32-43.

Poelmans, S. A. Y. (Ed.). (2005). *Work and family.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Polaha, J., Warzak, W. J., & Dittmer-Memahon, K. (2002). Toilet training in primary care: Current practice and recommendations from behavioral pediatrics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 23,* 424-429.

Polivy, J., Herman, C. P., Mills, J., & Brock, H. (2003). Eating disorders in adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Pollack, W. (1999). *Real boys.* New York: Owl Books.

Pollitt, E. P., Gorman, K. S., Engle, P. L., Martorell, R., & Rivera, J. (1993). Early supplementary feeding and cognition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 58* (7, Serial No. 235).

Ponterotto, J. G., Casas, J. M., Suzuki, L. A., & Alexander, C. M. (Eds.). (2001). *Handbook of multicultural counseling.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Poole, D. A., & Lindsay, D. S. (1995). Interviewing preschoolers: Effects of nonsuggestive techniques, parental coaching and leading questions on reports of nonexperienced events. *Journal of Experimental Child Psychology, 60,* 129-154.

Poole, D. A., & Lindsay, D. S. (1996). *Effects of parents' suggestions, interviewing techniques, and age on young children's event reports.* Paper presented at the NATO Advanced Study Institute, Porte de Bourgenay, France.

Poole, D. A., & Lindsay, D. S. (2001). Children's eyewitness reports after exposure to misinformation from parents. *Journal of Experimental Psychology: Applied, 7,* 27-50.

Poon, H. F., Calabrese, V., Scapagnini, G., & Butterfield, D. A. (2004). Free radicals and brain aging. *Clinical Geriatric Medicine, 20,* 329-359.

Popp, M. S. (2005). *Teaching language and literacy in elementary classrooms.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A., & Maiti, A. K. (1994). Vagal tone and the physiological regulation of emotion. In N. A. Fox (Ed.), *Emotion regulation: Behavioral and biological considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59* (Serial No. 240), 167-196.

Posner, J. K., & Vandell, D. L. (1994). Low-income children's after-school care: Are there benefits of after-school programs? *Child Development, 65,* 440-456.

Potter, S. M., Zelazo, P. R., Stack, D. M., & Papageorgiou, A. N. (2000). Adverse effects of fetal cocaine exposure on neonatal auditory information processing. *Pediatrics, 105,* e40-e41.

Potvin, L., Champagne, F., & Laberge-Nadeau, C. (1988). Mandatory driver training and road safety: The Quebec experience. *American Journal of Public Health, 78,* 1206-1212.

Powell, D. R. (2005). Searching for what works in parenting interventions. In T. Luster & L. Okagaki (Eds.), *Parenting.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Powell, G. N. (2004). *Managing a diverse workforce* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Powell, R. G., & Caseau, D. (2004). *Classroom communication and diversity.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Powers, L. E., & Wampold, B. E. (1994). Cognitive-behavioral factors in adjustment to adult bereavement. *Death Studies, 18,* 1-24.

Pratt, H. D., Patel, D. R., & Greydanus, D. E. (2003). Behavioral aspects of children's sports. *Pediatric Clinics of North America, 50,* 879-899.

Pratt, M. W., Danso, H. A., Arnold, M. L., Norris, J. E., & Filyer, R. (2001). Adult generativity and the socialization of adolescents. *Journal of Personality, 69,* 89-120.

Prescott, L. M., Harley, J. P., & Klein, D. A. (2005). *Microbiology* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

Prescott, S. L. (2003). Early origins of allergic disease. *Current Opinions on Allergy and Clinical Immunology, 3,* 125-132.

Pressley, M. (2000). What should comprehension instruction be the instruction of? In M. Kamil (Ed.), *Handbook of reading research.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Pressley, M. (2003). Literacy and literacy instruction. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VII). New York: Wiley.

Pressley, M. (2003). Psychology of literacy and literacy instruction. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VII). New York: Wiley.

Pressley, M., Cariligia-Bull, T., Deane, S., & Schneider, W. (1987). Short-term memory, verbal competence, and age as predictors of imagery instructional effectiveness. *Journal of Experimental Child Psychology, 43,* 194-211.

Preston, A. M., Rodriguez, C., Rivera, C. E., & Sahai, H. (2003). Influence of environmental tobacco smoke on vitamin C status in children. *American Journal of Clinical Nutrition, 77,* 167-172.

Prickaerts, J., Koopmans, G., Blokland, A., & Scheepens, A. (2004). Learning and adult neurogenesis: Survival with or without proliferation? *Neurobiology of Learning and Memory, 81,* 1-11.

Prinstein, M. J., & Aikins, J. W. (2004). Cognitive moderators of the longitudinal association between peer rejection and adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32,* 147-158.

Probst, T. M. (2004). Economic stressors. In J. Baring, E. K. Kelloway, & M. R. Frone (Eds.), *Handbook of work stress.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Province, M. A., Hadley, E. C., Hornbrook, M. C., Lipitz, L. A., Miller, J. P., Mulrow, C. D., Ory, M. G., Sattin, R. W., Tinetti, M. E., & Wolf, S. L. (1995). The effects of exercise on falls in elderly patients. *Journal of the American Medical Association, 273,* 1341-1347.

Pruchno, R., & Rosenbaum, J. (2003). Social relationships in adulthood and old age. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Pujol, J., Lopez-Sala, A., Sebastian-Galles, N., Deus, J., Cardoner, N., Soriano-Mas, C., Moreno, A., & Sans, A. (2004). Delayed myelination in children with developmental delay detected by volumetric MRI. *Neuroimage, 22,* 897-903.

Putnam, S. P., Sanson, A. V., & Rothbart, M. K. (2002). Child temperament and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Putney, N. M., & Bengtson, V. L. (2001). Families, intergenerational relationships, and kinkeeping in midlife. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development.* New York: Wiley.

Pyke, K. D., & Bengtson, V. L. (1996). Caring more or less: Individualistic and collectivist systems of family eldercare. *Journal of Marriage and the Family, 58,* 379-392.

Qu, B., Rosenberg, R. N., Li, L., Boyer, P. J., & Johnston, S. A. (2004). Gene vaccination to bias the immune response to amyloid-beta peptidea as therapy for Alzheimer disease. *Archives of Neurology, 61,* 1859-1864.

Quadflieg, N., & Fichter, M. M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry, 12 (Suppl. 1),* I199-I209.

Quilliam, S. (2004). Hormone replacement therapy (HRT). *Journal of Family Planning and Health Care, 30,* 59-61.

Quinsey, V. L. (2003). The etiology of anamolous sexual preferences in men. *Annals of the New York Academy of Science, 989,* 105-117.

Quintana, S. M. (2004). Ethnic identity development in Chicana/o youth. In R. J. Velasquez, B. W. McNeil, & L. M. Arellano (Eds.), *The handbook of Chicano psychology and mental health.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Qutub, M., Klapper, P., Vallely, P., & Cleator, G. (2001). Genital herpes in pregnancy: Is screening cost effective? *International Journal of STD and AIDS, 12,* 14-16.

Rabheru, K. (2004). Special issues in the management of depression in older patients. *Canadian Journal of Psychiatry, 49 (Suppl. 1),* S41-S50.

Rabin, B. E., & Dorr, A. (1995, March). *Children's understanding of emotional events on family television series.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis.

Rae, C., Joy, P., Harasty, J., Kemp, A., Kuan, S., Christodoulou, J., Cowell, C. T., & Coltheart, M. (2004). Enlarged temporal lobes in Turner syndrome: An X-chromosome effect? *Cerebral cortex, 14,* 156-164.

Rafaelli, M., & Crockett, L. J. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental Psychology, 39,* 1036-1046.

Raffaelli, M., & Ontai, L. (2001). «She's sixteen years old and there's boys calling over to the house»: An exploratory study of sexual socialization in Latino families. *Culture, Health, and Sexuality, 3,* 295-310.

Rahhal, T. A., May, C. P., & Hasher, L. (2002). Truth and character: Sources that older adults can remember. *Psychological Science, 13,* 101-105.

Ramakrishnan, U. (2004). Maternal circulating nutrient concentrations in pregnancy. *American Journal of Clinical Nutrition, 79,* 17-21.

Ramchandani, N. (2004). Type 2 diabetes children: A burgeoning health problem among overweight children. *American Journal of Nursing, 104,* 65-68.

Ramey, C. T., & Campbell, F. A. (1984). Preventive education for high-risk children: Cognitive consequences of the Carolina Abecedarian Project. *American Journal of Mental Deficiency, 88,* 515-523.

Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early prevention and early experience. *American Psychologist, 53,* 109-120.

Ramey, C. T., Ramey, S. L., & Lanzi, R. G. (2001). Intelligence and experience. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *Environment effects on cognitive development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ramirez, M. (2004). Mestiza/o and Chicana/o: General issues. In R. J. Velasquez, B. W. McNeil, & L. M. Arellano (Eds.), *The handbook of Chicano psychology and mental health.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Rampage, C., Eovaldi, M., Ma, C., & Weigel-Foy, C. (2003). Adoptive families. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Ramphal, C. (1962). *A study of three current problems in education.* Unpublished doctoral dissertation, University of Natal, India.

Ransjo-Arvidson, A. B., Matthiesen, A. S., Nissen, L. G., Widstrom, A. M., & Uvnas-Moberg, K. (2001). Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: Effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth, 28,* 5-12.

Rantz, M. J., Hicks, L., Petroski, G. F., Madsen, R. W., Mehr, D. R., Conn, V., Zwygart-Staffacher, & Maas, M. (2004). Stability and sensitivity of nursing home quality indicators. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59,* M79-M82.

Rapaport, S. (1994, November 28). Interview. *U.S. News & World Report,* p. 94.

Raudenbush, S. (2001). Longitudinal data analysis. *Annual Review of Psychology* (Vol. 52). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Raven, P. H., Johnson, G. B., Losos, J., & Singer, S. (2005). *Biology* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.

Raver, C. C. (2004). Placing emotional self-regulation in sociocultural and socioeconomic contexts. *Child Development, 75,* 346-353.

Ravid, D., Levie, R., & Ben-Zvi, G. A. (2004). Morphological disorders. In L. Verhoeven & H. Van Balkom (Eds.), *The classification of language disorders.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ray, O. S., & Ksir, C. J. (2004). *Drugs, society, and human behavior* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.

Raymo, J. M., Liang, J., Sugisawa, H., Kobayashi, E., & Sugihara, Y. (2004). Work at older ages in Japan: Variation by gender and employment status. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59,* S154-S163.

Reb, A. M. (2003). Palliative and end-of-life care: Policy analysis. *Oncology Nursing Forum, 30,* 35-50.

Redinbaugh, E. M., MacCallum, J., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1995). Recurrent syndromal depression in caregivers. *Psychology and Aging, 10,* 358-368.

Reed, K. S. (2003). Grief is more than tears. *Nursing Science Quarterly, 16,* 77-81.

Reeves, G., & Schweitzer, J. (2004). Pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder. *Expert Opinions in Pharmacotherapy, 5,* 1313-1320.

Regev, R. H., Lusky, A., Dolfin, T., Litmanovitz, I., Arnon, S., Reichman, B., & the Israel Neonatal Network. (2003). Excess mortality and morbidity among small-for-gestational-age premature infants: A population-based study. *Journal of Pediatrics, 143,* 186-191.

Reid, C. (2004). Kangaroo care. *Neonatal Network, 23,* 53.

Reid, J. D., & Willis, S. L. (1999). Middle age: New thoughts, new directions. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle.* San Diego: Academic Press.

Reid, P. T., & Zalk, S. R. (2001). Academic environments: Gender and ethnicity in U.S. higher education. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Reilly, R. (1988, August 15). Here no one is spared. *Sports Illustrated,* 70-77.

Reiner, W. G., & Gearhart, J. P. (2004). Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth. *New England Journal of Medicine, 350,* 333-341.

Reis, D., Neiderhiser, J. M., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (2000). *The relationship code.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Reisman, A. S. (2001). Death of a spouse: Basic assumptions and continuation of bonds. *Death Studies, 25,* 445-460.

Reitzes, D. C., & Mutran, E. J. (2004). Grandparenthood: Factors influencing frequency of grandparent-grandchildren contact and grandparent role satisfaction. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59,* S9-S16.

Relier, J. P. (2001). Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development. *Biology of the Neonate, 79,* 168-171.

Religion in America (1993). Princeton, NJ: Princeton Religious Research Center.

Rest, J. R. (1986). *Moral development: Advances in theory and research.* New York: Praeger.

Rest, J. R., Narvaez, D., Bebeau, M. J., & Thoma, S. J. (1999). *Postconventional moral thinking.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Reuter-Lorenz, P. A., & others. (2000). Age differences in the frontal lateralization of verbal and spatial working memory revealed by PET. *Journal of Cognitive Neuroscience, 12,* 174-187.

Revelle, S. P. (2004). High standards + high-stakes = high achievement in Massachusetts. *Phi Delta Kappan, 85,* 591-597.

Reyna, V. F. (2004). How people make decisions that involve risk: A dual-process approach. *Current Directions in Psychological Science, 13,* 60-66.

Reyna, V. F., & Brainerd, C. J. (1995). Fuzzy-trace theory: An interim analysis. *Learning and Individual Differences, 7,* 1-75.

Reynolds, A. J. (1999, April). *Pathways to long-term effects in the Chicago Child-Parent Center Program.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque.

Rhodes, J. E., Grossman, J. B., & Resch, N. L. (2000). Agents of change: Pathways through which mentoring relationships influence adolescents' academic adjustment. *Child Development, 71,* 1662-1671.

Rhodes, S. R. (1983). Age-related differences in work attitudes and behavior: A review and conceptual analysis. *Psychological Bulletin, 93,* 329-367.

Rice, D. P., & Fineman, N. (2004). Economic implications of increased longevity in the United States. *Annual Review of Public Health, 25,* 457-473.

Richardson, G. A., Ryan, C., Willford, J., Day, N. L., & Goldschmidt, L. (2002). Prenatal alcohol and marijuana exposure: Effects on neuropsychological outcomes at 10 years. *Neurotoxicology and Teratology, 24,* 309-320.

Richter, L. (2003). Poverty, underdevelopment, and infant mental health. *Journal of Pediatric and Child Health, 39,* 243-248.

Rickards, T., & deCock, C. (2003). Understanding organizational creativity: Toward a paradigmatic approach. In M. A. Runco (Ed.), *Creativity research handbook.* Cresskill, NJ: Hampton Press.

Ridgeway, D., Waters, E., & Kuczaj, S. A. (1985). Acquisition of emotion-descriptive language: Receptive and productive vocabulary norms for ages 18 months to 6 years. *Developmental Psychology, 21,* 901-908.

Riebe, D., Garber, C. E., Rossi, J. S., Greaney, M. L., Nigg, C. R., Lees, F. D., Burbank, P. M., & Clark, P. G. (2005). Physical activity, physical function, and stages of change in older adults. *American Journal of Health Behavior, 29,* 70-80.

Riethman, H., Ambrosini, A., Castaneda, C., Finklestein, J., Hu, X. L.,

Mudumri, U. Y., & Wei, P. S. (2004). Mapping and initial analysis of human subtelomeric sequence assemblies. *Genome Research, 14,* 18-28.

Rigby, K. (2004). Bullying in childhood. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development.* Malden, MA: Blackwell.

Righetti-Veltema, M., Conne-Perreard, E., Bousquest, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders, 70,* 291-306.

Riley, K. P., Snowdon, D. A., & Markesbery, W. R. (2002). Alzheimer's neurofibrillary pathology and the spectrum of cognitive function: Findings from the Nun Study. *Annals of Neurology, 5,* 567-577.

Rimberg, H. M., & Lewis, R. J. (1994). Older adolescents and AIDS: Correlates of self-reported safer sex practices. *Journal of Research on Adolescence, 4,* 453-464.

Rimm, E. B., Stampfer, M. J., Ascherio, A., Giovannucci, E., Colditz, G. A., & Willett, W. C. (1993). Vitamin E consumption and the risk of coronary heart disease in men. *New England Journal of Medicine, 328,* 1450-1456.

Ringdal, G. I., Jordhoy, M. S., Ringdal, K., & Kaasa, S. (2001). The first year of grief and bereavement in close family members to individuals who have died of cancer. *Palliative Medicine, 15,* 91-105.

Rittey, C. D. (2003). Learning difficulties: What the neurologist needs to know. *Journal of Neurology and Neurological Psychiatry, 74, Supplement 1,* 30-36.

Rizzo, M. S. (1999, May 8). Genetic counseling combines science with a human touch. *Kansas City Star,* p. 3.

Robbins, G., Powers, D., & Burgess, S. (2005). *A wellness way of life* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

Roberto, K. A., Allen, K. R., & Blieszner, R. (2001). Grandfathers' perceptions and expectations of relationships with their adult grandchildren. *Journal of Family Issues, 22,* 407-426.

Roberto, K. A., & Skoglund, R. R. (1996). Interactions with grandparents and great-grandparents: A comparison of activities, influences, and relationships. *International Journal of Aging and Human Development, 43,* 107-117.

Roberts, B. L., Dunkle, R., & Haug, M. (1994). Physical, psychological, and social resources as moderators of stress to mental health of the very old. *Journal of Gerontology, 49,* S35-S43.

Roberts, B. W., & Helson, R. (1997). Changes in culture, changes in personality: The influence of individualism in a longitudinal study of women. *Journal of Personality and Social Psychology, 72,* 641-651.

Roberts, D. F., Henriksen, L., & Foehr, V. G. (2004). Adolescents and the media. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., Golding, J., & the ALSPAC Study Team. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life. *Child Abuse & Neglect, 5,* 525-545.

Robertson, H. (2003). Rape among incarcerated men: Sex, coercion, and STDs. *AIDS Patient Care and STDs, 17,* 423-430.

Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracey, J. L., Potter, J., & Gosling, S. D. (2002). Age differences in self-esteem from age 9 to 90. *Psychology and Aging, 17,* 423-434.

Robinson, D. P., & Greene, J. W. (1988). The adolescent alcohol and drug problem: A practical approach. *Pediatric Nursing, 14,* 305-310.

Robinson, R. (2004). End-of-life education in undergraduate nursing curricula. *Dimensions of Critical Care Nursing, 23,* 89-92.

Rochat, P. (2002). Origins of self concept. In G. Bremner & A. Fogel (Eds.), *Blackwell handbook of infant development.* Malden, MA: Blackwell.

Rode, S. S., Chang, P., Fisch, R. O., & Sroufe, L. A. (1981). Attachment patterns of infants separated at birth. *Developmental Psychology, 17,* 188-191.

Rodgers, L. S. (2004). Meaning of bereavement among older African American widows. *Geriatric Nursing, 25,* 10-16.

Rodier, P. M. (2004). Environmental causes of central nervous system maldevelopment. *Pediatrics, 113 (4 Supplement),* 1076-1083.

Rodin, J. (1983). Behavioral medicine: Beneficial effects of self-control training in aging. *International Review of Applied Psychology, 32,* 153-181.

Rodin, J., & Langer, E. J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology, 35,* 397-402.

Rogers, A. (1987). *Questions of gender differences: Ego development and moral voice in adolescence.* Unpublished manuscript, Department of Education, Harvard University.

Rogoff, B. (1998). Cognition as a collaborative process. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 2). New York: Wiley.

Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development.* New York: Oxford University Press.

Rohner, R. P., & Rohner, E. C. (1981). Parental acceptance-rejection and parental control: Cross-cultural codes. *Ethnology, 20,* 245-260.

Roman, G. C., Sachdev, P., Royall, D. R., Bullock, R. A., Orgogozo, J. M., Lopez-Pousa, S., Arizaga, R., & Wallin, A. (2004). Vascular cognitive disorder: A new diagnostic category updating vascular cognitive impairment and vascular dementia. *Journal of Neurological Science, 226,* 81-87.

Rook, K. S. (2000). The evolution of social relationships in later adulthood. In S. H. Qualls & N. Abeles (Eds.), *Psychology and the aging revolution.* Washington, DC: American Psychological Association.

Roosa, M. W., Dumka, L. E., Gonzales, N. A., & Knight, G. P. (2002). Cultural/ethnic issues and the prevention scientist in the 21st century. *Prevention & Treatment, 5,* 1-13.

Roper Starch Worldwide. (2000). *Attitudes toward retirement: A poll.* New York: Author.

Rosano, G. M., Vitale, C., Silvestri, A., & Fini, M. (2003). Hormone replacement therapy and cardioprotection: The end of the tale? *Annals of the New York Academy of Science, 997,* 351-357.

Rose, A. A., Feldman, J. F., McCarton, C. M., & Wolfson, J. (1988). Information processing in seven-month-old infants as a function of risk status. *Child Development, 59,* 489-603.

Rose, L. C., & Gallup, A. M. (2000). The 32nd annual Phi Delta Kappa/Gallup Poll of the public's attitudes toward the public schools. *Phi Delta Kappan, 82* (10), 41-58.

Rose, S., & Frieze, I. R. (1993). Young singles' contemporary dating scripts. *Sex Roles, 28,* 499-509.

Rosenberg, E. B. (1992). *The adoption life cycle: The children and their families through the years.* New York: Free Press.

Rosenblith, J. F. (1992). *In the beginning* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (2003). Emotional development in adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Rosenfeld, A., & Stark, E. (1987, May). The prime of our lives. *Psychology Today,* pp. 62-72.

Rosenfeld, B. (2004). *Assisted suicide and the right to die.* Washington, DC: American Psychological Association.

Rosenstein, D., & Oster, H. (1988). Differential facial responses to four basic tastes in newborns. *Child Development, 59,* 1555-1568.

Rosenthal, C. J., Martin-Matthews, A., & Matthews, S. H. (1996). Caught in the middle? Occupancy in multiple roles and help to parents in a national probability sample of Canadian adults. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 51,* S274-S283.

Rosenzweig, M. R. (1969). Effects of heredity and environment on brain chemistry, brain anatomy, and learning ability in the rat. In M. Monosevitz, G. Lindzey, & D. D. Thiessen (Eds.), *Behavioral genetics.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Rosenzweig, M. R. (2000). Ethology. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Rosnow, R. L., & Rosenthal, R. L. (2005). *Beginning behavioral research* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Rospenda, K. M. (2004). Harassment and discrimination. In J. Barling, E. K. Kelloway, & M. R. Frone (Eds.), *Handbook of work stress.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Rossi, A. S. (1989). A life-course approach to gender, aging, and intergenerational relations. In K. W. Schaie & C. Schooler (Eds.), *Social structure and aging.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rossi, A. S. (2004). The menopausal transition and aging processes. In G. Brim, C. D. Ryff, & R. Kessler (Eds.), How healthy we are: A national study of well-being in midlife. Chicago: University of Chicago Press.

Roth, G. S., Lane, M. A., Ingram, D. K., Mattison, J. A., Elahi, D., Tobin, J. D., Muller, D., & Metter, E. J. (2002). Biomarkers of caloric restriction may predict longevity in humans. *Science, 297,* 811.

Roth, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). What do adolescents need for healthy development? Implications for youth policy. *Social Policy Report, Society for Research in Child Development, XIV* (No. 1), 3-19.

Rothbart, M. K. (2004). Temperament and the pursuit of an integrated developmental psychology. *Merrill-Palmer Quarterly, 50,* 492-505.

Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 3). New York: Wiley.

Rothbart, M. K., Ellis, L. K., & Posner, M. I. (2004). Temperament and self-regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation.* New York: Guilford.

Rothbart, M. K., Ellis, L. K., Rueda, M. R., & Posner, M. I. (2003). Developing mechanisms of effortful control. *Journal of Personality, 71,* 1113-1143.

Rothbart, M. K., & Putnam, S. P. (2002). Temperament and socialization. In L. Pulkkinen & A. Caspi (Eds.), *Paths to successful development.* New York: Cambridge University Press.

Rothbart, M. L. K. (1971). Birth order and mother-child interaction. *Dissertation Abstracts, 27,* 45-57.

Rothbaum, F., Poll, M., Azuma, H., Miyake, K., & Weisz, J. (2000). The development of close relationships in Japan and the United States: Paths of symbiotic harmony and generative tension. *Child Development, 71,* 1121-1142.

Rothstein, D. (2001, January 7). Commentary. *Parade Magazine,* p. 12.

Rovee-Collier, C. (1987). Learning and memory in children. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed.). New York: Wiley.

Rovee-Collier, C. (2002). Infant learning and memory. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Rovee-Collier, C., & Barr, R. (2004). Infant learning and memory. In G. Bremner & A. Fogel (Eds.), *Blackwell handbook of infant development.* Malden, MA: Blackwell.

Rovira, M. T., Antorn, M. T., Paya, A., Castellanos, E., Mur, A., & Carreras, R. (2001). Human immunodeficiency virus infection in pregnant women, transmission, and zidovudine therapy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 97,* 46-49.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). *Successful aging.* New York: Pantheon Books.

Rowe, R., Maughan, B., Worthman, C. M., Costello, E. J., & Angold, A. (2004). Testosterone, antisocial behavior, and social dominance in boys: Pubertal development and biosocial interaction. *Biological Psychiatry, 55,* 546-552.

Rowe, S. M., & Wertsch, J. V. (2004). Vygotsky's model of cognitive development. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Rubia, K., Overmeyer, S., Taylor, E., Brammer, M., Williams, S., Simmons, A., Andrew, C., & Bullmore, E. (2000). Functional frontalisation with age: Mapping neurodevelopmental trajectories with fMRI. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 24,* 13-19.

Rubin, D. H., Krasilnikoff, P. A., Leventhal, J. M., Weile, B., & Berget, A. (1986, August 23). Effect of passive smoking on birthweight. *The Lancet,* 415-417.

Rubin, K. (2000). Middle childhood: Social and emotional development. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Rubin, K. H., Bukowski, W., & Parker, J. G. (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 3). New York: Wiley.

Rubin, K. H., Maioni, T. L., & Hornung, M. (1976). Free play behaviors in middle and lower social class preschoolers: Parten and Piaget revisited. *Child Development, 47,* 414-419.

Rubin, Z. (1970). Measurement of romantic love. *Journal of Personality and Social Psychology, 16,* 265-273.

Rubin, Z., & Mitchell, C. (1976). Couples research as couples counseling. *American Psychologist, 31,* 17-25.

Ruble, D. N. (2000). Gender constancy. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychol-*

ogy. Washington, DC, and New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Rudolph, K. L., Chang, S., Lee, H., Gottlieb, G. J., Greider, C., & DePinho, R. A. (1999). Longevity, stress response, and cancer in aging telomerase-deficient mice. *Cell, 96,* 701-712.

Ruff, H. A., & Capozzoli, M. C. (2003). Development of attention and distractibility in the first 4 years of life. *Developmental Psychology, 39,* 877-890.

Rumberger, R. W. (1995). Dropping out of middle school: A multilevel analysis of students and schools. *American Education Research Journal, 3,* 583-625.

Runco, M. (2000). Research on the processes of creativity. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Runco, M. A. (2004). Creativity. *Annual Review of Psychology* (Vol. 55). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Rupp, K., Strand, A., & Davies, P. S. (2003). Poverty among elderly women: Assessing the SSI options to strengthen Social Security reform. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58,* S359-S368.

Rusbult, C. E., Olsen, N., Davis, J. L., & Hannon, P. A. (2001). Commitment and relationship maintenance mechanisms. In J. H. Harvey & A. Wenzel (Eds.), *Close romantic relationships.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Russek, L. G., & Schwartz, G. E. (1997). Feelings of parental caring predict health status in midlife: A 35-year follow-up of the Harvard Mastery Study of Stress. *Journal of Behavioral Medicine, 30,* 1-13.

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality, Assessment, 66,* 20-43.

Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health, 91,* 1276-1281.

Ruxton, C. (2004). Obesity in children. *Nursing Standards, 18,* 47-52.

Ryan, A. S. (1997). The resurgence of breastfeeding in the United States. *Pediatrics, 99,* E12.

Ryan, A. S., Wenjun, Z., & Acosta, A. (2002). Breastfeeding continues to increase into the new millennium. *Pediatrics, 110,* 1103-1109.

Ryff, C. D. (1984). Personality development from the inside: The subjective experience of change in adulthood and aging. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior.* New York: Academic Press.

Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging, 6,* 286-295.

Ryff, C. D., & Singer, B. (2000). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review, 4,* 30-44.

Ryff, C. D., Singer, B., Wing, E. H., & Love, G. D. (2001). Elective affinities and uninvited agonies: Mapping emotion with significant others onto health. In C. D. Ryff & B. Singer (Eds.), *Emotion, social relationships, and health.* New York: Oxford University Press.

S

Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence.* New York: Guilford.

Saarni, C. (2000). Emotional competence: A developmental perspective. In R. Bar-On & J. D. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence.* San Francisco: Jossey-Bass.

Sabol, W. J., Coulton, C. J., & Korbin, J. E. (2004). Building community capacity for violence prevention. *Journal of Interpersonal Violence, 19,* 322-340.

Sackett, P. (2003, February). Commentary on stereotype threat. *Monitor on Psychology, 34,* p. 52.

Sackett, P. R., Hardison, C. M., & Cullen, M. J. (2004). On interpreting stereotype threat as accounting for African-American White differences in cognitive tests. *American Psychologist, 59,* 7-13.

Saczynski, J., & Willis, S. L. (2001). *Cognitive training and maintenance of intervention effects in the elderly.* Unpublished manuscript. University Park, PA: Pennsylvania State University.

Sadavoy, J., Lazarus, L. W., Jarvik, L. E., & Grossberg, G. T. (Eds.). (1996). *Comprehensive review of geriatric psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Sadker, M. P., & Sadker, D. M. (2005). *Teachers, schools, and society* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.

Safar, M. E., & Smulyan, H. (2004). Hypertension in women. *American Journal of Hypertension, 17,* 82-87.

Sagan, C. (1977). *The dragons of Eden.* New York: Random House.

Saigal, S., den Ouden, L., Wolke, D., Hoult, L., Paneth, N., Streiner, D. L., Whitaker, A., & Pinto-Martin, J. (2003). School-age outcomes in children who were extremely low birth weight from four international population-based cohorts. *Pediatrics, 112,* 943-950.

Salat, D. H., Kaye, J. A., & Janowsky, J. S. (2002). Greater orbital prefrontal lobe selectively predicts worse working memory performance in older adults. *Cerebral Cortex, 12,* 494-505.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality, 9,* 185-211.

Salthouse, T. A. (1991). *Theoretical perspectives on cognitive aging.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Salthouse, T. A. (1994). The nature of influence of speed on adult age differences in cognition. *Developmental Psychology, 30,* 240-259.

Salthouse, T. A. (1996). General and specific speed mediation of adult age differences in memory. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 51,* P30-P42.

Salthouse, T. A. (2000). Adulthood and aging: Cognitive processes and development. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Salthouse, T. A., & Miles, J. D. (2002). Aging and time-sharing aspects of executive control. *Memory and Cognition, 30,* 572-582.

Salthouse, T. A., & Skovronek, E. (1992). Within-context assessment of working memory. *Journal of Gerontology, 47,* P110-P117.

Salvatore, M. E., Apparsundaram, S., & Gerhardt, G. A. (2003). Decreased plasma membrane expression of striatal dopamine transporter in aging. *Neurobiology of Aging, 24,* 1147-1154.

Samaniego, R. Y., & Gonzales, N. A. (1999). Multiple mediators of the effects of acculturation status on delinquency for Mexican American adolescents. *American Journal of Community Psychology, 27,* 189-210.

Samii, A., Nutt, J. G., & Ransom, B. R. (2004). Parkinson's disease. *Lancet, 363,* 1783-1793.

Samour, P. Q., Helm, K. K., & Lang, C. E. (Eds.). (2000). *Handbook of pediatric nutrition* (2nd ed.). Aspen, CO: Aspen.

Samuelsson, S., Lundberg, I., & Herkner, B. (2004). ADHD and reading disability in male adults. *Journal of Learning Disabilities, 37,* 155-168.

Sanchez-Johnsen, L. A., Fitzgibbon, M. L., Matinovich, Z., Stolley, M. R., Dyer, A. R., & Van Horn, L. (2004). Ethnic differences in correlates of obesity between Latin-American and Black women. *Obesity Research, 12,* 652-660.

Sands, R. G., & Goldberg-Glen, R. S. (2000). Factors associated with stress among grandparents raising their grandchildren. *Family Relations, 49,* 97-105.

Sandstrom, M. J., & Zakriski, A. L. (2004). Understanding the experience of peer rejection. In J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Eds.), *Children's peer relations: From development to intervention.* Washington, DC: American Psychological Association.

Sangree, W. H. (1989). Age and power: Life-course trajectories and age structuring of power relations in East and West Africa. In D. I. Kertzer & K. W. Schaie (Eds.), *Age structuring in comparative perspective.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sanson, A., & Rothbart, M. K. (1995). Child temperament and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 4). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sanson, A., Smart, D., & Hemphill, S. (2004). Temperament and social development. In P. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development.* Malden, MA: Blackwell.

Santiago-Delefosse, M. J., & Delefosse, J. M. O. (2002). Three positions on child thought and language. *Theory and Psychology, 12,* 723-747.

Santiseban, D. A., & Mitrani, V. B. (2003). The influence of acculturation processes on the family. In K. M. Chun, P. B. Organista, & G. Marin (Eds.), *Acculturation.* Washington, DC: American Psychological Association.

Santrock, J. W. (2004). *Educational psychology* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Santrock, J. W. (2006). *Educational psychology* (2nd ed., Rev. Update). New York: McGraw-Hill.

Santrock, J. W., & Halonen, J. A. (2004). *Your guide to college success* (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Santrock, J. W., & Halonen, J. A. (2006). *Your guide to college success* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Santrock, J. W., Sitterle, K. A., & Warshak, R. A. (1988). Parent-child relationships in stepfather families. In P. Bronstein & C. P. Cowan (Eds.), *Fatherhood today: Men's changing roles in the family.* New York: Wiley.

Santrock, J. W., & Warshak, R. A. (1979). Father custody and social development in boys and girls. *Journal of Social Issues, 35,* 112-125.

Saraswathi, T. S., & Mistry, J. (2003). The cultural context of child development. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Sarigiani, P. A., & Petersen, A. C. (2000). Adolescence: Puberty and biological maturation. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Sarks, A. J. (2002). Age related macular degeneration. *Clinical Evidence, 8,* 614-628.

Sarrel, P., & Masters, W. (1982). Sexual molestation of men by women. *Archives of Human Sexuality, 11,* 117-131.

Sauber, M., & Corrigan, E. M. (1970). *The six year experience of unwed mothers as parents.* New York: Community Council of Greater New York.

Savell, V. H., Hughes, S. M., Bower, C., & Parham, D. M. (2004). Lymphocytic infiltration in pediatric thyroid carcinomas. *Pediatric and Developmental Pathology, 7,* 487-492.

Savin-Williams, R. C. (2001). *Mom, dad, I'm gay.* Washington, DC: American Psychological Association.

Savin-Williams, R., & Diamond, L. (2004). Sex. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed.). New York: Wiley.

Sawnani, H., Jackson, T., Murphy, T., Beckerman, R., & Simakajornboon, N. (2004). The effect of maternal smoking on respiratory and arousal patterns in preterm infants during sleep. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 169,* 733-738.

Sax, L. J., Astin, A. W., Lindholm, J. A., Korn, W. S., Saenz, V. B., & Mahoney, K. M. (2003). *The American college freshman: National norms for fall 2003.* Los Angeles: Higher Education Research Institute, Los Angeles.

Saxena, R., Borzewski, D. L., & Rickert, V. I. (2002). Physical activity levels among urban adolescent females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 15,* 279-284.

Sayer, R., Law, E., Connelly, P. J., & Breen, K. C. (2004). Association of acetylcholinesterase with Alzheimer's disease and response to cholinesterase inhibitors. *Clinical Biochemistry, 36,* 98-104.

Scafidi, F., & Field, T. M. (1996). Massage therapy improves behavior in neonates born to HIV-positive mothers. *Journal of Pediatric Psychology, 21,* 889-897.

Scannell-Desch, E. (2003). Women's adjustment to widowhood: Theory, research, and methods. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 41,* 28-36.

Scaramella, L. V., & Conger, R. D. (2004). Continuity versus discontinuity in parent and adolescent negative affect. In R. D. Conger, F. O. Lorenz, & K. A. S. Wickrama (Eds.), *Continuity and change in family relations.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Scarr, S. (1993). Biological and cultural diversity: The legacy of Darwin for development. *Child Development, 64,* 1333-1353.

Scarr, S. (2000). Day care. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Scarr, S., & Weinberg, R. A. (1983). The Minnesota adoption studies: Genetic differences and malleability. *Child Development, 54,* 182-259.

Schaalma, H. P., Abraham, C., Gillmore, M. R., & Kok, G. (2004). Sex education as health promotion: What does it take? *Archives of Sexual Behavior, 33,* 259-269.

Schachman, K. A., Lee, R. K., & Lederma, R. P. (2004). Baby boot camp: Facilitating maternal role adaptation among military wives. *Nursing Research, 53,* 107-115.

Schachter, S. C., & Ransil, B. J. (1996). Handedness distributions in nine professional groups. *Perceptual and Motor Skills, 82,* 51-63.

Schaffer, D. V., & Gage, F. H. (2004). Neurogenesis and neuroadaptation. *Neuromolecular Medicine, 5,* 1-9.

Schaffer, H. R. (1996). *Social development.* Malden, MA: Blackwell.

Schaie, K. W. (1993). The Seattle longitudinal studies of adult intelligence. *Current Directions in Psychological Science, 2,* 171-175.

Schaie, K. W. (1994). The life course of adult intellectual abilities. *American Psychologist, 49,* 304-313.

Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study.* New York: Cambridge University Press.

Schaie, K. W. (2000). Unpublished review of J. W. Santrock's *Life-span development* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2000). A stage theory model of adult development revisited. In R. Rubinstein, M. Moss, & M. Kleban (Eds.), *The many dimensions of aging: Essays in honor of M. Powell Lawton.* New York: Springer.

Schaie, K. W., & Willis, S. (2002). *Adult development and aging* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Schalagar, B. L., Brown, T. T., Lugar, H. M., Visscher, K. M., Miezin, F. M., & Petersen, S. E. (2002). Functional neuroanatomical differences between adults and school-age children in processing single words. *Science, 296,* 1476-1479.

Schank, R. C. (2004). *Making minds less well educated than our own.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Scheer, S. D. (1996, March). *Adolescent to adult transitions: Social status and cognitive factors.* Paper presented at the meeting of the Society for Research on Adolescence, Boston.

Schegel, A. (2000). The global spread of adolescent culture. In L. J. Crockett & R. K. Silbereisen (Eds.), *Negotiating adolescence in times of social change.* New York: Cambridge University Press.

Schellenbach, C., Leadbeater, B., & Moore, K. A. (2004). Enhancing the developmental outcomes of adolescent parents and their children. In K. I. Maton, C. J. Schellenbach, B. J. Leadbeater, & A. L. Solarz (Eds.), *Investing in children, youth, families, and communities.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Schieman, S., Van Gundy, K., & Taylor, J. (2002). The relationship between age and depressive symptoms: A test of competing explanatory and suppression influences. *Journal of Aging and Health, 14,* 260-285.

Schiffman, S. S. (1996). Smell and taste. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology.* San Diego: Academic Press.

Schlegel, M. (2000). All work and play. *Monitor on Psychology, 31* (11), 50-51.

Schlossberg, N. K. (2004). *Retire smart retire happy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21st century: New answers to old questions. *European Child and Adolescent Psychiatry, 12 (Suppl. 1),* I130-I137.

Schneider, B. H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology, 37,* 86-100.

Schneider, W. (2004). Memory development in childhood. In P. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Schneider, W., & Pressley, M. (1997). *Memory development from 2 to 20* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Schneiderman, N., Antoni, M. H., Saab, P. G., & Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychological and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology* (Vol. 52). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Schoka, E., & Hayslip, B. (1999, November). *Grief and the family system: The roles of communication, affect, and cohesion.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

Schooler, C. (2001). The intellectual effects of the demands of the work environment. In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *Environmental effects on cognitive abilities.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Schooler, C., Mulatu, S., & Oates, G. (1999). The continuing effects of substantively complex work on the intellectual functioning of older workers. *Psychology and Aging, 14,* 483-506.

Schrag, S. G., & Dixon, R. L. (1985). Occupational exposure associated with male reproductive dysfunction. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology, 25,* 467-592.

Schugens, M. M., Daum, I., Spindler, M., & Birbaumer, N. (1997). Differential effects of aging on explicit and implicit memory. *Aging, Neuropsychology, and Cognition, 4,* 33-44.

Schulenberg, J., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Johnson, L. D. (2000). «Spread your wings and fly»: The course of health and well-being during the transition to young adulthood. In L. Crockett & R. Silbereisen (Eds.), *Negotiating adolescence in times of social change.* New York: Cambridge University Press.

Schultz, R., & Curnow, C. (1988). Peak performance and age among super athletes: Track and field, swimming, baseball, tennis, and golf. *Journal of Gerontology, 43,* P113-P120.

Schum, T. R., McAuliffe, T. L., Simms, M. D., Walter, J. A., Lewis, M., & Pupp, R. (2001). Factors associated with toilet training in the 1990s. *Ambulatory Pediatrics, 1,* 79-86.

Schwarzer, R., & Schultz, U. (2003). Stressful life events. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. IX). New York: Wiley.

Schwerha, D. J., & McMullin, D. L. (2002). Prioritizing ergonomic research in aging for the 21st century American workforce. *Experimental Aging Research, 28,* 99-110.

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Journal of the American Medical Association, 289,* 1813-1819.

Scott, C. M. (2004). Syntactic contributions to literacy learning. In C. A. Stone, E. R. Silliman, B. J. Ehren, & K. Apel (Eds.), *Handbook of language and literacy.* New York: Guilford.

Scott, C. M., & Popovich, D. J. (2001). Undiagnosed alcoholism and prescription drug misuse among the elderly. *Caring, 20,* 20-23.

Scott-Jones, D. (1995, March). *Incorporating ethnicity and socioeconomic status in research with children.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis.

Sears, R. R., & Feldman, S. S. (Eds.). (1973). *The seven ages of man.* Los Altos, CA: Kaufmann.

Sebre, S., Sprugevica, I., Novotni, A., Boneveski, D., Pakalniskiene, V., Popuescu, D., Turchina, T., Friedrich, W., & Lewis, O. (2004). Cross cultural comparisons of child-reported emotional

and physical abuse: Rates, risk factors, and psychosocial symptoms. *Child Abuse & Neglect, 28,* 113-127.

Sedgh, G., Spiegelman, D., Larsen, C., Msamanga, G., & Pawzi, W. W. (2004). Breastfeeding and maternal HIV-1 disease progression and mortality. *AIDS, 18,* 1043-1049.

Seeman, T. E., Charpentier, P. A., Berkman, L. F., Tinetti, M. E., Guralnik, J. M., Albert, M., Blazer, D., & Rowe, J. W. (1994). Predicting changes in physical performance in a high-functioning elderly cohort: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology, 49,* M97-M108.

Seeman, T. E., & Chen, X. (2002). Risk and protective factors for physical functioning in older adults with and without chronic conditions: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57,* S135-S144.

Segerberg, O. (1982). *Living to be 100: 1200 who did and how they did it.* New York: Scribner's.

Segrin, C., & Flora, J. (2005). *Family communication.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Seguin, R., & Nelson, M. E. (2003). The benefits of strength training for older adults. *American Journal of Preventive Medicine, 25 (Suppl. 2),* 141-149.

Seidenfeld, M. E., Sosin, E., & Rickert, V. I. (2004). Nutrition and eating disorders in adolescents. *Mt. Sinai Journal of Medicine, 71,* 155-161.

Seidman, E. (2000). School transitions. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Seifert, L. S. (2002). Toward a psychology of religion, spirituality, meaning-search, and aging: Past research and practical application. *Journal of Adult Development, 9,* 61-78.

Seltzer, J. (2004). Cohabitation and family change. In M. Coleman & L. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Seroczynski, A. D., Jacquez, F. M., & Cole, D. (2003). Depression and suicide during adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Serpell, R. (1974). Aspects of intelligence in a developing country. *African Social Research, 17,* 576-596.

Serpell, R. (1982). Measures of perception, skills, and intelligence. In W. W. Hartup (Ed.), *Review of child development research* (Vol. 6, pp. 392-440). Chicago: University of Chicago Press.

Serpell, R. (2000). Culture and intelligence. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Serra, J. A., & others. (2004). Oxidative stress in Alzheimer's and vascular dementias. *Journal of Neurological Science, 218,* 17-24.

Seynnes, O., Singh, M. A. F., Hue, O., Pras, P., Legros, P., & Bernard, P. L. (2004). Physiological and functional responses to low-moderate versus high-intensity progressive resistance training in frail elders. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59,* M503-M509.

Shafii, T., Stovel, K., Davis, R., & Holmes, K. (2004). Is condom use habit forming? Condom use at sexual debut and subsequent condom use. *Sexually Transmitted Diseases, 31,* 366-372.

Shamir, A., & Tzuriel, D. (2004). Children's mediational teaching style as a function of intervention for cross-age peer interaction. *School Psychology International, 25,* 59-78.

Shapiro, K., & Caramazza, A. (2003). The representation of grammatical categories in the brain. *Trends in Cognitive Science, 7,* 201-206.

Sharma, A. R., McGue, M. K., & Benson, P. L. (1996). The emotional and behavioral adjustment of adopted adolescents: Part I: Age at adoption. *Children and Youth Services Review, 18,* 101-114.

Sharma, A. R., McGue, M. K., & Benson, P. L. (1998). The psychological adjustment of United States adopted adolescents and their nonadopted siblings. *Child Development, 69,* 791-802.

Sharma, B. R. (2004). Withholding and withdrawing of life support: A medicolegal dilemma. *American Journal of Forensic and Medical Pathology, 25,* 150-155.

Sharma, V. (2002). Pharmacotherapy of postpartum depression. *Expert Opinions on Pharmacotherapy, 3,* 1421-1431.

Sharp, E. A., & Ganong, L. H. (2000). Awareness about expectations: Are unrealistic beliefs changed by integrative teaching? *Family Relations, 49,* 71-76.

Sharp, L., Cardy, A. H., Cotton, S. C., & Little, J. (2004). CYP17 gene polymorphisms: Prevalence and associations with hormone levels and related factors, a HuGE review. *American Journal of Epidemiology, 160,* 729-740.

Sharpless, N. E., & DePinho, R. A. (2004). Telomeres, stem cells, senescence, and cancer. *Journal of Clinical Investigation, 113,* 160-168.

Shaver, P. R. (1986, August). *Being lonely, falling in love: Perspectives from attachment theory.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Shaver, P. R., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships.* London: Jessica Kingsley.

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2003). The psychodynamics of social judgments: An attachment theory perspective. In J. P. Forgas, K. D. Williams, & W. von Hippel (Eds.), *Social judgments: Implicit and explicit processes.* Philadelphia: Psychology Press.

Shay, J. W., & Wright, W. E. (1999). Telomeres and telomerase in the regulation of cellular aging. In V. A. Bohr, B. F. Clark, & T. Stevenser (Eds.), *Molecular biology of aging.* Copenhagen, Denmark: Munksgaard.

Shay, J. W., & Wright, W. E. (2000). The use of telomerized cells for tissue engineering. *Nature Biotechnology, 18,* 22-23.

Shay, J. W., & Wright, W. E. (2002). Telomerase: A target for cancer therapeutics. *Cancer Cell, 2,* 257-265.

Shay, J. W., & Wright, W. E. (2004). Telomeres are double-strand DNA breaks hidden from DNA damage responses. *Molecular Cell, 14,* 420-421.

Sheehan, D. K., & Schirm, V. (2003). End-of-life care of older adults. *American Journal of Nursing, 103,* 48-51.

Sheets, R. H. (2005). *Diversity pedagogy.* Boston: Allyn & Bacon.

Shemie, S. D. (2004). Variability of brain death practices. *Critical Care Medicine, 32,* 2564-2565.

Shepard, G. H. (2002). Three days for weeping: Dreams, emotions, and death in Peruvian Amazon. *Medical Anthropology Quarterly, 16,* 200-209.

Sheridan, L., & Ghrorayeb, G. (2004). Lebanon. In K. Malley-Morrison

(Ed.), *International perspectives on family violence and abuse.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Sherif-Trask, B. (2003). Love, courtship, and marriage from a cross-cultural perspective. In R. R. Hamon & B. B. Ingoldsby (Eds.), *Mate selection across cultures.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Sherwood, A., Light, K. C., & Blumenthal, J. A. (1989). Effects of aerobic exercise training on hemodynamic responses during psychosocial stress in normotensive and borderline hypertensive Type A men: A preliminary report. *Psychosomatic Medicine, 51,* 123-136.

Shi, Y., Chichung Lie, D., Taupin, P., Nakashima, K., Ray, J., Yu, R. T., Gage, F. H., & Evans, R. M. (2004). Expression and function of orphan nuclear receptor TLX in adult neural stem cells. *Nature, 427,* 78-83.

Shields, S. A. (1991). Gender in the psychology of emotion. In K. T. Strongman (Ed.), *International review of studies of emotion* (Vol. 1). New York: Wiley.

Shiri, R., Koskimaki, J., Hakam, M., Hakkinen, J., Tammela, T. L., Huhtala, H., & Auvinen, A. (2003). Effect of chronic diseases on incidence of erectile dysfunction. *Urology, 62,* 1097-1102.

Shneidman, E. S. (1973). *Deaths of man.* New York: Quadrangle/New York Times.

Shonk, S. M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology, 37,* 3-17.

Short, M. (2003). Menopause, mood, and management. *Climacteric, 6 (Suppl. 2),* 33-36.

Shrier, D. K. (2003). Psychosocial aspects of women's lives: Work, family, and life cycle issues. *Psychiatric Clinics of North America, 26,* 741-757.

Shulman, S., & Ben-Artzi, E. (2003). Age-related differences in the transition from adolescence to adulthood and links with family relationships. *Journal of Adult Development, 10,* 217-226.

Siegel, L. S. (1988). Evidence that IQ scores are irrelevant to the definition and analysis of reading disability. *Canadian Journal of Psychology, 42,* 202-215.

Siegel, L. S. (1989, April). *Perceptual-motor, cognitive, and language skills as predictors of cognitive abilities at school age.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Children, Kansas City.

Siegel, L. S. (2003). Learning disabilities. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Siegel, L. S., & Himel, N. (1998). Socioeconomic status, age and the classification of dyslexic and poor readers: Further evidence of the irrelevancy of IQ to reading disability. *Dyslexia, 4,* 90-104.

Siegfried, T. (2002, January 16). Explaining aging requires complicated brains. *Dallas Morning News,* p. 3F.

Siegler, I. C., Bosworth, H. B., & Poon, L. W. (2003). Disease, health, and aging. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Siegler, I. C., & Costa, P. T. (1999, August). *Personality change and continuity in midlife: UNC Alumni Heart Study.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Boston.

Siegler, I. C., Kaplan, B. H., Von Dras, D. D., & Mark, D. B. (1999). Cardiovascular health: A challenge for midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age.* San Diego: Academic Press.

Siegler, R. S. (1998). *Children's thinking* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Siegler, R. S. (2003). Relations between short-term and long-term cognitive development. *Psychological Science Agenda, 16,* 8-10.

Siegler, R. S., & Alibali, M. W. (2005). *Children's thinking* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Signore, C. (2001). Rubella. *Primary Care Update in Obstetrics and Gynecology, 8,* 133-137.

Silva, A. (2004). Convergence of long-term care planning and retirement planning at the work place. *Journal of Aging and Social Policy, 16,* 85-102.

Silva, C., & Martins, M. (2003). Relations between children's invented spelling and children's phonological awareness. *Educational Psychology, 23,* 3-16.

Silverdale, M. A., Nicholson, S. L., Ravenscroft, P., Crossman, A. R., Millan, M. J., & Brotchie, J. M. (2004). Selective blockade of D(3) dopamine receptors enhances the anti-parkinsonian properties of ropinirole and levodopa in the MPTP-lesioned primate. *Experimental Neurology, 188,* 128-138.

Silverstein, L. B. (2001). Father and families. In J. P. McHale & W. S. Grolnick (Eds.), *Retrospect and prospect in the psychological study of families.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Silverstein, M., Conroy, S. J., Wang, H., Giarrusso, R., & Bengston, V. L. (2002). Reciprocity in parent-child relation over the adult life course. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57,* S3-S13.

Simmons, R. G., & Blyth, D. A. (1987). *Moving into adolescence.* Hawthorne, NY: Aldine.

Simons, J. M., Finlay, B., & Yang, A. (1991). *The adolescent and young adult fact book.* Washington, DC: Children's Defense Fund.

Simons, J. S., Dodson, C. S., Bell, D., & Schacter, D. L. (2004). Specific- and partial-source memory: Effects on aging. *Psychology and Aging, 19,* 689-694.

Simons-Morton, B., Haynie, D. L., Crump, A. D., Eitel, P., & Saylor, K. E. (2001). Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Education and Behavior, 28,* 95-107.

Simonton, D. K. (1996). Creativity. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of aging.* San Diego: Academic Press.

Singer, D. G. (1993). Creativity of children in a changing world. In G. L. Berry & J. K. Asamen (Eds.), *Children and television: Images in a changing sociocultural world.* Newbury Park, CA: Sage.

Singer, L. T., Arendt, R., Fagan, J., Minnes, S., Salvator, A., Bolek, T., & Becker, M. (1999). Neonatal visual information processing in cocaine-exposed and non-exposed infants. *Infant Behavior and Development, 22,* 1-15.

Singer, T., Lindenberger, U., & Baltes, P. B. (2003). Plasticity of memory for new learning in very old age: Six-year longitudinal findings in the Berlin Aging Study (BASE). *Psychology and Aging, 18,* 318-331.

Singer, T., Verhaeghen, P., Ghisletta, P., Lindenberger, U., & Baltes, P. B. (2003). The fate of cognition in very old age: Six-year longitudinal findings in the Berlin Aging Study (BASE). *Psychology and Aging, 18,* 318-331.

Singh, M. A. F. (2002). Exercise comes of age: Rationale and recommendations for a geriatric exercise prescription. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 57,* M262-M282.

Singh, M. A. F. (2004). Exercise and aging. *Clinical Geriatric Medicine, 20,* 201-221.

Singh, N. A., Clements, K. M., & Fiatarone, M. A. (1997). A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 52,* M27-M35.

Singh, S., Darroch, J. E., Vlasoff, M., & Nadeau, J. (2004). *Adding it up: The benefits of investing in sexual and reproductive health care.* New York: The Alan Guttmacher Institute.

Singh, S., Wulf, D., Samara, R., & Cuca, Y. P. (2000). Gender differences in the timing of first intercourse: Data from 14 countries. *International Family Planning Perspectives, 26,* 21-28, 43.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis.* New York: Appelton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Skoog, I., Blennow, K., & Marcusson, J. (1996). Dementia. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 1). San Diego: Academic Press.

Slater, A. (2004). Visual perception. In A. Fogel & G. Bremner (Eds.), *Blackwell handbook of infant development.* London: Blackwell.

Slater, A., Field, T., & Hernandez-Reif, M. (2002). The development of the senses. In A. Slater & M. Lewis (Eds.), *Introduction to infant development.* New York: Oxford University Press.

Slater, A., Morison, V., & Somers, M. (1988). Orientation discrimination and cortical function in the human newborn. *Perception, 17,* 597-602.

Sleet, D. A., & Mercy, J. A. (2003). Promotion of safety, security, and well-being. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, & K. A. Moore (Eds.), *Well-being.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Sleight, P. (2003). Current options in the management of coronary artery disease. *American Journal of Cardiology, 92,* 4N-8N.

Slijper, F. M., Drop, S. L., Molennar, J. C., & de Muinck Keizer-Schrama, S. M. (1998). Long-term psychological evaluation of intersex children. *Archives of Sexual Behavior, 27,* 125-144.

Slobin, D. (1972, July). Children and language: They learn the same way around the world. *Psychology Today,* 71-76.

Slomkowski, C., Rende, R., Conger, K. J., Simons, R. L., & Conger, R. D. (2001). Sisters, brothers, and delinquency: Social influence during early and middle adolescence. *Child Development, 72,* 271-283.

Small, D. H., & Fodero, L. R. (2002). Cholinergic regulation of synaptic plasticity as a therapeutic target in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease, 4,* 349-355.

Small, S. A. (1990). *Preventive programs that support families with adolescents.* Washington, DC: Carnegie Council on Adolescent Development.

Smetana, J. (2005). Social domain theory. In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Smetana, J., & Turiel, E. (2003). Moral development during adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Smit, E. M. (2002). Adopted children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 15,* 143-150.

Smith, A. D. (1996). Memory. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 2). San Diego: Academic Press.

Smith, D. (2004a). *Introduction to special education* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Smith, D. (2005). *Working with gifted and talented pupils in the secondary school.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Smith, J., & Baltes, P. B. (1990). Wisdom-related knowledge: Age-cohort differences in responses to life-planning problems. *Developmental Psychology, 26,* 494-505.

Smith, K. (2002). *Who's minding the kids? Child care arrangements: Spring 1977.* Current Population Reports, P70-86. Washington, DC: U.S. Census Bureau.

Smith, L., Muir, D. W., & Kisilevsky, B. (2001, April). *Preterm infants' responses to auditory stimulation of varying intensity.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Smith, L. B., & Samuelson, L. K. (2003). Different is good: Connectionism and dynamic systems theory are complementary emergentist approaches to development. *Developmental Science, 6,* 434-439.

Smith, L. M., Chang, L., Yonekura, M. L., Gilbride, K., Kuo, J., Poland, R. E., Walot, I., & Ernst, T. (2001). Brain proton magnetic resonance spectroscopy and imaging in children exposed to cocaine in utero. *Pediatrics, 107,* 227.

Smith, P. H., White, J. W., & Holland, L. J. (2003). A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *American Journal of Public Health, 93,* 1104-1109.

Smith, R. A., & Davis, S. F. (2004). *The psychologist as detective* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin, 129,* 614-636.

Smulian, J. C., Ananth, C. V., Vintzileos, A. M., Scorza, W. E., & Knuppel, R. A. (2002). Parental age difference and adverse perinatal outcomes in the United States. *Pediatric and Perinatal Epidemiology, 16,* 320-327.

Snarey, J. (1987, June). A question of morality. *Psychology Today,* pp. 6-8.

Snow, A. L., Norris, M. P., Doody, R., Molinari, V. A., Orengo, C. A., & Kunik, M. E. (2004). Dementia deficits scale. *Alzheimer's Disorders and Associated Disorders, 18,* 22-31.

Snowden, L. R., & Cheung, F. K. (1990). Use of inpatient mental health services by members of ethnic minority groups. *American Psychologist, 45,* 347-355.

Snowdon, D. A. (1995). *An epidemiological study of aging in a select population and its relationship to Alzheimer's disease.* Unpublished manuscript, Sanders Brown Center on Aging, Lexington, KY.

Snowdon, D. A. (1997). Aging and Alzheimer's disease: Lessons from the Nun Study. *Gerontologist, 37,* 150-156.

Snowdon, D. A. (2002). *Aging with grace: What the Nun Study teaches us about leading longer, healthier, and more meaningful lives.* New York: Bantam.

Snowdon, D. A. (2003). Healthy aging and dementia: Findings from the Nun Study. *Annals of Internal Medicine, 139,* 450-454.

Snowdon, D. A., Tully, C. L., Smith, C. D., Riley, K. P., & Markesbery, W. R. (2000). Serum folate and the severity of atrophy of the neocortex in Alzheimer's disease: Findings from the Nun Study.

American Journal of Clinical Nutrition, 71, 993-998.

Snowling, M. J. (2004). Reading development and dyslexia. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Snyder, H. N., & Sickmund, M. (1999, October). *Juvenile offenders and victims: 1999 national report.* Washington, DC: National Center for Juvenile Justice.

Sollod, R. N. (2000). Religious and spiritual practices. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Solomon, D., Battistich, V., Watson, M., Schaps, E., & Lewis, C. (2000). A six-district study of educational change: Direct and mediated effects of the Child Development Project. *Social Psychology of Education, 4,* 3-51.

Solot, D., & Miller, M. (2002). *Unmarried to each other.* New York: Marlowe.

Soltero, S. W. (2004). *Dual language: Teaching and learning in two languages.* Boston: Allyn & Bacon.

Sommer, B. (2001). Menopause. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Soong, W. T., Chao, K. Y., Jang, C. S., & Wang, J. D. (1999). Long-term effect of increased lead absorption on intelligence of children. *Archives of Environmental Health, 54,* 297-301.

Sophian, C. (1985). Perseveration and infants' search: A comparison of two- and three-location tasks. *Developmental Psychology, 21,* 187-194.

Sorokin, P. (2002). New agents and future directions in biotherapy. *Clinical Journal of Oncological Nursing, 6,* 19-24.

Sowell, E., & Jernigan, T. (1998). Further MRI evidence of late brain maturation: Limbic volume increases and changing asymmetries during childhood and adolescence. *Developmental Neuropsychology, 14,* 599-617.

Spafford, C. S., & Grosser, G. S. (2005). *Dyslexia and reading difficulties* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Spear, H. J., & Kulbok, P. A. (2001). Adolescent health behaviors and related factors: A review. *Public Health Nursing, 18,* 82-93.

Spearman, C. E. (1927). *The abilities of man.* New York: Macmillan.

Spelke, E. S. (1979). Perceiving bimodally specified events in infancy. *Developmental Psychology, 5,* 626-636.

Spelke, E. S. (1991). Physical knowledge in infancy: Reflections on Piaget's theory. In S. Carey & R. Gelman (Eds.), *The epigenesis of mind: Essays on biology and cognition.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Spelke, E. S. (2000). Core knowledge. *American Psychologist, 55,* 1233-1243.

Spelke, E. S., Breinlinger, K., Macomber, J., & Jacobson, K. (1992). Origins of knowledge. *Psychological Review, 99,* 605-632.

Spelke, E. S., & Hespos. S. J. (2001). Continuity, competence, and the object concept. In E. Dupoux (Ed.), *Language, brain, and behavior.* Cambridge, MA: Bradford/MIT Press.

Spelke, E. S., & Newport, E. L. (1998). Nativism, empiricism, and the development of knowledge. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 2). New York: Wiley.

Spelke, E. S., & Owsley, C. J. (1979). Intermodal exploration and knowledge in infancy. *Infant Behavior and Development, 2,* 13-28.

Spence, A. P. (1989). *Biology of human aging.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Spence, J. T., & Buckner, C. E. (2000). Instrumental and expressive traits, trait stereotypes, and sexist attitudes: What do they signify? *Psychology of Women Quarterly, 24,* 44-62.

Spence, J. T., & Helmreich, R. (1978). *Masculinity and femininity: Their psychological dimensions.* Austin: University of Texas Press.

Spence, M. J., & DeCasper, A. J. (1987). Prenatal experience with low-frequency maternal voice sounds influences neonatal perception of maternal voice samples. *Infant Behavior and Development, 10,* 133-142.

Spencer, J. P., Vereijken, B., Diedrich, F. J., & Thelen, E. (2000). Posture and the emergence of manual skills. *Developmental Science, 3,* 216-233.

Spencer, M. B. (1990). Commentary in Spencer, M. B., & Dornbusch, S. Challenges in studying ethnic minority youth. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Spencer, M. B. (1999). Social and cultural influences on school adjustment: The application of an identity-focused cultural ecological perspective. In K. Wentzel & T. Berndt (Eds.), *Social influences on school adjustment.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Spencer, M. B., & Dornbusch, S. M. (1990). Challenges in studying minority youth. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Spencer, M. B., & Harpalani, V. (2004). Nature, nurture, and the question of «how?» In C. G. Coll, E. L. Bearer, & R. M. Lerner (Eds.), *Nature and nurture.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Spencer, M. B., Noll, E., Stoltzfuz, J., & Harpalani, V. (2001). Identity and school adjustment: Revisiting the «acting white» assumption. *Educational Psychologist, 36,* 21-30.

Spielberger, C. D., & Grier, K. (1983). Unpublished manuscript, University of South Florida, Tampa.

Spiro, A. (2001). Health in midlife: Toward a lifespan view. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development.* New York: John Wiley.

Spodek, B., & Saracho, O. N. (2003). «On the shoulders of giants»: Exploring the traditions of early childhood education. *Early Childhood Education Journal, 31,* 3-10.

Sprei, J. E., & Courtois, C. A. (1988). The treatment of women's sexual dysfunctions arising from sexual assault. In R. A. Brown & J. R. Fields (Eds.), *Treatment of sexual problems in individual and group therapy.* Great Neck, NY: PMA.

Spring, J. (2002). *American education* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.

Springer, S. P., & Deutsch, G. (1985). *Left brain, right brain.* New York: W. H. Freeman.

Sroufe, L. A. (2000, Spring). The inside scoop on child development: Interview. *Cutting through the hype.* Minneapolis: College of Education and Human Development, University of Minnesota.

Sroufe, L. A. (2001). From infant attachment to adolescent autonomy: Longitudinal data on the role of parents in development. In J. Borkowski, S. Ramey, & M. Bristol-Power (Eds.), *Parenting and your child's world.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005). The place of

early attachment in developmental context. In K. E. Grossman, K. Krossman, & E. Waters (Eds.), *The power of longitudinal attachment research: From infancy and childhood to adulthood.* New York: Guilford Press.

Sroufe, L. A., & Waters, E. (1976). The ontogenesis of smiling and laughter: A perspective on the organization of development in infancy. *Psychological Review, 83,* 173-198.

Sroufe, L. A., Waters, E., & Matas, L. (1974). Contextual determinants of infant affectional response. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *Origins of fear.* New York: Wiley.

St. Pierre, R., Layzer, J., & Barnes, H. (1996). *Regenerating two-generation programs.* Cambridge, MA: Abt Associates.

Stahl, S. (2002, January). *Effective reading instruction in the first grade.* Paper presented at the Michigan Reading Recovery conference, Dearborn, MI.

Stanford University Medical Center (2003). *Diabetes and other endocrine and metabolic disorders.* Palo Alto, CA: Author.

Stanhope, L., & Corter, C. (1993, March). *The mother's role in the transition to siblinghood.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans.

Stanovich, K. E. (1986). Cognitive processes and the reading problems of learning disabled children: Evaluating the assumption of specificity. In J. Torgesen & B. Wong (Eds.), *Psychological and educational perspectives on learning disabilities.* Orlando, FL: Academic Press.

Stanovich, K. E. (2004). *How to think straight about psychology* (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Stanwood, G. D., & Levitt, P. (2004). Drug exposure early in life: Functional repercussions of changing neuropharmacology during sensitive periods of brain development. *Current Opinions in Pharmacology, 4,* 65-71.

Stattin, H., & Magnusson, D. (1990). *Pubertal maturation in female development: Paths through life* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Staudinger, U. M. (1996). Psychologische Produktivitat und Selbstenfaltung im Alter. In M. M. Baltes & L. Montada (Eds.), *Produktives Leben im Alter.* Frankfurt: Campus.

Staudinger, U. M., & Bluck, S. (2001). A view on midlife development from lifespan theory. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development.* New York: John Wiley.

Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African-Americans. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 797-811.

Steele, C. M., & Aronson, J. A. (2004). Stereotype threat does not live by Steele and Aronson (1995) alone. *American Psychologist, 59,* 47-48.

Stegelin, D. A. (2003). Application of Reggio Emilia approach to early childhood science curriculum. *Early Childhood Education Journal, 30,* 163-169.

Steiger, H., Bruce, K. R., & Israel, M. (2003). Eating disorders. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VIII). New York: Wiley.

Stein, M. T., Kennell, J. H., & Fulcher, A. (2003). Benefits of a doula present at the birth of a child. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 24,* 195-198.

Stein, M. T., & Perrin, J. M. (2003). Diagnosis and treatment of ADHD in school-age children in primary care settings: A synopsis of the AAP practice guidelines. *Pediatric Review, 24,* 92-98.

Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021,* 51-58.

Steinberg, L. D. (1986). Latchkey children and susceptibility to peer pressure: An ecological analysis. *Developmental Psychology, 22,* 433-439.

Steinberg, L., & Cauffman, E. (2001). Adolescents as adults in court. *Social Policy Report, SRC D, XV* (No. 4), 1-13.

Steinberg, L. D., & Levine, A. (1997). *You and your adolescent* (2nd ed.). New York: Harper Perennial.

Steinberg, L. D., & Silk, J. S. (2002). Parenting adolescents. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 1). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Steiner, J. E. (1979). Human facial expressions in response to taste and smell stimulation. In H. Reese & L. Lipsitt (Eds.), *Advances in child development and behavior* (Vol. 13). New York: Academic Press.

Stek, M. L., Gussekoo, J., Beekman, A. T. F., van Tilburg, W., & Westendorp, R. G. J. (2004). Prevalence, correlates, and recognition of depression in the oldest old: The Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders, 78,* 193-200.

Stenkley, N. C., Vik, O., & Laukli, E. (2004). The aging ear. *Acta Otolaryngology, 124,* 69-76.

Stephenson, J. (2004). FDA warns on mercury in tuna. *Journal of the American Medical Association, 291,* 171.

Steptoe, A., & Ayers, S. (2005). Stress, health, and illness. In S. Sutton, A. Baum, & M. Johnston (Eds.), *The SAGE handbook of health psychology.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Stern, D. N., Beebe, B., Jaffe, J., & Bennett, S. L. (1977). The infant's stimulus world during social interaction: A study of caregiver behaviors with particular reference to repetition and timing. In H. R. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction.* London: Academic Press.

Stern, J. S. (1993, June 2). Commentary in «Lowly vitamin supplements pack a big health punch.» *USA Today,* p. 3D.

Stern, L., Iqbal, N., Seshadri, P., Chicano, K. L., Daily, D. A., McGrory, J., Williams, M., Gracely, E. J., & Samantha, F. F. (2004). The effects of low-carbohydrate versus conventional weight loss diets in severely obese adults: One-year follow-up of a randomized trial. *Annals of Internal Medicine, 140,* 778-785.

Sternberg, R. J. (1986). *Intelligence applied.* San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.

Sternberg, R. J. (1988). *The triangle of love.* New York: Basic Books.

Sternberg, R. J. (2001). Is there a heredity-environment paradox? In R. J. Sternberg & E. L. Grigorenko (Eds.), *Environmental effects on cognitive abilities.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Sternberg, R. J. (2002). Intelligence: The triarchic theory of intelligence. In J. W. Gutherie (Ed.), *Encyclopedia of education* (2nd ed.). New York: Macmillan.

Sternberg, R. J. (2003). Contemporary theories of intelligence. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VII). New York: Wiley.

Sternberg, R. J. (2004). Individual differences in cognitive development. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Sternberg, R. J., & Grigorenko, E. L. (Eds.) (2001). *Environmental effects on cognitive abilities.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Sternberg, R. J., & Grigorenko, E. L. (Eds.). (2004). *Culture and competence.* Washington, DC: American Psychological Association.

Sternberg, R. J., Grigorenko, E. L., & Singer, J. L. (Eds.). (2004). *Creativity: From potential to realization.* Washington, DC: American Psychological Association.

Sternberg, R. J., Nokes, K., Geissler, P. W., Prince, R., Okatcha, F., Bundy, D. A., & Grigorenko, E. L. (2001). The relationship between academic and practical intelligence: A case study in Kenya. *Intelligence, 29,* 401-418.

Sternberg, R. J., & Preiss, D. D. (Eds.). (2005). *Intelligence and technology.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Sterns, H., & Huyck, M. H. (2001). The role of work in midlife. In M. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development.* New York: Wiley.

Stetsenko, A. (2002). Adolescents in Russia: Surviving the turmoil and creating a brighter future. In B. B. Brown, R. W. Larson, & T. S. Saraswathi (Eds.), *The world's youth.* New York: Cambridge University Press.

Steur, F. B., Applefield, J. M., & Smith, R. (1971). Televised aggression and interpersonal aggression of preschool children. *Journal of Experimental Child Psychology, 11,* 442-447.

Stevenson, H. W. (1995). Mathematics achievement of American students: First in the world by 2000? In C. A. Nelson (Ed.), *Basic and applied perspectives in learning, cognition, and development.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Stevenson, H. W. (2000). Middle childhood: Education and schooling. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Stevenson, H. W., & Hofer, B. K. (1999). Education policy in the United States and abroad: What we can learn from each other. In G. J. Cizek (Ed.), *Handbook of educational policy.* San Diego: Academic Press.

Stevenson, H. W., Lee, S., & Stigler, J. W. (1986). Mathematics achievement of Chinese, Japanese, and American children. *Science, 231,* 693-699.

Stevenson, H. W., & Zusho, A. (2002). Adolescence in China and Japan: Adapting to a changing environment. In B. B. Brown, R. W. Larson, & T. S. Saraswathi (Eds.), *The world's youth.* New York: Cambridge University Press.

Stewart, A. J., Ostrove, J. M., & Helson, R. (2001). Middle aging in women: Patterns of personality change from the 30s to the 50s. *Journal of Adult Development, 8,* 23-37.

Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology, 21,* 131-138.

Stifter, E., Sacu, S., Weghaupt, H., Konig, F., Richter-Muksch, S., Thaler, A., Velikay-Parel, M., & Radner, W. (2004). Reading performance depending on the type of cataract and its predictability on the visual outcome. *Journal of Cataract and Refractive Surgery, 30,* 1259-1267.

Stipek, D., Recchia, S., & McClintic, S. (1992). Self-evaluation in young children. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 57* (1, Serial No. 226).

Stocks, J., & Dezateux, C. (2003). The effects of parental smoking on lung function and development during infancy. *Respirology, 8,* 266-285.

Stoel-Gammon, C. (2005). Phonological development. In J. Berko Gleason, *The development of language* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Stokstad, E. (2003). Nutrition: The vitamin D deficit. *Science, 302,* 1886-1888.

Stolley, K. S. (1993). Statistics on adoption in the United States. *The Future of Children, 3,* 26-42.

Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E., Farrington, D. P., & Wikstrom, P. H. (2002). Risk and promotive effects in the explanation of serious delinquency in boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 20,* 111-123.

Strain, L. A., Grabusie, C. C., Searle, M. S., & Dunn, N. J. (2002). Continuing and ceasing leisure activities in later life: A longitudinal study. *The Gerontologist, 42,* 217-223.

Strauss, M. A. (2001). *Beating the devil out of them* (2nd ed.). New Brunswick, NJ: Transaction Publications.

Strauss, M. A., Sugarman, D. B., Giles-Sims, J. (1997). Spanking by parents and subsequent anti-social behavior in children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 151,* 761-767.

Strauss, R. S. (2001). Environmental tobacco smoke and serum vitamin C levels in children. *Pediatrics, 107,* 540-542.

Streil, J. (2001). Marriage: Still «his» and «hers»? In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Streissguth, A. P., Martin, D. C., Sandman, B. M., Kirchner, G. L., & Darby, B. L. (1984). Intrauterine alcohol and nicotine exposure: Attention and reaction time in four-year-old children. *Developmental Psychology, 20,* 533-543.

Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Thompson, D., Barton, B., Schreiber, G. B., & Daniels, S. R. (2004). Changes in weight and body image over time in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 36,* 315-327.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 297-303.

Stroberg, P., Murphy, A., & Costigan, T. (2003). Switching patients with erectile dysfunction from sildenafil citrate to tadalafil: Results of a European multicenter, open-label study of patient preference. *Clinical Therapeutics, 25,* 2724-2737.

Stroebe, M., Gergen, M. H., Gergen, K. J., & Stroebe, W. (1992). Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective. *American Psychologist, 47,* 1205-1212.

Stroebe, M., & Stroebe, W. (1991). Does «grief work» work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 57-65.

Strong, B., DeVault, C., Sayad, B., & Yarber, W. (2005). *Human sexuality* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.

Stunkard, A. (2000). Obesity. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2002). *Older adults.* Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Sue, S. (1990, August). *Ethnicity and culture in psychological research and practice.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Boston.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry.* New York: W. W. Norton.

Sullivan, J. L. (2003). Prevention to mother-to-child transmission of HIV—what next? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome (Suppl. 1), 34,* S67-S72.

Sullivan, K., & Sullivan, A. (1980). Adolescent-parent separation. *Developmental Psychology, 16,* 93-99.

Suls, J., & Swain, A. (1998). Type A-Type B personalities. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3). San Diego: Academic Press.

Sun, M., & Rugolotto, S. (2004). Assisted infant toilet training in a Western family setting. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 25,* 99-101.

Suomi, S. J., Harlow, H. F., & Domek, C. J. (1970). Effect of repetitive infant-infant separations of young monkeys. *Journal of Abnormal Psychology, 76,* 161-172.

Super, C., & Harkness, S. (1997). The cultural structuring of child development. In J. W. Berry, Y. H. Poortinga, & J. Pandey (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Theory and method.* Vol. 2. Boston: Allyn & Bacon.

Susman, E. J., Dorn, L. D., & Schiefelbein, V. L. (2003). Puberty, sexuality, and health. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. VI). New York: Wiley.

Susman, E. J., Murowchick, E., Worrall, B. K., & Murray, D. A. (1995, March). *Emotionality, adrenal hormones, and context interactions during puberty and pregnancy.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis.

Susman, E. J., & Rogol, A. (2004). Puberty and psychological development. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Sutton-Smith, B. (2000). Play. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, D. C. & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Suzman, R. (1997, March 18). Commentary, *USA Today,* p. 1A.

Suzman, R. M., Harris, T., Hadley, E. C., Kovar, M. G., & Weindruch, R. (1992). The robust oldest old: Optimistic perspectives for increasing healthy life expectancy. In R. M. Suzman, D. P. Willis, & K. G. Manton (Eds.), *The oldest old.* New York: Oxford University Press.

Swaab, D. F., Chung, W. C., Kruijver, F. P., Hofman, M. A., & Ishunina, T. A. (2001). Structural and functional sex differences in the human hypothalamus. *Hormones and Behavior, 40,* 93-98.

Swaab, D. F., Chung, W. C., Kruijver, F. P., Hofman, M. A., & Ishunina, T. A. (2002). Sexual differentiation of the human hypothalamus. *Advances in Experimental Medicine and Biology, 511,* 75-100.

Swain, S. O. (1992). Men's friendships with women. In P. Nardi (Ed.), *Gender in intimate relationships.* Belmont, CA: Wadsworth.

Swan, G. E. (1996). Interview. *APA Monitor,* p. 35.

Swann, W. B., De La Ronde, C., & Hixon, J. G. (1994). Authenticity and positive strivings in marriage and courtship. *Journal of Personality and Social Psychology, 66,* 857-869.

Swanson, J. M., & others (2001). Clinical relevance of the primary findings of MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40,* 168-179.

Swarte, N. B., van der Lee, M. L., van der Bom, J. G., van der Bout, J., & Heintz, A. P. (2003). Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: A cross-sectional study. *British Medical Journal, 327,* 189.

Sylvia, S. N. (2004). Health behaviors and physical activity: Are they related? *Journal of Adolescent Health, 34,* 128.

Symonds, E. M., & Symonds, I. M. (2004). *Essential obstetrics and gynecology* (4th ed.). New York: Elsevier.

Tager-Flusberg, H. (2005). Morphology and syntax in the preschool years. In J. Berko Gleason, *The development of language* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Takahashi, K. (1990). Are the key assumptions of the «Strange Situation» procedure universal? A view from Japanese research. *Human Development, 33,* 23-30.

Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Development, 72,* 748-767.

Tang, M. P., Chon, H. C., Tsao, K. I., & Hsich, W. S. (2004). Outcome of very low birth weight infants with sonographic enlarged occipital horn. *Pediatric Neurology, 30,* 42-45.

Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation.* New York: Ballantine.

Tappan, M. (2005). Sociocultural approaches to morality. In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Tashiro, T., & Frazier, P. (2003). «I'll never be in a relationship like that again»: Personal growth following romantic relationship breakups. *Personal Relationships, 10,* 113-128.

Tasker, F. L., and Golombok, S. (1997). *Growing up in a lesbian family: Effects on child development.* New York: Guilford.

Tasker, F. L., and Golombok, S. (1998). The role of co-mothers in planned lesbian-led families. In G. A. Dunne (Ed.), *Living difference: Lesbian perspectives on work and family life.* New York: Harrington Park Press.

Taylor, H. G., Klein, N., & Hack, M. (1994). Academic functioning in <750 gm birthweight children who have normal cognitive abilities: Evidence for specific learning disabilities. *Pediatric Research, 35,* 289A.

Taylor, H. G., Klein, N., Minich, N. M., & Hack, M. (2000). Middle-school-age outcomes with very low birth weight. *Child Development, 71,* 1495-1511.

Taylor, L. S., & Whittaker, C. R. (2003). *Bridging multiple worlds.* Boston: Allyn & Bacon.

Taylor, S. E. (2003). *Health psychology* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.

Taylor, S. P. (1982). Mental health and successful coping among Black women. In R. C. Manuel (Ed.), *Minority aging.* Westport, CT: Greenwood Press.

Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Canadian Journal of Psychiatry, 49,* 51-54.

Tenenbaum, H. R., Callahan, M., Alba-Speyer, C., & Sandoval, L. (2002). Parent-child science conversations in Mexican descent families: Educational background, activity, and past experience

as moderators. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 24,* 225-248.

Terman, D. L., Larner, M. B., Stevenson, C. S., & Behrman, R. E. (1996). Special education for students with disabilities: Analysis and recommendations. *The Future of Children 6* (1), 4-24.

Terman, L. (1925). *Genetic studies of genius, Vol. 1: Mental and physical traits of a thousand gifted children.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Terry, D. F., Wilcox, M. A., McCormick, M. A., & Perls, T. T. (2004). Cardiovascular disease delay in centenarian offspring. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59,* M385-M389.

Terry, D. F., Wilcox, M., McCormick, M. A., Lawler, E., & Perls, T. T. (2003). Cardiovascular advantages among the offspring of centenarians. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58,* M425-M431.

Terry, W. S. (2003). Learning and memory (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Teti, D. M. (2001). Retrospect and prospect in the study of sibling relationships. In J. P. McHale & W. S. Grolnick (Eds.), *Retrospect and prospect in the psychological study of families.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Teti, D. M., Sakin, J., Kucera, E., Caballeros, M., & Corns, K. M. (1993, March). *Transitions to siblinghood and security of firstborn attachment: Psychosocial and psychiatric correlates of changes over time.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans.

Tetreault, M. K. T. (1997). Classrooms for diversity: Rethinking curriculum and pedagogy. In J. A. Banks & C. A. Banks (Eds.), *Multicultural education* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Thapar, A., Fowler, T., Rice, F., Scourfield, J., Van Den Bree, M., Thomas, S., Harold, G., & Hay, D. (2003). Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *American Journal of Psychiatry, 160,* 1985-1989.

Tharp, R. G. (1994). Intergroup differences among Native Americans in socialization and child cognition: An erthogenetic analysis. In P. M. Greenfield & R. Cocking (Eds.), *Cross-cultural roots of minority child development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Tharp, R. G., & Gallimore, R. (1988). *Rousing minds to life: Teaching, learning, and schooling in social context.* New York: Cambridge University Press.

Thayer, J. F., Rossy, I., Sollers, J., Friedman, B. H., & Allen, M. T. (1996, March). *Relationships among heart period variability and cardiodynamic measures vary as a function of fitness.* Paper presented at the meeting of the American Psychosomatic Society, Williamsburg, VA.

Thelen, E. (1995). Motor development: A new synthesis. *American Psychologist, 50,* 79-95.

Thelen, E. (2000). Perception and motor development. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Thelen, E. (2001). Dynamic mechanisms of change in early perceptual-motor development. In J. L. McClelland & R. S. Siegler (Eds.), *Mechanisms of cognitive development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Thelen, E., Corbetta, D., Kamm, K., Spencer, J. P., Schneider, K., & Zernicke, R. F. (1993). The transition to reaching: Mapping intention and intrinsic dynamics. *Child Development, 64,* 1058-1098.

Thelen, E., & Smith, L. B. (1998). Dynamic systems theory. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 1). New York: Wiley.

Thelen, E., & Whitmeyer, V. (2005). Using dynamic systems theory to conceptualize the interface of perception, action, and cognition. In J. J. Reiser, J. J. Lockman, & C. A. Nelson (Eds.), *The role of action in learning and development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Thoma, S. J. (2002). An overview of the Minnesota approach to moral development. *Journal of Moral Education, 31,* 225-245.

Thomas, A., & Chess, S. (1991). Temperament in adolescence and its functional significance. In R. M. Lerner, A. C. Petersen, & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (Vol. 2). New York: Garland.

Thomas, D. R. (2003). The relationship between functional status and inflammatory disease in older adults. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58,* M995-M998.

Thomas, K. (1998, November 4). Teen cyberdating is a new wrinkle for parents, too. *USA Today,* p. 9D.

Thompson, B., Thompson, A., Thompson, J., Fredickson, C., & Bishop, S. (2003). Heavy smokers: A quantitative analysis of attitudes and beliefs concerning cessation and continued smoking. *Nicotine and Tobacco Research, 5,* 923-933.

Thompson, J. W., Ryan, K. W., Pindiya, S. D., & Bost, J. E. (2003). Quality of care for children in commercial and Medicaid managed care. *Journal of the American Medical Association, 290,* 1486-1493.

Thompson, K. M., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., & Haseltine, B. (2003). Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. *Journal of Traumatic Stress, 16,* 35-38.

Thompson, P. M., Giedd, J. N., Woods, R. P., MacDonald, D., Evans, A. C., & Toga, A. W. (2000). Growth patterns in the developing brain detected by using continuum mechanical tensor maps. *Nature, 404,* 190-193.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59* (Serial No. 240), 2-3.

Thompson, R. A. (1999). The individual child: Temperament, emotion, self, and personality. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook* (4th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Thompson, R. A. (2000). Early experience and socialization. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Thompson, R. A., Easterbrooks, M. A., & Walker, L. (2003). Social and emotional development in infancy. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (Vol. 6). New York: Wiley.

Thompson, R. A., & Goodvin, R. (2005). The individual child: Temperament, emotion, self, and personality. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology* (5th ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Thompson, R. A., & Nelson, C. A. (2001). Developmental science and the media. *American Psychologist, 56,* 5-15.

Thompson, T. L., Robinson, J. D., & Beiseker, A. E. (2004). The elderly patient-physician interaction. In J. F. Nussbaum & J. Coupland (Eds.), *Handbook of communication and aging research.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Thomson, E., Mosley, J., Hanson, T. L., McLanahan, S. S. (2001). Remarriage, cohabitation, and changes in mothering behavior. *Journal of Marriage and the Family, 63,* 370-380.

Thomson, M. (2003). Monitoring dyslexics' intelligence and attainments: A follow-up study. *Dyslexia, 9,* 3-17.

Thoresen, C. E., & Harris, A. H. S. (2002). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? *Annals of Behavioral Medicine, 24,* 3-13.

Thorton, A., & Camburn, D. (1989). Religious participation and sexual behavior and attitudes. *Journal of Marriage and the Family, 49,* 117-128.

Thrasher, J. F., Campbell, M. K., & Oates, V. (2004). Behavior-specific social support for healthy behaviors among African American church members: Applying optimal matching theory. *Healthy Education and Behavior, 31,* 193-205.

Thurstone, L. L. (1938). *Primary mental abilities.* Chicago: University of Chicago Press.

Tinsley, B. J. (2003). *How children learn to be healthy.* New York: Cambridge University Press.

Tobin, J. J., Wu, D. Y. H., & Davidson, D. H. (1989). *Preschool in three cultures.* New Haven, CT: Yale University Press.

Tolan, P. H. (2001). Emerging themes and challenges in understanding youth violence. *Journal of Clinical Child Psychology, 30,* 233-239.

Tomasello, M., & Slobin, D. I. (Eds.). (2005). *Beyond nature & nurture.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Torff, B. (2000). Multiple intelligences. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Toth, G., & Siegel, L. S. (1994). A critical evaluation of the IQ-achievement discrepancy based definition of dyslexia. In K. P. van den Bos, L. S. Siegel, D. J. Bakker, & D. L. Share (Eds.), *Current directions in dyslexia research.* Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Tough, S. C., Newburn-Cook, C., Johnston, D. W., Svenson, L. W., Rose, S., & Belik, J. (2002). Delayed childbearing and its impact on population rate changes in lower birth weight, multiple birth, and preterm delivery. *Pediatrics, 109,* 399-403.

Tournetta, P., Hirsch, E. F., Howard, R., McConnell, T., & Ross, E. (2004). Skeletal injury patterns in older females. *Clinical Orthopedics, 422,* 556-561.

Trasler, J. (2000). Paternal exposures: Altered sex ratios. *Teratology, 62,* 6-7.

Trasler, J. M., & Doerksen, T. (2000, May). *Teratogen update: Paternal exposure-reproductive risks.* Paper presented at the joint meeting of the Pediatric Academic Societies and American Academy of Pediatrics, Boston.

Treboux, D., Crowell, J. A., & Waters, E. (2004). When «new» meets «old»: Configurations of adult attachment representations and their implications for marital functioning. *Developmental Psychology, 40,* 295-314.

Treece, P. D., Engelberg, R. A., Crowley, L., Chan, J. D., Rubenfeld, G. G., Steinberg, K. P., & Curtis, J. R. (2004). Evaluation of a standardized order form for the withdrawal of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine, 32,* 1141-1148.

Treffers, P. E., Eskes, M., Kleiverda, G., & van Alten, D. (1990). Home births and minimal medical interventions. *Journal of the American Medical Association, 246,* 2207-2208.

Trehub, S. E., Schneider, B. A., Thorpe, L. A., & Judge, P. (1991). Observational measures of auditory sensitivity in early infancy. *Developmental Psychology, 27,* 40-49.

Tremblay, T., Monetta, L., & Joanette, Y. (2004). Phonological processing of words in right- and left-handers. *Brain and Cognition, 55,* 427-432.

Tresaco, B., Bueno, G., Moreno, L. A., Garagorri, J. M., & Bueno, M. (2004). Insulin resistance and impaired glucose intolerance in obese children and adolescents. *Journal of Physiology and Biochemistry, 59,* 217-223.

Triandis, H. C. (2001). Individualism and collectivism. In D. Matsumoto (Ed.), *The handbook of culture and psychology.* New York: Oxford University Press.

Trimble, J. E. (1989, August). *The enculturation of contemporary psychology.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, New Orleans.

Tritten, J. (2004). Embracing midwives everywhere. *Practicing Midwife, 7,* 4-5.

Troen, B. R. (2003). The biology of aging. *Mt. Sinai Journal of Medicine, 70,* 3-22.

Troiano, R. P., & Flegal, K. M. (1998). Overweight children and adolescents: Description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics, 101,* 497-504.

Troll, L. E. (1994). Family-embedded versus family-deprived oldest-old: A study of contrasts. *International Journal of Aging and Human Development, 38,* 51-64.

Troll, L. E. (2000). Transmission and transmutation. In J. E. Birren & J. J. F. Schroots (Eds.), *A history of geropsychology in autobiography.* Washington, DC: American Psychological Association.

Trommsdorff, G. (2002). An eco-cultural and interpersonal relations approach to development of the lifespan. In W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, & D. N. Sattler (Eds.), *Online readings in psychology and culture* (unit 12, chapter 1). Available on the Internet at: www.wwu.edu/~culture. Bellingham, WA: Center for Cross-Cultural Research, Western Washington University.

Truitner, K., & Truitner, N. (1993). Death and dying in Buddhism. In D. P. Irish & K. F. Lundquist (Eds.), *Ethnic variations in dying, death, and grief: Diversity in universality.* Washington, DC: Taylor & Francis.

Tseng, V. (2004). Family interdependence and academic adjustment in college: Youth from immigrant and U.S.-born families. *Child Development, 75,* 966-983.

Tsigos, C., & Chrousos, G. P. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors, and stress. *Journal of Psychosomatic Research, 53,* 865-871.

Tubman, J. G., & Windle, M. (1995). Continuity of difficult temperament in adolescence: Relations with depression, life events, family support, and substance abuse. *Journal of Youth and Adolescence, 24,* 133-152.

Tuch, H., Parrish, P., & Romer, A. L. (2003). Integrating palliative care into nursing homes. *Journal of Palliative Medicine, 6,* 297-309.

Tucker, B., Subramanian, S. K., & James, A. (2004). Diversity in African

American families. In M. Coleman & L. Ganong (Eds.), *Handbook of contemporary families.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Tucker, J. S., Ellickson, P. L., & Klein, M. S. (2003). Predictors of the transition to regular smoking during adolescence and young adulthood. *Journal of Adolescent Health, 32,* 314-324.

Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Clark, K. M., & Friedman, H. S. (1999). Age-related changes in the associations of social network ties with mortality risk. *Psychology and Aging, 14,* 564-571.

Tudge, J. (2004). Practice and discourse as the intersection of individual and social in human development. In A. N. Perret-Clermont, L. Resnick, C. Pontecorvo, & B. Burge (Eds.), *Joining society: Social interactions and learning in adolescence and youth.* New York: Cambridge University Press.

Tudge, J., & Scrimsher, S. (2003). Lev S. Vygotsky on education: A cultural-historical, interpersonal, and individual approach to development. In B. J. Zimmerman & D. H. Schunk (Eds.), *Educational psychology: A century of contributions.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Tuladhar, R., Harding, R., Cranage, S. M., Adamson, T. M., & Horne, R. S. (2003). Effects of sleep position, sleep state and age on heart rate responses following provoked arousal in term infants. *Early Human Development, 71,* 157-169.

Tulving, E. (2000). Concepts of memory. In E. Tulving & F. I. M. Craik (Eds.), *The Oxford handbook of memory.* New York: Oxford University Press.

Turgeon, J. L., McDonnell, D. P., Martin, K. A., & Wise, P. M. (2004). Hormone therapy: Physiological complexity belies therapeutic simplicity. *Science, 304,* 1269-1273.

Turiel, E. (1998). The development of morality. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 3). New York: Wiley.

Turiel, E. (2003). *The culture of morality.* New York: Cambridge University Press.

Turiel, E. (2005). Thought, emotions, and social international processes in moral development. In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Turk, D. C., Rudy, T. E., & Salovey, P. (1984). Health protection: Attitudes and behaviors of LPN's teachers, and college students. *Health Psychology, 3,* 189-210.

Turner, B. F. (1982). Sex-related differences in aging. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Turvey, C. L., Carney, C., Arndt, S., & Wallace, R. B. (1999, November). *Conjugal loss and syndromal depression in a sample of elders ages 70 years and older.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

U.S. Bureau of the Census (2004). *People.* Washington, DC: Author.

U.S. Bureau of Labor Statistics (2003). *People.* Washington, DC: U.S. Department of Labor.

U.S. Bureau of the Census (2001). *Census data: 2000.* Washington, DC: Author.

U.S. Bureau of the Census (2002). *Statistical abstracts of the United States.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Bureau of the Census (2003). *Population statistics.* Washington, DC: Author.

U.S. Bureau of the Census (2004). *Death Statistics.* Washington, DC: Author.

U.S. Bureau of the Census (2004). *Family and living arrangements: Table MS-2.* Washington, DC: Author.

U.S. Bureau of the Census (2004). *Statistical abstracts of the United States.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Education (1996). *Number and disabilities of children and youth served under IDEA.* Washington, DC: Office of Special Education Programs, Data Analysis System.

U.S. Department of Education (1999). *Digest of education statistics.* Washington. DC: Author.

U.S. Department of Education (2000). *To assure a free and appropriate public education of all children with disabilities.* Washington, DC: U.S. Office of Education.

U.S. Department of Education (2003, December 23). *The NCES fast facts: What are the trends in the educational level of the United States population?* Washington, DC: U.S. Office of Education.

U.S. Department of Energy (2001). *The Human Genome Project.* Washington, DC: Author.

U.S. Department of Health and Human Services (2001). *Youth violence.* Rockville, MD: Author.

U.S. Department of Health and Human Services (2003). *Child abuse and neglect statistics.* Washington, DC: Author.

U.S. Food and Drug Administration (2004). *Consumer advisory regarding the risks of mercury in fish.* Washington, DC: Author.

U.S. Surgeon General's Report (1990). *The health benefits of smoking cessation.* Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Ubell, C. (1992, December 6). We can age successfully. *Parade,* pp. 14-15.

Umana-Taylor, A. J. (2004). Ethnic identity and self-esteem: Examining the role of social contexts. *Journal of Adolescence, 27,* 139-146.

Underwood, M. (2004). Sticks and stones and social exclusion: Aggression among boys and girls. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development.* Malden, MA: Blackwell.

Underwood, M. K. (2003). *Social aggression among girls.* New York: Guilford.

Unger, B., Kemp, J. S., Wilins, D., Psara, R., Ledbetter, T., Graham, M., Case, M., & Thach, B. T. (2003). Racial disparity and modifiable risk factors among infants dying suddenly and unexpectedly. *Pediatrics, 111,* E127-E131.

UNICEF (2002). *The state of the world's children 2002.* Geneva: Author.

UNICEF (2003). *The state of the world's children 2003.* Geneva: Author.

UNICEF (2004). *The state of the world's children 2002.* Geneva: Author.

United Nations (2002). *Improving the quality of life of girls.* New York: Author.

Urbano, M. T., & Tait, D. M. (2004). Can the irradiated uterus sustain a pregnancy? *Clinical Oncology, 16,* 24-28.

Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life.* Boston: Little, Brown.

Vaillant, G. E. (1992). Is there a natural history of addiction? In C. P. O'Brien & J. H. Jaffe (Eds.), *Addictive states.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Vaillant, G. E. (2002). *Aging well.* Boston: Little, Brown.

Valdimarsdottir, U., Helgason, A. R., Furst, C. J., Adolfsson, J., & Steineck, G. (2003). Long-term effects of widowhood after terminal cancer: A Swedish nationwide follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health, 31,* 31-36.

Valencia, R. R., & Suzuki, L. A. (2001). *Intelligence testing and minority students.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Valeri, S. M. (2003). Social factors: Isolation and loneliness versus social activity. In A. Spirito & J. C. Overholser (Eds.), *Evaluating and treating adolescent suicide attempters.* San Diego: Academic Press.

Van Beveren, T. T. (2002). *Prenatal development and the newborn.* Unpublished manuscript, University of Texas at Dallas, Richardson.

Van Buren, E., & Graham, S. (2003). *Redefining ethnic identity: Its relationship to positive and negative school adjustment outcomes for minority youth.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa.

van den Boom, D. C. (1989). Neonatal irritability and the development of attachment. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood.* New York: Wiley.

Van Den Brink, C. L., Tijhuis, M., Van Den Bos, G. A., Giampaoli, S., Kivinen, P., Nissinen, A., & Kromhout, D. (2004). Effect of widowhood on disability onset in elderly men from three European countries. *Journal of the American Geriatric Society, 52,* 353-358.

Van Egeren, L. A., & Hawkins, D. P. (2004). Coming to terms with coparenting: implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development, 11,* 165-178.

Van Evra, J. (2004). *Television and child development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

van IJzendoorn, M. H., & Kroonenberg, P. M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the Strange Situation. *Child Development, 59,* 147-156.

Van Mierlo, J., & Van den Buick, J. (2004). Benchmarking the cultivation approach to video game effects. *Journal of Adolescence, 27,* 97-111.

Vandell, D. L. (2004). Early child care: The known and unknown. *Merrill-Palmer Quarterly, 50,* 387-414.

Vandell, D. L., & Wilson, K. S. (1988). Infants' interactions with mother, sibling, and peer: Contrasts and relations between interaction systems. *Child Development, 48,* 176-186.

Vandewater, E. A., Ostrove, J. M., & Stewart, A. J. (1997). Predicting women's well-being in mid-life: The importance of personality development and social role involvements. *Journal of Personality and Social Development, 72,* 1147-1160.

VandeWeerd, C., & Paveza, G. (1999, November). *Physical violence in old age: A look at the burden of women.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

Vastag, B. (2004). Does video game violence sow aggression? *Journal of the American Medical Association, 291,* 1822-1824.

Ventis, W. L. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues, 51,* 33-48.

Ventura, S. J., Martin, J. A., Curtin, S. C., & Mathews, T. J. (1997, June 10). *Report of final natality statistics, 1995.* Washington, DC: National Center for Health Statistics.

Verbrugge, L. M., Gruber-Baldini, A. L., & Fozard, J. L. (1996). Age differences and age changes in activities: Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 51,* S30-S41.

Verhaeghen, P., Marcoen, A., & Goossens, L. (1995). Facts and fiction about memory aging: A quantitative integration of research findings. *Journal of Gerontology, 48,* P157-P171.

Verma, S., & Saraswathi, T. S. (2002). Adolescence in India: Street urchins or silicon valley millionaires? In B. B. Brown, R. W. Larson, & T. S. Saraswathi (Eds.), *The world's youth.* New York: Cambridge University Press.

Verster, J. C., van Duin, D., Volkerts, E. R., Schreueder, A. H., & Verbaten, M. N. (2003). Alcohol hangover effects on memory functioning and vigilance performance after an evening of binge drinking. *Neuropsychopharmacology, 28,* 740-746.

Vidaeff, A. C., & Mastrobattista, J. M. (2003). In utero cocaine exposure: A thorny mix of science and mythology. *American Journal of Perinatology, 20,* 165-172.

Vidal, F. (2000). Piaget's theory. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Vidyasagar, T. R. (2004). Neural underpinnings of dyslexia as a disorder of visuospatial attention. *Clinical and Experimental Optometry, 87,* 4-10.

Vintzileos, A. M., Guzman, E. R., Smulian, J. C., Scorza, W. E., & Knuppel, R. A. (2002). Second-trimester genetic sonography in patients with advanced maternal age and normal triple screen. *Obstetrics and Gynecology, 99,* 993-995.

Virnig, B., Huang, Z., Lurie, N., Musgrave, D., McBean, A. M., & Dowd, B. (2004). Does Medicare managed care provide equal treatment for mental illness across race? *Archives of General Psychiatry, 61,* 201-205.

Visher, E., & Visher, J. (1989). Parenting coalitions after remarriage: Dynamics and therapeutic guidelines. *Family Relations, 38,* 65-70.

Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science, 13,* 13-16.

Vitiello, M. V., Larsen, L. H., & Moe, K. E. (2004). Age-related sleep change: Gender and estrogen effects on the subjective-objective sleep quality relationships of healthy, noncomplaining older men and women. *Journal of Psychosomatic Research, 56,* 503-510.

Voelker, R. (2004). Stress, sleep loss, and substance abuse create potent recipe for college depression. *Journal of the American Medical Association, 291,* 2177-2179.

Voeller, K. K. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology, 19,* 798-814.

Vogels, W. W., Dekker, M. R., Brouwer, W. H., & de Jong, R. (2002). Age-related changes in event-related prospective memory performance: A comparison of four prospective memory tasks. *Brain and Cognition, 49,* 341-362.

Volker, D. L. (2004). Methodological issues associated with studying an illegal act: Assisted dying. *Advanced Nursing Science, 27,* 117-128.

Volterra, M. C., Caselli, O., Capirci, E., & Pizzuto, E. (2005). Gesture and the emergence and development of language. In M. Tomasello & D. I. Slobin (Eds.), *Beyond nature-nurture.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Votruba-Drzal, E., Coley, R. L., & Chase-Lansdale, P. L. (2004). Child care and low-income children's development: Direct and moderated effects. *Child Development, 75,* 296-312.

Voydanoff, P. (1990). Economic distress and family relations: A review of the eighties. *Journal of Marriage and the Family, 52,* 1099-1115.

Vreugdenhil, H. J., Mulder, P. G., Emmen, H. H., & Weisglas-Kuperus, N. (2004). Effects of perinatal exposure to PCBs on neuropsychological functions in the Rotterdam cohort at 9 years of age. *Neuropsychology, 18,* 185-193.

Vurpillot, E. (1968). The development of scanning strategies and their relation to visual differentiation. *Journal of Experimental Child Psychology, 6,* 632-650.

Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language.* Cambridge, MA: MIT Press.

Wachs, T. D. (1994). Fit, context and the transition between temperament and personality. In C. Halverson, G. Kohnstamm, & R. Martin (Eds.), *The developing structure of personality from infancy to adulthood.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wachs, T. D. (2000). *Necessary but not sufficient.* Washington, DC: American Psychological Association.

Wachs, T. D., & Kohnstamm, G. A. (Eds.). (2001). *Temperament in context.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wadden, T. A., Foster, G. D., Sarwer, D. B., Anderson, D. A., Gladis, M., Sanderson, R. S., Letchak, R. V., Berkowitz, R. I., & Phelan, S. (2004). Dieting and the development of eating disorders in obese women: Results of a randomized trial. *American Journal of Clinical Nutrition, 80,* 560-568.

Wadden, T. A., Foser, G. D., Stunkard, A. J., & Conill, A. M. (1996). Effects of weight cycling on the resting energy expenditure and body composition of obese women. *Eating Disorders, 19,* 5-12.

Wagstaff, A., Bustreo, F., Bryce, J., Claeson, M., and the WHO-World Bank Child Health and Poverty Working Group (2004). Child health: Reaching the poor. *American Journal of Public Health, 94,* 726-736.

Wainryb, C. (2005). Culture and morality. In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Walden, T. (1991). Infant social referencing. In J. Garber & K. Dodge (Eds.), *The development of emotional regulation and dysregulation.* New York: Cambridge University Press.

Walker, C., Gruman, C., & Blank, K. (1999, November). *Physician-assisted suicide: Looking beyond the numbers.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

Walker, E. F. (2002). Adolescent neurodevelopment and psychopathology. *Current Directions in Psychological Science, 11,* 24-28.

Walker, H. (1998, May 31). Youth violence: Society's problem. *Eugene Register Guard,* p. 1C.

Walker, L. (2001). Battering in adult relationships. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Walker, L. (2005). Gender and morality. In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wall, T. L., Shea, S. H., Chan, K. K., & Carr, L. G. (2001). A genetic association with the development of alcohol and other substance abuse behavior in Asian Americans. *Journal of Abnormal Psychology, 110,* 173-178.

Wallace-Bell, M. (2003). The effects of passive smoking on adult and child health. *Professional Nurse, 19,* 217-219.

Wallerstein, J. S., & Johnson-Reitz, L. (2004). Communication in divorced and single parent families. In A. L. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Walsh, L. A. (2000, Spring). The inside scoop on child development: Interview. *Cutting through the hype.* Minneapolis: College of Education & Human Development, University of Minnesota.

Walters, E., & Kendler, K. S. (1994). Anorexia nervosa and anorexia-like symptoms in a population based twin sample. *American Journal of Psychiatry, 152,* 62-71.

Ward, B. M., Lambert, S. B., & Lester, R. A. (2001). Rubella vaccination in prenatal and postnatal women: Why not use MMR? *Medical Journal of Australia, 174,* 311-312.

Ward, L. M. (2003). Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: A review of empirical research. *Developmental Review, 23,* 347-388.

Ward, L. M., & Caruthers, A. (2001). Media influences. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Ward, R. A., & Spitze, G. D. (2004). Marital implications of parent-adult child coresidence: A longitudinal view. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59,* S2-S8.

Wardle, F. (2003). *Introduction to special education.* Boston: Allyn & Bacon.

Wardle, J., Cooke, E. J., Gibson, E. L., Sapochnik, M., Sheiham, A., & Lawson, M. (2003). Increasing children's acceptance of vegetables: A randomized trial of parent-led exposure. *Appetite, 40,* 155-162.

Ware, J. E., Kosinski, M., & Dewey, J. E. (2000). *How to score Version 2 of the SF-36 Health Survey.* Boston: QualityMetric.

Wark, G. R., & Krebs, D. L. (2000). The construction of moral dilemmas in everyday life. *Journal of Moral Education, 29,* 5-21.

Wark, M. J., Kruczek, T., & Boley, A. (2003). Emotional neglect and family structure. *Child Abuse & Neglect, 27,* 1033-1043.

Warner, L., & Sower, J. C. (2005). *Educating children from preschool through primary grades.* Boston: Allyn & Bacon.

Warr, P. (1994). Age and employment. In M. Dunnette, L. Hough, & H. Triandis (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (Vol. 4). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Warr, P. (2004). Work, well-being, and mental health. In J. Baring, E. K. Kelloway, & M. R. Frone (Eds.), *Handbook of work stress.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Warr, P., Butcher, V., & Roberts, I. (2004). Activity and psychological well-being in old people. *Aging and Mental Health, 8,* 172-183.

Warren, M. P., & Valente, J. S. (2004). Menopause and patient management. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 47,* 450-470.

Warrick, P. (1992, March 1). The fantastic voyage of Tanner Roberts. *Los Angeles Times,* pp. E1, 12, 13.

Warshak, R. A. (2003, January). Personal communication, Department of Psy-

chology, University of Texas at Dallas, Richardson.

Wass, H. (2004). A perspective on the current state of death education. *Death Studies, 28,* 289-308.

Wass, H., & Stillion, J. M. (1988). Death in the lives of children and adolescents. In H. Wass, F. M. Berardo, & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts* (2nd ed.). Washington, DC: Hemisphere.

Watenberg, N., Silver, S., Harel, S., & Lerman-Sagie, T. (2002). Significance of microencephaly among children with developmental disabilities. *Journal of Child Neurology, 17,* 117-122.

Waterman, A. S. (1992). Identity as an aspect of optimal psychological functioning. In G. R. Adams, T. P. Gullotta, & R. Montemayor (Eds.), *Adolescent identity formation.* Newbury Park, CA: Sage.

Waters, E. (2001, April). *Perspectives on continuity and discontinuity in relationships.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Waters, E., Merrick, S., Albersheim, L., Treboux, D., & Crowell, J. (2000). Attachment theory from infancy to adulthood: A 20-year-longitudinal study of relations between infant Strange Situation classification and attachment representations in adulthood. *Child Development, 71,* 684-689.

Watson, J. B. (1928). *Psychological care of infant and child.* New York: W. W. Norton.

Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology, 3,* 1-14.

Watson, R., & DeMeo, P. (1987). Premarital cohabitation vs. traditional courtship and subsequent marital adjustment: A replication and follow-up. *Family Relations, 36,* 193-197.

Watts, C., & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: Global scope and magnitude. *Lancet, 359,* 1232-1237.

Watts, K., Beye, P., Siafarikas, A., O'Driscoll, G., Jones, T. W., Davis, E. A., & Green, D. J. (2004). Effects of exercise training on vascular function in obese children. *Journal of Pediatrics, 144,* 620-625.

Waxman, S. R. (2004). Early word-learning and conceptual development. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of infant development.* Malden, MA: Blackwell.

Waylen, A., & Wolke, D. (2004). Sex 'n' rock 'n' roll: The meaning and consequences of pubertal timing. *European Journal of Endocrinology, 151, Supplement 3,* U15I-U159.

Weale, R. A. (1992). *The senescence of human vision.* New York: Oxford University Press.

Weatherford, W. (1999, October 31). Alzheimer's disease—What's new? *Dallas Morning News,* p. 4B.

Weaver, A., & Dobson, P. (2004). Home and dry—some toilet training tips to give parents. *Journal of Family Health Care, 14,* 64, 66.

Weaver, R. F. (2005). *Molecular biology* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Webster, W. S., & Freeman, J. A. (2003). Prescription drugs and pregnancy. *Expert Opinions in Pharmacotherapy, 4,* 949-961.

Wechsler, H., Davenport, A., Sowdall, G., Moetykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. *Journal of the American Medical Association, 272,* 1672-1677.

Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T. F., & Lee, H. (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from 4 Harvard School of Public Health college alcohol study surveys: 1993-2001. *Journal of American College Health, 50,* 203-217.

Wehrens, X. H., Offermans, J. P., Snijders, M., & Peeters, L. L. (2004). Fetal cardiovascular response to large placental chorionangiomas. *Journal of Perinatal Medicine, 32,* 107-112.

Weijers, H. G., Wiesbeck, G. A., Wodarz, N., Keller, H., Michel, T., & Boning, J. (2003). Gender and personality in alcoholism. *Archives of Women's Mental Health, 6,* 245-252.

Weikert, D. P. (1993). [Long-term positive effects in the Perry Preschool Head Start Program.] Unpublished data, High Scope Foundation, Ypsilanti, MI.

Weincke, J. K., Thurston, S. W., Kelsey, K. T., Varkonyi, A., Wain, J. C., Mark, E. J., & Christiani, D. C. (1999). Early age at smoking initiation and tobacco carcinogen DNA damage in the lung. *Journal of the National Cancer Institute, 91,* 614-619.

Weinraub, M., Horuath, D. L., & Gringlas, M. B. (2002). Single parenthood. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 3). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Weinstein, N. D. (1984). Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology, 3,* 431-457.

Weinstock, H., Berman, S., & Cates, W. (2004). Sexually transmitted diseases among American youth: Incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 36,* 6-10.

Weiss, R. E. (2001). *Pregnancy and birth: Rh factor in pregnancy.* Available on the Internet at: www.about.com.

Weisz, A. N., & Black, B. M. (2002). Gender and moral reasoning: African American youth respond to dating dilemmas. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 5,* 35-52.

Welch, R. A., Blessed, W. B., & Lacoste, H. (2003). Five-year experience with midsemester amniocentesis performed by a single group of obstetrician-gynecologists at a community hospital. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 188,* 600-601.

Wellman, H. M. (1997, April). *Ten years of theory of mind: Telling the story backwards.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.

Wellman, H. M. (2000). Early childhood. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Wellman, H. M. (2004). Understanding the psychological world: Developing a theory of mind. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Wellman, H. M., Cross, D., & Watson, J. (2001). Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief. *Child Development, 72,* 655-684.

Welti, C. (2002). Adolescents in Latin America: Facing the future with skepticism. In B. B. Brown, R. W. Larson, & T. S. Saraswathi (Eds.), *The world's youth.* New York: Cambridge University Press.

Wenestam, C. G., & Wass, H. (1987). Swedish and U.S. children's thinking about death: A qualitative study and cross-cultural comparison. *Death Studies, 11,* 99-121.

Wenger, N. S., & others. (2003). The quality of medical care provided to vulner-

able community-dwelling older patients. *Annals of Internal Medicine, 139,* 740-747.

Wentworth, R. A. L. (1999). *Montessori for the millennium.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wentzel, K. R., & Asher, S. R. (1995). The academic lives of neglected, rejected, popular, and controversial children. *Child Development, 66,* 754-763.

Wentzel, K. R., Barry, C. M., & Caldwell, K. A. (2004). Friendships in middle school: Influences on motivation and school adjustment. *Journal of Educational Psychology, 96,* 195-203.

Wenze, G. T., & Wenze, N. (2004). Helping left-handed children adapt to school experiences. *Childhood Education, 81,* 25-31.

Wenzlaff, R. M., & Prohaska, M. L. (1989). When misery loves company: Depression, attributions, and responses to others' moods. *Journal of Experimental Social Psychology, 25,* 220-223.

Werth, J. L. (2004). The relationships among clinical depression, suicide, and other actions that may hasten death. *Behavioral Science and the Law, 22,* 627.

West, R., & Craik, F. I. M. (2001). Influences on the efficiency of prospective memory in younger and older adults. *Psychology and Aging, 16,* 682-696.

Wethington, E., Kessler, R., & Pixley, J. (2004). Turning points in adulthood. In G. Brim, C. D. Ryff, & R. Kessler (Eds.), *How healthy we are: A national study of well-being in midlife.* Chicago: University of Chicago Press.

Wetterling, T., & Junghanns, K. (2004). Affective disorders in older inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19,* 487-492.

Whiffen, V. (2001). Depression. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Whitbourne, S. K. (2000). Adult development and aging: Biological processes and physical development. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology.* Washington, DC, & New York: American Psychological Association and Oxford University Press.

Whitbourne, S. K. (2001). The physical aging process in midlife: Interactions with psychological and sociocultural factors. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development.* New York: John Wiley.

Whitbourne, S. K., & Connolly, L. A. (1999). The developing self in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle.* San Diego: Academic Press.

White, B., Castle, P., & Held, R. (1964). Observations on the development of visually directed reaching. *Child Development, 35,* 349-364.

White, C. B., & Catania, J. (1981). Psychoeducational intervention for sexuality with the aged, family members of the aged, and people who work with the aged. *International Journal of Aging and Human Development.*

White, C. W., & Coleman, M. (2000). *Early childhood education.* Columbus, OH: Merrill.

White, J. W. (2001). Aggression and gender. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of gender and women.* San Diego: Academic Press.

White, L. (1994). Stepfamilies over the life course: Social support. In A. Booth and J. Dunne (Eds.), *Stepfamilies: Who benefits and who does not.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

White, L. (2001). Sibling relationships over the life course. *Journal of Marriage and the Family, 63,* 555-568.

Whitehead, B. D., & Popenoe, D. (2001). *The state of our unions: The social health of America in 2001.* New Brunswick, NJ: Rutgers University.

Whitehead, B. D., & Popenoe, D. (2003). *The state of our unions.* New Brunswick, NJ: Rutgers University.

Whitehead, D., Keast, J., Montgomery, V., & Hayman, S. (2004). A preventive health education program for osteoporosis. *Journal of Advanced Nursing, 47,* 15-24.

White-Traut, R. (2004). Providing a nurturing environment for infants in adverse situations: Multisensory strategies for newborn care. *Journal of Midwifery and Womens Health, 49 (4 Supplement 1),* 36-41.

Whitfield, K. E., & Baker-Thomas, T. (1999). Individual differences in aging minorities. *International Journal of Aging and Human Development, 48,* 73-79.

Whiting, B. B., & Edwards, C. P. (1988). *Children of different worlds.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Keogh, D. A., & Weed, K. (2001). *Interwoven lives.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wickelgren, I. (1999). Nurture helps to mold able minds. *Science, 283,* 1832-1834.

Wiesner, M., & Ittel, A. (2002). Relations of pubertal timing and depressing symptoms to substance use in early adolescence. *Journal of Early Adolescence, 22,* 5-23.

Wilcox, S., Evenson, K. R., Aragaki, A., Wassertheil-Smoller, S., Mouton, C. P., & Loevinger, B. L. (2003). The effects of widowhood on physical and mental health, health behaviors, and health outcomes: The women's health initiative. *Health Psychology, 22,* 513-522.

Wilens, T. E. (2003). Drug therapy for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Drugs, 63,* 2395-2411.

Wiley, D., & Bortz, W. M. (1996). Sexuality and aging—usual and successful. *Journal of Gerontology, 51A,* M142-M146.

Wilkie, F., & Eisdorfer, C. (1971). Intelligence and blood pressure in the aged. *Science, 172,* 959-962.

Willcox, B. J., Willcox, M. D., & Suzuki, M. (2002). *The Okinawa Program.* New York: Crown.

Willford, J. A., Richardson, G. A., Leech, S. L., & Day, N. L. (2004). Verbal and visuopatial learning and memory function in children with moderate prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28,* 497-507.

Williams, A., & Nussbaum, J. F. (2001). *Intergenerational communication across the life span.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Williams, C. R. (1986). *The impact of television: A natural experiment in three communities.* New York: Academic Press.

Williams, J. E., & Best, D. L. (1982). *Measuring sex stereotypes: A thirty-nation study.* Newbury Park, CA: Sage.

Williams, J. E., & Best, D. L. (1989). *Sex and psyche: Self-concept viewed cross-culturally.* Newbury Park, CA: Sage.

Williams, M. H. (2005). *Nutrition for health, fitness, & sport* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.

Williams, R. B. (1995). Coronary prone behaviors, hostility, and cardiovascular health. In K. Orth-Gomer & N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Williams, R. B. (2001). Hostility (and other psychosocial risk factors): Effects on health and the potential for successful behavioral approaches to prevention and treatment. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Willis, S. L., & Nesselroade, C. S. (1990). Long-term effects of fluid ability training in old age. *Developmental Psychology, 26,* 905-910.

Willis, S. L., & Reid, J. D. (Eds.). (1999). *Life in the middle: Psychological and social development in middle age.* San Diego: Academic Press.

Willis, S. L., & Schaie, K. W. (1986). Training the elderly on the ability factors of spatial orientation and inductive reasoning. *Psychology and Aging, 1,* 239-247.

Willis, S. L., & Schaie, K. W. (1994). Assessing everyday competence in the elderly. In C. Fisher & R. Lerner (Eds.), *Applied developmental psychology.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Willis, S. L., & Schaie, K. W. (1999). Intellectual functioning in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age.* San Diego: Academic Press.

Willis, W. O., Eder, C. H., Lindsay, S. P., Chavez, G., & Shelton, S. T. (2004). Lower rates of low birthweight and preterm births in the California Black Infant Health Program. *Journal of the National Medical Association, 96,* 315-324.

Wills, T. A., Resko, J. A., Ainette, M. G., & Mendoza, D. (2004). Role of parental support and peer support in adolescent substance use: A test of mediated effects. *Psychology of Addictive Behaviors, 18,* 122-134.

Wilmoth, J. M., & Chen, P-C. (2003). Immigrant status, living arrangements, and depressive symptoms among middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58,* S305-S313.

Wilson, A. E., Shuey, K. M., & Elder, G. H. (2003). Ambivalence in relationships of adult children to aging parents and in-laws. *Journal of Marriage and the Family, 65,* 1055-1072.

Wilson, B. (2001, April). *The role of television in children's emotional development and socialization.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Wilson, R. S., Mendes de Leon, C. F., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bienias, J., Evans, D. A., & Bennett, D. A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association, 287,* 742-748.

Windle, M., & Windle, R. C. (2003). Alcohol and other substance use and abuse. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Windle, W. F. (1940). *Physiology of the human fetus.* Philadelphia: W. B. Saunders.

Wineberg, H. (1994). Marital reconciliation in the United States: Which couples are successful? *Journal of Marriage and the Family, 56,* 80-88.

Wingfield, A., & Kahana, M. J. (2002). The dynamics of memory retrieval in older adulthood. *Canadian Journal of Experimental Psychology, 56,* 187-199.

Wink, P., & Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of Adult Development, 9,* 79-94.

Winner, E. (1986, August). Where pelicans kiss seals. *Psychology Today,* pp. 24-35.

Winner, E. (1996). *Gifted children: Myths and realities.* New York: Basic Books.

Winner, E. (2000). The origins and ends of giftedness. *American Psychologist, 55,* 159-169.

Winsler, A., Carlton, M. P., & Barry, M. J. (2000). Age-related changes in preschool children's systematic use of private speech in a natural setting. *Journal of Child Language, 27,* 665-687.

Winsler, A., Caverly, S. L., Willson-Quayle, A., Carlton, M. P., & Howell, C. (2002). The social and behavioral ecology of mixed-age and same-age preschool classrooms: A natural experiment. *Journal of Applied Developmental Psychology, 23,* 305-330.

Winstead, B., & Griffin, J. L. (2001). Friendship styles. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender.* San Diego: Academic Press.

Wintre, M. G., & Vallance, D. D. (1994). A developmental sequence in the comprehension of emotions: Intensity, multiple emotions, and valence. *Developmental Psychology, 30,* 509-514.

Witkin, H. A., Mednick, S. A., Schulsinger, R., Bakkestrom, E., Christiansen, K. O., Goodenbough, D. R., Hirchhorn, K., Lunsteen, C., Owen, D. R., Philip, J., Ruben, D. B., & Stocking, M. (1976). Criminality in XYY and XXY men. *Science, 193,* 547-555.

Wolinsky, F. D., Miller, D. K., Andresen, E. M., Malmstrom, T. K., & Miller, J. P. (2004). Health-related quality of life in middle-aged African Americans. *Journals of Gerontology B: Psychological and Social Sciences, 59,* S118-S123.

Wong, A. M., Lin, Y. C., Chou, S. W., Tang, F. T., & Wong, P. Y. (2001). Coordination exercise and postural stability in elderly people: Effect of Tai Chi Chuan. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 82,* 608-612.

Wong, C. H., Wong, S. F., Pang, W. S., Azizah, M. Y., & Dass, M. J. (2003). Habitual walking and its correlation to better physical function: Implications for prevention of physical disability in older persons. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58,* M555-M560.

Wong, D. L., Perry, S. E., & Hockenberry, M. (2001). *Maternal child nursing care* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

Wood, A. G., Harvey, A. S., Wellard, R. M., Abbott, D. F., Anderson, V., Kean, M., Saling, M. M., & Jackson, G. D. (2004). Language cortex activation in normal children. *Neurology, 63,* 1035-1044.

Wood, J. M. (2002). Age and visual impairment decrease driving performance as measured on a closed-road circuit. *Human Factors, 44,* 482-494.

Wood, J. T. (2001). *Gendered lives* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Wood, M. D., Read, J. P., Mitchell, R. E., & Brand, N. H. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors, 18,* 19-30.

Woods, S., & Walker, D. (2004). Direct and relational bullying among primary school children and academic achievement. *Journal of School Psychology, 2,* 135-155.

Woodward, A. L., & Markman, E. M. (1998). Early word learning. In D. Kuhn & R. S. Siegler (Eds.), *Handbook of child psychology* (5th ed., Vol. 2). New York: Wiley.

Woodward, N. J., & Wallston, B. S. (1987). Age and health-care beliefs: Self-efficacy as a mediator of low desire for control. *Psychology and Aging, 2,* 3-8.

Wooley, S. C., & Garner, D. M. (1991). Obesity treatment: The high cost of false hope. *Journal of the American Dietetic Association, 91,* 1248-1251.

Worden, J. W. (2002). *Grief counseling and grief therapy* (3rd ed.). New York: Springer.

World Health Organization (2000, February 2). *Adolescent health behavior in 28 countries.* Geneva: Author.

World Health Organization (2002). *The world health report 2002.* Geneva: World Health Organization.

Worobey, J., & Belsky, J. (1982). Employing the Brazelton scale to influence mothering: An experimental comparison of three strategies. *Developmental Psychology, 18,* 736-743.

Worthington, E. L. (1989). Religious faith across the life span: Implications for counseling and research. *Counseling Psychologist, 17,* 555-612.

Wozniak, R. (2004). An introduction to scientific research. In L. N. Adelman (Ed.), *Research manual in child development* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wren, T., & Mendoza, C. (2004). Cultural identity and personal identity. In D. Lapsley & D. Narvaez (Eds.), *Moral development, self, and identity.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wright, M. R. (1989). Body image satisfaction in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence, 18,* 71-84.

Wrosch, C., Schultz, R., & Heckhausen, J. (2004). Health stress and depressive symptomatology in the elderly: A control-process approach. *Current Directions in Psychological Science, 13,* 17-20.

Yaffe, K., Barnes, D., Nevitt, M., Lui, L., & Covinsky, K. (2001). A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women. *Archives of Internal Medicine, 161,* 1703-1708.

Yali, A. M., & Revenson, T. A. (2004). How changes in population demographics will impact health psychology. *Health Psychology, 23,* 147-155.

Yang, J., McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1998). Adult age differences in personality traits in the United States and the People's Republic of China. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences, 53,* P375-P383.

Yang, N. (2005). Effects of individualism-collectivism on perceptions and outcomes of work-family interfaces: A Sino-U.S. comparison. In S. A. Y. Poelmans (Ed.), *Work and family.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Yang, S., & Sternberg, R. J. (1997). Taiwanese Chinese people's conceptions of intelligence. *Intelligence, 25,* 21-36.

Yarasheski, K. E. (2003). Exercise, aging, and muscle protein metabolism. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58,* M918-M922.

Yates, M. (1995, March). *Political socialization as a function of volunteerism.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis.

Yeats, D. E., Folts, W. E., & Knapp, J. (1999). Older workers' adaptation to a changing workplace: Employment issues for the 21st century. *Educational Gerontology, 25,* 331-347.

Young, D. (2001). The nature and management of pain: What is the evidence? *Birth, 28,* 149-151.

Young, K. T. (1990). American conceptions of infant development from 1955 to 1984: What the experts are telling parents. *Child Development, 61,* 17-28.

Young, S. K., & Shahinfar, A. (1995, March). *The contributions of maternal sensitivity and child temperament to attachment status at 14 months.* Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis.

Youniss, J., Silbereisen, R., Christmas-Best, V., Bales, S., Diversi, M., & McLaughlin, M. (2003). Civic and community engagement of adolescents in the 21st century. In R. Larson, B. Brown, & J. Mortimer (Eds.), *Adolescents' preparation for the future: Perils and promises.* Malden, MA: Blackwell.

Yu, B. P., Lim, B. O., & Sugano, M. (2002). Dietary restriction downregulates free radical and lipid peroxide production: Plausible mechanism for elongation of life span. *Journal of Nutritional Science, and Vitaminology, 48,* 257-284.

Yu, V. Y. (2000). Developmental outcome of extremely preterm infants. *American Journal of Perinatology, 17,* 57-61.

Zajonc, R. B. (2001). The family dynamics of intellectual development. *American Psychologist, 56,* 523-524.

Zald, D. H. (2003). The human amygdala and the emotional evaluation of sensory stimuli. *Brain Research Review, 41,* 88-123.

Zandi, P. P., & others. (2004). Reduced risk of Alzheimer disease in users of antioxidant vitamin supplements: The Cache County Study. *Archives of Neurology, 61,* 82-88.

Zarit, S. H., & Knight, B. G. (Eds.). (1996). *A guide to psychotherapy and aging.* Washington, DC: American Psychological Association.

Zarof, C. M., Knutelska, M., & Frumkes, T. E. (2003). Variation in stereoacuity: Normative description, fixation disparity, and the roles of aging and gender. *Investigative Ophthalmology and Vision Science, 44,* 891-900.

Zaslow, M. (2004). Childcare for low-income families. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds.), *Work-family challenges for low-income parents and their children.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Zawistowski, C. A., & DeVita, M. A. (2004). A descriptive study of children dying in the pediatric intensive care unit after withdrawal of life-sustaining treatment. *Pediatric Critical Care Medicine, 5,* 216-223.

Zelazo, P. D., & Müller, U. (2004). Executive function in typical and atypical development. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Zelazo, P. D., Müller, U., Frye, D., & Marcovitch, S. (2003). The development of executive function in early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 68* (3, Serial No. 274).

Zeskind, P. S., Klein, L., & Marshall, T. R. (1992). Adults' perceptions of experimental modifications of durations and expiratory sounds in infant crying. *Developmental Psychology, 28,* 1153-1162.

Zigler, E. F., & Styco, S. (2004). Moving Head Start to the states: One experiment too many. *Journal of Applied Developmental Science, 8,* 51-55.

Zimmer-Gemback, M. J., & Collins, W. A. (2003). Autonomy development during adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence.* Malden, MA: Blackwell.

Zimmerman, R. S., Khoury, E., Vega, W. A., Gil, A. G., & Warheit, G. J. (1995). Teacher and student perceptions of behavior problems among a sample of African American, Hispanic, and non-Hispanic White students. *American Journal of Community Psychology, 23,* 181-197.

Zinn, M. B., & Wells, B. (2000). Diversity within Latino families: New lessons for family social science. In D. H. Demo, K. R. Allen, & M. A. Fine (Eds.), *Handbook of family diversity.* New York: Oxford University Press.

Zitnik, G., & Martin, G. M. (2002). Age-related decline in neurogenesis: Old cells or new environment? *Journal of Neuroscience Research, 70,* 258-263.

Zoppi, M. A., Ibba, R. M., Putzolu, M., Floris, M., & Monni, G. (2001). Nuchal translucency and the acceptance of invasive prenatal chromosomal diagnosis in women aged 35 and older. *Obstetrics and Gynecology, 97,* 916-920.

Zucker, A. N., Ostrove, J. M., & Stewart, A. J. (2002). College educated women's personality development in adulthood: Perceptions and age differences. *Psychology and Aging, 17,* 236-244.

Zuk, C. V., & Zuk, G. H. (2002). Origins of dreaming. *American Journal of Psychiatry, 159,* 495-496.

Zukow-Goldring, P. (2002). Sibling caregiving. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 3). Mahwah, NJ: Erlbaum.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Índice onomástico

AAP (American Academy of Pediatrics), 150
AAPTFIPS (American Academy of Pediatrics Task Force on Infant Positioning and SIDS), 145
AAPWGB (American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding), 147, 148
Abbassi, V., 391
Abbott, A., 552
Abbott, R. D., 664
Abecassis, M., 370
Abel, E. L., 113
Aboud, F., 349
Abshier, D. W., 324
Acebo, C., 408
Acierno, R., 667
Acosta, A., 147
Acredolo, I. P., 167
Adamolekun, K., 725
Adams, C. A., 724
Adams, R., 437
Adams, R. J., 163
Adams-Curtis, L. E., 488, 489
Adamson, H. D., 341
Addis, A., 107
Adler, S. A., 165
Adler, T., 70
Adolph, K. E., 154, 155, 156, 160
Agras, W. S., 406, 407
Agrawal, D., 398
Agrawal, S., 286
Aguiar, A., 183
Ahluwalia, I. B., 147
Ahn, N., 398
Ahrens, C., 662
Ahrons, C., 290
Aiken, L., 705
Aiken, L. R., 51, 334
Aikens, J. W., 457
Ainsworth, M. D. S., 209, 218-219
Aitken, M. E., 310
Akhter, M. N., 640
Akiyama, H., 602, 693
Akutsu, P. D., 451
Alan Guttmacher Institute, 395, 397
Alderman, M. H., 122
Aldwin, C. M., 556, 590
Alemayehu, B., 686
Alessi, D. J., 490
Alexander, G. R., 116
Alibali, M. W., 40, 254, 321
Alipuria, L. L., 432
Alksnis, C., 498, 499
Allan, R., 556
Allen, G. D., 570
Allen, J., 436
Allen, J. P., 436
Allen, K. R., 601, 602, 689, 692
Allen, M., 148, 485
Allen, R., 424, 602
Allen, R. S., 724
Almeida, D., 586, 587, 589
Alvarez, M., 209
Amabile, T. M., 323
Amato, P., 290
Amato, P. R., 290, 534
Ambrosio, J., 375
American Academy of Pediatrics (AAP), 150
American Academy of Pediatrics Task Force on Infant Positioning and SIDS (AAPTFIPS), 145, 711
American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding (AAPWGB), 147, 148
American Association of Retired Persons, 547
American Board of Family Practice, 547
Ames, B. N., 619
Ames, M. A., 485
Amsterdam, B. K., 215
Anantharaju, A., 619
Anastasi, A., 334
Anderson, C., 301
Anderson, C. A., 300
Anderson, D., 251
Anderson, E., 367
Anderton, B. H., 622
Andrade, S. E., 107
Angel, J. L., 722
Angel, R. J., 687, 695, 722
Angus, D. C., 706
Ani, C., 149
Anstey, K. J., 654
Antelmi, I., 629
Anthony Greenwald & Associates, 658
Antonucci, T., 679
Antonucci, T. C., 600, 602, 693, 696, 698, 723
Aoki, F. Y., 625
Apostolaris, N. H., 277
Apparsundaram, S., 622
Applefield, J. M., 299
Aquilino, W., 604
Aquilino, W. S., 553
Arai, M., 13
Araujo, K., 395, 396
Arbuckle, T. Y., 655
Archer, S. L., 434
Archibald, A. B., 389, 405, 434
Ardelt, M., 706
Arias, I., 287
Arima, A. N., 361
Ariza, A. J., 311
Arnett, J. J., 467, 468
Aronson, E., 378
Aronson, J., 333
Aronson, J. M., 333, 334
Arpanantikui, M., 584
Arterberry, M. E., 170
Asbury, K., 92
Asher, J., 340
Asher, S. R., 370
Ashmead, D. H., 158, 167
Ashmead, G. G., 108
Ashy, M. A., 13
Aslin, R. N., 167
Aspler, S., 81
Astin, A. W., 478
Astington, J. W., 255
Atinmo, T., 243
Atkins, R. C., 476
Atkinson, L., 220, 221, 509
Atkinson, R., 46
Atkinson, R. M., 639
Attie, I., 405
Attig, T., 721, 723
Auchus, R. J., 390
Audu, B. M., 112
Austin, A. A., 207
Averhart, C. J., 361
Avis, N. E., 559
Avolio, A. M., 160
Avolio, B. J., 567
Ayers, S., 469
Azar, S. T., 285, 286, 529

Baafi, M., 129
Babaloa, O. E., 627
Bacchini, D., 427
Bachman, J. G., 400, 401, 468, 479
Bachnan, H. J., 330
Backman, L., 564
Baddeley, A., 565, 650
Badger, S., 468
Badia, P., 49
Bahado-Singh, R. O., 83
Bahrick, H. P., 649
Bahrick, L. E., 169
Bailey, B., 104
Bailey, D., 71
Bailey, J. M., 274, 485
Baillargeon, R., 182, 183
Baird, A. A., 399
Bakeman, R., 129
Bakermans-Kranenburg, M. J., 221
Baker-Thomas, T., 696
Bakitas, M., 708
Baldry, A. C., 373
Baldwin, J., 544
Baldwin, J. D., 485
Baldwin, J. I., 485
Baldwin, M., 510
Baldwin, S., 427
Balk, D., 713
Balk, D. E., 721
Ball, K., 656
Balota, D. A., 649

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Baltes, M. M., 623, 682
Baltes, P. B., 7, 8, 9, 19, 24, 25, 73, 617, 618, 623, 647, 653, 655, 682, 683
Bamaca, M. Y., 433
Bamman, M. M., 635
Bandstra, E. S., 109
Bandura, A., 42, 49, 74, 273, 276, 356, 573, 699
Banister, N. A., 555
Bank, L., 288, 455
Banks, E. C., 357
Banks, J. A., 377
Banks, M. S., 161, 163, 164, 169
Bannon, L., 280, 538
Barefoot, J. C., 662
Barja, G., 619
Barkley, M. C., 636
Barling, J., 497
Barnes, H., 377
Barnes, L. L., 695
Barnes, M., 512
Barnet, B., 398
Barnett, D., 221
Barnett, R. C., 499
Barnett, S. B., 110
Bar-Oz, B., 111
Barr, H. M., 107
Barr, R., 185, 186
Barrett, D. E., 149
Barrett, J. C., 79
Barrett, T., 158
Barry, C. M., 370
Barry, M. J., 248
Bartels, S. J., 668
Bartholomew, K., 509
Bartke, A., 619
Barton, W. H., 456
Barzilai, K., 686
Bass, S., 85
Bates, A. S., 114
Bates, J. E., 212
Bathurst, K., 289
Bauer, P. J., 187
Bauman, K. E., 404
Baumeister, R. F., 350, 572
Baumrind, D., 94, 281, 283, 284
Baumwell, L., 17
Bauserman, R., 291
Bavelier, D., 143
Baxter, G. W., 714
Bayley, N., 149, 188
Beachy, J. M., 123
Beal, C. R., 275
Beal, J. M., 128
Beals, K. P., 291, 486, 536
Bearer, C. F., 242
Bearman, P. S., 457, 458
Beaton, J. M., 287
Bechtel, G. A., 114
Bechtold, A. G., 169
Beck, C. T., 128
Beck, M., 547
Bednar, R. L., 350
Beecher, H. W., 204
Behrman, R. E., 85
Beisecker, A. E., 15
Bell, M. A., 141
Bell, N., 249
Bell, S. M., 209
Belle, D., 368
Bellevia, G., 498
Bellinger, D., 110
Belloc, N. B., 472
Belsky, J., 126, 224, 289, 603
Belson, W., 299
Bem, S. L., 363
Ben-Artzi, E., 467
Bendelius, J., 241
Bendersky, M., 161, 163
Benenson, J. F., 277
Bengtson, V. L., 600, 602, 603, 687
Benini, A. L., 475
Benjet, C., 283, 284
Bennett, C. I., 377
Bennett, K. M., 7
Bennett, W. I., 476
Benson, E., 335
Benson, J. B., 319
Benson, P., 420
Benson, P. L., 85
Bentler, P. M., 402
Ben-Zvi, G. A., 191
Berado, F. M., 7
Berardi, A., 649
Berenbaum, S. A., 274
Bergen, D., 297, 298
Berger, S. E., 154
Berghout, A., 236
Bergmann, K. E., 147
Berk, L. E., 248
Berko, J., 256
Berko Gleason, J., 194, 197, 200, 338, 339
Berkowitz, C. D., 144
Berlin, L., 221
Berlyne, D. E., 296
Berman, B. A., 242
Berman, S., 397
Berndt, T. J., 370, 416, 440
Bernier, M. O., 147
Berninger, V. W., 248
Bernstein, J., 12, 14
Berr, C., 619
Berscheid, E., 511, 512, 515
Bertelsen, A., 90
Bertenthal, B., 169
Bertoni-Freddari, C., 619
Bertrand, R. M., 593, 596, 699
Best, D., 361
Best, D. L., 361
Best, J. W., 51
Beyene, Y., 559
Bialystok, E., 340
Bianchi, S. M., 525
Biddle, S., 477
Bidell, T. R., 140
Bierman, K. L., 371
Bigler, R. S., 361
Bijur, P. E., 570
Billick, S. B., 457
Billman, J., 50
Billy, J. O. G., 441
Binet, A., 325
Bingham, C. R., 396
Birch, R., 165
Birney, D. P., 328
Birren, J. E., 6, 25, 551, 621
Birth, L. L., 240
Bissada, A., 287
Bisschop, M. I., 693
Bjarnason, T., 480
Bjorklund, D. F., 40, 72
Blaasaas, K. G., 110
Black, B. M., 358
Black, J. E., 143
Black, M. M., 285
Blair, C., 331
Blair, I. V., 277
Blair, J. M., 112
Blair, S. N., 635
Blair, T. R., 339
Blake, W., 266
Blanchard-Fields, F., 653
Bland, S. D., 310
Blank, K., 707
Blazer, D. G., 661, 662
Blennow, K., 663
Blessed, W. B., 83
Blieszner, R., 601, 602, 689, 692
Block, J., 363, 508
Block, J. H., 363
Blonna, R., 10
Bloom, B., 337
Bloom, L., 193, 195
Bluck, S., 547, 653
Blum, L. M., 147
Blum, N. J., 150
Blum, R., 407, 446
Blumberg, J., 638
Blumenfeld, P. C., 12, 375
Blumenthal, H. T., 663
Blumenthal, J., 237
Blumenthal, J. A., 477, 554, 634
Blumstein, S. E., 196
Blundell, J. E., 473
Blyth, D. A., 393
Bodrova, E., 247
Boelen, P. A., 720
Boerner, K., 724
Bogenschneider, K., 14
Bogetz, J. F., 720
Bohlin, G., 210
Bolen, J. C., 310
Boley, A., 285, 286
Bolger, K. E., 10, 287
Bolton, M. M., 667
Bonanno, G. A., 7, 286, 720
Bonari, L., 128
Bond, J., 482
Bongaarts, J., 689
Books, S., 11, 12, 376
Bookstein, F. L., 108
Bookwala, J., 690
Booth, A., 6, 289, 291
Booth, D. A., 168
Booth, M., 446
Bor, W., 455
Borawski, E. A., 403
Bordaty, H., 665
Borg, W. R., 59
Borman-Spurrell, E., 436
Bornstein, M. H., 14, 17, 170, 177, 251
Borowsky, I. W., 457
Borra, S. T., 240, 241
Bortz, W. M., 630
Borzekowski, D. L., 408
Bosma, H. A., 428
Bosman, E. A., 617, 628
Bosman, W., 476
Boswell, W. R., 497
Bosworth, H. B., 632, 634
Botvin, G. J., 451
Botwinick, J., 22
Bouchard, T. J., 70-71
Bouchey, H. A., 443
Bower, B., 240
Bower, T. G. R., 164, 165
Bowlby, J., 44, 208, 210, 713
Bowles, T., 350
Boyd-Franklin, N., 555
Boyer, K., 187

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
PRIORI ANTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Bråbeck, M. M., 357
Brabyn, J. A., 626
Bracamontes, E., 433
Bracey, J. R., 433
Brach, J. S., 635
Bracken, M. B., 84
Bradley, R. H., 14, 376
Bradshaw, C. P., 24, 439
Brainerd, C. J., 322
Brand-Clingempeel, E., 290
Brandstadter, J., 699
Braungart-Rieker, J. M., 270, 290
Bray, G. A., 476
Brazelton, T. B., 126, 149, 150, 153
Bredekamp, S., 258
Breeze, E., 637
Brehm, S. S., 511
Breitbart, E., 625
Breitbart, W. S., 717
Brember, I., 350
Bremner, G., 181
Brenner, Z. R., 708
Brent, R. L., 104, 110
Breslow, L., 472
Bretherton, I., 210
Brewer, J. A., 260
Breysse, P., 242
Brickel, C. O., 571
Bridges, J. S., 60, 584, 603, 604
Bridges, L. J., 211
Bridges, M., 290
Briere, J., 287
Briganti, A., 560
Brigham, M., 316
Bril, B., 156
Brillion, L., 450
Brim, G., 547, 548, 584
Brim, O., 550, 558, 569, 584, 598
Brisk, M. E., 341
Brissette, I., 469
Brittle, C., 242
Broca, P., 196
Brody, G., 288
Brody, J. E., 147
Brody, N., 328, 333
Brodzinsky, D. M., 85, 87, 88
Bromley, D., 349
Bronfenbrenner, U., 45, 46, 47
Bronner, G., 490
Brook, J. S., 439, 451
Brooker, R., 91
Brooks, D. J., 622
Brooks, G. R., 539
Brooks, J. G., 322
Brooks, M. G., 322
Brooks-Gunn, J., 12, 215, 290, 292, 331, 388, 389, 390, 392, 405, 407, 434, 439, 450
Broughton, J., 195
Brown, B. B., 443
Brown, B. B., 441, 446, 447
Brown, E., 148
Brown, J., 287
Brown, J. V., 129
Brown, L. S., 486
Brown, P., 148
Brown, R., 197, 199
Brown, S. L., 694
Brownell, K. D., 475, 476
Brownlee, S., 194
Bruce, C. A., 720
Bruce, J. M., 270
Bruce, K. R., 473
Bruck, M., 252, 253
Bryan, J., 638
Bryant, C. M., 288
Bryant-Waugh, R., 405
Buchanan, C. M., 390
Buckner, C. E., 363
Buckwalter, J. A., 615
Budner, R., 547
Bugental, D. B., 286
Buhrmester, D., 436, 440, 443
Buhs, E., 371
Buhs, E. S., 371
Bukowski, W., 371
Bumpas, M. F., 436
Bumpass, L., 604
Bumpass, L. L., 532, 553
Burchinal, M. R., 226
Burd, L., 113
Burgess, E. O., 560, 630
Burgess, S., 10, 473
Burke, H. M., 633
Burke, W., 147
Burkhauser, R. V., 658
Burnett, A. L., 560
Burns, A., 661
Burns, D., 520
Burraston, B., 288, 455
Burton, L. M., 697
Burwinkle, T. M., 311
Bushman, B. J., 300
Busnell, E. W., 169
Buss, D. M., 72, 274, 512, 524
Busse, E. W., 661
Bussey, K., 276
Busuttil, A., 138
Butcher, V., 679
Butler, R. N., 630, 678
Butler, Y. G., 341
Buzwell, S., 394
Bybee, J., 269
Byrnes, J., 412
Byrnes, J. P., 236, 412, 413

Cabeza, R., 623
Cacioppo, J. T., 519, 533, 620, 625
Caine, E. D., 662
Caldwell, K. A., 370
Calenda, E., 145
Calkins, S. D., 211
Call, K., 388
Call, K. A., 446
Callan, J. E., 276
Calvaresi, E., 638
Camaioni, L., 194
Cameron, J., 419
Cameron, J. L., 390
Camilli, G., 375
Campbell, B., 327
Campbell, F. A., 330, 332
Campbell, L., 327
Campbell, M. K., 572
Campbell, V. A., 626, 628
Campbell, W. G., 482
Campos, J. J., 165, 207, 208, 213
Camras, L., 207, 213
Canburn, D., 395
Canfield, J., 647
Canfield, R. L., 165, 242
Capozzoli, M. C., 186
Carbone, D. J., 630
Carbonell, O. A., 221
Carbonne, B., 119
Cardell, M., 537
Carey, L. J., 295
Carley, A., 241
Carlisle, J. F., 256
Carlo, G., 436
Carlson, B., 221, 436, 509
Carlson, E. A., 220, 221
Carlson, G. A., 109
Carlton, M. P., 248
Carmichael, S. L., 115
Carnegie Corporation, 416
Carnegie Council on Adolescent Development, 456
Carnethon, M. R., 552
Carolo, G., 359
Carpendale, J., 371
Carpendale, J. I., 255
Carpenter, B., 663
Carr, D., 713, 724
Carriger, M. S., 189
Carrington, N. A., 720
Carroll, W. L., 310
Carskadon, M. A., 408
Carson, C. C., 560
Carstensen, L. L., 680, 681, 682, 693
Carter, B., 521
Carter, P. A., 13, 14, 499
Carter-Saltzman, L., 239
Caruthers, A., 394
Carver, C. S., 469
Carver, K., 443, 445
Carver, L. J., 187
Case, R., 252, 320
Caseau, D., 12
Caselli, R. J., 665
Casey, B., 399
Casey, B. J., 140, 237
Casey, B. M., 125
Caspi, A., 507, 596
Cassidy, J., 221
Castle, N. G., 639
Castle, P., 158
Catania, J., 630
Cates, W., 397
Catron, G., 720
Cauce, A. M., 451
Cauffman, B. E., 405
Caufman, E., 454
Caulfield, R. A., 107
Cavanaugh, J., 652
Cavanaugh, S. E., 396
Ceci, S. J., 46, 252, 253, 330
Center for Survey Research at the University of Connecticut, 497
Centers for Disease Control and Prevention, 84-85, 309, 397, 473, 481, 533, 632, 687
Centola, M., 551
Chabrol, H., 127
Chadwick, A., 295, 373
Chakravarthy, U., 628
Chama, C. M., 112
Champagne, C. M., 476
Champagne, F., 413
Chan, H. M., 706
Chance, G., 167
Chandler, M. J., 255
Chang, S. C., 114
Chao, R., 46, 283
Chao, W., 290
Chapman, T., 636
Chard, S., 376
Charles, S. T., 680
Charness, N., 617, 628, 655
Chase-Lansdale, P. L., 226

Chatters, L. M., 669, 695
Chaudhari, S., 121
Chavkin, W., 109
Chaytor, N., 650
Chedid, A., 619
Cheitlin, M. D., 560
Chemaitilly, W., 236
Chen, A. Y., 687
Chen, C., 380
Chen, P-C., 662
Chen, X., 213, 632
Chen, Z., 254
Cheng, T. L., 283
Cherif, H., 618
Cherlin, A. J., 367
Chernausek, S. D., 236
Chernichovsky, D., 688
Chess, S., 212, 508
Cheung, F. K., 555
Chevan, A., 691
Chi, M. T., 321
Children's Defense Fund, 14
Child Trends, 398
Chiriboga, D. A., 585, 587, 590
Chiroro, P., 488
Chisholm, K., 86
Chivers, M. L., 485
Choi, N. G., 660
Chomsky, N., 196
Chong, D. S., 146
Chopdar, A., 628
Chopra, M., 149
Chorlton, R., 486
Chorpita, B. F., 207
Christensen, H., 654
Christensen, L., 476
Christensen, S. L., 417
Christian, A., 690
Christian, K., 330
Christie, S., 661
Christopher, F. S., 488
Chronis, A. M., 315
Chrousos, G. P., 128
Chuang, M. E., 224
Chudasama, G., 112
Chun, K. M., 451
Church, D. K., 662
Church, T. S., 477
Churchill, J. D., 622
Chwo, M. J., 123
Cicchetti, D., 143, 221, 285, 286, 287
Cicirelli, V. G., 600
Cillessen, A. H. N., 295
Claar, R. L., 554
Clampet-Lundquist, S., 13
Clancy, S. M., 565
Clark, R. D., 275
Clark, S. D., 396
Clarke, J., 602
Clarke-Stewart, K. A., 6
Clark-Plaskie, M., 584, 588
Clarkson-Smith, L., 655
Clausen, J. A., 52, 570, 571, 594
Claxton-Oldfield, J., 708
Claxton-Oldfield, S., 708
Clay, E. C., 128
Clay, R. A., 520, 717
Clements, K. M., 635
Clements, P. T., 721, 725
Cleveland, J. N., 658
Cleves, M. A., 112
Clifford, B. R., 298
Clifton, P., 476
Clifton, R. K., 158, 169
Clingempeel, W. G., 290
Clinton Smith, J., 311
Cnattingius, S., 107, 112
Cochran, S. D., 486
Cohen, A., 647, 656
Cohen, C. I., 693
Cohen, L. B., 299
Cohen, L. R., 476
Cohen, L. S., 558
Cohen, P., 467
Cohen, S. S., 228
Cohn, E., 667
Coie, J., 371
Coie, J. D., 371
Colby, A., 355
Colcombe, S., 656
Colcombe, S. J., 10, 635
Cole, C. M., 316
Cole, D., 457
Cole, E. R., 581
Cole, M., 320
Cole, M. G., 662
Cole, P. M., 211
Colella, A., 500
Coleman, M., 258, 536, 690
Coleman, P. D., 622
Coles, R., 32
Coley, R., 362
Coley, R. L., 226, 367, 455
Coll, C. T. G., 292, 450
Collaku, A., 473
Collins, K. M., 498
Collins, N. L., 508
Collins, R. L., 394
Collins, W. A., 94, 366, 436, 437, 508, 510
Colon, M., 708
Comaz-Diaz, L., 432
Comer, J. P., 379
Comijs, H., 654
Committee on Fetus and Newborn, 118
Commoner, B., 76
Commons, M. L., 492
Compas, B., 388
Compas, B. E., 457
Condry, K. F., 169
Conduct Problems Prevention Research Group, 459
Cong, X., 123
Conger, K. J., 288
Conger, R., 455
Conger, R. D., 290, 434, 438
Connell, J. P., 211
Connolly, L. A., 582
Connor, J. R., 663
Consedine, N. S., 669
Contemporary Research Press, 590
Conway, F., 669
Conway, K. P., 480
Cook, D. J., 706
Cook, M., 165
Cooke, S. W., 517
Cooney, T. M., 690
Cooper, C., 431
Cooper, C. R., 431, 438
Cooper, D. M., 308
Cooter, R. B., 376
Corbin, C. B., 10, 478
Corder, L., 621
Cornish, K., 237
Corr, C. A., 705, 711
Corr, D. M., 705, 711
Corrigan, E. M., 533
Corrigan, R., 184
Corsini, R. J., 12
Corso, J. F., 629
Corter, C., 288
Cortesi, F., 144
Cortina, L. M., 490
Corwyn, R. F., 376
Cosey, E. J., 114
Cosmides, L., 72
Costa, A. C., 79
Costa, F., 407
Costa, P. T., 584, 593, 596
Costigan, T., 560
Cote, J. E., 467
Cotten, S. R., 528
Coulton, C. J., 455
Council of Economic Advisors, 439
Coupland, J., 6
Courage, M. L., 186
Courtenay, W. H., 472
Courtois, C. A., 489
Cowan, C. P., 129, 222
Cowan, P. A., 129, 222, 283, 284
Coward, R. T., 692
Cowell, R., 658
Cowley, G., 455, 707
Cox, H., 669
Crabbe, J. C., 480
Craik, F. I. M., 651
Crandall, C., 109
Cremation Association of America, 724
Crews, J. E., 626, 628
Crick, N. R., 362
Croce, J., 546
Crockenberg, S. B., 213
Crockett, L. J., 394, 396
Crognale, M. A., 648
Crosby, R. D., 109
Cross, D., 255
Crossett, J. H., 662
Crouter, A. C., 6, 277, 289, 436
Crow, S., 241
Crowell, J. A., 508
Crowley, K., 50
Crowley, M., 364
Crowther, M. R., 724
Csaja, S. J., 567
Csikszentmihalyi, M., 323, 472, 492, 493, 565
Cuddy-Casey, M., 713
Cuéllar, I., 433
Cui, X., 585
Cuijpers, P., 519
Cullen, F. T., 489
Cullen, K., 311
Cullen, M. J., 334
Cully, J. A., 678
Cumming, E., 679
Cummings, E. M., 208, 270, 290
Cummings, M. R., 79
Cupertino, A. P., 669
Curnow, C., 471
Curran, K., 284
Curtiss, S., 190
Cutrona, C. E., 519

Daaleman, T. P., 669
Dabholkar, A. S., 139
Dabis, F., 136
Dahl, R. E., 408, 409
Daily, D. K., 122
Dale, P., 195
Daley, C. E., 330

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
SAPIENTIAM POSCERE AUDEBAT QUI PRINCIPIUM ATTINGEBAT
FUNDADA EN 1620
QUITO

Daley, S. E., 516
Daley, T. C., 330
DallasNews.com, 704
Damico, J. S., 315
Damon, W., 269, 359
Danfroth, M. M., 721
Danielson, C. K., 489
Dann, S., 295
Danner, D., 624
Dansky, K. H., 555
Darwin, C., 71, 207
Datar, A., 311
Dattilio, F. M., 51
D'Augelli, A. R., 444, 485
Dave, J., 663
Davenport, G., 633
Davidov, M., 359
Davidson, D. H., 262
Davidson, J., 337
Davidson, R. J., 207
Davies, J., 350
Davies, P. S., 688
Davies, R., 720
Daviglus, M. L., 550
Davis, E. K., 309
Davis, E. P., 207
Davis, G. F., 720
Davis, K. E., 514
Davis, S. F., 53
Davison, G. C., 14, 407
Davison, K. K., 240
Davison, M. T., 79
Daws, D., 144
Day, N. L., 108
Day, R. D., 224
Day, R. H., 164
Deater-Deckard, K., 283
De Baryshe, B. D., 455
DeCasper, A. J., 166, 167
DeClaire, J., 271
deCock, C., 323
De Graaf, C., 475
Dejong, A., 635
De Jong, J., 191
De Jong-Gierveld, J., 519
DeKosky, S. T., 622
DeLamater, J., 395
DeLamater, J. D., 291, 485, 490, 532, 536, 537, 539
De la Rocheborchard, E., 114
De La Ronde, C., 512
Delefosse, J. M. O., 248
DeLeire, T., 15
DeLoache, J. S., 244
DeMarie, D., 324
DeMeo, P., 533
Demorest, R. A., 309
Dempster, F. N., 252
Denham, S. A., 270
Denmark, F. L., 60, 275, 276, 364, 538
Denney, N. W., 565
Dennis, C. L., 128
Dennis, T. A., 211
Denny, C. B., 315
DeRosier, M. E., 295, 372
Descarries, L., 622
Desmarais, S., 498, 499
DeSpelder, L. A., 719
Dettmer, P., 316
Deutsch, F. M., 589
Deutsch, G., 239
Devich-Navarro, M., 432
DeVita, M. A., 706
DeVos, J., 182
Dewey, J., 147, 322
Dewey, J. E., 723
Dezateux, C., 108
de Zoysa, I., 136
Diamond, A., 187, 236, 237
Diamond, A. D., 184
Diamond, L., 395, 444, 485
Diamond, L. M., 395, 444
Díaz, T., 451
Diaz-Rico, L., 341
Dickey, J. H., 110
Dickinson, D., 327
Dickinson, G. E., 723
Dick-Read, G., 120
Dickson, F. C., 690
Diehl, M., 492
Diekman, A. B., 276
Diener, E., 21, 470, 572
Dietz, W. H., 240, 311
Diggs, R. C., 292
DiGiulio, R. C., 723
DiLalla, L. F., 89, 91
Dill, E. J., 372
Dill, K. E., 300
Dillon, J., 710
Dillon, M., 569, 570
DiMauro, S., 619
Dinella, L., 278
Dipboye, R., 500
DiPietro, J. A., 85
DiPlacido, J., 557
Dittmer-Memahon, K., 150
Diversi, M., 6, 388
Dixit, N. K., 623
Dixon, R., 647, 656
Dixon, R. L., 110
Dobson, P., 150
Dodd, S. L., 636
Dodge, K., 283
Dodge, K. A., 372, 459
Doerkson, T., 114
Doherty, W. J., 287
Dohrenwend, B. P., 585
Dohrenwend, B. S., 585, 587
Dolan, A. L., 633
Dolan, P. O., 649
Domek, C. J., 295
Donaldson, G., 562
Donelson, F. E., 538
Donnerer, J., 486
Donovan, P., 397
Dori, M., 663
Dorn, L. D., 390, 434
Dornbusch, S. M., 450
Dorr, A., 300
Douglas, N., 722
Doussard-Roosevelt, J. A., 207
Dowda, M., 405
Doyle, A. E., 314, 315
Doyle, L. W., 122
Dreachslin, J. L., 555
Drew, C. J., 315
Drews, A. A., 295
Driscoll, A., 256
Driscoll, J. W., 128
Driver, C., 619
Droege, K. L., 375
Drongowski, R. A., 242
Dryfoos, J. G., 396, 398, 459
Dubay, L., 115
Dubowitz, H., 285
Ducheck, J. M., 649
Duffey, T. M., 374
Dums, A. R., 667
Duncan, G., 288, 294
Dunkel-Schetter, C., 113
Dunkle, R., 617
Dunlop, D. D., 660
Dunlosky, J., 656
Dunn, J., 92, 288, 600
Dunn, K. S., 571
Dupuis, S., 699
Du Rocher-Schudlich, T., 271, 290
Durrant, J. E., 284
Durston, S., 140, 237
Dusek, J. B., 349
Dwyer, J. W., 692
Dychtwald, K., 658
Dyck, N., 316
Dynek, J. N., 17

E

Eagle, M., 35
Eagly, A. H., 276, 362, 364
Easterbrooks, M. A., 207, 220, 221
Ebersole, P., 549
Eccles, J., 412, 415
Eccles, J. S., 417
Edelman, M. W., 14-15, 115
Edelstein, R. S., 508, 509
Edgington, C., 443
Edmonds, M. M., 695, 698
Edmondson, R., 724
Edwards, C. P., 234, 292
Edwards, R., 539
Egan, M. W., 315
Egeland, B., 221, 287, 436, 509
Eggebeen, D., 289
Eggebeen, D. J., 696
Ehrenfeld, M., 490
Eichorn, D., 472
Eidelson, R. J., 525
Eiferman, R. R., 298
Einstein, G. O., 651
Eisdorpher, C., 654, 660
Eisenbach, Z., 722
Eisenberg, M., 478
Eisenberg, N., 211, 212, 273, 358, 359, 363
Eisinger, F., 147
Ekwo, E. E., 113
Elder, G. H., 9, 523, 657, 692
Eley, T. C., 457
Elias, M., 241
Elkind, D., 247, 261, 269, 351, 412
Ellickson, P. L., 402
Elliott, B. A., 558
Elliott, G. R., 387
Elliott, M. E., 221
Ellis, C. D., 488
Ellis, L., 485
Ellis, L. K., 212
Elmes, D. G., 49
Elovaino, M., 659
Emde, R. N., 209
Emerson, R. W., 384
Emery, R., 289, 290, 534
Emmers-Sommer, T. M., 486
Enger, E., 71
England, S. E., 687
Engler, A. J., 123
English, G. W., 14
Enright, R. D., 431
Epstein, D. K., 663
Epstein, J. A., 451
Epstein, N., 525

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Erber, J. T., 693
Erdem, A., 84
Erickson, T., 591
Ericsson, K. A., 337
Erikson, E. H., 32, 36, 47, 51, 215, 217, 218, 269, 351, 428, 431, 433, 454, 512, 518, 581, 676, 677
Erlick Robinson, G., 488, 489, 490
Escarce, J. J., 687
Eskenazi, B., 107
Eslea, M., 372
Espelage, D. L., 372
Essex, M. J., 90
Etaugh, C., 60
Etaugh, C. A., 584, 603, 604
Etelson, D., 311
Ettinger, D., 559
Etzel, R., 241
Etzel, R. A., 242
Evans, D. R., 660
Evans, G. W., 12, 14
Evans, M. I., 112
Evans, S. M., 480
Evert, J., 615
Exploratorium, 646

Faber, L., 112
Fabes, R. A., 228, 276, 360, 363
Fable, J., 185
Fagan, A. A., 455
Fagan, J. F., 188
Fagot, B. I., 275, 276
Fahey, T. D., 308, 478
FairTest, 375
Faison, N., 16
Falbo, T., 288
Falicov, C., 605
Fang, J., 122
Fantz, R. I., 161, 163
Faraveo, C., 489
Farone, S. V., 314, 315
Farr, M., 341
Farrell, M. P., 584
Farrington, D. P., 373, 454
Faulkner, G., 477
Fawcett, L. B., 104
Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, 311
Federenko, I. S., 113
Feeney, B. C., 508
Feeney, J. A., 509
Feenstra, J. S., 469
Fehr, B., 510, 515
Fei, J., 516
Feinberg, M., 92
Feinsliver, S. H., 552
Feiring, C., 444, 510
Fekkes, M., 372
Feldman, H. D., 337
Feldman, M. W., 196
Feldman, R., 122, 123, 223
Feldman, S. S., 7, 387, 394, 395, 396, 455
Felden, J. M., 719
Feller, A., 619
Fenwick, K. D., 167
Ferber, S. G., 123
Ferguson, D. L., 432
Ferguson, D. M., 148
Fernald, A., 197, 211
Fernald, L., 149
Fernandes, O., 107
Fernandez, A., 697
Fernandez, G., 622
Ferrari, A. U., 551
Ferraro, K. F., 693
Ferrera, N., 635
Ferrer-Wreder, L., 432
Ferron, J., 324
Fiatarone, M. A., 634
Fichter, M. M., 407
Field, A. E., 405
Field, D., 602, 690, 693
Field, T., 164, 165, 285
Field, T. M., 123, 124
Fields, R., 400, 482
Fierros, E., 328
Finch, C. E., 620
Fine, M., 536, 690
Fine, P. G., 707
Fineman, N., 686
Fingerhut, A., 486
Fingerman, K. L., 599, 604
Finlay, B., 148, 377, 410, 452
Finn, S. E., 537
Firlik, R., 234
Firth, K., 550
Fisch, S. M., 298
Fischer, K. W., 140, 623
Fisher, B. S., 489
Fitneva, S. A., 254
Fitzgerald, E. F., 10, 110
Fitzpatrick, A. L., 664
Fitzpatrick, L. A., 558, 633
Flanagan, C., 16, 420
Flanagan, K. M., 526
Flannery, D. J., 432
Flavell, E. R., 254
Flavell, J. H., 254, 320, 324
Flegal, K. M., 240
Flesner, M. K., 686
Fletcher, A. C., 403
Fletcher, A. E., 637
Flick, L., 146
Flohr, J. W., 167
Flora, J., 10
Flores, D. L., 128
Florsheim, P., 223, 443
Floyd, R. A., 619
Flynn, J. R., 330
Fodero, L. R., 622
Fodor, I. G., 590
Foehr, V. G., 298, 299, 394
Fogel, A., 107
Fogoros, R. N., 553
Foley, D., 552
Folkman, S., 586
Folts, W. E., 657
Fonagy, P., 372
Forbes, G. B., 488, 489
Ford, K., 397
Ford, L., 270
Ford, N., 486
Forget, S., 104
Forrest, J. D., 397
Fossella, J. A., 140, 237
Foster, E., 398
Fowler, C. D., 662
Fowler, G., 692
Fox, G. L., 529
Fox, L., 339
Fox, K. R., 241, 311
Fox, M. K., 146, 450
Fox, N., 187
Fox, N. A., 141, 212
Fox, N. C., 52
Fozard, J. L., 550, 626, 628, 629, 696
Fraga, C. G., 114
Fraley, R. C., 509
Frank, D. A., 109
Franke, T. M., 455
Frankel, C. B., 207, 213
Frankl, V., 573
Franklin, B. A., 635
Franks, V., 590
Franz, C. E., 507
Fraser, S., 330
Frazier, P. A., 488, 517
Frederikse, M., 361
Fredrickson, D. D., 147
Fredriksen, K., 408
Freedman, J., 123
Freeman, J. A., 107
Freeman, S., 71
Freeman-Fobbs, P., 240
Frenkel, D., 663
Frenn, M., 408
Freud, A., 295
Freud, S., 34-35, 47, 217, 547
Freund, A. M., 634, 682, 699
Fridrich, A. H., 432
Fried, C. B., 334
Fried, P. A., 108, 109
Friedman, M., 556
Friedman, S. L., 225
Friedrichs, A., 324
Friend, M., 315
Friesen, W., 624
Frieske, D. A., 652
Frieze, I. R., 444
Frone, M. R., 497, 498
Fry, P. S., 669, 723
Frye, D., 254
Fu, V. R., 260
Fujikado, T., 627
Fulcher, A., 119
Fuligni, A., 11, 292
Fuller, M. L., 379
Fuller-Thompson, E., 601
Fulmer, T., 667
Fung, H., 680
Furman, W., 443
Furstenberg, F., 398
Furstenberg, F. F., 367
Furth, H. G., 317

Gaensbauer, T. G., 209
Gage, F. H., 622, 654
Galambos, N. L., 364
Galassetti, P., 308
Gale, C. R., 121
Galician, M. L., 394
Gall, J. P., 59
Gall, M. D., 59
Gall, T. L., 660
Galley, L., 16
Gallimore, R., 249
Gallo, L. C., 528
Gallo, W. T., 660
Galloway, J. C., 138
Gallup, A. M., 50
Gallup, G. H., 569
Galotti, K. M., 413
Gamino, L. A., 721, 723
Gandhi, M., 51
Gandour, J., 142
Ganiban, J., 221

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
SCIENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Gannon, L., 558
Ganong, L., 536, 690
Ganong, L. H., 525, 536
Gao, Y., 221
Garbarino, J., 24, 353, 439, 456
Garcia, R., 340
Garcia-Alba, C., 407
Gard, J. W., 119
Gardiner, K., 79
Gardner, H., 327, 330, 336
Garner, D. M., 476
Garofalo, R., 395
Garrett, J. M., 475
Garrod, A. C., 357
Gartner, J., 570
Garton, A. F., 254
Gatz, M., 668
Gaugler, J. E., 665
Gaulin, J. C., 72
Gavrilova, L. A., 73
Gavrilova, N. S., 73
Gaylord, N. K., 534
Ge, X., 438
Gearhart, J. P., 274
Gehrman, C., 241
Gelman, R., 246, 317, 320
Gelman, S. A., 245, 278
Genova, M. L., 619
Georgiou, A., 619
Georgiou, G., 619
Gerhardt, G. A., 622
Gerhardstein, P., 185
Gerlach, P., 536
Gerrard, J. A., 112
Gerrotsen, M., 648
Gershoff, E. T., 284
Gescheider, G. A., 629
Gesell, A., 151, 188
Gessert, C. E., 558
Gewirtz, J., 208
Gfeller, J. D., 678
Ghrorayeb, G., 13
Giacomoni, P. U., 549
Giammattei, J., 311
Giannakopoulos, P., 565, 650
Gibbons, J., 340
Gibbons, J. L., 364
Gibbs, J. C., 358
Gibson, E. J., 160, 165, 169, 183
Gibson, J. H., 147
Gibson, J. J., 160
Giedd, J., 399
Giedd, J. N., 399
Gifford-Smith, M. E., 372
Giles, L., 693
Giles-Sims, J., 283
Gilhar, A., 625
Gill, S., 16
Gilligan, C., 358, 433, 589
Gilmore, G. C., 648
Gilstrap, L. L., 254, 330
Gimenez, Y., 622
Giotakos, O., 488
Giron, M. S. T., 552
Glaser, R., 534, 662
Glass, J. C., 721
Glass, R. M., 114
Glassman, T., 478
Glei, D. A., 397
Gluck, J., 653
Godding, V., 108
Goffinet, F., 119
Golan, M., 241
Goldberg, J., 252
Goldberg, S., 221, 509
Goldberg-Glen, R. S., 601
Goldman, N., 615
Goldman-Rakic, P. S., 237
Goldsmith, H. H., 90, 207, 213
Goldsmith, M., 252
Goldstein, J. M., 361
Goldstein, L., 697
Goldston, R. B., 492
Goleman, D., 328, 352
Golombok, S., 85, 292
Gonzales, J. A. T., 669
Gonzales, N. A., 292, 451
Gonzalez-del Angel, A. A., 79
Good, C., 334
Good, T. L., 388
Goodhart, L., 12, 378
Goodman, C. C., 601
Goodman, E., 85
Goodman, G. S., 165
Goodman, J., 195
Goodman, J. H., 128
Goodvin, R., 212
Gooren, L., 560
Gooren, L. J., 274
Goorhuis-Brouwer, S., 197
Goos, M., 248
Goossens, L., 653
Gopnik, A., 184
Gordon-Salant, S., 550, 626, 628
Gorman-Smith, D., 455
Gotesdam, K. G., 407
Goto, S., 636
Gottesman, I. I., 89, 213
Gottfried, A. E., 289
Gottfried, A. W., 289
Gottlieb, G., 24, 25, 76, 92, 93
Gottman, J. M., 17, 271, 369, 526, 598
Gould, E., 622
Gould, M., 410
Gould, S. J., 74
Gouldner, H., 515
Gounin-Decarie, T., 183
Gove, W. R., 528
Govier, F., 560
Gowan, D. E., 710
Gowers, S., 405
Graber, J., 457
Graber, J. A., 389, 390, 392, 405, 434
Grady, K. C., 145
Graham, S., 61, 433
Grambs, J. D., 590
Grandjean, P., 110
Grant, J. P., 115, 149
Grant, K. E., 457
Grantham-McGregor, S., 149
Gray, J., 526
Gray, M. J., 667
Grayson, A., 199, 256
Green, L. A., 120
Greenbaum, C. W., 223
Greenberg, R. S., 311
Greenberger, E., 418
Greene, J. W., 400
Greene, V. L., 640
Greenfield, E. A., 694
Greenfield, P. M., 334
Greenhaus, J. H., 498
Greenough, W. T., 93, 143
Gregg, R. E., 490
Gregory, R. J., 51
Greve, W., 699
Greven, P., 283
Greydanus, D. E., 309
Grier, K., 586
Griffin, J. L., 515
Griffith Joyner, F., 466
Grigorenko, E. L., 93, 110, 323, 329, 330, 335
Grigoriadis, S., 128
Gringlas, M. B., 292
Grining, C. P. L., 226
Grogan-Kaylor, A., 287
Grolnick, W. S., 211, 529
Gross, R. T., 392
Grosser, G. S., 313
Grossman, J. B., 11
Grossmann, K., 220
Grotevant, H. D., 85, 431
Groth, K. E., 648
Groz, E., 363
Gruber, E., 394
Gruber, J. W., 394
Gruber-Baldini, A. L., 696
Gruman, C., 707
Grundman, M., 665
Grusec, J., 272, 359
Guadagno, L., 667
Guarnaccia, C., 724
Guastello, D. D., 363
Guastello, S. J., 363
Gudykunst, W. B., 450
Guerra, N. G., 372
Guilford, J. P., 323
Gump, B., 568
Gunnar, M. R., 167, 207
Gunter, B., 298
Guo, Y. L., 110
Gur, R. C., 362
Gurin, J., 476
Gurland, S. T., 529
Gurung, R. A., 693
Gurwitch, R. H., 353
Gustafson, D., 664
Gutman, L. M., 467
Gutmann, D. L., 696
Gwyn, K., 555
Gyamfi, P., 292

Haager, D., 316
Haan, M. N., 663, 669
Haans, D., 403
Haas, F., 721
Haber, D., 679
Hack, M., 122
Hagekull, B., 210
Hager, M., 707
Hagestad, G. O., 601
Hahn, C. S., 85
Hahn, D. B., 473, 480
Hahn, W. K., 142
Haider-Markely, D. P., 707
Haith, M. M., 153, 165, 319
Hake, J. L., 167
Hakuta, K., 341
Halford, G. S., 252
Halgunseth, L., 283, 292
Hall, G. S., 434
Hallahan, D. P., 313, 316
Hallberg, I. R., 707
Haller, I. V., 558
Hallfors, D. D., 458
Halonen, J., 449
Halonen, J. A., 322

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
MAIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620

Halpern, D., 361
Halverson, C. F., 278
Hamasaki, N., 619
Hambleton, R. K., 374
Hamburg, B., 386, 388
Hamburg, D., 386, 388
Hamburg, D. A., 420
Hamet, P., 17
Hamilton, M. A., 11, 420, 539
Hamilton, S. F., 11, 420
Hamilton, T. E., 512
Hamm, J. V., 368
Hammen, C., 14, 516
Hammer, M., 654
Hammonds, A., 669
Han, S. K., 658
Han, W. J., 290
Hanaoka, H., 678
Hanc, J., 466
Hanevold, C., 311
Hanish, L. D., 228
Hankinson, S. E., 551
Hannish, L. D., 372
Hansen, D. J., 287
Hansen, M. V., 647
Hansson, R., 712, 713
Happaney, K., 286
Harasymowycz, U., 340
Harding, B., 138
Harding, R., 145
Hardison, C. M., 334
Hardman, M. L., 315
Hardy, J. B., 396
Hardy, T., 674
Hariri, A. R., 213
Harkins, S. W., 628
Harkness, S., 144, 221, 292
Harley, A., 271
Harley, J. P., 76
Harlow, H. F., 217, 295
Harlow, K., 667
Harmon, R. J., 210
Harpalani, V., 26
Harris, A. H. S., 570, 571
Harris, C. R., 516
Harris, G., 168, 692
Harris, J. R., 94, 287
Harris, L., 308, 368, 628
Harris, S. M., 557
Harrison-Hale, A. O., 283, 292, 293
Hart, B., 197, 198, 330
Hart, C. H., 258
Hart, D., 269, 420
Harter, S., 349, 350, 426, 427, 458
Hartley, A. A., 655
Hartshorne, H., 273
Hartup, W. W., 94, 294, 370, 371, 514
Harvey, J. H., 516
Harwood, L. J., 148
Harwood, R., 283
Haselager, G. J. T., 371
Hashemi, F., 123
Hasher, L., 20, 651
Hatcliffe, S., 640
Hatfield, E., 275
Hauck, S. J., 619
Haug, M., 617
Haugaard, J. J., 287
Hauselmann, H. J., 633
Hauser, S. T., 436
Havighurst, R. J., 679
Havighurst, S. S., 271
Hawking, S. J., 565
Hawkins, D. N., 15
Hawkins, D. P., 287
Hawkins, J. A., 416
Hawkins, S. A., 550, 635
Hawkley, L. C., 519, 553, 620, 625
Haxby, J. V., 649
Hay, D. F., 295, 373
Haycock, J. W., 622
Hayflick, L., 618
Hays, J. C., 669
Hayslip, B., 708, 712, 713, 720, 724
Hazan, C., 287, 509
Hazen, C., 165
Heath, A. C., 480
Heather, N., 482
Hedberg, K., 707
Hedden, T., 651
Heilbronn, L. K., 636
Heilman, A. W., 339
Heincke, C. M., 222
Held, R., 158
Helgeson, V. S., 60, 499
Helm, K. K., 146
Helmreich, R., 363
Helmuth, L., 20, 651
Helson, R., 581, 590, 595
Helwig, C., 359
Hemphill, S., 214
Henderson, P., 136
Hendrick, C., 515
Hendrick, S., 528
Hendrick, S. S., 515
Hendrick, V. C., 128
Hendry, J., 262, 436
Henneman, E. A., 705
Hennesey, B. A., 324
Henriksen, L., 298, 299, 394
Henry, D. B., 455
Henry, J. D., 651
Henry, W., 679
Hensley, K., 619
Hepper, P. G., 239
Herbst, M. A., 114
Herek, G., 484
Herkner, B., 315
Herman, C. P., 476
Herman-Giddens, M. E., 285
Hermannsson, G., 241
Hernandez, D., 367, 455
Hernandez-Reif, M., 123, 124, 164, 165
Herrera, C., 211
Herrnstein, R. J., 333
Herron, J., 71
Herschkowitz, N., 8
Hertenstein, M. J., 211
Hertzog, C., 656
Herzog, E., 277
Hespos, S. J., 166
Hess, P., 549
Hess, T. M., 20, 652
Hetherington, E. M., 45, 92, 290, 291, 367, 534, 535, 536
Hewlett, S. A., 530
Hicks, J., 375
Higgins, M. M., 636
Hill, C. R., 365
Hill, J., 289
Hill, L. T., 260
Hill, R. D., 15
Hillis, S. D., 398
Himes, C. L., 696
Hinson, J. T., 652
Hirsch, B. J., 416
Hiscock, H., 209
Hitch, G. J., 252
Hixon, J. G., 512
Hobbins, D., 286
Hobel, C. J., 113
Hockenberry, M., 118, 307, 310
Hofer, B. K., 379
Hoff, E., 197, 256, 293, 338
Hofferth, S. L., 398
Hoffman, J. P., 427
Hoffman, L. W., 223, 289
Hoffman, M. L., 273, 358, 359
Hoffman, S., 398, 552
Hoffmann, E. A., 490
Hogan, D. P., 696
Hogan, M. J., 648
Hohne, E. A., 194
Holding, S., 113
Holland, J. L., 495, 496
Hollier, L. M., 111
Holman, T. B., 525
Holmbeck, G. N., 437
Holmes, D., 693
Holmes, E. K., 529
Holmes, M. M., 489
Holmes, T. H., 585
Holstein, M. B., 698
Holtzen, D. W., 240
Holtzman, R. E., 693
Honzik, M., 472
Hoogland, P. V., 667
Hopkins, B., 157, 158
Hopkins, D., 707
Hopkins, J. R., 36
Hopkins, K., 687
Horgas, A. L., 571
Horn, I. B., 283
Horn, J. L., 562
Horn, M., 586, 587, 589
Horne, G., 708
Horne, R. S., 145
Hornstein, M. D., 85
Hornung, M., 298
Horowitz, L., 509
Horton, D. M., 331
Hotton, T., 403
Houruath, D. L., 292
House, J. S., 657, 694
Hovell, M., 241
Howard, J., 660
Howard, L. R., 707
Howard, R. W., 331
Howe, L. J., 628
Howe, M. J. A., 337
Howe, M. L., 186, 253
Howley, E. T., 477
Hoyer, W. J., 22, 74, 498, 565, 568, 605, 625, 629, 639, 648, 650, 667
Hoyt, J., 324
Hsieh, C., 477
Hsu, H-C., 224, 406
Huang, W., 663
Huebner, A. M., 357
Huesmann, L. R., 299
Huffman, L. R., 259
Hughes, J. R., 482
Hughes, M., 528
Hull, M., 339
Hulme, P. A., 286
Hulse, G. K., 109
Hulton, L., 558
Hultsch, D. F., 585, 654, 655
Hummer, R. A., 570

Humphreys, K., 482
Hungerford, T. L., 722
Hunsley, M., 145
Hunter, G. R., 635
Hunter, K. I., 694
Husiman, E., 667
Huston, A., 377
Huston, A. C., 277, 298
Huston, T. L., 525, 529
Huttenlocher, J., 198
Huttenlocher, P. R., 139
Hutton, U., 252
Huxtable, R., 707
Huyck, M. H., 22, 566, 590, 690
Hwang, C. P., 224
Hybels, C. F., 661
Hyde, A., 118
Hyde, J. S., 12, 291, 358, 362, 485, 490, 532, 536, 537, 539
Hylton, C., 627
Hyman, I. E., 252
Hymel, S., 371

Iannucci, L., 111
Ibanez, V., 565, 650
Idler, E. L., 669
Ige, F., 145
Ilola, L. M., 554
Inhelder, B., 244
Inoff-Germain, G., 390
Insabella, G. M., 290
Insel, P. M., 308, 478
Institute of Medicine, 707
International Obesity Task Force, 473
Ireland, M., 457
Irlin, S., 300
Irwin, C. E., 405
Isaacowitz, D. M., 680
Ishii-Kuntz, M., 283, 293
Israel, M., 473
Ittel, A., 393
Iverson, P., 194

Jacklin, C. N., 362
Jackson, A. P., 292
Jackson, J. S., 695
Jackson, R., 275
Jacob, N., 90
Jacobs, J., 690
Jacobs, J. E., 413, 603
Jacobs, R. H., 696
Jacobson, J. L., 111
Jacobson, S. W., 111
Jacobvitz, D., 287
Jacquez, F. M., 457
Jadelis, K., 636
Jaffe, S. R., 398
Jaffee, S., 358
Jain, N., 110
Jain, T., 85
James, A., 292, 293
James, W., 163
Jamieson, L., 532
Jamner, M. S., 407
Jang, K. L., 480
Janowsky, J. S., 621
Janssen, I., 311, 476
Jenkins, A. M., 12, 61
Jenkins, C. L., 690
Jenkins, J. M., 255
Jennekens, F. G., 706
Jenni, O. G., 408
Jennings, P., 656
Jensen, A. R., 329
Jensen, S. J., 270
Jessor, R., 407
Ji, B. T., 114
Ji, G., 288
Jiao, S., 288
Jimenez, V., 102
Jing, Q., 288
Jirtle, R. L., 79
Joanette, Y., 142
Joffe, H., 558
Johannes, L., 637
Johansson, A., 241
Johnson, B. K., 630
Johnson, C., 13
Johnson, C. L., 691, 693, 697
Johnson, D., 287
Johnson, D. J., 226
Johnson, J. A., 374
Johnson, J. S., 340
Johnson, M. H., 141, 142
Johnson, M. K., 420
Johnson-Reitz, L., 290
John-Steiner, V., 40, 248
Johnston, L. D., 400, 401
Joiner, T. E., 693
Jolley, H. M., 53
Jones, M. C., 392
Jones, T. G., 379
Jordan, B., 209
Joseph, C. L. M., 114
Joseph, J., 70
Joseph, J. G., 283
Josephs, K. A., 663
Joslyn, M. R., 707
Joyner, K., 443, 445, 458
Judge, B., 457
Julian, D., 536
Jung, C., 547
Junghanns, K., 662
Jusczyk, P. W., 167, 194
Juurlink, D. N., 662

Kagan, J., 8, 25, 212, 213, 221
Kagan, J. J., 210, 226
Kahana, M. J., 650
Kahlbaugh, P. E., 492
Kahn, A., 145
Kahn, J. A., 396
Kahn, J. V., 51
Kahn, R. L., 694, 698
Kahn, S., 557
Kaiser, F. E., 625
Kalick, S. M., 512
Kalil, A., 15
Kalish, R. A., 714, 715, 718, 721, 725
Kallen, B., 107
Kalmuss, D., 488
Kamel, H. K., 550
Kamerman, S. B., 225
Kamii, C., 319
Kang, D., 619
Kannass, K. N., 186
Kanner, A. D., 586
Kanoy, K., 284
Kantowitz, B. H., 49
Kantrowitz, B., 268
Kaplow, J. B., 403
Karlberg, J., 146
Karlsson, M., 635
Karniol, R., 363
Karrer, B., 605
Karris, G. E., 705
Kaskutas, L. A., 482
Kaslow, N. J., 458
Kasper, J. D., 688
Kastenbaum, R., 708, 713, 715, 716, 720, 724
Kater, L., 706
Katz, L., 376
Katz, L. F., 260
Katz, P. A., 348
Kauffman, J. M., 316
Kaufman, P., 328
Kaufmann, J. M., 313
Kaugers, A. S., 109
Kavsek, M., 189
Kaye, J. A., 621
Kazdin, A. E., 283, 284
Kearsley, R. B., 210, 226
Keating, C. F., 362
Keating, D. P., 399, 412, 413, 491
Keating, G. M., 560
Keel, P. K., 407
Keen, R., 158, 169
Keller, A., 269
Keller, H., 46
Kelley-Moore, J. A., 693
Kellman, P. J., 161, 163, 164
Kelloway, E. K., 497
Kelly, G. F., 397
Kelly, J., 290, 367, 534
Kelly, J. A., 486
Kelly, J. R., 569
Kelly, K., 377
Kemper, H. C., 476
Kemper, S., 624
Kempermann, G., 622, 654
Kendler, K. S., 406
Kennedy, H. P., 128
Kennedy, J. F., 476
Kennedy, M. F., 308
Kennedy, Q., 680
Kennedy, S. H., 128
Kennell, H. H., 129
Kennell, J. H., 119, 129
Kephart, W. M., 516
Kern, S. I., 490
Kerr, M., 213
Kessen, W., 153
Kessler, D. P., 706
Kessler, R., 547, 584
Kevorkian, J., 707
Keyes, C., 584
Kiecolt-Glaser, J. K., 534, 553, 662, 665
Kiernan, R. M., 477
Kilbride, H. W., 121
Kilpatrick, D. G., 488
Kim, J., 286
Kim, J. E., 660
Kimm, S. Y., 408
Kimura, D., 361
King, A., 477
King, A. C., 477
King, B. M., 484
King, P. M., 356
Kirchhoff, K. T., 707
Kirk, R. E., 53
Kirkley, J. R., 374
Kirkpatrick, L. A., 510

Kisilevsky, B., 166
Kisilevsky, B. S., 166
Kitzman, K. M., 534
Kivnick, H. Q., 600
Klaczynski, P. A., 413
Klaus, M. H., 119, 129
Klaus, P. H., 119
Klein, D. A., 76
Klein, L., 209
Klein, M. S., 402
Klein, N., 122
Klein, R. E., 149
Klesges, L. M., 108
Kline, D. W., 551
Kline, G. H., 533
Kling, K. C., 427
Klingberg, T., 236
Klinger, J. K., 316
Klug, W. S., 79
Klumb, P. L., 626
Knapp, J., 657
Knecht, S., 142, 239
Knight, B. G., 660, 668
Knowles, R., 81
Kobak, R., 436
Kobasa, S. C., 557
Kochanoff, A., 225
Kochanska, G., 214
Kochenderfer-Ladd, B., 372
Koenig, H. G., 571, 662, 669
Kogan, M. D., 116
Kogan, S. M., 286
Kohlberg, L., 272, 353, 354, 356, 357, 358
Kohn, M., 707
Kohnstamm, G. A., 212
Kohut, M. L., 625
Kolarz, C. M., 681
Kopp, C. B., 211
Koppelman, K., 12, 378
Korbin, J. E., 455
Koren, G., 104
Koriat, A., 252
Kornhaber, M., 328
Kosinski, M., 723
Kostelny, K., 24
Kotch, J. B., 285
Kotler, J. A., 298
Kotovsky, L., 183
Kotre, J., 581
Kottak, C. P., 449
Kovelman, I., 340
Kovera, M. B., 490
Kozberg, S. F., 413
Kozol, J., 376
Kozulin, A., 249
Kraebel, K. S., 185
Kraehenbuhl, H., 662
Kralik, D., 633
Kramer, A. F., 635, 648, 654, 656
Kramer, D. A., 492
Kramer, M., 147, 149
Krampe, R., 337
Krampe, R. T., 9, 655, 682
Krause, K. H., 315
Krause, N., 669, 688, 694
Kraut, R., 520
Krebs, D. L., 358
Krenzer, M. E., 708
Kreutzer, M., 324
Kreye, M., 210
Krimel, L. S., 237
Kroger, J., 429
Krogh, D., 71
Kroonenberg, P. M., 220
Krous, H. F., 138
Krowitz, A., 165
Kruczek, T., 285, 286
Kruger, M., 113
Krystal, A. D., 127
Ksir, C. J., 482
Kubat-Silman, A. K., 656
Kübler-Ross, E., 715, 716
Kuczaj, S. A., 270
Kuebli, J., 270, 351
Kuersten-Hogan, R., 287
Kuhl, P. K., 193, 194, 199
Kuhn, D., 184, 324, 412, 413
Kuhn, H. G., 654
Kuhn, M., 15
Kulbok, P. A., 407
Kumari, A. S., 112
Kunnen, E. S., 428
Kunzmann, U., 8
Kupersmidt, J. B., 295, 371
Kurdek, L. A., 518, 536
Kurland, D. M., 252
Kwak, H. K., 214
Kwon, S., 652
Kyari, O., 112
Kyba, F. C., 705

L

Laberge-Nadeau, C., 413
Labouvie-Vief, G., 491, 593
Lachlan, R. F., 196
Lachman, M. E., 547, 548, 549, 551, 566, 584, 585, 588, 593, 596, 602, 604, 699
Lackmann, G. M., 108
Lacoste, H., 83
Ladd, G., 371
Ladd, G. W., 371, 372
La Greca, A. M., 353
Laible, D. J., 436
Lakes, R. D., 12, 499
Lamb, C. P., 224
Lamb, C. S., 512
Lamb, M. E., 130, 177, 224, 225, 227
Lamb, V. L., 712
Lambert, S. B., 111
Lammers, W. J., 49
Lampman-Petraitis, C., 434
Lan, T-Y., 625
Landgren, B. M., 558
Landis, K. R., 694
Landry, A. G., 309
Lane, J. T., 477
Lane, M. A., 636
Lang, C. E., 146
Lang, F. R., 599, 680
Lang, R., 85
Langa, K. M., 663
Langer, A., 165
Langer, E. J., 640, 656, 717
Langlois, J. H., 228
Langston, W., 50
Lansford, J. E., 693, 696, 698
Lanzi, R. G., 331, 332
Lapsley, D., 356
Larsen, L. H., 552
Larson, D. B., 570, 572, 669
Larson, J., 525
Larson, J. H., 525
Larson, R., 434, 437
Larson, R. W., 388, 439, 446, 447, 467
Larzelere, R. E., 283, 284
Lasko, D., 124
Latham, N. K., 635
Lauerman, J. F., 615
Laukli, E., 628
Laungani, P., 725
Laursen, B., 293, 436, 437, 510
LaVoie, D., 678
Lawton, M. P., 681
Layzer, J., 377
Lazarus, R. S., 586
Leadbetter, B., 450
Leadbetter, B. J. R., 398
Leaper, C., 277
Leary, M. R., 52, 60
Leavitt, C. H., 240
Lederma, R. P., 129
LeDoux, J. E., 213, 399
Lee, D. J., 680
Lee, G. R., 690
Lee, I. M., 477, 636, 637
Lee, R. K., 129
Lee, S., 380
Lee, S. Y., 147
Lee, V. W., 627
Lee, W. K., 660
Leeman, C. P., 706
Leewenburgh, C., 363
Lehman, H. C., 492
Lehrer, C. A., 417
Lehtonen, L., 123
Leifer, A. D., 300
Leinbach, M. D., 275, 276, 278
Lemery, K. S., 90
Leming, M. R., 717, 723
Lemmon, K., 269
Lenders, C. M., 113
Lenhardt, M. L., 628
Lenoir, C. P., 145
Lenton, A. P., 277, 360
Leonard, B., 559
Leonard, C., 324
Leonards, U., 565, 650
Leong, D. J., 247
LePine, M. A., 497
Lepkowski, J., 397
Lerner, H. G., 506, 510, 538
Lerner, R. M., 25
Lesaux, N. K., 340
Lessow-Hurley, J., 340
Lester, B., 111
Lester, B. M., 109, 126
Lester, R. A., 116
Leuba, G., 663
Levant, R. F., 539
LeVay, S., 361, 485
Levelt, W. J. M., 8
Leveno, K. J., 125
Levenson, G. D., 598
Levenson, M. R., 590
Leventhal, A., 441
Leventhal, A. G., 622
Leventhal, T., 388, 450
Levie, R., 191
Levin, B. G., 720
Levin, J. S., 570, 669
Levine, A., 434
LeVine, S., 590
Levine, S., 198
Levinson, D. J., 568, 581, 588
Levinson, R. A., 640
Levitt, P., 107
Levy, B. R., 656
Levy, F., 418

Levy, G. D., 279
Levy, M. M., 706
Lewallen, L. P., 114
Lewin, D. S., 408
Lewin, K., 30
Lewis, C., 224, 371
Lewis, M., 208, 209, 215, 220, 224, 270, 434, 510, 596, 630
Lewis, M. D., 207
Lewis, M. W., 109
Lewis, R., 78, 79, 80
Lewis, R. J., 397
Lewkowicz, D. J., 169
Leyendecker, B., 11, 292, 293
Li, M., 8, 625
Li, S. J., 665
Liben, L. S., 228, 361
Lickliter, R., 76, 169
Lie, E., 187
Lie, R. T., 110
Liebergott, J., 194
Lifshitz, F., 146
Lifter, K., 195
Lifton, R. J., 717
Light, K. C., 477
Lillard, L. A., 690
Lim, B. O., 619
Limber, S. P., 373
Lindenberger, U., 8, 9, 24, 623, 648
Lindsay, D. S., 253
Linn, M. W., 694
Linver, M. R., 12
Lippa, R. A., 12, 274
Liprie, M. L., 414
Lipsitt, L. P., 145
Lipsitz, J., 368
Litovsky, R. Y., 167
Litt, I. F., 403
Little, H. A., 403
Liu, H. M., 199
Livesly, W., 349
Livson, N., 554
Lobel, M., 113
Locher, J. L., 697
Lock, A., 192
Locke, J., 6
Löckenhoff, C. E., 680
Loeb, S., 226
Loeber, R., 454
Loftus, E. F., 252
Logsdon, M. C., 457
Lohr, M. J., 442
London, M. L., 147
Long, L., 368
Long, T., 368
Longfellow, H. W., 644
Longman, P., 687
Lopata, H. Z., 696
Lopez-Toledano, M. A., 663
Lorensen, M., 223
Lorenz, K. Z., 43, 47
Lott, B., 276
Loughlin, A., 662
Loveland Cook, C. A., 113
Low, A., 555
Lowe, M. R., 476
Lowe, X., 80
Lu, H. H., 532
Lucas, R. E., 21, 498, 572
Lucas, S., 395
Luciana, M., 81
Lucrecio, 578
Lucurto, C., 329
Ludington-Hoe, S. M., 123
Ludvigsson, J., 241
Luggen, A. S., 549
Lund, D. A., 720
Lundberg, I., 315
Lundell, L., 359
Luque, J. M., 622
Luria, A., 277
Luster, T., 10
Luszcz, M., 693
Lyke, J., 708
Lyndaker, C., 558
Lynn, C., 114
Lynn, R., 333
Lyon, T. D., 324

MacCallum, F., 85
MacCallum, J., 665
Maccoby, E. E., 10, 94, 208, 276, 277, 291, 362, 366
MacCorquodale, P., 395
MacDorman, M. F., 108, 115, 145
MacFarlane, J. A., 168
MacGeorge, E. L., 364, 539
Macias, C., 720
Maciokas, J. B., 648
MacLean, W. E., 79
MacWilliam, L., 625
Madden, D. J., 8, 564, 623, 648
Madden, T., 451
Maddi, S., 557
Maddi, S. R., 557
Madhaven, S., 122
Madsen, S. D., 366
Maehr, M. L., 11
Magai, C., 669
Maggs, J. L., 368
Magliulo, F., 427
Magnuson, K., 288, 294
Magnusson, D., 393
Magrini, N., 107
Magwere, T., 636
Mahler, M., 215
Mahn, H., 40, 248
Maier, H., 547
Main, M., 221
Maines, D. R., 588
Maioni, T. L., 298
Maiti, A. K., 207
Majd, M., 316
Majumdar, I., 241
Makhoul, J. R., 123
Makrides, M., 147
Malinosky-Rummell, R., 287
Mallet, E., 145
Malley-Morrison, K., 13
Malmgren, K. W., 287
Malone, P. S., 371
Maluso, D., 276
Mandler, J. M., 183, 184, 187, 252, 319
Manev, H., 622
Manev, R., 622
Mannell, R. C., 568, 699
Mannessier, L., 110
Manning, W. D., 533
Manor, O., 722
Manton, K. G., 621
Manton, K. I., 571
Maracek, J., 13
Marcell, J. J., 550
Marcell, T. J., 550, 635
Marchman, V., 197, 199
Marcia, J. E., 429
Marck, K., 622
Marcoen, A., 653
Marcovitch, H., 315
Marcus, D. L., 140
Marcusson, J., 663
Marecek, J., 537
Margolin, L., 286
Marild, S., 147
Marin, L., 155
Markesbery, W. R., 624
Markides, K. S., 680, 696, 697
Markman, E. M., 195
Markman, H. J., 526
Markowitz, M., 110
Markowitz, S., 688
Marks, N. F., 694
Markson, E. W., 696
Markus, H. R., 597
Marshall, N. L., 228
Marshall, T. R., 209
Marshall, V. W., 685
Marsiglio, W., 224, 366
Marsiske, M., 626, 682
Martin, C. L., 228, 276, 278
Martin, E. D., 480
Martin, G. M., 622
Martin, J. A., 615
Martin, M. T., 289, 290, 534
Martin, R. J., 123
Martin, S. E., 211
Martinelli, M., 629
Martines, J., 136
Martinez, E., 283, 292
Martinez, I., 79
Martin-Matthews, A., 605
Martins, M., 339
Martyn, C. N., 122
Marzano, R. J., 10
Mash, C., 170
Masten, A. S., 409
Masters, W., 488
Mastrobattista, J. M., 109
Mastroiacovo, P., 107
Matas, L., 210
Matheny, A. P., 213
Mather, M., 680
Mathew, J. L., 148
Mathews, F., 112
Mathews, T. J., 108, 145
Matlin, M. W., 13, 60, 277, 280
Matsumoto, D., 11, 51
Matthews, K., 568
Matthews, S. H., 605
Matthias, R. F., 630
Matusov, E., 249
Matzo, M. L., 707, 721
Mauer, E. B., 473, 480
Maughan, A., 287
Maulik, D., 110, 116
Maurer, D., 8, 164
Mauro, V. P., 76
Maxson, S., 89
May, C. P., 651
May, E. L., 685
May, M. S., 273
May, V., 686
Mayer, J. D., 352
Mayer, R. E., 40, 321
Mayeux, L., 295
Mayhew, M. J., 356
Mayo Clinic, 476
Mayr, U., 655

Mays, V. M., 486
Mazzeo, S. E., 407
McAdams, D. P., 602
McAdoo, H. P., 292
McAleer, J. L., 298
McAuley, E., 635
McBurney, D. H., 72
McCall, R. B., 189
McCarthy, J. P., 635
McCartney, K., 228
McCarty, M. E., 158
McClain, C. S., 717
McClellan, M. B., 706
McClellan, M. D., 676
McClintic, S., 270
McCombs, B. L., 374
McCormick, C. B., 254, 324
McCormick, M. C., 114
McCoy, R. C., 145
McCoy, S. J., 128
McCrae, R. R., 584, 593, 596
McCreary, D. R., 472
McCullough, M. E., 571, 669, 717
McDaniel, M. A., 651
McDonough, L., 187
McDougall, G. J., 652
McDougall, P., 371
McDowd, J. M., 648
McElhaney, J. E., 625
McElrath, T. F., 113
McFarlane, T., 476
McGavock, J. M., 636
McGee, K., 316
McGee, T. R., 455
McGoldrick, M., 521
McGrath, S., 119
McGrath, S. K., 129
McGregor, K. K., 256
McGue, M. K., 85
McGuire, F., 568
McGuire, L., 662
McGuire, S., 89
McHale, J., 287
McHale, J. P., 221, 287
McHale, M., 436
McHale, S. M., 277
McIntire, D. D., 125
McIntyre, J. G., 349
McKain, W. C., 690
McKellar, J., 482
McKenna, J. J., 145
McKenzie, B. E., 164
McKnight, A. J., 649
McKnight, A. S., 649
McLearn, K. T., 93, 226
McLeod, J. D., 585
McLoyd, V. C., 13, 283, 292, 293, 377, 451
McMillan, J. H., 49
McMullin, D. L., 567
McMullin, J. A., 685
McNamara, F., 144, 145
McRoy, R. G., 85
McTigue, K. M., 475
McVeigh, C. A., 129
Meacham, J., 270
Means, C., 532
Mearns, S., 714
Meghani, S. H., 708
Meguro, K., 665
Mehra, S., 398
Meier, P. P., 147
Mein, J. K., 489
Meis, P. J., 121
Meisel, S. M., 287
Melton, L. J., 633
Meltzoff, A. N., 184, 186
Memmler, R. L., 550
Menacker, F., 108, 145
Mendoza, C., 432
Menec, V. H., 625, 679
Ment, L. R., 122
Menyuk, P., 194
Mercy, J. A., 241
Meredith, N. V., 235
Merighi, J. R., 472
Merikangas, K. R., 480
Merrick, J., 81
Merrill, S. S., 549, 557
Merry, B. J., 619
Metts, S., 515
Meyer, E. C., 450
Meyer, I. H., 485
Mezulis, A. H., 362
Mhatre, M. C., 622
Michael, R., 17
Michael, R. T., 483, 484, 560
Michael, S. T., 723
Michel, G. L., 239
Michel, R. S., 150
Mikulincer, M., 508
Miles, J. D., 648
Miles, K. M., 668
Miller, B. C., 86
Miller, E. R., 637
Miller, J., 357
Miller, J. B., 538
Miller, J. G., 357
Miller, M., 532
Miller, P. H., 254, 319, 320, 324
Miller, S., 254, 320, 324
Miller-Day, M. A., 602, 603
Miller-Johnson, S., 371
Miller-Jones, D., 334
Minkler, M., 601, 698
Minns, R. A., 138
Minuchin, P., 224
Minuchin, P. O., 378
Mischel, W., 42
Misra, A., 474
Missmer, S. A., 85
Missonnier, P., 650
Mistry, J., 11
Mitchell, C., 59
Mitchell, E. A., 146
Mitchell, K. S., 407
Mitchell, M., 720
Mitchell, M. L., 53
Mitchell, V., 590, 595
Mitrani, V. B., 451
Mnookin, R. H., 291
Moane, G., 595
Moawad, A., 113
Modell, J., 9
Moe, K. E., 552
Moen, P., 568, 590, 658, 660
Moilanen, K., 394
Mok, K. H., 627
Monahan, D. J., 687
Monetta, L., 142
Monfils, L., 375
Monge, A., 667
Monk, C., 113
Montemayor, R., 438
Montgomery, M. J., 467
Moody, J., 457, 458
Moody, R., 85
Moon, R. Y., 145
Moore, C., 269
Moore, D., 76, 93, 443
Moore, K. A., 450
Moore, M. K., 186
Moorefield, B. S., 536
Moos, R. H., 497
Morales, A., 560
Moran, G., 220
More, J., 147
Morelli, G. A., 145
Morgan, J. D., 725
Morison, B., 658
Morison, V., 162
Morley, C., 232
Morley, J. E., 625, 626, 636
Morris, A. S., 358, 360, 363
Morris, D., 68
Morris, J. C., 665
Morris, J. E., 367, 455
Morris, J. K., 79
Morris, P., 45
Morrison, F. J., 330
Morrongiello, B. A., 167
Morrow, C. E., 109
Morrow, L., 386
Mortimer, J. T., 467
Mosciecki, E. K., 662
Moser, R. P., 710
Moses, J., 477
Moshman, D., 428
Mosko, S. S., 145
Moules, N. J., 720
Mounts, N. S., 439
Moya, J., 242
Mozingo, J. N., 148
Mroczek, D. K., 681
Mueller, M. P., 320
Mueller, N., 287
Muir, D. W., 166
Mulatu, S., 654, 658
Mulholland, H., 708
Müller, U., 254
Mullis, I. V. S., 379
Mulrine, A., 140
Mumme, D. L., 211
Mureno-John, G., 697
Murnane, R. J., 418
Murphy, A., 560
Murphy, M. C., 469
Murphy, S., 712
Murray, C., 333
Murray, C. S., 242
Murray, J. P., 298
Murray, M. J., 310
Murry, V. M., 529
Mussen, P. H., 472
Mustanski, B. S., 485
Muth, A. S., 707
Mutran, E. J., 601
Myers, D. G., 570
Myers, D. L., 454
Myerson, J., 333

N

Nabe, C. M., 705
Nabukera, S., 116
Nadar, K., 353
Nadelman, L., 49
Naess, H., 481
Nagel, N. G., 256
Naglieri, J., 326

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIA MENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Nagy, M., 713
Nagy, Z., 236
Nakamura, J., 493
Nakano, H., 196
Nansel, T. R., 372
Narang, A., 110
Narasimham, G., 414
Nash, J. M., 143
Nash, S., 147
National Association for the Education of Young Children, 258, 260
National Center for Addiction and Substance Abuse, 403
National Center for Children Exposed to Violence, 298
National Center for Education Statistics, 417, 497
National Center for Health Statistics, 121, 398, 406, 411, 455, 457, 473, 481, 486, 533, 553, 557, 613, 638
National Center for HIV, STD, and TB Prevention, 486
National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, 285
National Commission on the High School Year, 418
National Community Service Coalition, 420
National Council on Aging, 623
National Institute of Drug Abuse, 109
National Institutes of Health, 559
National Research Council, 321
National Vital Statistics Reports, 241, 457
Natsopoulos, D., 239
Navarrete, C., 79
Nazarian, J., 636
Neale, J. M., 14, 407
Needham, A., 158
Neglia, J. P., 310
Neihuis, S., 525
Neil, A., 110
Neill, M., 375
Neimeyer, R. A., 710
Neisser, U., 187, 330, 331
Nelson, C., 140, 141, 184
Nelson, C. A., 81, 140
Nelson, E. C., 480
Nelson, L. J., 468
Nelson, M. E., 633, 635
Nelson, R., 707
Nelson, V., 115
Nelson-LeGall, S., 377
Nelson-Mmari, K., 407, 446
Nemet, D., 308
Nemeth, N., 150
Nesse, R. M., 7
Nesselroade, C. S., 656
Neufeld, S. J., 211
Neugarten, B. L., 16, 22, 588, 592, 600, 679, 686
Neville, H., 143
Newcomb, M. D., 402
Newcombe, N., 187
Newell, K., 158
Newman, A. B., 629
Newport, E. L., 183, 340
Ng, S. H., 340
Nguyen, S. P., 278
NHANES, 310
NICHD Early Child Care Research Network, 224, 227, 368
Nichols, S., 388
Niederhofer, H., 113
Nielsen, S. J., 311
Nies, M. A., 633
Nisbett, R., 335
Noakes, M., 476
Nock, S., 533
Noice, H., 656
Noice, T., 656
Nolen, K., 149
Nolen-Hoeksema, S., 14, 434, 457, 662
Nordus, I. H., 668
Notarius, C. I., 526
Nottelmann, E. D., 390
Nowak, C. A., 550
Nsamenang, A. B., 446
Nucci, L. P., 356
Nugent, J. K., 126
Nugent, K., 126
Nusbaum, N. J., 660
Nussbaum, J. F., 6, 16, 604
Nutt, J. G., 667
Nuttman-Shwartz, O., 660

Oakar, M. R., 696
Oakes, L. M., 186
Oates, G., 654, 658
Oates, J., 199, 256
Oates, V., 572
Oberauer, K., 474
Occupational Outlook Handbook, 497, 500
Odallo, D., 486
Oddy, W. H., 147
Oden, R. P., 145
O'Donnell, L., 458
O'Donnell, W. T., 80
O'Dowd, A., 118
Oehninger, S., 84
Offer, D., 387, 428
Ogbu, J., 377
Ogbu, J. U., 377
Ohgi, S., 123, 126
Oishi, S., 21, 572
Okagahi, L., 10, 330
Okamura, H., 678
O'Leary, C., 107
Olen, K., 270
Olivardia, R., 406
Olsho, L. W., 628
Olson-Buchanan, J. B., 497
Olszewski-Kubilius, P., 337
Oltjenbruns, K., 713
Olweus, D., 373
O'Malley, P. M., 400, 401
Omoto, A. M., 516
Ong, A., 451
Ono, Y., 662
Ontai, L., 47, 445
Ontal-Grzebik, L. L., 432
Opfer, J. E., 245
Oppenheimer, V. K., 532
Organista, K. C., 697
Organización Mundial de la Salud, 407, 446
Orvaschel, H., 713
Osipow, S., 497
Oster, H., 168
Ostrove, J. M., 362, 581, 582, 595, 596
Ott, C. H., 719
Ottley, C., 240
Ouellette, S. C., 557
Overton, W. F., 6, 25, 93
Owens, J. A., 144
Owsley, C. J., 169
Oyewole, D., 243

Pachter, L. M., 292
Paffenbarger, O., 477
Paikoff, R., 392
Paikoff, R. L., 390, 434
Palmer, S. E., 291
Palmore, E., 680, 685
Palmore, E. B., 660
Paloutzian, R., 570, 571
Panchaud, C., 397
Pang, V., 450
Pansky, A., 252
Papalia, D. E., 498
Papp, C., 84
Papp, Z., 84, 120
Parasuraman, R., 649
Parazzini, F., 108
Pardo-Crespo, R., 147
Pargament, K. I., 571
Park, C. L., 571
Park, D., 564
Park, D. C., 650, 651
Parke, R., 292
Parke, R. D., 6, 10, 221, 223, 224, 292
Parker, E. S., 649
Parker, J. G., 369, 371
Parker, P. S., 14
Parkin, A. J., 650
Parlee, M. B., 514
Parmet, S., 114, 116
Parnass, J., 277
Parnes, H. S., 657
Parrish, P., 687
Parslow, P. M., 145
Parsons, P. A., 620
Parten, M., 296
Partridge, L., 636
Pascali-Bonaro, D., 119
Pasch, L. A., 84
Pasley, K., 536, 690
Passuth, P. M., 588
Pastor, A. D., 480
Patel, D. R., 309
Patterson, B., 110
Patterson, C. J., 10, 287, 291, 485, 537
Patterson, G., 455
Patterson, G. R., 455
Pavalko, E. K., 657
Pavese, N., 622
Paveza, G., 668
Pavlov, I. P., 41, 43, 47
Payer, L., 559
Payne, A., 295, 373
Payne, A. M., 636
Payne, S., 708
Payne, W. A., 473, 480
Peaceman, A. M., 121
Peck, R. C., 677
Pedersen, P. B., 451
Pederson, D. R., 220
Pellegrini, A. D., 72
Pellizzer, C., 107
Peng, F. C., 662
Penninx, B. W., 635
Peplau, L. A., 291, 486, 519, 536
Perdue, C. W., 685
Perera, S., 669
Peretz, C., 490
Perez-Febles, A. M., 293
Perez-Perdomo, R., 311
Peris, T. S., 289, 290, 534
Perlin, L., 665
Perlman, D., 519
Perls, T., 90, 91, 615
Perner, J., 254
Perrin, J. M., 314
Perry, C. M., 697

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIA PRIUS SCIENTIA EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Perry, N., 177
Perry, P., 240
Perry, S. E., 118
Perry, T. B., 370
Perry, W. G., 491
Perry-Jenkins, M., 12
Peskin, E. G., 120
Peskin, H., 392, 554
Peterman, K., 158
Petersen, A. C., 389, 393
Petersen, B. E., 581, 582
Peterson, C., 254
Peterson, C. C., 588, 600
Peterson, D., 707
Peterson, K. S., 443
Peterson, S. R., 350
Petitto, L. A., 193, 340
Petrovitch, H., 664
Pfeifer, M., 212
Phelan, E. A., 698
Philippakas, A., 310
Phillips, D., 353
Phillips, D. A., 226
Phillips, K., 213
Phillips, S., 389
Phillips, W. T., 477
Phinney, J. S., 432, 451
Piaget, J., 32, 38-39, 47, 176-182, 245, 249, 271, 295, 316, 317, 318, 319, 410-411
Piccini, P., 622
Pickering, D. J., 10
Pierce, K. M., 368
Pierson, R. N., 619
Pijpers, F. I., 372
Pillow, D. R., 586
Pinderhughes, E., 85, 87, 88
Pinette, M. G., 83
Pinker, S., 196
Pintrich, P. R., 11
Piolino, P., 650
Pisoni, D. B., 167
Pittman, K., 6, 388
Pitts, S. C., 285
Pixley, J., 584
Plackslin, S., 127
Pleck, J. H., 539
Plemons, J. K., 585
Plomin, R., 91, 92, 93, 213, 332
Poelmans, S. A. Y., 11, 13
Polaha, J., 150
Polivy, J., 406, 476
Poll, J., 717
Pollack, W., 11, 363
Pollitt, E. P., 149
Ponterotto, J. G., 61
Poole, D. A., 253
Poon, H. F., 619
Poon, L. W., 10, 632, 634
Popenoe, D., 523, 533
Popkin, B. M., 311, 475
Popovich, D. J., 638
Popp, M. S., 339
Porges, S. W., 207
Posner, J. K., 368
Posner, M. I., 212
Poston, D. L., 288
Potenza, M., 413
Potter, S. M., 109
Potvin, L., 413
Powell, D. R., 288
Powell, G. N., 500
Powell, R. G., 12
Powers, D., 10, 473
Powers, L. E., 720
Pratt, H. D., 309
Pratt, M. W., 582
Preiss, D. D., 330
Prescott, L. M., 76
Prescott, S. L., 147
Presnell, K., 407
Pressley, M., 321, 322, 324
Preston, A. M., 242
Price, D. D., 629
Prickaerts, J., 8, 622
Prince, S., 353
Prinstein, M. J., 457
Prior, M., 271
Probst, T. M., 498
Prohaska, M. L., 511
Province, M. A., 633
Pruchno, R., 514, 690, 693
Pruyne, E., 623
Pujol, J., 236
Putnam, S. P., 211, 213
Putney, N. M., 602
Pyke, K. D., 687

Qu, B., 663
Quadflieg, N., 407
Quasimodo, S., 610
Quick, H. E., 660
Quilliam, S., 559
Quinn, J. F., 658
Quinsey, V. L., 485
Quintana, S. M., 433
Quintino, O., 125
Qutub, M., 111

Rabheru, K., 662
Rabin, B. E., 300
Rabiner, D. L., 372
Rabinowitz, V. C., 275, 364, 538
Radaelli, A., 551
Radke-Yarrow, M., 149
Rae, C., 80
Rafaelli, M., 396
Raffaeli, M., 436
Raffaelli, M., 47, 394, 432, 445
Rahe, R. H., 585
Rainey, W. E., 390
Ramakrishnan, U., 112
Ramchandani, N., 311
Ramey, C., 331
Ramey, C. T., 331, 332
Ramey, S. L., 331, 332
Ramirez, M., 433
Rampage, C., 89
Ramphal, C., 330
Ramsay, D. S., 209
Ramsey, E., 455
Randoph, S., 225
Ransil, B. J., 240
Ransjo-Arvidson, A. B., 119
Ransom, B. R., 667
Rantz, M. J., 639
Rao, N., 287
Rapaport, S., 623
Rapkin, B. D., 416
Rathunde, K., 472
Raudenbush, S., 54
Raven, P. H., 71
Raver, C. C., 211
Ravid, D., 191
Ravussin, E., 636
Ray, M., 328
Ray, O. S., 482
Raymo, J. M., 660
Rayner, R., 41
Reb, A. M., 708
Recchia, S., 270
Redinbaugh, E. M., 665
Reed, K. S., 719
Reeves, G., 315
Regev, R. H., 121
Reid, A., 346
Reid, C., 123
Reid, J. D., 584
Reid, L., 398
Reid, S. L., 547
Reilly, R., 306
Rein, G., 549
Reine, G. M., 120
Reiner, W. G., 274
Reis, H. T., 516
Reisman, A. S., 720
Reiss, D., 92
Reiter, A., 113
Reitzes, D. C., 601
Relier, J. P., 113
Religion in America, 569, 570
Remmo, C. J., 690
Renshaw, P., 371
Resch, N. L., 11
Resnick, M. D., 457
Rest, J. R., 356, 357
Reuter, M., 455
Reuter-Lorenz, P. A., 623
Revelle, S. P., 375
Revenson, T. A., 687, 695
Reyna, V. E., 322
Reyna, V. F., 322
Reynolds, A. J., 260
Reynolds, D. K., 714, 715, 718, 725
Rhhal, T. A., 651
Rhodes, D., 679
Rhodes, J. E., 11
Rhodes, S. R., 567
Ribotta, M., 622
Rice, D. P., 686
Richard, C. A., 145
Richards, M. H., 434, 437
Richardson, G. A., 109
Richter, L., 242
Rickards, T., 323
Rickert, V. I., 406, 408
Ridgeway, D., 270
Riebe, D., 679
Riedeger, M., 634, 699
Riethman, H., 618
Rigby, K., 373
Righetti-Veltema, M.,128
Riley, K. P., 624
Rimberg, H. M., 397
Rimm, A., 686
Rimm, E. B., 637
Ringdal, G. I., 719
Risdon, R. A., 138
Rishchynski, G., 708
Risley, T. R., 197, 198, 330
Rittey, C. D., 313
Rizzoli, R., 633
Robbins, G., 10, 473
Roberto, K. A., 601, 602, 689, 692
Roberts, B. L., 617
Roberts, B. W., 581, 596

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
SCIENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Roberts, D. F., 298, 394
Roberts, I., 679
Roberts, R., 286
Robertson, H., 488
Robins, R. W., 427, 684
Robinson, D. P., 400
Robinson, J. D., 15
Robinson, R., 707
Rochat, P., 215
Roche-Reid, B., 118
Rode, S. S., 129
Rodgers, C. S., 275, 276
Rodgers, J. L., 441
Rodgers, L. S., 722
Rodier, P. M., 107, 110
Rodin, J., 406, 476, 639, 717
Roedinger, H. L., 49
Roeser, R. W., 417
Rogers, A., 433
Rogers, M. F., 240
Rogoff, B., 40, 249
Rogol, A., 52, 390, 435
Rohner, E. C., 292
Rohner, R. P., 292
Roman, G. C., 652
Romer, A. L., 687
Roodin, P. A., 22, 74, 498, 565, 568, 605, 625, 629, 639, 667
Rook, K. S., 679
Roosa, M. W., 451
Roper Starch Worldwide, 658
Rosano, G. M., 559
Rose, A. A., 90
Rose, L. C., 50
Rose, S., 444
Rose, S. P., 140
Rosenbaum, J., 514, 690, 693
Rosenberg, S. D., 584
Rosenblith, J. F., 158, 186
Rosenblum, G. D., 434, 435
Rosenfeld, A., 596
Rosenfeld, B., 707, 717
Rosenman, R., 556
Rosenstein, D., 168
Rosenthal, C. J., 605
Rosenthal, D., 394
Rosenthal, R. L., 33, 60
Rosenthal, S., 510
Rosenzweig, M. R., 142
Rosnow, R. L., 33, 60
Rospenda, K. M., 490
Ross, F., 71
Rossi, A. S., 558, 588, 603
Roth, G. S., 636
Roth, J., 407, 439
Roth, M., 661
Roth, W. T., 308, 478
Rothbart, M. K., 211, 212, 213
Rothbart, M. L. K., 288
Rothbaum, F., 436, 439, 441
Rothstein, D., 241
Rousseau, J. J., 6
Rovee-Collier, C., 162, 185, 186
Rovira, M. T., 112
Rowe, J. W., 694, 698
Rowe, R., 390
Rowe, S. M., 247
Rubia, K., 399
Rubin, D. H., 114
Rubin, K., 351
Rubin, K. H., 298, 371
Rubin, Z., 59, 514
Ruble, D., 278
Ruble, D. N., 278
Rudkin, L., 696
Rudolf, K. L., 619
Rudy, T. E., 472
Ruff, H. A., 186
Rugolotto, S., 150
Rumberger, R. W., 417
Runco, M. A., 323
Rupley, W. H., 339
Rupp, K., 688
Rusbult, C. E., 516
Russ, S. W., 109
Russek, L. G., 557
Russell, D. W., 519
Russell, S. T., 458
Ruxton, C., 240, 311
Ryan, A. S., 147
Ryan, J., 110
Ryan, N. D., 434
Ryan, S. C., 639
Ryff, C., 584
Ryff, C. D., 547, 557, 582, 584, 685
Ryncarz, R. A., 356

S

Saarni, C., 208, 211, 351, 352
Sabol, W. J., 455
Sackett, P., 334
Sackett, P. R., 334
Sacks, J. J., 310
Saczynski, J., 656
Sadavoy, J., 668
Sadker, D. M., 11
Sadker, M. P., 11
Sadovsky, A. L., 279
Safar, M. E., 551
Safer, M. E., 629
Sagan, C., 71
Saigal, S., 122
Salamanca, F., 79
Salapatek, P., 153, 163, 164, 169
Salat, D. H., 621
Salovey, P., 352, 472
Salthouse, T. A., 8, 564, 648, 650, 656
Salvatore, M. E., 622
Samaniego, R. Y., 451
Sammi, A., 667
Samour, P. Q., 146
Samuelson, L. K., 151
Samuelsson, S., 315
Sanchez-Johnsen, L. A., 408
Sander, M., 79
Sandler, I., 586
Sands, R. G., 601
Sandstrom, M. J., 295, 371
Sangree, W. H., 698
Sanson, A., 214
Sanson, A. V., 213
Santiago-Delefosse, M. J., 248
Santrock, J. W., 249, 291, 322, 367, 374, 378, 449
Saracho, O. N., 257
Saraswathi, T. S., 11, 446
Sarigiani, P. A., 393
Sarks, A. J., 628
Sarrel, P., 488
Satre, D. D., 668
Sauber, M., 533
Savell, V. H., 310
Savin-Williams, R., 444, 485
Savin-Williams, R. C., 395, 444, 458
Sawnani, H., 108
Sax, L. J., 469, 470
Saxena, R., 408
Sayer, R., 663
Scafidi, F., 124
Scannell-Desch, E., 719
Scaramella, L. V., 434
Scarr, S., 91, 226, 329, 333
Schachman, K. A., 129
Schachter, S. C., 240
Schaefer, C. E., 295
Schaffer, D. V., 622
Schaie, K. W., 6, 8, 25, 54, 491, 563, 564, 618, 654
Schalagar, B. L., 236
Schank, R. C., 11
Scheer, S. D., 468
Schegel, A., 446
Scheidt, S., 556
Scheier, M. F., 469
Schellenach, C., 450
Schiebelhut, L., 353
Schiefelbein, V. L., 390, 435
Schieman, S., 662
Schiffman, S. S., 628
Schirm, V., 707
Schlossberg, N. K., 660
Schmidt, U., 406
Schmitt, D. P., 275
Schmitter-Edgecombe, M., 650
Schneider, B. H., 220
Schneider, W., 252, 321, 322
Schneiderman, N., 554
Schoka, E., 720
Scholl, T. O., 113
Schooler, C., 654, 658
Schorr, I., 363
Schott, J. M., 52
Schrag, S. G., 110
Schugens, M. M., 651
Schultz, M., 194
Schultz, R., 471
Schultz, U., 585
Schum, T. R., 150
Schwartz, G., 81
Schwartz, G. E., 557
Schwarzer, R., 585
Schweitzer, J., 315
Schwerha, D. J., 567
Schwimmer, J. B., 311
Scialfa, C. T., 551
Scott, C. M., 256, 638
Scott, L. J., 560
Scott-Jones, D., 376, 450
Scrimsher, S., 248, 250
Sears, R. R., 7
Sebre, S., 286
Sechzer, J. A., 275, 364, 538
Sedgh, G., 148
Seehusen, D. A., 128
Seeman, T. E., 620, 632, 693
Seftel, A. D., 630
Segerberg, O., 615
Segrin, C., 10
Seidenfeld, M. E., 406
Seidman, E., 415
Seier, W. L., 254
Seligman, M. E. P., 470, 532
Seligman, S., 124
Seltzer, J., 532
Sequin, R., 635
Seroczynski, A. D., 457
Serpell, R., 335
Serra, J. A., 664
Sewell, K. W., 721, 723
Seynnes, O., 635

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

Shaddy, D. J., 186
Shaeffer, L., 443
Shahidullah, S., 239
Shakespeare, W., 98
Shamir, A., 247
Shannon, F. T., 148
Shapiro, E. K., 378
Sharma, A. R., 85
Sharma, B. R., 706
Sharma, V., 128
Sharp, E. A., 525
Sharp, L., 389
Sharpless, N. E., 618
Shaver, P., 516
Shaver, P. R., 508, 509
Shaw, G. M., 110, 115
Shaw, J. D., 498
Shay, J. W., 619
Sheehan, D. K., 707
Sheets, R. H., 12, 377
Shelanski, M. L., 663
Shelton, D., 145
Shemie, S. D., 705
Shepard, G. H., 725
Sher, K. J., 480
Sheridan, L., 13
Sherif-Trask, B., 524
Sherwood, A., 477
Shetty, P. S., 637
Shi, Y., 622
Shields, S. A., 85, 364
Shiri, R., 560
Shneidman, E. S., 713
Shonk, S. M., 287
Shore, L. M., 658
Short, M., 559
Shrier, D. K., 490
Shrout, P. E., 154, 155, 587
Shuey, K. M., 692
Shulman, S., 467
Sickmund, M., 453
Siega-Riz, A. M., 310
Siegel, L. S., 189, 312, 340
Siegel, M. A., 662
Siegfried, T., 73
Siegler, I. C., 10, 551, 584, 632, 634
Siegler, R. S., 40, 254, 321
Sigman, M. D., 251
Signore, C., 111
Silberstein, L. R., 406
Siles, R. I., 433
Silk, J. S., 283, 437
Silva, A., 660
Silva, C., 339
Silver, M. H., 615
Silver, N., 526
Silverdale, M. A., 667
Silverman, N., 287
Silverstein, L. B., 224, 603
Simmons, R. G., 393
Simon, T., 325
Simons, J. M., 377, 410, 452
Simons, J. S., 651
Simons-Morton, B., 403
Simonton, D. K., 493
Sinclair, H. M., 600
Sinclair, R., 287
Singer, B., 557
Singer, D. G., 300
Singer, J. L., 323
Singer, L. T., 109
Singer, T., 8, 24, 647
Singh, M. A. F., 635
Singh, N. A., 635
Singh, S., 396, 397
Sitterle, K. A., 367
Skerrett, P. J., 636
Skerry, S., 349
Skinner, B. F., 41, 43, 47, 197
Skoglund, R. R., 692
Skoog, I., 663
Skovronek, E., 564
Slater, A., 162, 164, 165, 185
Slaughter, V., 254
Sleet, D. A., 241
Sleight, P., 551, 629
Slijper, F. M., 274
Slobin, D., 195
Slobin, D. I., 25, 199
Slomkowski, C., 455
Small, B. J., 564, 654
Small, D. H., 622
Small, S. A., 439
Smart, D., 214
Smedley, B., 283, 292, 293
Smetana, J., 356, 359
Smiley, M., 669
Smit, E. M., 85
Smith, A. D., 653
Smith, D., 315, 337, 339
Smith, D. W., 85
Smith, G. A., 650
Smith, J., 8, 19, 25, 73, 283, 617, 618, 649, 655, 682
Smith, K., 226
Smith, L., 166
Smith, L. B., 151
Smith, L. M., 108
Smith, R., 299
Smith, R. A., 53
Smith, S., 17, 525
Smith, T. B., 717
Smith, W. C., 169
Smock, P. J., 533
Smulian, J. C., 115
Smulyan, H., 551, 629
Snarey, J., 357
Snidman, N., 212
Snow, A. L., 663
Snowden, L. R., 555
Snowdon, D., 624
Snowdon, D. A., 624, 646
Snowling, M. J., 313
Snyder, H. N., 453
Snyder, J., 288, 455
Snyder, M., 516
So, K. F., 627
Socha, T., 292
Sohn, W., 397
Sollod, R. N., 570
Solomon, B., 663
Solomon, D., 228
Solot, D., 532
Soltero, S. W., 340
Somers, M., 162
Sommer, B., 559
Sommers, D. G., 657
Sophian, C., 184
Sores, C. N., 558
Sorokin, P., 107
Sosik, J. J., 567
Sosin, E., 406
Sower, J. C., 260
Spafford, C. S., 313
Spangler, D., 407
Spani, D., 525
Spear, H. J., 407
Spearman, C. E., 326
Speer, P. W., 259
Spelke, E. S., 166, 169, 183
Spence, A. P., 621
Spence, J. T., 363
Spence, M. J., 166, 167
Spencer, J. P., 151, 154
Spencer, M. B., 26, 378, 432, 450
Spielberger, C. D., 586
Spinrad, T. L., 211, 212
Spiro, A., 553
Spitze, G. D., 599
Spodek, B., 257
Sprecher, S., 488
Sprei, J. E., 489
Spring, J., 376
Springer, S. P., 239
Spuhl, S. T., 248
Squires, S. E., 186
Sroufe, L. A., 209, 220, 221, 287, 288, 436
St. Pierre, R., 377
Stafford, F. P., 365
Stahl, S., 339
Staines, G., 656
Stallard, E., 621
Stanford University Medical Center, 236
Stanhope, L., 288
Stanley-Hagan, M., 290, 367, 534, 536
Stanovich, K., 62
Stanwood, G. D., 107
Stark, E., 596
Stasse-Walthuis, M., 476
Statham, J. A., 652
Stattin, H., 393
Staudinger, U. M., 9, 547, 653, 682
Steele, C. M., 333
Stegelin, D. A., 234
Steiger, H., 473
Stein, M. T., 119, 314
Steinberg, L., 403, 409, 418, 437, 454
Steinberg, L. D., 283, 368, 434
Steiner, J. E., 168
Stelmach, G. E., 626
Stenkley, N. C., 628
Stephenson, J., 110
Steptoe, A., 469
Stern, D. N., 223
Stern, J. S., 638
Stern, L., 476
Stern, P., 378
Stern, W., 325, 326
Sternberg, R. J., 93, 323, 330, 331, 332, 335, 516
Sterns, H., 566
Stetsenko, A., 446
Steur, F. B., 299
Stevenson, H. W., 11, 283, 379
Stewart, A. J., 581, 595, 596
Stewart, D. E., 128
Stewart, E., 482
Stewart, W. J., 714
Stice, E., 407
Stieben, J., 207
Stifer, E., 627
Stigler, J. W., 380
Stillion, J. M., 712
Stipek, D., 270
Stocks, J., 108
Stokstad, E., 636
Stolberg, U., 210
Stolley, K. S., 85
Stouthamer-Loeber, M., 454
Strain, L. A., 568
Strand, A., 688

Straus, M. A., 283, 284
Strauss, M. A., 283
Strauss, R. S., 242
Streil, J., 529
Streissguth, A. P., 107
Stremmel, A. J., 260
Strickland, A. L., 719
Striegel-Moore, R. H., 406
Stroberg, P., 560
Stroebe, M., 720, 721
Stroebe, W., 721
Strong, B., 397, 486, 490
Strong, M. M., 515
Stuart, W. J., 714
Studenski, S. A., 669
Stunkard, A., 473
Sturm, R., 311
Styco, S., 260
Styfco, S. J., 260
Style, C. B., 528
Subramanian, S. K., 292, 293
Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 638
Sue, S., 450
Sugano, M., 619
Sugarman, D. B., 283
Sullivan, A., 438
Sullivan, C. E., 144, 145
Sullivan, H. S., 440
Sullivan, J., 81
Sullivan, J. L., 112
Sullivan, M. W., 161, 163
Suls, J., 556
Sun, M., 150
Suomi, S. J., 295
Super, C., 144
Super, C. M., 292
Super, E. M., 221
Susman, E. J., 52, 390, 435
Susman-Stillman, A., 366
Sussman, A. L., 223
Sutton-Smith, B., 295
Suzman, R., 621
Suzman, R. M., 616, 617
Suzuki, L. A., 51
Suzuki, M., 616
Swaab, D. F., 361, 485
Swain, A., 556
Swain, S. O., 515
Swan, G. E., 660
Swann, W. B., 512
Swanson, J. M., 315
Swarte, N. B., 706
Swearer, S. M., 372
Swendsen, J. D., 480
Swift, J., 612
Sylvia, S. N., 407
Symonds, E. M., 558
Symonds, I. M., 558

Tager-Flusberg, H., 256
Tagore, R., 191
Tait, D. M., 110
Takahashi, K., 220
Tamis-Lemonda, C. S., 17
Tang, M. P., 121
Tannen, D., 515, 538
Tanner, J. L., 603
Tappan, M., 357
Tardif, C., 220
Tardiff, T., 293
Tashiro, T., 518
Tasker, F. L., 292
Tate, J. D., 432
Taubman, B., 150
Taylor, H. G., 122
Taylor, J., 662
Taylor, L. S., 379
Taylor, M. G., 278
Taylor, R. J., 669, 695
Taylor, S., 122, 124
Taylor, S. E., 554, 693
Taylor, S. P., 697
Teissedre, F., 128
Tenenbaum, H. R., 50
Teresi, J., 693
Terman, D. L., 314
Terman, L., 337
Terry, D., 90, 91
Terry, D. F., 90, 615
Terry, W. S., 321
Tesch-Romer, C., 337
Teti, D. M., 177, 288, 600
Thal, D., 199
Thapar, A., 108
Tharp, R. G., 249
Thaver, J. F., 478
Thelen, E., 138, 151, 152, 154, 169
Thoma, S. J., 356
Thoman, E. B., 145
Thomas, A., 168, 212, 508
Thomas, C. W., 648
Thomas, D. R., 636
Thomas, K., 399, 443
Thomas, N., 696
Thompson, B., 481
Thompson, J. W., 114, 116
Thompson, K. M., 488
Thompson, P. M., 236
Thompson, R. A., 140, 207, 208, 211, 220, 221
Thompson, T. L., 15
Thomson, E., 536
Thonneau, P., 114
Thoresen, C. E., 570, 571
Thorstad, K. K., 122
Thorton, A., 395
Thrasher, J. F., 572
Thurlow, M. L., 417
Thurston, L., 316
Thurstone, L. L., 326
Ticku, M. K., 622
Timko, C. A., 476
Tinsley, B. J., 241
Tobin, J. J., 262
Tobin, S. S., 679
Tolan, P. H., 455, 456
Tomasello, M., 25, 199
Tonniges, T. F., 240
Toth, S. L., 287
Tough, S. C., 113
Towse, J. N., 252
Trasler, J. M., 114
Treboux, D., 508
Treece, P. D., 706
Treffers, P. E., 119
Trehub, S. E., 167
Tremblay, J., 17
Tremblay, T., 142
Tresaco, B., 240
Triandis, H. C., 11
Trimble, J. E., 61
Tritten, J., 118
Troen, B. R., 619
Troiano, R. P., 240
Troll, L. E., 691, 692, 693
Trommsdorff, G., 46
Troop, W., 371
Troseth, G. L., 279
Truitner, K., 710
Truitner, N., 710
Tsao, F. M., 199
Tsatsaris, V., 119
Tseng, V., 46, 283
Tsigos, C., 128
Tubman, J. G., 458
Tuch, H., 687
Tucker, B., 292, 293
Tucker, J. S., 402, 694
Tudge, J., 40, 248, 250
Tuladhar, R., 145
Tulving, E., 649, 650
Turbin, M. S., 407
Turgeon, J. L., 559
Turiel, E., 359
Turk, D. C., 472
Turner, B. F., 696
Turner, J. A., 639
Turner, M. G., 489
Turner, R., 395, 396
Turvey, C. L., 662
Tynes, T., 110
Tzuriel, D., 247

Ubell, C., 612
Udry, J. R., 441, 443, 445
Umana-Taylor, A. J., 432
Umberson, D., 694
Underwood, M. K., 362
Unger, B., 146
Unger, R., 311
UNICEF, 13, 112, 121, 242, 613
U.S. Bureau of Labor Statistics, 499
U.S. Bureau of the Census, 523, 533, 546, 601, 687, 688, 690, 691, 709
U.S. Department of Energy, 76
U.S. Department of Health and Human Services, 284-285, 455
U.S. Surgeon General's Report, 482
Urbano, M. T., 110
Urbina, S., 334
Uylings, H. B., 667

Vaillant, G. E., 480, 581, 584, 585, 594
Valdimarsdottir, U., 722
Valencia, R. R., 51
Valente, J. S., 559
Valeri, S. M., 519
Vallance, D. D., 351
Van Beveren, T. T., 118
Van Buren, E., 433
Vandell, D. L., 223, 228, 368
Van den Boom, D. C., 214
van den Bout, J., 720
Van Den Brink, C. L., 723
Van den Buick, J., 299
van den Hout, M. A., 720
Vanderpool, H. Y., 570
Vandewater, E. A., 582, 693, 696, 698
VandeWeerd, C., 668
Van Egeren, L. A., 287
Van Evra, J., 298
van Gundy, K., 662
Van IJzendoorn, M. H., 220

Van Mierlo, J., 299
Varni, J. W., 311
Vastag, B., 299
Veenema, S., 328
Ventis, W. L., 571
Ventura, S. J., 118
Verbrugge, L. M., 549, 557, 696
Vereijken, B., 154, 155
Verhaeghen, P., 653
Verloove-Vanhorick, S. P., 372
Verma, D., 628
Verma, S., 446, 448
Vernberg, E. M., 372
Verster, J. C., 479
Veveа, J., 198
Vidaeff, A. C., 109
Vidal, F., 38, 319
Vidyasagar, T. R., 313
Vik, O., 628
Vintzileos, A. M., 115
Virnig, B., 668
Visher, E., 536
Visher, J., 536
Vitaliano, P. P., 665
Vitiello, M. V., 552
Voelker, R., 408
Voeller, K. K., 315
Vogels, W. W., 651
Vohs, K. D., 572
Volker, D. L., 707
Voltaire, 504
Volterra, M. C., 192
von Goethe, J. W., 464
Votruba-Drzal, E., 226
Voydanoff, P., 498
Vreugdenhil, H. J., 110
Vurpillot, E., 251
Vygotsky, L., 39, 47, 247, 249, 296

W

Wachs, H., 317
Wachs, T. D., 212, 214, 508
Wadden, T. A., 476
Wadhwa, P. D., 113
Wagstaff, A., 242
Wahlin, A., 564
Wahlsten, D., 76
Wainryb, C., 357
Waite, L. J., 690
Walden, T., 211
Waldfogel, J., 290
Waldron, N., 316
Walk, R. D., 165
Walker, C., 707
Walker, E. F., 399
Walker, H., 456
Walker, L., 13, 207, 220, 221
Wall, T. L., 480
Wallace, R., 663
Wallace-Bell, M., 481
Wallerstein, J. S., 290
Wallston, B. S., 641
Walsh, L. A., 287
Walter, B. M., 650
Walters, E., 406
Wampold, B. E., 720
Ward, B. M., 111
Ward, L. M., 394
Ward, R. A., 599
Wardle, J., 240
Ware, J. E., 723
Wark, G. R., 358
Wark, M. J., 285, 286
Warner, K. E., 686
Warner, L., 260
Warr, P., 497, 657, 679
Warren, M. P., 390, 435, 559
Warren, S. T., 80
Warrick, P., 100
Warshak, R. A., 87, 88, 291, 367
Warzak, W. J., 150
Wass, H., 712, 713
Watenberg, N., 122
Waterman, A. S., 430
Waters, E., 25, 209, 221, 270, 508, 509
Watkinson, B., 108
Watson, G. H., 128
Watson, J., 255
Watson, J. B., 41, 146, 209
Watson, R., 533
Watson, W., 304
Watts, C., 489
Watts, K., 308
Waxman, S. R., 194
Way, N., 398
Waylen, A., 389
Weale, R. A., 627
Weatherford, W., 665
Weaver, A., 150
Weaver, R. F., 76
Weaver, S. E., 536
Weaver, S. L., 588
Weber, A. L., 516
Webster, W. S., 107
Wechsler, D., 326
Wechsler, H., 402, 478, 479
Weech-Maldonado, R., 555
Wehrens, X. H., 102
Weijers, H. G., 480
Weikart, D., 459
Weikart, D. P., 260
Weinberg, R. A., 329, 333
Weinberger, D. A., 455
Weincke, J. K., 402
Weinraub, M., 292
Weinstein, K. K., 600
Weinstein, N. D., 472
Weinstock, H., 397
Weise, I., 155
Weisner, C., 482
Weiss, R. E., 110
Weisz, A. N., 358
Welch, R. A., 83
Wellman, H. M., 254
Wells, B., 283
Wells, M. G., 350
Welti, C., 447
Wenestam, C. G., 714
Wenger, N. S., 15, 639
Wenjun, Z., 147
Wentura, D., 699
Wentworth, R. A. L., 258
Wentzel, K. R., 370
Wenze, G. T., 239
Wenze, N., 239
Wenzlaff, R. M., 511
Werth, J. L., 458
Wertsch, J. V., 247
West, R., 651
Westerberg, H., 236
Westra, T., 157, 158
Wethington, E., 568, 584, 590, 658
Wetterling, T., 662
Whiffen, V., 14
Whitbourne, S. K., 550, 582, 621
White, B., 158
White, C. B., 630
White, C. W., 258
White, J. W., 362, 600
White, L., 691
White, R., 239
Whitehead, B. D., 523, 533
Whitehead, D., 633
Whiteman, S. D., 15, 277
Whitesell, N., 458
White-Traut, R., 123
Whitfield, K. E., 696
Whiting, B. B., 292
Whitman, T. L., 398
Whitmeyer, V., 151, 169
Whittaker, C. R., 379
Wickelgren, I., 332
Wiesner, M., 393
Wigfield, A., 412
Wilcox, S., 722, 723
Wiley, D., 630
Wilkie, F., 654
Willcox, B. J., 616
Willcox, M. D., 616
Willford, J. A., 108
Williams, A., 16, 604
Williams, C. R., 300
Williams, E. M., 320
Williams, J. E., 361
Williams, M. H., 311
Williams, M. V., 621
Williams, R. B., 552, 554, 556
Williamson, B., 129
Williamson, D. E., 434
Williams-Wheeler, M., 403
Willis, S. L., 6, 8, 491, 547, 563, 584, 655
Willis, W. O., 114
Wills, T. A., 403
Wilmoth, J. M., 662
Wilson, A. E., 692
Wilson, B., 300
Wilson, K. S., 223
Wilson, M. E., 223
Wilson, R. S., 655
Wilson, S., 388, 446, 447
Windle, M., 458
Windle, W. F., 168
Wineberg, H., 532
Wingfield, A., 650
Wink, P., 569, 570, 595
Winner, E., 245, 337
Winsler, A., 248
Winstead, B., 515
Wintre, M. G., 351
Wiskott, L., 622
Wiswell, R. A., 550, 635
Witkin, H. A., 80
Wittkowski, J., 710
Wolinsky, F. D., 555
Wolke, D., 372, 389
Wong, A. M., 633
Wong, C. H., 626
Wong, D. L., 118
Wong, K., 140
Wood, A. G., 142
Wood, J. M., 648
Wood, J. T., 276, 515
Wood, M. D., 403
Woods, S., 372
Woods, A. M., 621
Woodward, A. L., 195
Woodward, N. J., 641
Wooley, S. C., 476

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Worden, J. W., 713, 720
Worobey, J., 126
Worthington, E. L., 725
Wortman, C. B., 7, 724
Wozniak, R., 33
Wren, T., 432
Wright, J. C., 298
Wright, M. R., 392
Wright, W. E., 618
Wu, B., 468
Wu, D. Y. H., 262

Yaffe, K., 654
Yali, A. M., 687, 695
Yang, A., 377, 410, 452
Yang, J., 593
Yang, N., 11
Yang, S., 335
Yarasheski, K. E., 550
Yates, M., 420
Yeats, D. E., 657
Yip, P. S., 146
Yirmiya, N., 223
Yoshikawa, H., 292
Young, D., 120
Young, H. M., 665
Young, K. T., 148
Youngblade, L. M., 223, 289
Youngman, L., 112
Youniss, J., 420
Yu, B. P., 619
Yu, V. Y., 122

Zabin, L. S., 396
Zajonc, R. B., 288
Zakriski, A. L., 295, 371
Zald, D. H., 142
Zandi, P. P., 664
Zarit, S. H., 660, 665
Zarof, C. M., 627
Zaslow, M., 10, 289
Zautra, A. J., 586
Zawistowski, C. A., 706
Zelazo, P. D., 254
Zelazo, P. R., 210, 226
Zeskind, P. S., 209
Zhang, J., 665
Zigler, E., 223
Zigler, E. F., 260
Zimmer, Z., 689
Zimmer-Gemback, M. J., 436
Zimmerman, C., 489
Zimmerman, R. S., 378
Zinn, M. B., 283
Zint, M., 242
Zitnik, G., 622
Zoppi, M. A., 84
Zucker, A. N., 581
Zuk, C. V., 144
Zuk, G. H., 144
Zukow-Goldring, P., 288
Zusho, A., 283

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Índice analítico

Abandono de la escuela, 416
Abismo visual, 165
Abuelos, 600-602
Abuso sexual de menores, 286
Accidentes
  en la niñez intermedia/tardía, 310
  en la vejez, 633
Acetilcolina en la vejez, 622
Ácido gamma-aminobutírico, 622
Acomodación en la teoría de Piaget, 38, 178
Acoso escolar, 372-373
Acoso sexual, 490
Actitudes
  frente a la muerte, en diferentes puntos del ciclo vital, 712-715
Aculturación y crianza de los hijos en las minorías étnicas, 292-293
Adaptación al envejecimiento cerebral, 622-623
Adaptación emocional durante el período posparto, 128-129
Adicción. *Véase también* Alcoholismo
  enfermedad como modelo de, 482
  proceso vital como modelo de, 482
ADN, 75
Adolescencia, 18, 21, 385-420
  actitudes frente a la muerte en, 714
  autoestima y, 427
  desarrollo cognitivo en la, 410-414
  desarrollo físico en la, 386-400
  desarrollo socioemocional, 425-460
  educación durante la, 415-420
  egocentrismo en la, 412-414
  embarazo durante la, 397-399
  muerte durante la, 712
  problemas y desórdenes alimenticios durante la, 405
  procesamiento de la información durante la, 413-414
  retos a los que se enfrentan los padres durante la, 88
  salud durante la, 407-410, 446
  sexualidad durante la, 393-394
  teoría de Piaget de la, 411-412
  transición a la edad adulta desde la, 466-471
  uso y abuso de sustancias durante la, 400-403
Adopción, 85-88
  gemelos educados por separado y, 70
Adultos con apego, 508
Adultos que viven solos
  en la juventud, 531-532
  en la vejez, 691-692
Afasia, 196
Afectividad, 212
Afroamericanos. *Véase también* Origen étnico
  cuidado prenatal entre, 115-116
  desarrollo de la identidad entre, 431-433
  educación y, 377-378
  inteligencia y, 333
Agresión, 362
Agudeza visual
  en la primera infancia, 163
  en la vejez, 626-627
Alcoholismo
  Alcohólicos Anónimos, 482
  desarrollo prenatal y, 107-108
  en la adolescencia, 401-402, 403-405
  en la juventud, 478-480
  tardío, 638
Alimentación con biberón, 136, 147-148
Altruismo
  en la niñez intermedia y tardía, 359
  en la vejez, 694
Alzheimer, enfermedad, 74, 663, 665
Amnesia infantil, 187
Amniocentesis, 83
Amnios, 102
Amígdala, 399
Amistad
  en la adolescencia, 440
  en la juventud, 514-515
  en la madurez, 600
  en la vejez, 693
  entre hombres y mujeres, 515
  entre hombres, 515
  entre las mujeres, 515
Amor, 512-517
  afectuoso, 516, 597
  consumado, 516-517
  en la madurez, 597
  en la vejez, 691
Analgesia para el parto, 119
Ancianos. *Véase* Vejez
Anciano-joven, 19, 617
Andamiaje
  en el desarrollo cognitivo, 247
  en la socialización, 223
Andar, aprender a, 154
Andrógenos, 274
Androginia, 363
Anemia falciforme, 81, 82
Anestesia epidural para el parto, 119
Angustia de separación, 210
Anomalías cromosómicas, 79-80
Anorexia nerviosa, 406
Anoxia, 118
Ansiedad
  ante el extraño, 210
  de separación, 210
Anticonceptivos, uso de los adolescentes de, 396-397
Apariencia
  atracción y, 511-512
  en la vejez, 625-626
Apego
  en la adolescencia, 435-437
  en la juventud, 508-510
  en la primera infancia, 217-221
  estilos de crianza y, 221
  significado del, 220-221
  teorías del, 217-218
  tipos de, 218-219
Apolipoproteína E (apoE), 663
Aprender a ir al baño, 150
Aprendizaje
  atención y, 184-186
  condicionamiento y. *Véase* Condicionamiento
  imitación y, 186
Área de Broca, 196
Área de Wernicke, 196
Asignación aleatoria, 53
Asimilación
  en la adolescencia, 451-452
  en la teoría de Piaget, 38, 178
Asociación Americana de Psicología, pautas éticas de, 60
Atención
  dividida, 648
  en la niñez temprana, 251
  en la primera infancia, 185-186
  en la vejez, 648-649
  selectiva, 648
  sostenida, 649
Atracción, 511-512
Atractivo físico, 512
Audición
  en la madurez, 531
  en la primera infancia, 166-167
Audiencia imaginaria, 412
Aula puzzle, 378
Autoestima, 427
  aumento de la, 350-351
  en la niñez intermedia/tardía, 349-351
  en la vejez, 684
Autonomía frente a culpa y fase de duda, 36, 215
Autorregulación, 212
Azotes, 283-287

Balbuceos, 193
Baja por maternidad, comparación internacional y, 225-226
Bebés
  con apego desorganizado, 219
  con apego inseguro evitante, 219
  con apego inseguro resistente, 219
  con apego seguro, 218
  con peso extremadamente bajo al nacer, 122
  contacto físico inicial entre los padres y, 129-130
  cuidado canguro, 122-123
  de bajo peso al nacer, 121-125

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
SCIENTIA ET SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Bebés (*Cont.*)
malnutrición de, 149-150
masaje terapéutico para, 123-125
nutrición de, 136
pequeños para su tiempo, 121
prematuros, 121
recién nacido. *Véase* Recién nacidos
retos a los que se enfrentan los padres durante la primera infancia, 87
síndrome del bebé zarandeado, 138
Bienestar, 9-10
Bilingüismo, 340-341
Bisabuelos, 692-693
Bisexualidad, 484
Blastocito, 101
Bondad innata, 6
Bulimia nerviosa, 406-407

Cafeína, desarrollo prenatal y, 107
Cáncer en la niñez intermedia/tardía, 310
Capa de mielina, 138-139
Capacidad lectora en la niñez intermedia/tardía, 339-340
Capacidades metacognitivas, 324
Carga genética, 93
Castigo físico en la niñez temprana, 283-288
Cataratas en la vejez, 627
Causalidad
correlación contrastada con, 53
permanencia del objeto y 182-183
Centenarios, 615-617
Centración en la teoría de Piaget, 245
Centros de nacimiento, 118-119
Cerebro
córtex cerebral del, 138-143
desarrollo cognitivo del, 236-237
desarrollo del lenguaje y, 196
desarrollo en la adolescencia del, 399
desarrollo en la niñez temprana del, 236-237
desarrollo infantil y, 138-141
diestro o zurdo y, 239
ejercicio y, 10
en la vejez, 621-625
experiencia temprana y, 142-143
lateralización del, 142
lóbulos del, 141
muerte cerebral, 705
Ciclo
temporal de la investigación, 54
vital, 613-617
Citas, 442
Clamidia, 487
Clasificación de roles de género, 362-364
Clave de naturaleza-medio, 23, 48
Clave de estabilidad y cambio, 23, 48
en el desarrollo en la madurez, 592-596
Climaterio, 558
Cocaína, desarrollo prenatal y, 108-109
Coeficiente de desarrollo, 188
Coeficiente intelectual, 325
Cognición social, 371-372
Cohabitacion, 532-533
Coma, 705
Comadronas, 118
Comparaciones sociales en la niñez intermedia/tardía, 349
Complejo de Edipo, 273
Comportamiento
adaptativo, 71
alimenticio en la niñez temprana, 240-241
arriesgado en la adolescencia, 409
moral, 272-273
prosocial, 359-360
Compromiso en el desarrollo de la identidad, 429
Comunicación con personas moribundas, 718
Conciencia, desarrollo de, 269
Conciencia de la madurez, 596
Condicionamiento, 185
clásico, 41, 47
operante, 41-42, 47
Condicionamiento clásico de Pavlov, 41, 48
Condicionamiento operante de Skinner, 41-42, 48
Conflictos de valores en la adolescencia, 451
Conocimiento, memoria y, 321
Conocimiento de sí mismo
desarrollo del, 349
en la niñez temprana, 269-270
Constancia
de género, 278
de la forma, 164-165
de tamaño, en la primera infancia, 164
perceptiva en la primera infancia, 165
Consumo de tabaco
en la adolescencia, 402, 403-405
en la juventud, 481-482
paternal, desarrollo prenatal y, 114
Contaminantes, desarrollo prenatal y, 111
Contextos, 8-9, 11
de muerte, 709-710, 717
desarrollo de la personalidad en la madurez y, 588
social, desarrollo socioemocional en la infancia y, 222-228
Continuidad/discontinuidad, 24, 28
Contracción de palabras, 195
Contracciones de Braxton-Hicks, 100
Control del esfuerzo, 212
Control, percepción como acercamiento a la muerte, 717
Convertirse en la persona que se es, 582
Coordinación de reacciones circulares sencundarias en la etapa sensoriomotriz, 180
Coordinación perceptivo-motriz, 169
Cordón umbilical, 102, 103
Córtex
cerebral, 140
prefrontal, 237
Correlación, causa contrastada con, 53
Correlación herencia-entorno, 91
Correlaciones activas genotipo-medio, 91-92
Correlaciones pasivas entre genotipo y medio, 91-92
Correlaciones evocativas genotipo-entorno, 92
Correlaciones entre genotipo y medio y de selección del nicho ecológico, 92
Creatividad, 492-493
Crecimiento
en la niñez intermedia/tardía, 307
en la niñez temprana, 235-237
Creencias, memoria y, 652
Cremación, 724
Crianza de los hijos; padres
abuso infantil y, 285
cambios en la sociedad en, 365-369
ciclo vital de, 521-523
como sistema, 223-224
compartida, 287
con adolescentes, 522
desarrollo de la identidad y, 431
desarrollo emocional y, 222-225
desarrollo en la adolescencia y, 447
desarrollo moral y, 357
divorciadas, niños en, 290-291
en la adolescencia, 435-439
en la madurez, 522
estatus socioeconómico y, 293-294
naturaleza cambiante de, 289-294
nuevas estructuras familiares, 367
orden de nacimiento y, 288
parte final de la vida, 522
relaciones entre hermanos y, 288-289
relaciones entre iguales y, 10
relaciones paterno-filiales, 366
variaciones culturales en, 292-293
Crisis en el desarrollo de la identidad, 429-431
Cromosomas, 75, 76
sexo, 78, 274
X, 79
Y, 78-79
Cronosistema, 45
Cuidado
correlación contrastada con, 52
de ancianos, 687
estilos de, apego y, 221
infantil, 224-225
paliativos, 708
parental, 224-225
permanencia del objeto y, 181-182
prenatal, 114-116
Cultura, 11
citas y, 444-445
desarrollo de la identidad y, 429-431
desarrollo en la adolescencia y, 444-445
desarrollo en la madurez y, 470-471
desarrollo moral y, 357
duelo y, 725-726
educación secundaria y, 419
embarazo y, 116
en la vejez, 698
estudios interculturales y, 11
familias y, 292-293
guía a los bebés en el desarrollo motor, 156-157
inteligencia y, 332-335
logros y, 379-380
maltrato infantil y, 284-287
muerte y, 709-710
salud en la madurez y, 554-556
sufrimiento y, 719-720
temperamento y, 213
uso del alcohol y, 480
Curandero, 116
Curiosidad en el estadio sensoriomotor, 180, 181
Curva de Bell, La (Hernstein y Murray), 333
Cyber-citas, 443

Decepción en la investigación, 60
Deficiencia en la hormona del crecimiento, 235-236
Degeneración macular en la vejez, 627
Delincuencia juvenil, 453-455
causas de la, 454-455
violencia juvenil y, 455-457
Demencia
en la vejez, 663
multi-infarto, 666-667
Democracia, fortalecimiento de los niños de, 16
Deportes en la niñez intermedia/tardía, 308-310
Depresión
en la adolescencia, 457
en la vejez, 661-662
mayor en la vejez, 661
posparto, 128
Desarrollo. *Véase también tipos específicos de desarrollo*
acercamiento al estudio del ciclo vital. *Véase* Perspectiva del ciclo vital
definición de, 5
estadios de, 18-21
factores en, 23-26, 48

procesos en, 17-18, 21
teorías de, 6
Desarrollo cognitivo
adolescente, procesamiento de la información y, 410-414
cerebro y, 236-237
creatividad y, 492-493
en la juventud, 491-492
en la madurez, 562-565
en la niñez intermedia/tardía. *Véase* Desarrollo cognitivo en la niñez intermedia/tardía
en la niñez temprana. *Véase* Desarrollo cognitivo en la niñez temprana
en la primera infancia. *Véase* Desarrollo cognitivo en la primera infancia
estadios de, 491-492
género y, 362
inteligencia y. *Véase* Inteligencia
procesamiento de la información y. *Véase* Procesamiento de la información
televisión y, 300-301
Desarrollo cognitivo en la niñez intermedia/tardía, 316-337
inteligencia y. *Véase* Inteligencia
procesamiento de la información y, 320-324
teoría de Piaget sobre, 316-320
Desarrollo cognitivo en la niñez temprana, 243-255
estadio preoperacional de Piaget y, 243-244
procesamiento de la información y, 250-251
teoría de Vygotsky de, 247-250
Desarrollo cognitivo en la primera infancia, 174-195
aprendizaje y, 184-186
diferencias individuales en la inteligencia y, 187-189
lenguaje. *Véase* Desarrollo del lenguaje
memoria y, 186-187
teorías de Piaget sobre, 178-184
Desarrollo cognitivo en la vejez, 644-673
actividades cognitivas y, 655
educación y, 653-654
entrenamiento de habilidades cognitivas y, 655-656
multidimensionalidad y multidireccionalidad y, 647-653
religión y, 669-670
salud mental y, 661-668
salud y, 655-666
trabajo y, 655, 657-658
Desarrollo de género en la niñez intermedia/tardía, 360-362
Desarrollo de la identidad, 428-429
cultura y origen étnico e, 431-433
estatus de identidad e, 429-431
familia e, 431
género e, 433
ideas contemporáneas de la identidad e, 429-431
Desarrollo del lenguaje, 190-200
bilingüismo y, 340-341
en la niñez intermedia/tardía, 338-341
en la niñez temprana, 255-257
gramática y, 338-339
influencia del medio en, 197-200
influencias biológicas en, 196-197
lectura y, 339-340
primeras palabras y, 194-195
reconocimiento de los sonidos del lenguaje, 193-194
sistema de reglas del lenguaje y, 190-192
vocabulario y, 338-339
vocalizaciones tempranas y, 193
Desarrollo de la personalidad
contextos en la madurez, 588
en la madurez, 581-591
en la primera infancia, 215-216
enfoque basado en los acontecimientos vitales, 585-587
estrés en la madurez y, 587-588
teorías basadas en la existencia de etapas en la edad adulta, 581-584
Desarrollo emocional
en la adolescencia, 433-434
en la niñez intermedia/tardía, 351-353
en la niñez temprana, 270-271
en la primera infancia, 207-210
influencias biológicas y del entorno en, 207-208
llanto y, 208-209
miedo y, 210
referencia social y, 211
regulación emocional y hacer frente a, 211
sonrisa y, 209-210
Desarrollo emocional en la juventud, 504-540
amor y, 512-518
apego y, 508-510
atracción y, 511-512
ciclo de vida familiar y, 521-523
cohabitación y, 532-533
continuidad/discontinuidad desde la niñez a la edad adulta y, 507-510
crecimiento personal después de una ruptura emocional y, 517-518
desarrollo de la mujer y, 538-539
desarrollo del hombre y, 539-540
divorcio y, 533-535
matrimonio y, 523-529
paternidad y, 529-530
relaciones de homosexuales y lesbianas y, 536-537
soledad y, 518-520
soltería y, 531-532
temperamento y, 507-508
volver a casarse, 535-536
Desarrollo físico en la juventud, 471-483
abuso de sustancias y, 478-482
ejercicio regular y, 447-478
nivel máximo y disminución del rendimiento físico, 471-473
obesidad y, 473-477
Desarrollo físico en la madurez, 549-561
cambios físicos y, 549-552
índices de mortalidad y, 557-558
salud y enfermedad y, 553-558
sexualidad y, 558-561
Desarrollo físico en la niñez intermedia/tardía, 307-312
capacidades motoras, 307-308
crecimiento corporal y proporción y, 307
ejercicio físico y deportes y, 308-310
salud, enfermedad y trastornos y, 310-311
Desarrollo físico en la niñez temprana, 235-241
crecimiento corporal y cambio y, 235-236
enfermedad y muerte y, 241-243
motor, 237-240
nutrición y, 240-241
Desarrollo físico en la primera infancia, 134-170
aprender a ir al baño, 150
cerebral, 139-140
estatura y peso y, 138
motor, 151-158
nutrición y, 136, 146-148
patrones de, 137-138
sensitivo y perceptivo, 159-170
sueño y, 143-146
Desarrollo físico en la vejez, 610-643
anciano muy mayor resistente, 634
aspecto físico y movimiento y, 625-626
cerebro y, 621-625
ejercicio físico y, 634-636
longevidad y, 613-620
nutrición y peso corporal y, 636-637
problemas de salud y, 631-633
sensorial, 626-629
sexualidad y, 629-630
sistema circulatorio y pulmonar y, 629
sistema inmunológico y, 625
tratamientos sanitarios y, 639-641
uso y abuso de sustancias, 638-639
vitaminas y, 637-638
Desarrollo infantil, 6
Desarrollo moral
críticas a la teoría de Kohlberg, 356-359
cultura y, 357
en la niñez intermedia/tardía, 353-360
en la niñez temprana, 271-373
evaluación del razonamiento moral y, 356-357
familias y, 357-358
niveles de Kohlberg, 354-356
pensamiento moral frente a comportamiento moral y, 356
Desarrollo motor en la niñez temprana, 237-240
habilidades motoras finas y, 238
habilidades motoras gruesas, 237-238
zurdos y diestros y, 239
Desarrollo motor en la primera infancia, 151-158
de las habilidades motoras finas, 157
de las habilidades motoras gruesas, 154-157
reflejos y, 152-154
teoría de los sistemas dinámicos, 151-152
Desarrollo perceptivo. *Véase* Desarrollo sensorial y perceptivo
Desarrollo prenatal, 101-117
creencias culturales sobre el embarazo y, 116
cuidado prenatal y, 114-116
edad de la madre, 113
enfermedades de la madre, 111
estados emocionales y estrés de la madre y, 112-113
factores paternos que afectan al, 113-114
incompatibilidad del grupo sanguíneo y, 109-110
normal, 116
nutrición de la madre y, 112
peligros ambientales, 110
período embrionario y, 101-102
período fetal de, 103-104
período germinal de, 101
teratógenos, 104-109
trimestres del, 104, 105
Desarrollo sensorial y perceptivo, 159-170
coordinación perceptivo-motriz, 169-170
del oído, 166-167
del sentido del gusto, 168
del sentido del olfato, 168
del sentido del tacto y del dolor, 167-168
en la primera infancia, 159-170
en la vejez, 647-648
equipamiento para el estudio, 163
habituación y deshabituación, 161-162
método de preferencia visual para el estudio de, 161
percepción intermodal y, 168-169
punto de vista ecológico, 160
seguimiento y, 162-163
visual. *Véase* Visión
Desarrollo socioemocional en la madurez, 579-606
abuelos y, 600-602
amor y matrimonio y, 597-599
estabilidad y cambio en, 592-596
personalidad y, 581-592
relaciones entre hermanos y amistades y, 600
relaciones intergeneracionales y, 602-603
síndrome del nido vacío y, 599

Desarrollo socioemocional en la niñez intermedia/tardía, 346-380
el yo y, 349-351
emocional, 351-353
escuelas y, 374-380
familias y, 365-368
género y, 360-365
los iguales y, 369-373
moral y, 353-360
Desarrollo socioemocional en la niñez temprana, 266-289
desarrollo cognitivo y, 300-301
emocional, 270-271
familias y, 281-294
género y, 273-280
juego y, 295-298
logros y, 300-301
moral, 271-273
relaciones entre iguales y, 294-295
televisión y, 298
yo y, 269-270
Desarrollo socioemocional en la primera infancia, 205-229
apego y, 217-221
contextos sociales y, 222-228
emocional, 206-221
personalidad y, 215-216
temperamento y, 211-214
Desarrollo socioemocional en la vejez, 675-699
altruismo y voluntariado y, 694
amistad y, 693
apoyo e integración sociales, 693-694
bisabuelos y, 692-693
cultura y, 698
diversidad en los estilos de vida y, 689-691
el yo y, 684
envejecer de manera positiva, 698-699
género y, 696-697
hijos adultos y, 690
origen étnico y, 695, 696-697
sociedad y, 684-689
teoría de Erikson sobre, 677
teoría de la actividad del, 679
teoría de la desvinculación, 678-679
teoría de la selección socioemocional, 679-681
teoría de la selección, optimización y compensación, 681-683
Desatención de los niños, emocional, 284-287
Desempleo, 498
Desórdenes alimenticios, 405-406
Deshabituación, 161-162, 185
Desprendimiento, 521
Deterioro cognitivo ligero, 665
Diabetes, 82
Dieta Atkins, 476
Diferencias individuales, 325
en el desarrollo de la personalidad durante la madurez, 584-585
en la inteligencia, 187-189
en la pubertad, 392
Diferenciación frente a la preocupación por el rol, 678
Dificultades en el aprendizaje, 312-314
Discapacidades. *Véase* Discapacidades específicas de niños
Disciplina inductiva, 357
Discurso interno, 247-248
Disfunción eréctil, 560
Dislexia, 313
Dispositivo de adquisición del lenguaje (DAL), 196
Diversidad, 11-13 *Véase también* Cultura; Género; Mujeres; *grupos étnicos específicos*
de niños adoptados y padres adoptivos, 88-89
en el lugar de trabajo, 499-500
en el trabajo y la jubilación, 659-660
Divorcio, 533-535
derechos de visita de los abuelos y, 602
en la madurez, 597-599
en la vejez, 690-691
niños y, 290-291
Documento de última voluntad anticipada, 705
Dopamina, 237, 622
Dormir acompañado, 144-145
Drogas, teratógenos, 104-109
Duelo, 719-720
dimensiones de, 719-720
diversidad cultural y, 720-721
Duola, 119
Dureza de carácter, 556-557
salud en la madurez y, 557

Ecografía, 83
Ectodermo, 102
Edad. *Véase también grupos de edad específicos*
biológica, 22
concepciones de, 22-23
cronológica, 22
materna, desarrollo prenatal y, 113
mental, 325
paterna, desarrollo prenatal y, 113-114
psicológica, 22
social, 22
Edad adulta
cambio en las emociones durante la, 680
Emergente, 467-468
Véase Juventud
Véase Madurez
Véase Vejez
Educación adaptada al desarrollo, 258-259
Educación en la niñez temprana, 257-261
acercamientos a, 258
en Japón, 261-262
factores en, 260-261
para niños desfavorecidos, 260
Educación, 10-11. *Véase también* Escuelas
bilingüe, 340-341
en la universidad, 470-471
en la vejez, 653-654
infantil, influencia de, 260
teoría de Piaget y, 318-319
Efecto Flynn, 331
Efectos cohortes, 55-56
desarrollo en la madurez y, 588
Ego, 34
Egocentrismo
adolescente, 412-413
en la teoría de Piaget, 244
Eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), 620
Ejercicio
aeróbico, 477
cerebro y, 10
en la adolescencia, 407
en la madurez, 477-478
en la niñez intermedia/tardía, 308-310
en la vejez, 634-636
Electroencefalograma, 140
Ello, 34
El Puente, 452
Embarazo. *Véase también* Prenatal
creencias culturales sobre, 116
en la adolescencia, 397-399
nacimiento y. *Véase* Parto
prevención del, en adolescentes, 396-397
trimestres del, 104, 105
Embrión, 102
Emoción
cambios durante la edad adulta, 681
conciencia propia, 207, 270
definición de, 207
en el matrimonio, género y, 528-529
lenguaje de los niños y comprensión sobre, 270
primarias, 208
Emociones de conciencia propia, 208, 270-271
Empatía, 273
Empleo. *Véase* Trayectoria profesional y trabajo
Encaprichamiento, 517
Encuestas para trabajos de investigación, 50-51
Endodermo, 102
Enfermedad y dolencia
adolescente, 407-409, 446
en la madurez, 553-557
en la niñez intermedia/tardía, 310-311
en la vejez, 631-641, 654-655
mental, en la vejez, 661-668
religión y, 570-571
Enfermedad y trastornos. *Véase también trastornos específicos*
crónica, 631, 686
de los ojos, en la vejez, 627-628
en la madurez, 553, 557
en la niñez intermedia/tardía, 310-311
en la niñez temprana, 241-242
en la vejez, 631-633, 686
estrés y, 553-554
maternal, desarrollo prenatal y, 111-112
Enfermedad de Huntington, 81, 82
Enfermedad de Tay-Sachs, 82
Enfermedades de la madre, desarrollo prenatal y, 111-112
Enfermedades de transmisión sexual (ETS), 397, 486-488
Enfermeras, 639, 708
Enfoque basado en los acontecimientos vitales, 585-587
Enfoque de enseñanza directa, 374
Enfoque constructivista social, 249
Entrenamiento, cognitivo, en la vejez, 655-656
Entrevistas para estudios de investigación, 50
Entorno sin restricciones, 316
Equilibración en la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, 178
Escala Apgar, 125
Escala Bayley de desarrollo infantil, 188
Escala de evaluación neonatal de Brazelton, 125
Escalas Wechsler, 326
Escáner por resonancia magnética fncional (fMRI), 52
Escuelas. *Véase también* Educación
comparaciones trasculturales del rendimiento y, 379
desarrollo en la adolescencia y, 447
en la adolescencia, 415-419
en la niñez intermedia/tardía, 374-380
enfoques contemporáneos del aprendizaje y la evaluación en, 374
estatus socioeconómico y, 376-379
origen étnico en, 377-379
primaria, transición a la, 375-376
programas de desarrollo emocional en, 352
secundaria, transición a, 415-416
Esencia, 322
Esperanza de vida, 613-617
Espina bífida, 82
Esquemas
de la teoría de género, 278, 279
en la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, 177
interiorización de, en el estadio sensorio-motor, 180, 181

Estaciones del hombre, Las (Levinson), 582
Estadio del contrato social o utilidad y derechos individuales, 355
Estadio genital, 35
Estadio operacional concreto, 39, 316-317
Estadio operacional formal, 39, 411-412
Estadio preoperacional
  subestadio de función simbólica, 244-245
  subestadio del pensamiento intuitivo, 245-247
Estadio sensorio-motriz, 39, 179-184
  evaluación del, 183-184
  permanencia del objeto y, 181-183
  subestadios del, 179-180
Estadio de los principios éticos universales, 354-355
Estadounidenses blancos
  cuidado prenatal en el caso de, 115-116
  desarrollo de la identidad de, 432
  educación y, 377-378
  pobreza en el caso de, 14
Estadounidenses de origen mexicano
  creencias sobre el embarazo en, 116
  relaciones intergeneracionales entre, 605-606
  viudas, 722
Estatus socio-económico, 12-13
  desarrollo en la adolescencia y, 450
  educación y, 376-377
  familias y, 293-294
  inteligencia y, 331
Estatus sociométrico, 370-371
Estereotipos de género, 360-361
Estereotipación de los ancianos, 685
Esterilidad, 84-85
  adopción y, 85-88
  y tecnología reproductora, 84
Estilo parental
  indiferente, 282
  autoritario/autoritativo, 281-282
  permisivo, 282
Estradiol durante la pubertad, 390
Estrategias, memoria y, 254, 321
Estrategias de enseñanza, teoría de Vygotsky y, 247-248
Estrés
  de la madre, desarrollo prenatal y, 112-113
  en la madurez, 587-588
  en la universidad, 469
  enfermedades y, 553-554
  hacer frente al, 352-353
Estrógenos, 274
  terapia de sustitución hormonal, 559
Estudios de casos, 62
Estudios transculturales, 11
Etapas
  psicosexuales, 34-36
  psicosociales, 36-37
Etiquetado, 199
Eutanasia, 706-707
Evolución, desarrollo del lenguaje y, 196
Exosistema, 45
Expansión, 199
Expectativas, memoria y, 652
Expectativas visuales, 165
Experiencia
  en la madurez, 565
  memoria y, 321
  temperamento y, 213
  temprana, cerebro y, 142-143
Experiencias del entorno, compartidas y no compartidas, 92-93
Expectativas interpersonales mutuas, las relaciones y la conformidad interpersonal, 354
Explosión del vocabulario, 195
Exposición a sustancias tóxicas, desarrollo prenatal y, 110
Expresión genética, 76

Fábula personal, 413
Factor Rh, 110
Factores ambientales. *Véase también* Interacción herencia-medio
  desarrollo emocional y, 207-208
  desarrollo del lenguaje y, 197-200
  obesidad y, 473
Familiaridad, atracción y, 511-512
Familias, 281-294, 365-368
Fármacos con y sin receta médica, teratógenos, 107
Fase anal, 35
Fase de aceptación de la muerte, 716
Fase de creatividad frente a estancamiento, 581-582
Fase de depresión frente a la muerte, 716
Fase de laboriosidad frente a estancamiento, 36, 37
Fase de la confianza frente a la desconfianza, 36, 215
Fase de la identidad frente a la confusión de la identidad, 36-37
Fase de la iniciativa frente a la culpa, 36, 269
Fase de la integridad frente a la desesperanza, 36, 37, 677
Fase de la intimidad frente al aislamiento, 36, 37
Fase de la productividad frente a la inferioridad, 36, 351
Fase de latencia, 42
Fase de negación y aislamiento frente a la muerte, 716
Fase fálica, 35
Fase oral, 35
Felicidad
  en la universidad, 469-470
  religión y, 571
Fenilcetonuria (PKU), 81, 82
Fenómeno de complejo de inferioridad del estudiante, 416
Fenotipo, 78
Fertilización, 76
  in vitro, 84
Feto, transición a recién nacido de, 118
Fibrosis quística, 82
Fonología, 190-191
Fuerza en la madurez, 550
Fumar. *Véase* Consumo de tabaco
Funerales, 725

Gemelos
  bivitelinos, similitudes de comportamiento de, 90
  dizigóticos, similitudes de comportamiento de, 90
  educados por separado, 70-71
  estudios de, 90, 329
  idénticos, similitudes en el comportamiento de, 90
  monozigóticos, similitudes en el comportamiento de, 90
Gen dependiente, El (Moore), 76
Género, 273-280. *Véase también* Mujeres
  desarrollo cognitivo y, 362
  desarrollo de la identidad y, 433-434
  desarrollo en la adolescencia y, 446-447
  desarrollo en la madurez y, 589-590
  desarrollo físico y, 361-362
  desarrollo moral y, 358
  desarrollo socioemocional y, 362-363
  emoción en el matrimonio y, 528-529
  en la vejez, 696-697
  influencias biológicas en, 274-275
  influencias cognitivas en, 278-280
  influencias sociales en, 275-278
  obesidad y, 475
  rol (papel) de, 274
  sexo y, 13
  temperamento y, 213
  teoría cognitivo-social de, 276
  teoría psicoanalítica de, 276
Genes, 75-77
  longevidad y, 90-91
  mutado, 79
  principio de genes dominantes y recesivos y, 78
  relacionados con el sexo, 79
Genética, 75-82. *Véase también* Interacción herencia-medio
  ADN y, 75
  anomalías relacionadas con los cromosomas y los genes y, 79-82
  comportamiento, 89-90
  genes y, 75-77, 78-79
  obesidad y, 473
  principios de, 78-79
Genie, 190
Genoma, 75, 82
  Proyecto del genoma humano, 75, 76
Genotipo, 76
Gestos en la primera infancia, 193
Glándula pituitaria, 390
Glaucoma en la vejez, 627
Gónada, 274, 390
Gonorrea, 487
Gorgojeo, 193
Gramática en la niñez intermedia/tardía, 338-339
Gravedad, 167
Grupo
  de control, 53
  experimental, 53
Grupos de adolescentes frente a niños, 442
Grupos sociales extensos (de iguales), 442
Guiones de citas, 443-444

Habilidades motoras finas y gruesas, 157-158, 237-240
Habituación, 161-162, 185
Habla
  de comunicación, 538
  de información, 538
  dirigida a los niños, 199
  privada, 247
  telegráfica, 195
Hacer frente, 352
  religión y, 570
Hemofilia, 82
Heredabilidad, 329
Herencia ligada al cromosoma X, 78-79
Herencia poligénica, 79
Heroína, desarrollo prenatal y, 109
Herpes genital, 487
  desarrollo prenatal y, 111
Heterosexualidad, 483-484
Hipotálamo, 390
Hipótesis, 33
  de la igualación, 512
Hispanos, latinos
  desarrollo de la identidad en, 432
  fomento de la salud entre, 554-555
Hombres. *Véase también* Padre; Género; Padres
  ajustes durante el período posparto de, 129
  amistad entre mujeres y, 515
  amistad entre, 515

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
OMNIUM ANTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Hombres. *Véase también* Padre; Género; Padres (*Cont.*)
causas del divorcio y, 598
desarrollo personal en la juventud y, 539-540
desarrollo prenatal y, 113-114
disfunción eréctil en, 560
estilo de comunicación de, 539
madurez, cambios hormonales en, 559-560
Homosexualidad
actitudes y comportamiento de, 484-486
como padres, 291-292
jóvenes homosexuales, citas entre, 444
relaciones de, 536-537
Véase Bisexualidad; Lesbianas
Hormonas
cambios en los hombres maduros, 559-560
en la pubertad, 390-391
período posparto, 127
sexuales, 274, 390-391, 558-559
Hospitales, parto en, 118
Huesos durante la madurez, 550

Identidad bicultural, 486
Identidad de género, 274
Identidad difusa, 430
Identidad étnica, 432
Identidad hipotecada, 430
Identidad sexual, desarrollo de la, 394-395
Imagen corporal durante la adolescencia, 392
Imitación diferida, 186
Implantación, 101
Impotencia, 560
Impronta genética, 79
Impronta (aprendizaje), 43
Inclusión, 316
Incompatibilidad de grupo sanguíneo, desarrollo prenatal y, 109-110
Independencia
desarrollo de la personalidad e, 215-216
intimidad e, 513-514
Índice basal del metabolismo, 240
Índice de masa corporal, 473
Índices de mortalidad en la madurez, 557-558
Individualidad, desarrollo de la personalidad e, 215, 431
Informe «El estado de los niños del mundo», 242
Información en la investigación, 60
Influencias biológicas
en el desarrollo del lenguaje, 196
en el desarrollo emocional, 207-208
en el temperamento, 213
en género, 274-275
Influencias cognitivas en el género, 278-279
Influencias normativas según la edad, 8
relacional, 362
Ingresos económicos en la vejez, 687-688
Inhibición a lo desconocido, 212
Injusticia generacional, 15-16, 687
Instituto, 418-419
abandonos y, 417-418
comparaciones interculturales de, 419
efectivo, 416-417
transición a la universidad desde, 468-469
Integración social en la vejez, 693
Inteligencia
cambio y estabilidad en, 563-564
cristalizada, 562
diferencias individuales en, 187-189
emocional (Goleman), 352
en la madurez, 562-564
en la niñez intermedia/tardía, 325-337
extremos de, 336-337
fluida, 562
herencia y medio y, 329-331
origen étnico y cultura y, 332-335
tipos de, 326-328
Interacción interpersonal, desarrollo del lenguaje y, 197-200
Interacción, desarrollo de la identidad y, 431
Interacción herencia-entorno, 89-93
correlaciones y, 91-92
experiencias compartidas y no compartidas en el entorno, 92
inteligencia y, 329-331
visión epigenética, 92
Intervención en problemas en la adolescencia, 458-460
Intimidad, 512-514
en la amistad, 370
independencia y, 513-514
Investigación. *Véase también temas específicos*
ciclo temporal de, 54
correlacional, 52, 56
descriptiva, 49-53, 56
efectos de la cohorte en, 55-57
estudios de gemelos y, 90
ética, 59-60
evaluación, 62-64
experimental, 52, 56
longitudinal, 54, 56
parcialidad en, minimizar la, 60-61
revistas de investigación científica y, 57-58
secuencial, 54-55, 56
teorías del ciclo vital relacionadas con, 56
transversal, 54, 56
Involución, 127

Jardín de infancia (guardería) centrado en los niños, 257-258
Jubilación, 657-660, 689
adaptación a la, 660
comparación internacional de, 658-659
Juego
funciones del, 295-296
tipos de, 297-298
terapia del, 295
Justicia inmanente, 272
Juventud, 19, 21, 431-500
actitudes frente a la muerte en, 713
desarrollo cognitivo durante, 491-494
muerte durante, 711-712
sexualidad durante, 483-489
transición desde la adolescencia hacia, 467
trayectoria profesional y trabajo durante, 495-499

Kwashiorkor, 149-150

Laboratorios, 49
Lactancia materna, 136, 147-148
Lateralización, 142
Lenguaje
definición de, 190
emoción, en la niñez temprana, 270
en la teoría de Vygotsky, 247
preferencias por derecha o izquierda y, 239
Leptina, obesidad y, 474-475
Lesbianas
adolescentes, citas entre, 444
actitudes y comportamiento de, 484-486
como madres, 291-292
relaciones entre, 536-537
Lesiones en la niñez intermedia/tardía, 310
Ley de muerte natural, 705
Limitación de calorías, 636-637
Lóbulos, 141
Logro de la identidad, 429
Longevidad, 613-620
genes y, 90-91
Luto
cultura y, 724-725

Macrosistema, 45
Madres. *Véase también* Padres; Embarazo
relaciones con las hijas, 603-604
formas de, 723
Madurez, 19, 21, 544-573
actitudes hacia la muerte en, 642
crisis de la madurez, 583-584
desarrollo cognitivo en, 562-565
estrés en, 587-588
fallecimiento durante, 712
ocio en, 568-569
religión y sentido de la vida, 569-573
sexual, 391
trayectoria profesional y empleo en, 566-567
Malnutrición en la primera infancia, 149-150
Maltrato físico de menores, 284-287
Maltrato infantil, 284-286
Mantenimiento, 9
Marasmo, 149
Margen de error en la investigación, minimizar, 59-62
Marihuana, desarrollo prenatal y, 109
Masaje terapéutico para bebés, 123-124
Matiz étnico, 61
Matrimonio, 523-529
buen matrimonio, beneficios de un, 528
comparación internacional del, 524-525
divorcio y. *Véase* Divorcio
en la madurez, 597-598
en la vejez, 690
expectativas y mitos sobre, 525-526
factores que hacen que un matrimonio funcione, 526-528
género y emoción en, 528-529
tendencias en, 523-524
Mecánica cognitiva, 647
Medios de comunicación, resultados de las investigaciones difundidos por, 62
Meiosis, 76-77
Memoria, 186-187
a corto plazo, 521-252
a largo plazo, 252-253, 320
de la fuente de origen, 651
de trabajo, 564, 650
en la niñez intermedia/tardía, 320-322
en la niñez temprana, 251-252
en la primera infancia, 187
en la vejez, 649-652
episódica, 649-650
explícita (declarativa), 187, 650
implícita, 187, 650
investigaciones sobre, 20
prospectiva, 651
semántica, 650
Menarquia, 389
Menopausia, 558-559
Mente, teoría de la, 254
Mentorado, 11
Mercurio, desarrollo prenatal y, 110

Mesodermo, 102
Mesosistema, 45
Metacognición, 324
Método basado en la fonética, 339
Método de preferencia visual, 161
Método global (de la enseñanza de la lectura), 339
Microsistema, 45
Miedo en la primera infancia, 210-211
Mielinización, 139, 236
Mitosis, 76
Modelo acumulativo de personalidad, 596
Modelo de la adicción como enfermedad, 482
Modelo del convoy de las relaciones sociales, 693
Modelo educativo de Reggio Emilia, 234
Modelo Montessori, 258
Moralidad autónoma, 272
Moralidad de los sistemas sociales, 355
Moralidad heterónoma, 272, 354
Moratoria de la identidad, 429
Morfología, 191
Movimiento en la vejez, 625-626
Muerte, 704-727
  actitudes en diferentes puntos del ciclo vital frente, 712-715
  cerebro, 705
  comunicación con una persona moribunda, 718-719
  contexto cultural y, 709-711
  contextos de, 717-718
  control percibido y negación, 717
  cuidado de los individuos en fase terminal, 707-708
  decisiones respecto a la, 705-708
  del compañero, 722
  determinación, 705
  en ancianos, causas de, 632
  en la adolescencia, 409-410, 457-458, 714
  en la juventud, 714
  en la madurez, 241-242, 712
  en la niñez, 711
  en la primera infancia, 145-146, 712-714
  en la vejez, 712
  enfrentarse, 715-717
  expectativas sobre, 711-712
  fases de la muerte y, 715-717
  formas de duelo y, 724-725
  por piedad, 705-706
  sufrimiento y, 718-719
Muestreo de la sangre de la madre, 83
Mujeres. *Véase también* Género; Padres; Embarazo
  amistad entre, 515
  amistades entre hombres y, 515
  causas del divorcio y, 598
  desarrollo personal en la juventud, 538-539
  embarazo y. *Véase* Parto; Embarazo; Prenatal
  en el ámbito laboral, 499-500
  en el período posparto. *Véase* Período posparto
  estilo comunicativo de las, 539
  lesbiana. *Véase* Lesbianas
  lucha por la igualdad, 13-14
  madurez, cambios hormonales en la, 559-560
  menopausia, 558-559
  muerte del cónyuge y, 722-724
Multidimensionalidad del desarrollo, 8
Multidireccionalidad del desarrollo, 8

Nacimiento. *Véase* Parto
Naturaleza multidisciplinar del desarrollo, 8
Negación frente a la muerte, 717
Negligencia
  educativa con los niños, 285-286
  física en el cuidado de menores, 285-286
Negociación, estado del proceso de la muerte, 716
Neonatos. *Véase* Recién nacidos
Neo-piagetianos, 320
Neuronas, 138
Neurotransmisores, 236, 622
Nicotina. *Véase* Consumo de tabaco
Niñez intermedia/tardía, 18, 21
  retos a los que se enfrentan los padres durante, 87-88
  desarrollo del lenguaje en, 338-341
Niñez temprana, 18, 21
  Retos a los que se enfrentan los padres durante, 87
Niños. *Véase también* Infancia temprana; Niñez intermedia/tardía
  abuelos y, 600
  actitudes democráticas en, 16
  actitudes frente a la muerte, 712-714
  con discapacidades, 312-316
  controvertidos, 370
  difíciles, 212
  fáciles, 212
  grupos de, grupos de adolescentes y, 442
  ignorados, 370
  medios, 370
  muerte de, 712
  padres y. *véase* Crianza de los hijos; paternidad
  pobreza entre, 14
  popular, 370
  ralentizado, 212
  rechazado, 370
  salvaje de Aveyron, 190, 197
  salvaje, 190
  sin la suficiente supervisión adulta, 367-368
  sin suficiente supervisión familiar, 367-368
  síndrome de nido vacío, 599
Novedad en el estadio del desarrollo sensorio-motor, 180, 181
Nueva pareja, 522
Nuevo matrimonio, 535-536
  en la vejez, 690-691
Nuevos modelos familiares, 367
Nudos neurofibrilares, 663
Nutrición
  en la niñez temprana, 240-241
  en la primera infancia, 146-150
  en la vejez, 636-637
  maternal, desarrollo prenatal y, 112

Obesidad
  en la juventud, 473
  en la niñez intermedia/tardía, 310-311
Observación
  en investigaciones descriptivas, 49-50
  natural, 50
Ocio en la madurez, 568-569
Okinawa, ciclo vital en, 616-617
Operaciones en la teoría de Piaget, 243
Orden de nacimiento, 288-289
Organización del modo de vida en la vejez, 688-689
Organización en la teoría de Piaget sobre el desarrollo cognitivo, 178
Organogénesis, 103
Orientación sexual, 483-484
  bisexual, 485
  heterosexual, 483-484
  lesbianas/gays, 484-486. *Véase también* Homosexualidad; Lesbianas
Orientación teórico ecléctica, 47-48
Origen étnico, 12
  abuelos y, 600
  desarrollo de la identidad entre, 432
  desarrollo de la identidad y, 431-433
  desarrollo en la adolescencia y, 449-452
  ejercicio entre adolescentes y, 407
  en el lugar de trabajo, 499-500
  en la escuela, 377-379
  en la vejez, 695, 696-697
  familias de, 283
  familias y, 292
  inteligencia y, 332-335
  obesidad y, 475
  promoción de la salud entre, 555-556
Origen de las especies, El (Darwin), 71
Osteoporosis en la vejez, 633
Oxitocinas para el parto, 119

Padres
  conflictos de los adolescentes con, 437-439
  contacto físico inicial con bebés y, 129-130
  convertirse en padres, 522
  cuidados por, 224-225
  desarrollo del género y, 277
  desarrollo prenatal y, 114
  homosexuales, 291
  permiso paternal para, comparación internacional de, 225-226
  que ayudan a controlar o a rechazar emociones, 271
  relaciones madre-hija, 603-604
  roles parentales, 529-530
  trabajo, 289-290
  uso y abuso de sustancias en la adolescencia y, 400-403
Pandillas, 441-442
Panteras Grises, 685
Parejas en las que ambos miembros trabajan, 498-499
Parkinson, enfermedad de, 667-668
Parto, 117-121
  estrategias para el, 118-121
  fases del, 117
  natural, 120
  por cesárea, 120
  preparado, 120
  transición de feto a recién nacido y, 118
Paternidad, 10, 281-288
  autoritaria, 281-282
  castigo físico y, 283
  crianza compartida, 287
  esfuerzo necesario para, 287-288
  indiferente, 282
  permisiva, 282
  temperamento y, 214
Patrón
  céfalo-caudal, 137
  de comportamiento Tipo A, 556
  de comportamiento Tipo B, 556
  próximo-distal, 137-138
Pecado original, 6
Pensamiento, 322-324
  convergente, 323
  creativo, 323-324
  crítico, 322-323
  divergente, 323
  en la teoría de Vygotsky, 247
  posformal, 492
  pragmático, 491
  realista, 491
  reflexivo, 191
  relativista, 491
Percepción
  de patrones en la primera infancia, 163-164

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

Percepción (*Cont.*)
definición de, 160
intermodal, 168-169
profundidad, 165, 627
Período
crítico, 44, 106
embrionario, 101-103
fetal, 103-104
germinal, 101
prenatal, 18, 21
Período posparto, 127-130
ajustes emocionales y físicos durante, 127-129
definición de, 127
primer contacto físico durante, 129-130
Perimenopausia, 558
Permanencia del objeto, 181-183
Personalidad
salud en la madurez y, 554-555
patrones de comportamiento Tipo A y Tipo B y, 556
Perspectiva
conductista del desarrollo del lenguaje, 197
de la justicia, 358
de la preocupación por los demás, 358
evolutiva, 71
Peso. *Véase también* Obesidad
basal, obesidad y, 475
en la adolescencia, 391
en la madurez, 550
en la niñez temprana, 235-236
en la primera infancia, 138
en la vejez, 636-637
Placas amiloides, 663
Placenta, 102, 103, 117
Plan de educación individualizado, 315
Plasticidad, 8
Plomo, desarrollo prenatal y, 110
Pluralismo en la adolescencia, 452
Pobreza que afecta a niños, 14
Posición de nalgas, 120
Postura, desarrollo de, 154
Pragmática, 192
cognitiva, 647
pensamiento, 491
Presión sanguínea durante la madurez, 551
Primera infancia, 18, 21
llanto, 193, 208-209
localización del sonido, 167
Primeras palabras, 194-195
Primeros hábitos y reacciones circulares primarias, 179
Principio alfabético, 338
Principio de genes dominantes-recesivos, 78
Procesamiento de la información
atención y, 251
conocimiento experto y, 565
en la adolescencia, 413-414
en la madurez, 564-565
en la niñez intermedia/tardía, 320-324
en la niñez tempraña, 250-255
estrategias y, 254
memoria y, 251-253, 320-322, 564-565
metacognición y, 324
pensamiento creativo y, 323-324
pensamiento crítico y, 322-323, 414
resolución de problemas prácticos, 565
teoría de la mente y, 54
teoría del, 40, 47
toma de decisiones y, 413-414
velocidad de, 564
Procesos
biológicos, 17
cognitivos, 17
de control. *Véase* Estrategias
socioemocionales, 17
Profesores universitarios, 8, 605
Progestina, terapia de sustitución hormonal y, 559
Programa Fast Track, 459
Programa de intervención temprana, 331
Proporción corporal en la niñez intermedia/tardía, 307
Proyecto Head Start, 260
Prueba de definición de criterios, 356
Psicología evolutiva, 72-74
género y, 274-275
Psicólogos evolutivos, 62
Pubertad, 389-393
cambios hormonales durante, 390
estatura y peso durante, 391
imagen corporal y, 392
madurez sexual durante, 391-392
madurez temprana y tardía y, 392-393
Pulmones
en la vejez, 629
en la madurez, 552

R

Rabia, estado del proceso de la muerte, 716
Radiación, desarrollo prenatal y, 110
Rastro memorístico literal, 322
Razonamiento
convencional, 355
convencional social, 359
hipotético deductivo, 411-412
moral. *Véase* Desarrollo moral
posconvencional, 355
preconvencional, 354
Reacciones circulares primarias, secundarias y terciarias, 179-181
Recién nacidos
de bajo peso al nacer, 121-125
medidas de salud y respuestas, 125-126
percepción, 161
transición de feto a, 118
Referente social, 211
Reflejos, 152-154
de Babinski, 153
de giro de la cabeza, 152-153
de Moro, 152, 153
de prensión, 153
intermitente, 153
simples, 179
Regímenes de adelgazamiento, 475-477
Registros biográficos, 52
Regulación, 9
Relaciones
intergeneracionales, en la madurez, 602-606
salud en la madurez y, 554-555
Relaciones entre hermanos
en la madurez, 600
en la niñez temprana, 288-289
Relaciones entre iguales
acoso escolar, 372-373
amistad y, 369-370, 440, 441
citas y relaciones amorosas y, 442-443
cognición social y, 371-372
desarrollo del género y, 277
en la adolescencia, 440-445, 447
en la niñez intermedia/tardía, 369-373
en la niñez temprana, 294-295
estatus entre iguales y, 370-371
familia y, 10
grupos de iguales, 441-442
uso y abuso de sustancias en la adolescencia y, 400-403
Relaciones intergeneracionales en la madurez, 602-603
Relaciones sociales, salud y, 557
Relaciones padre-hijo
madre hija, 603-604
Religión
en la madurez, 569-573
en la vejez, 669-670
salud y, 570-572
Reloj social, 588
Rendimiento
comparación transcultural del, 379-380
televisión, 300
Resolución de problemas en la madurez, 565
Reparto de la responsabilidad, 366
Repetición, 199
Responsabilidad en las escuelas, 374-375
Reproducción, 83-85
infertilidad y tecnología reproductiva, 84-85
test genéticos prenatales, 83-84
Restricción alimentaria, 476
Resumen en artículos de revistas, 57
Retraso de origen cultural-familiar, 336
Retraso mental, 336
Retraso de origen orgánico, 336
Revisión de la vida, 678
Revistas de investigación científica, 57-58
Riesgos ambientales, desarrollo prenatal y, 110-111
Rito iniciático, 449
Rubéola, desarrollo prenatal y, 111

S

Sabiduría, 652-653
Salud mental en la vejez, 661-668
Sarampión, desarrollo prenatal y, 111
Sarcopenia, 550
Satisfacción producida por el trabajo, 567
Saunas, desarrollo prenatal y, 111
Savage Inequalities (Kozol), 376
Seguimiento, 162-163
Semántica, 192
Sensación de dolor
en la primera infancia, 166-168
en la vejez, 629
Sentido del gusto
en la primera infancia, 168
en la vejez, 628
Sentido del olfato
en la primera infancia, 168
en la vejez, 628
Sentido del tacto
en la infancia, 167-168
en la vejez, 629
Sentimientos, memoria y, 652
Separación, desarrollo de la personalidad y, 215
Seriación, 317-318
Sexo, género frente a, 13
Sexualidad
en el período posparto, 126-127
en la adolescencia, 393-399
en la juventud, 483-489
en la madurez, 558-561
en la vejez, 629-630, 691
violación, acoso sexual y, 488-489
Sida
en la niñez temprana, 242
desarrollo prenatal y, 112
Sífilis, 487
desarrollo prenatal y, 111
Significado de la vida, 572-573
Similitud, atracción y, 511-512

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FUNDADA EN 1620
QUITO

Sinapsis, 139, 236
Síndrome
de alcoholismo fetal, 107
de Down, 79, 84, 113
de inmunodeficiencia adquirida. *Véase* Sida
de Klinefelter, 80
de muerte súbita del bebé, 145-146, 640
del bebé zarandeado, 138
del nido vacío, 599
Turner, 80
X frágil, 80
XYY, 80
Sintaxis, 191
Sistema cardiovascular
en la madurez, 551
en la vejez, 629
estrés y, 553-554
Sistema inmunológico
en la vejez, 625
estrés y, 553
Sistemas, 223-224
Sistemas polidíacos, 224
Sobredotación intelectual, 336-337
Socialización recíproca, 223
Soledad, 518-520
Sonrisa
refleja, 209
en la primera infancia, 209-210
sonrisa social, 210
Subestadio de función simbólica, 244-245
Subestadio sensorio-motor de la interiorización de los esquemas, 179-180
Sueño
acompañado, 143-145
en la adolescencia, 407-409
en la madurez, 552
en la primera infancia, 144
REM, movimientos oculares rápidos, 144
síndrome de muerte súbita del bebé durante el, 145-146
Suicido en la adolescencia, 457-458
Superego, 34, 273
Suposiciones del entorno, Las (Harris), 94, 287
Susceptibilidad genética, 106

Tabaco. *Véase* Consumo de tabaco
Tabula rasa, 6
Techo de cristal, 500
Tecnología reproductiva, 84
Televisión
agresión y, 299-300
desarrollo cognitivo y, 300-301
en la niñez temprana, 298-301
rendimiento y, 300-301
Telomerasa, 619
Telómeros, 619
Temperamento, 211-214
bases biológicas y experiencia, 212-213
clasificación, 211-212
crianza y, 214
en la juventud, 507-508
género y cultura y, 213
valor de la correspondencia, 213-214
Teoría cognitiva socio-cultural de Vygotsky, 39-40, 47
andamiaje y, 247
estrategias de enseñanza y, 248-249
evaluación, 249-250
lenguaje, pensamiento y, 247
zona de desarrollo próximo y, 247
Teoría cognitivo-social de Bandura, 42, 47
Teoría de la actividad, 679
Teoría de la desvinculación, 678-679
Teoría de la mente, 254
Teoría de la selección socioemocional, 679-681
Teoría de la selección, optimización y compensación, 681-683
Teoría de los radicales libres del envejecimiento, 619
Teoría de los sistemas dinámicos, 151-152
Teoría de los tipos de personalidad, 495-496
Teoría del desarrollo cognitivo de género, 278
Teoría del estrés hormonal del envejecimiento, 619-620
Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, 38-39, 47
adolescencia y, 411-412
educación y, 318
estado del desarrollo sensorio-motor, 179-184
juventud y, 491
niñez intermedia/tardía y, 316-319
niñez temprana, 243-247
primera infancia y, 177-184
procesos cognitivos y, 177-179
razonamiento moral, 271-273
Teoría del papel social, 275-276
Teoría del reloj celular del envejecimiento, 618-619
Teoría del trazo difuso, 322
Teoría etológica, 43, 47
Teoría mitocondrial, 619
Teoría psicosexual de Freud, 34-36, 47, 273
Teoría psico-social de Erikson, 36-37, 47
juventud y, 513
madurez y, 581
niñez intermedia/tardía, 350
niñez temprana y, 269
primera infancia y, 215-216
vejez y, 677
Teoría triárquica de la inteligencia, 326-327
Teoría, definición de, 33
Teorías biológicas del envejecimiento, 618-620
Teorías cognitivas, 38-41, 47
Teorías del comportamiento, 41-43, 47
Teorías del desarrollo, 33-48. *Véase también teorías específicas*
Teorías ecológicas, 45-46, 48
Teorías del psicoanálisis, 34-38, 47
del género, 276
Terapia de sustitución hormonal, 559
Teratógenos, 104-109
Test culturalmente adaptados, 334
Test de alfa-feroproteína, 84
Test de Binet, 325-326
Test de diagnóstico prenatal, 83
Test de inteligencia infantil de Fagan, 188-189
Test de matrices progresivas de Raven, 334
Test, estandarizados, para trabajos de investigación, 51
Test Stanford-Binet, 325-326
Testosterona en la pubertad, 390
Tipo de personalidad, 495
Toma de decisiones durante la adolescencia, 413
Tormenta de ideas, 323
Transferencia del gameto en las trompas de Falopio, 84
Transferencia del zigoto en las trompas de Falopio, 84
Transición hacia la paternidad, 222-223
Transiciones (Sheehy), 584
Transiciones
de la escuela primaria, 375-376
de la escuela secundaria a la universidad, 468-469
soledad y, 519
Transitividad, 318
Trascendencia corporal frente a preocupación corporal, 678
Trascendencia del ego frente a la preocupación por el ego, 678
Tratamiento de salud en la vejez, 639-641
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), 314-315
Trayectoria profesional y trabajo, 495-500
cambios en el desarrollo y, 495
diversidad en el lugar de trabajo y, 499-500
en la madurez, 566-568
en la vejez, 562, 657-660
expectativas laborales y, 496-497
influencia del trabajo y, 497-498
jubilación y, 658-660
parejas en las que ambos miembros trabajan y, 498-499
retos y cambios profesionales y, 567-568
satisfacción laboral y, 567
tipos de personalidad y, 495-496
valores y, 496
Trofoblasto, 101

Universidad
agresiones sexuales en la universidad, 489-490
transición desde el insituto a, 468-469
trabajo durante, 497-498
Uso y abuso de sustancias. *Véase también* Adicción; Alcoholismo
en la adolescencia, 400-405
en la juventud, 478-482
en la vejez, 638-639
teratología y, 107-109

Validación consensual, 511
Valor de la correspondencia, 213-214
Variables
dependiente, 53
independiente, 53
Vejez, 19, 21
actitudes hacia la muerte en, 713-714
éxito, 698-699
fallecimiento durante, 712
maltrato a ancianos, 667
tardía, 19
teorías biológicas de, 618-620
victimización, 667-668
vitaminas y, 637-638
voluntariado, 694
Vellosidades de corion, 84
Velocidad de procesamiento de la información en la vejez, 647-648
Velocidad perceptiva en la vejez, 650
Vernix caseosa, 118
Verrugas genitales, 487
Viagra, 560
Vigilancia, 649
Vinculación emocional con los niños, 129-130
Violación, 488-489
por conocidos, 489
por parejas ocasionales, 489
Visión
bidireccional, 74
binocular, 165
color, 163, 627
ecológica, 160

Visión (*Cont.*)
en la madurez, 550
en la primera infancia, 163-166
en la vejez, 626-628
epigenética, 93
método de preferencia visual para el estudio de, 161
Visión a color
en la primera infancia, 163
en la vejez, 27
Vitaminas, envejecimiento y, 637-638
Vocabulario
en la niñez intermedia/tardía, 338-339
hablado, 194
receptivo, 194
Viudedad, 722

Yo, el
en la niñez temprana, 269-270

en la niñez intermedia/tardía, 349-351
desarrollo de la personalidad y, 215-216

Zona de desarrollo próximo (ZDP), 247
Zigoto, 77
Zurdos y diestros en la niñez temprana, 239-240

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO


UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM
SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO


UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM
SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

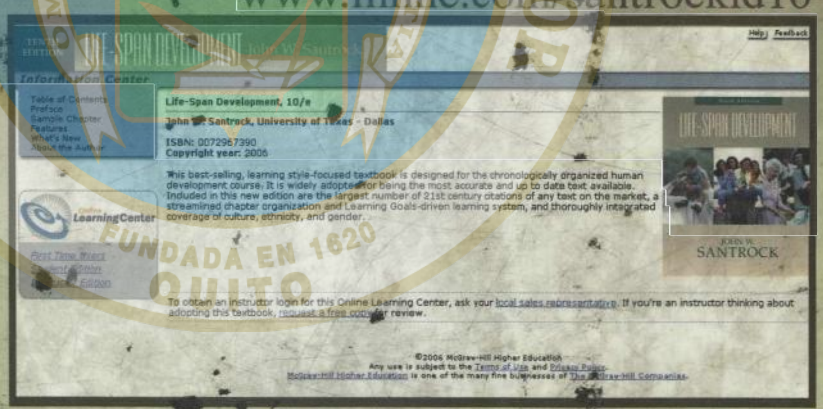
ESTE LIBRO ES PROPIEDAD DE LA BIBLIOTECA
DE LA FACULTAD DE CULTURA FISICA
DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
SU VENTA ES PENADA POR LA LEY

Décima edición

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO. EL CICLO VITAL

JOHN W. SANTROCK

www.mhhe.com/santrockld10



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POTENTIOR EST
OMNIUM SAPIENTIA
FUNDADA EN 1620
QUITO

9 788448 146399

The McGraw-Hill Companies

http://www.mcgraw-hill.es

ISBN: 84-481-4639-5