



## INDICE TEMATICO

### UNIDAD 1:

- *El paradigma positivista. Consecuencias de sus planteos en el área de la salud* (Lic. Pedro Sebastián Alvarez). **Página.5.**
- *Tipos de abordajes, multidisciplinaria e interdisciplinaria en las ciencias de la salud* (Lic. Pedro Sebastián Alvarez). **Página.8.**
- *Factores de riesgo y factores protectores* (Lic. Pedro Sebastián Alvarez). **Página.11.**
- *Bioseguridad* (Lic. Pedro Sebastián Alvarez y Lic. María Silvia Giordano). **Página.16.**
- *Diferentes corrientes en la Psicología actual* (Lic. Pedro Sebastián Alvarez). **Página.18.**
- *La relación Psicología-Odontología* (Lic. María Silvia Giordano). **Página.22.**
- *Emociones y sentimientos* (Lic. María Silvia Giordano). **Página.27.**
- *Psicología de la emoción. El proceso emocional* (Lic. María Silvia Giordano). **Página.32.**
- *De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología* (Psic. Natalia Verónica Lifchiz). **Página.36.**
- *Psiconeuroinmunoendocrinología* (Psic. Natalia Verónica Lifchiz). **Página.44.**
- *Modelo psicoanalítico de las enfermedades orgánicas* (Psic. Natalia Verónica Lifchiz). **Página.46.**
- *Vulnerabilidad somática. Factores que predisponen a la enfermedad orgánica* (Psic. Natalia Lifchiz). **Página.51.**

### UNIDAD 2:

- *La entrevista: técnica para la comunicación y la interacción* (Lic. María Silvia Giordano). **Página.54.**
- *Habilidades comunicacionales* (Lic. María Silvia Giordano). **Página.76.**
- *Comunicación asertiva* (Lic. María Silvia Giordano). **Página.80.**
- *La entrevista en entrevistados y/o situaciones de complejidad especiales* (Lic. María Silvia Giordano). **Página.84.**
- *El papel del contexto en la organización del comportamiento* (Lic. Pedro Sebastián Alvarez). **Página.87.**

- *Teoría del aprendizaje social* (Lic. Pedro Sebastián Alvarez). **Página.89.**

- *Modelo bioecológico de Bronfenbrenner* (Lic. Pedro Sebastián Alvarez). **Página.93.**

#### **UNIDAD 3:**

- *Características del desarrollo del niño. Desarrollo físico* (Lic. María Gabriela Zamar). **Página.96.**

- *Características del desarrollo del niño. Desarrollo Psicosocial* (Psic. Natalia Verónica Lifchiz). **Página.112.**

- *Características del desarrollo del niño. Desarrollo Cognitivo* (Lic. Pedro Sebastián Alvarez). **Página.138.**

- *La entrevista con niños* (Lic. María Silvia Giordano). **Página.150.**

- *Equipo de Flap* (Lic. María Gabriela Zamar). **Página.156.**

- *Equipo de H.O.D* (Lic. María Gabriela Zamar). **Página.158.**

- *Psicoprofilaxis quirúrgica* (Lic. María Gabriela Zamar y Lic. María Silvia Giordano). **Página.159.**

#### **UNIDAD 4:**

- *Características del desarrollo de la adolescencia* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez). **Página.167.**

- *Promoción y prevención de salud en adolescentes* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez). **Página.175.**

- *Conductas de riesgo* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez). **Página.181.**

- *Procesos de comunicación basados en las nuevas tecnologías* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez). **Página.184.**

- *Uso de la virtualidad* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez). **Página.187.**

#### **UNIDAD 5:**

- *Características del desarrollo del joven adulto* (Psic. Natalia Verónica Lifchiz). **Página.194.**

- *Características del desarrollo del adulto* (Psic. Natalia Verónica Lifchiz). **Página. 212.**

- *Madurez: desarrollo de la personalidad y socialización* (Psic. Natalia Verónica Lifchiz). **Página.221.**

-*La angustia y los lenguajes del cuerpo* (Psic. Natalia Verónica Lifchiz).  
**Página.224.**

-*Equipo Interdisciplinario: Estomatología y Psicología* (Psic. Natalia Verónica Lifchiz). **Página.226.**

-*Promoción y prevención de salud en adultos* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez).  
**Página.230.**

-*Programación neurolingüística* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez). **Página.233.**

-*Comunicación emocional* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez). **Página.237.**

-*Modificación de ideas irracionales* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez).  
**Página.241.**

#### **UNIDAD 6:**

-*Características del desarrollo en la vejez* (Lic. Pedro Sebastián Alvarez).  
**Página.244.**

-*Características del desarrollo en la vejez* (Lic. María Gabriela Zamar).  
**Página.252.**

-*Características del desarrollo en la vejez* (Psic. Natalia Verónica Lifchiz).  
**Página.261.**

-*Promoción y prevención de salud en adultos mayores* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez). **Página.270.**

-*Afrontamiento positivo* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez). **Página.274.**

-*Neurolingüística. Sobreadquisición* (Lic. Pedro Sebastian Alvarez). **Página.278.**

## EL PARADIGMA POSITIVISTA. CONSECUENCIAS DE SUS PLANTEOS EN EL ÁREA DE LA SALUD.

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>1</sup>.**

Las diferentes condiciones históricas y contextuales promueven en el campo de la salud innovaciones en los abordajes terapéuticos, en particular promovidos por el trabajo en equipo o intersectoriales. Todo proceso de cambio es causante de crisis y dificultades, estamos ante un inminente cambio en las visiones de las ciencias de la salud partiendo de nuevos enfoques.

La creación de conceptos científicos interdisciplinarios constituye un proceso reflexivo y crítico acerca de cómo se representa, describe, comprende, explica y modifica la realidad. Categorizar la realidad humana de una forma y no de otra es el resultado del contenido de las diferentes disciplinas académicas (Fernandez-Rios, 2010 p.157).

Se considerará a la disciplina como: *cultura*, ya que tradicionalmente se ha hecho así en la estructura y dinámica político-académica universitaria; *epistemología*, que incluye las teorías e instrumentos para crear conocimiento; y, por último, *lenguaje*, que se refiere al discurso teórico utilizado. Por tanto, las disciplinas han ejercido, y continúan haciéndolo, una influencia dominante en la forma en que pensamos, percibimos y buscamos describir, comprender, explicar y transformar la realidad (Fernandez-Rios, 2010).

Cuando se habla de multidisciplinaria se hace referencia a distintas disciplinas agrupadas pero sin romper sus límites conceptuales, metodológicos y epistemológicos. La comunicación entre los integrantes del equipo de salud es mínima, y los nexos entre disciplinas es difuso. En definitiva la colaboración es mínima.

Allegro, Beltrán, Benmergui, Molina, Oszlak, Pabello y Pérez (2007) definen a la interdisciplina como la unión de distintas disciplinas para generar una nueva entidad, fundada en el compartir marcos conceptuales e interrelacionadas unas

---

<sup>1</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

a las otras. La sola reunión en equipo no equivale a hacer interdisciplina. Tampoco se está realizando esta tarea cuando se comparte información con otros profesionales de la salud o se intercambia información momentáneamente, estas acciones solo son un intercambio de información o acumulación de conocimientos por parte de los profesionales.

En cambio, la interdisciplinariedad se caracteriza por la integración y producción conjunta de conocimientos (Allegro, et.al. 2007). También hay que poder discernir la individualidad de las disciplinas que compondrán el equipo interdisciplinario. De esta manera, el intercambio entre los miembros generaría prácticas convergentes.

Para que haya interdisciplina, los intercambios deben ocurrir durante la construcción conjunta del conocimiento y a partir de la formulación precisa de los problemas evaluados en su complejidad (Allegro, et.al. 2007).

La falta de disponibilidad para el trabajo en equipo, el desinterés hacia las diversas opiniones, la dificultad para integrar las diferentes miradas, la descalificación hacia las disciplinas o la desvalorización de los profesionales, el surgimiento de rivalidades y competencias, obstaculizan, en mayor o menor medida, el trabajo interdisciplinario (Allegro, et.al. 2007). Otro obstáculo que puede surgir entre algunas disciplinas que integran el equipo son dificultades en relación al predominio de una disciplina sobre otra, y el temor a la invasión de campos.

El método del equipo interdisciplinario no puede proponer problemas de jerarquía entre los integrantes sino, quizás, grados de saber, respetando la pluralidad. Para que un equipo multidisciplinario alcance una integración interdisciplinaria, es necesario que los profesionales no trabajen en compartimientos estancos sino formando una red y construyan entre todos un saber compartido (Allegro, et.al. 2007).

Cada disciplina tiene sus propios modelos. Esta es una de las mayores dificultades de la interdisciplina, las disputas explicativas que se producen a partir de la definición de los problemas que realiza cada integrante de un equipo de salud. En este marco, cada profesional piensa y cree que el cuerpo

de conocimientos de su propia disciplina es el que eficazmente explica el problema (Allegro, et.al. 2007).

Todas estas medidas deben trasladarse a la atención del paciente, objeto final del saber y quehacer al cual se debe aprender a observar como un todo y no como un ser mutilado y disgregado, logrando que toda la preparación anterior llegue a dar los frutos ante la problemática planteada por el sujeto que solicita ayuda (Allegro, et.al. 2007). Esta práctica mejorará indudablemente la salud y calidad de vida del paciente. No existe trabajo interdisciplinario cuando un especialista de una determinada ciencia, sólo tiene “colaboradores” de las otras disciplinas.

Las exigencias requeridas a sus integrantes son: conocimiento, idoneidad, responsabilidad, compromiso, apertura mental, capacidad integrativa, solidaridad y vocación de cambio. Los medios para lograrlo son: educación, capacitación profesional continua y apoyo institucional (Allegro, et.al. 2007).

Los motivos para intentar ir más allá de las constricciones de cada disciplina son, entre otros, la complejidad inherente de la naturaleza y la sociedad, el deseo de explorar cuestiones que no se hallan contenidas en cada disciplina de forma individual, la necesidad de solucionar problemas sociales y las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías (Fernandez-Rios, 2010).

### **Bibliografía:**

-Allegro, F.; Beltrán, F.; Benmergui, S; Molina, J. L.; Oszlak, C.; Panelo, A.; & Pérez, I. (2007). **Propuesta para la formación de equipo interdisciplinario en salud: facilidades e inconvenientes**. Boletín Científico. 12 (56), pp.1-3.

-Fernandez-Rios, L. (2010). **Interdisciplinarietà en la construcción del conocimiento: ¿más allá de Bolonia?** *Revista Innovación Educativa*. 20, pp.157-166.

## TIPOS DE ABORDAJES MULTIDISCIPLINA E INTERDISCIPLINA EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD.

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Alvarez<sup>2</sup>**

Las diferentes condiciones históricas y contextuales promueven en el campo de la salud innovaciones en los abordajes terapéuticos, en particular promovidos por el trabajo en equipo o intersectoriales. Todo proceso de cambio es causante de crisis y dificultades, estamos ante un inminente cambio en las visiones de las ciencias de la salud partiendo de nuevos enfoques.

La creación de conceptos científicos interdisciplinarios constituye un proceso reflexivo y crítico acerca de cómo se representa, describe, comprende, explica y modifica la realidad. Categorizar la realidad humana de una forma y no de otra es el resultado del contenido de las diferentes disciplinas académicas (Fernandez-Rios, 2010 p.157).

Se considerará a la disciplina como: *cultura*, ya que tradicionalmente se ha hecho así en la estructura y dinámica político-académica universitaria; *epistemología*, que incluye las teorías e instrumentos para crear conocimiento; y, por último, *lenguaje*, que se refiere al discurso teórico utilizado. Por tanto, las disciplinas han ejercido, y continúan haciéndolo, una influencia dominante en la forma en que pensamos, percibimos y buscamos describir, comprender, explicar y transformar la realidad (Fernandez-Rios, 2010).

Cuando se habla de multidisciplinaria se hace referencia a distintas disciplinas agrupadas pero sin romper sus límites conceptuales, metodológicos y epistemológicos. La comunicación entre los integrantes del equipo de salud es mínima, y los nexos entre disciplinas es difuso. En definitiva la colaboración es mínima.

---

<sup>2</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.



Allegro, Beltrán, Benmergui, Molina, Oszlak, Panelo y Pérez (2007) definen a la interdisciplina como la unión de distintas disciplinas para generar una nueva entidad, fundada en el compartir marcos conceptuales e interrelacionadas unas a las otras. La sola reunión en equipo no equivale a hacer interdisciplina. Tampoco se está realizando esta tarea cuando se comparte información con otros profesionales de la salud o se intercambia información momentáneamente, estas acciones solo son un intercambio de información o acumulación de conocimientos por parte de los profesionales.

En cambio, la interdisciplinariedad se caracteriza por la integración y producción conjunta de conocimientos (Allegro, et.al. 2007). También hay que poder discernir la individualidad de las disciplinas que compondrán el equipo interdisciplinario. De esta manera, el intercambio entre los miembros generaría prácticas convergentes.

Para que haya interdisciplina, los intercambios deben ocurrir durante la construcción conjunta del conocimiento y a partir de la formulación precisa de los problemas evaluados en su complejidad (Allegro, et.al. 2007).

La falta de disponibilidad para el trabajo en equipo, el desinterés hacia las diversas opiniones, la dificultad para integrar las diferentes miradas, la descalificación hacia las disciplinas o la desvalorización de los profesionales, el surgimiento de rivalidades y competencias, obstaculizan, en mayor o menor medida, el trabajo interdisciplinario (Allegro, et.al. 2007). Otro obstáculo que puede surgir entre algunas disciplinas que integran el equipo son dificultades en relación al predominio de una disciplina sobre otra, y el temor a la invasión de campos.

El método del equipo interdisciplinario no puede proponer problemas de jerarquía entre los integrantes sino, quizás, grados de saber, respetando la pluralidad. Para que un equipo multidisciplinario alcance una integración interdisciplinaria, es necesario que los profesionales no trabajen en compartimientos estancos sino formando una red y construyan entre todos un saber compartido (Allegro, et.al. 2007).

Cada disciplina tiene sus propios modelos. Esta es una de las mayores dificultades de la interdisciplina, las disputas explicativas que se producen a partir de la definición de los problemas que realiza cada integrante de un equipo de salud. En este marco, cada profesional piensa y cree que el cuerpo de conocimientos de su propia disciplina es el que eficazmente explica el problema (Allegro, et.al. 2007).

Todas estas medidas deben trasladarse a la atención del paciente, objeto final del saber y quehacer al cual se debe aprender a observar como un todo y no como un ser mutilado y disgregado, logrando que toda la preparación anterior llegue a dar los frutos ante la problemática planteada por el sujeto que solicita ayuda (Allegro, et.al. 2007). Esta práctica mejorará indudablemente la salud y calidad de vida del paciente. No existe trabajo interdisciplinario cuando un especialista de una determinada ciencia, sólo tiene “colaboradores” de las otras disciplinas.

Las exigencias requeridas a sus integrantes son: conocimiento, idoneidad, responsabilidad, compromiso, apertura mental, capacidad integrativa, solidaridad y vocación de cambio. Los medios para lograrlo son: educación, capacitación profesional continua y apoyo institucional (Allegro, et.al. 2007).

Los motivos para intentar ir más allá de las constricciones de cada disciplina son, entre otros, la complejidad inherente de la naturaleza y la sociedad, el deseo de explorar cuestiones que no se hallan contenidas en cada disciplina de forma individual, la necesidad de solucionar problemas sociales y las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías (Fernandez-Rios, 2010).

### **Bibliografía:**

-Allegro, F.; Beltrán, F.; Benmergui, S; Molina, J. L.; Oszlak, C.; Panelo, A.; & Pérez, I. (2007). **Propuesta para la formación de equipo interdisciplinario en salud: facilidades e inconvenientes.** Boletín Científico. 12 (56), pp.1-3.

-Fernandez-Rios, L. (2010). **Interdisciplinarietà en la construcción del conocimiento: ¿más allá de Bolonia?** *Revista Innovación Educativa.* 20, pp.157-166.

## FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

**Autor: Lic. Sebastián Alvarez<sup>3</sup>**

La Psicología es la ciencia que estudia el comportamiento de los organismos y recurre al método científico para estudiar las variables que influyen en la conducta de las personas, a nivel cognitivo, emocional y motor. “La salud es conceptualizada como el completo estado de bienestar biopsicosocial autopercibido y se refiere al adecuado funcionamiento de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del individuo” (Labiano, 2010 p.19).

La **salud**, entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. Desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona (Labiano, 2010 p. 26).

Habitualmente en el campo de la salud se ha puesto el acento en la sintomatología y los trastornos, tendientes a identificar causas y desarrollar tratamientos efectivos para solucionar problemas. A tal efecto, se reconoce que las causas son diversas y que llevan a diferentes niveles de adaptación a la situación de salud o enfermedad.

Nuestro bienestar biológico, mental y social no es un mero accidente en nuestra vida, ni un premio o castigo que nos cae del cielo, sino que se corresponde con situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas, que nosotros mismos, a través de nuestra historia, hemos provocado (San Martín, 1982 en Labiano, 2010 p. 25).

A través de nuestro comportamiento interactuamos con el entorno, y este comportamiento está en función tanto de variables personales como

---

<sup>3</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

ambientales, las cuales permanentemente interactúan y se condicionan entre sí. La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos.

En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000). En estos últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida. Ello significa que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, en definitiva, nuestro comportamiento, constituye aspectos centrales de esta problemática humana. Las conductas saludables, que implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano (Labiano, 2010 p. 26).

Ante lo anterior, se han puesto en consideración la definición de lo que es un riesgo, entendiéndose como tal a circunstancias o factores individuales o del entorno que con su presencia aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad, comprometer la salud o el bienestar general (Blasco Romera, 2012). De esto, se define que hay factores de riesgos que permiten ser analizados en la manifestación de un trastorno como asociados a su manifestación.

Estos factores de riesgos no son y actúan de manera aislada, caracterizándose por la dinámica, la acumulación o la estabilidad (Vanistendael, 2003; Rutter, 2000 en Blasco Romera, 2012).

Los factores de riesgo son frecuentemente compensados por factores protectores. El fenómeno de alcanzar una adaptación exitosa a pesar de circunstancias ambientales amenazadoras (riesgo) recibe el nombre de resiliencia, que es la capacidad de hacer frente y superar los factores negativos y externos (riesgos), manteniendo un comportamiento socialmente aceptable

en ambientes de adversidad, y rechazar conductas inadaptadas (Blasco Romera, 2012).

Se habla de factores protectores para referirse a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan conseguir la salud integral (Blasco Romera, 2012). Los factores de protección, si están presentes, favorecen la resistencia ante el riesgo y fomentan resultados caracterizados por patrones de adaptación y competencia.

Ambos tipos de factores – riesgo y protección–, suelen ser el resultado de procesos iniciados tiempo atrás y en ocasiones han incorporado los valores culturales como el patrimonio social (Blasco Romera, 2012).

Entre los factores protectores encontrados por múltiples estudios empíricos, se mencionan:

- Una relación emocional estable por lo menos con una persona significativa.
- Redes sociales existentes tanto dentro como fuera de la familia: parientes, vecinos, profesores, religiosos, pares.
- Clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros.
- Modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas.
- Balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro (por ejemplo, en el cuidado de parientes enfermos, de rendimiento escolar).
- Competencias cognitivas (nivel intelectual promedio, destrezas de comunicación, empatía, capacidades de planificación realista).
- Características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, orientación optimista a los problemas, capacidad de reflexionar y controlar los impulsos, capacidades verbales adecuadas para comunicarse).
- Experiencias de autoeficacia, con locus de control interno, confianza en sí mismo, y autoconcepto positivo.
- Actitud proactiva frente a situaciones estresantes.

- Experiencia de sentido y significado de la propia vida (fe, religión, ideología, coherencia valórica).

Los factores protectores son aquellos que reducen los efectos negativos de la exposición a riesgos y al estrés, de modo que algunos sujetos a pesar de haber vivido en contextos desfavorecidos y de sufrir experiencias adversas, llevan una vida normalizada (Benard, 2004; Rutter; 2007; Uriarte, 2006). También se trata de recursos internos y externos que modifican el riesgo (Fraser, Kirby y Smokowski, 2004 en Aguiar Andrade y Tomasini, 2012). La protección es evidente cuando uno o más dominios del funcionamiento permanecen relativamente sin impacto, a pesar de la presencia de un factor de riesgo.

Por lo tanto, estos factores son reconocidos tanto en el interior como exterior del individuo, involucrando las dimensiones sociales, familiares y personales (Paramo, 2011).

La secuencia factores - conductas - consecuencias del riesgo corresponde a los tres niveles clásicos de prevención en salud pública: prevención primaria, secundaria y terciaria. El enfoque protector (definiendo factores protectores), por otra parte, converge con el de promoción de la salud.

### **Bibliografía:**

-Aguiar Andrade, E.; & Tomasini, G. (2012). **Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes Mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar.** *Revista Acta Colombiana de Psicología.* 15 (2) pp.53-64.

-Blasco Romera, C. (2012). **Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito: el perfil del adolescente resistente y las competencias emocionales asociadas.** Centro de investigaciones de Cataluña.

-Labiano, M. (2010). **Introducción a la psicología de la salud.** En *Psicología de la Salud y la Calidad de Vida.* Comp. Oblitas Guadalupe, Luis. Ed. Cengage.

-Paramo, M.A. (2011). **Factores de riesgos y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión.** *Revista Terapia Psicológica*. Vol.29, (1), pp.85-95.

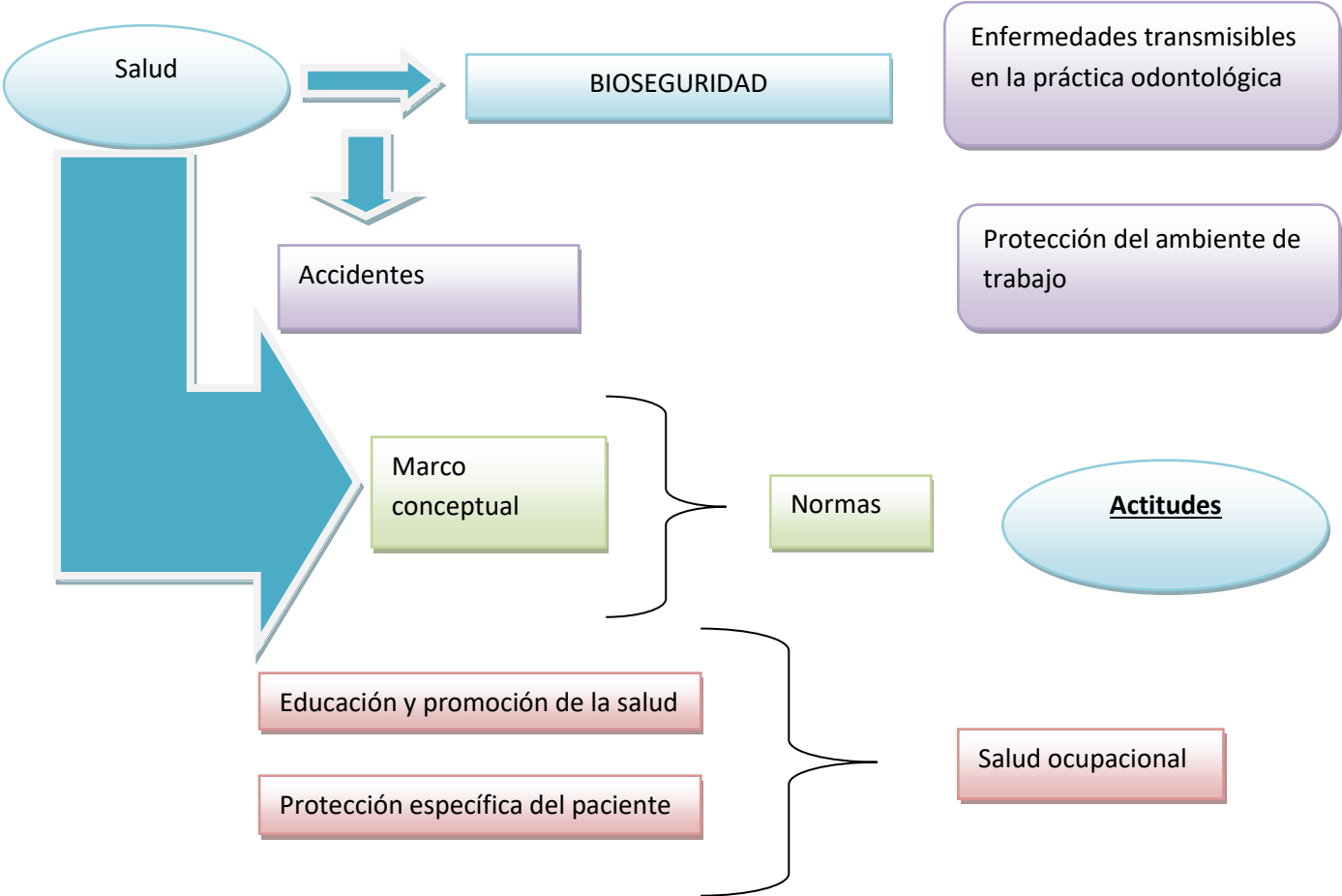
# BIOSEGURIDAD

**Autores: Alvarez<sup>4</sup>, Pedro Sebastian & Giordano<sup>5</sup>, María Silvia.**

La Bioseguridad debería entenderse en el marco de una institución formadora de futuros profesionales. En tal sentido, los aprendizajes desarrollados y estipulados deben ir en la dirección del cumplimiento de normas para evitar riesgos ya sea, en el periodo de formación, investigación como de interacción de los diferentes participantes de la institución.

A nivel docente, se debería poder tener criterios compartidos para que los estudiantes lo perciban y decidan de manera autónoma y eficaz.

En consideración a esto se propone entender a la bioseguridad según el siguiente esquema, según lo que puede aportar la Psicología como disciplina en el campo de la salud.



<sup>4</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>5</sup> Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.



En resumen, se parte de una idea y conceptualización de la salud como una parte de la personalidad, la denominada concepción integral, en donde se supone que la persona aprende y construye su realidad y aprendizajes óptimos, basados en las actitudes y motivaciones intencionadas para ello. Esta salud es basada en las competencias y dominios del sujeto y no en la idea de equilibrio homeostático adentro/afuera o la presencia de síntomas de origen foráneos a la conciencia de la persona, sino que es el mismo individuo quien va decidiendo sobre su salud y así construye su calidad salutogenica y de vida.

Esto redundaría en los beneficios de aplicación de programas o normativas como lo son la bioseguridad, en donde hay una incorporación gradual de conocimientos, y en donde no debe estar presente el acto punitivo o castigador por el incumplimiento o el modelado por la inestabilidad de los actores institucionales y propios estudiantes.

La **salud** observada desde un punto de vista integral, en donde las habilidades, la ecología del sujeto, la motivación y la percepción de riesgo estén presentes, porque esto es entender un individuo activo y constructor de sus bagaje de herramientas teóricas y técnicas, en donde la salud no sea la pérdida de un supuesto equilibrio, o un dato objetivable por medio de un síntoma descontextualizado o una definición de salud ya superada como la noción de bienestar general.

La **bioseguridad** se va construyendo hasta darle integridad física y psicológica. Debería hacerse énfasis en los procesos de aprendizajes, memorias de trabajo y actos de reflexión cognitiva sobre la experiencia acumulada y en la observación de las cualidades del paciente. Es importante trabajar un nivel de **norma** como construcción aprehendida y no como orden, para generar **actitudes** positivas por parte de los involucrados.

## DIFERENTES CORRIENTES DE LA PSICOLOGIA ACTUAL

**Autor: Lic. Pedro Sebastian Alvarez<sup>6</sup>.**

Los enfoques en terapia están basados en los sustentos teóricos y filosóficos de las corrientes de la ciencia psicológica actual, estas no son exhaustivas ni pretenden ser las únicas visiones sobre el estudio del comportamiento de las personas por parte de la Psicología. Los enfoque principales en psicoterapia son:

<i>Modelos</i>	<i>Fundamentos Epistemológicos</i>	<i>Concepción del cambio terapéutico</i>	<i>Método e intervenciones</i>	<i>Metodología de investigación y evaluación de resultados</i>	<i>Movimiento de integración en psicoterapia</i>
<b>Psicoanálisis.</b>	Hay un asociación de la conciencia y del resto del psiquismo que lo divide en una parte consciente y otra inconsciente.	Hay que hacer conciente lo inconsciente, hay que resolver el conflicto psíquico entre instancias del aparato psíquico.	Asociación libre. Análisis de la transferencia y de la contratransferencia y la resistencia.	Metodología puesta en relieve a través del análisis de la transferencia, resistencia y el deseo inconsciente.	Se ve los trastornos psíquicos que se producen en las personas y su relación con la simbolización y su abordaje clínico.
<b>Gestáltico.</b>	Se basa en el movimiento humanista pone el énfasis en el potencial humano,	El darse cuenta ("awareness", en inglés): es el cliente quien ha de darse cuenta de lo que le	Se basan en la experiencia vivencial. La experiencia vivencial es el conjunto de conocimientos sobre si	Los pilares sobre los que se apoya el EG son: el aquí y ahora y el cómo. Su esencia está en la	El trabajo se especializa en explorar el territorio afectivo. Se pretende que los participantes tomen conciencia de su

<sup>6</sup> Profesional asistente con fines de perfeccionamiento de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

	<p>en lo que está pasando, en los procesos, el paciente aprende a ser más conciente sobre lo que hace. El <u>hombre</u> percibe las cosas o los hechos como totalidades significativas. Las partes forman una unidad de la cual algún elemento seleccionado puede presentar un interés en especial.</p>	<p>pasa. Sólo se necesita ser conciente para cambiar (si se quiere) una conducta. Se trata de entender el presente, viéndolo como una entidad espacio-temporal esencial.</p>	<p>mismo que adquiere la persona en el encuentro terapéutico.</p>	<p>comprensión de estas dos palabras. Vivir en el ahora tratando de darnos cuenta cómo lo hacemos.</p>	<p>cuerpo y de cada uno de sus sentidos.</p>
<p><b>Cognitivo-conductual.</b></p>	<p>El modelo postula que las personas contamos con una organización estructural del pensamiento y en función de esto se centra en las nociones de esquemas cognitivos, creencias o supuestos básicos, errores o</p>	<p>Está centrada en los problemas presentes, tomando en consideración los datos del pasado que sirvan para comprender las experiencias de aprendizaje que condujeron a determinados</p>	<p>La determinación de auto registros escritos sobre la problemática entre sesión y sesión, la auto observación para que la persona conozca intrínsecamente su problema y así mejorar la</p>	<p>El proceso terapéutico consiste en llevar a cabo una evaluación diagnóstica, diseño del tratamiento, tratamiento propiamente dicho y seguimiento.</p>	<p>Se dividen en un conjunto de técnicas orientadas a la intervención y modificación de la problemática en las esferas del <b>comportamiento humano</b>, esto involucra las cogniciones (pensamientos, recuerdos, imágenes), sensaciones fisiológicas, emoción y acción.</p>

	distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos.	comportamientos. El alta es un objetivo del tratamiento.	intervención. El terapeuta colabora activamente en la exploración de las experiencias psicológicas del consultante y en la colaboración de programa de actividades y tareas para realizar.		
<b>Sistémico.</b>	Los grupos de personas como las familias por ejemplo generan formas determinadas de interacción y comunicación que pueden producir de acuerdo a la posición y código de interpretación conductas disfuncionales en algún miembro.	La reflexión sobre los mensajes en las interacciones y la posición donde ponen al sujeto marca un cambio positivo en el paciente.	Sesiones individuales, en diada o grupales. Diversas tareas con distintos fines para alcanzar los objetivos terapéuticos.	El tratamiento se observa como eficaz al poder explicitar el código de interacción con las personas, la reflexión sobre el mismo y el cambio de posición en el grupo.	Los modos de comunicación están atravesados por patrones sociales y culturales internalizados por las personas y manifestados en las interacciones.

<p><b>Neuropsicología comportamental y cognitiva.</b></p>	<p>El cerebro es un sistema de aprendizaje que está involucrado en la determinación de conductas simples y complejas.</p>	<p>El entrenamiento en aprendizajes fundamentales según los organizadores mentales (memoria, lenguaje, atención, concentración, etc.) es lo que se persigue para cambiar la vida cotidiana del paciente y generar salud y bienestar.</p>	<p>Se utilizan diversas técnicas como los ensayos protegidos, experimentos sociales, trabajos con objetos, entrenamientos en capacidades, habilidades y formas de modificar conductas.</p>	<p>La eficacia de tratamiento de mide a través de objetivos de partida y de comparación con líneas de base que son los puntos de partida del tratamiento para observar cambios cualitativos y cuantitativos.</p>	<p>El cerebro y su entorno de creación la mente son interactuantes con otros sistemas creadores de conductas como el sistema muscular o inmunológico. Los comportamientos son tanto influenciado por lo genético como lo interactivo por medio del aprendizaje de las personas.</p>
---	---	--	--	--	---

## LA RELACIÓN PSICOLOGÍA-ODONTOLOGÍA

**Autora: María Silvia Giordano<sup>7</sup>.**

El estudio histórico de la psicología en otras carreras universitarias, permite plantear preguntas acerca del contexto, formas, actores, perspectivas que posibilitaron tal desarrollo, como una forma de reformular, por ejemplo, las concepciones de salud-enfermedad-atención imperantes en las mismas. La inserción de la psicología en la carrera de Odontología de la UNC, es un caso particular de la relación de la disciplina psicológica con las carreras de Ciencias de la Salud. Entendida de esta manera, *“la relación se enmarca en una historia de la recepción de la psicología en donde se pone el acento en los contextos de apropiación, las funciones de mediación e implantación”* (Vezzetti, 2007 p.3).

En efecto, el análisis de los usos incorpora la apropiación activa de autores o de ideas que son transformadas de acuerdo al contexto, los objetivos y la constitución del público que las recepta.

“Teniendo en cuenta lo anterior, la relación psicología-odontología se enmarca en la categoría de recepción propuesta por Vezzetti (1994) y Dagfal (2004), la cual tiene su apoyo en tres factores: el autor, la obra y el público (Dagfal, 2004). Entonces, es pertinente entender el concepto de recepción de las ideas de la psicología en el ambiente de la odontología, en especial la atención odontológica a niños, en la línea de la apropiación o intercambio entre estas dos disciplinas y sus actores participantes. Al respecto, la vertiente de análisis es doble, tanto para los efectos de los conocimientos de la psicología demandados por los odontólogos y la recepción por parte de estos últimos de los mismos. Por lo tanto, se propone una acción activa de los odontólogos en la apropiación de ciertos tópicos de la psicología para su labor, lo cual se transforma en una respuesta a dicha interacción, que puede ser de distanciamiento, o creación de nuevos contenidos (Dagfal, 2004). Por ende, se

---

<sup>7</sup> Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

hace importante comprender la obra de selección que hace el receptor de lo que se le transmite como contenido o experiencia y la interpretación parcial de acuerdo a su perspectiva desde un punto de vista dialéctico para comprender la interacción entre el campo psicológico y odontológico. Enmarcado lo anterior en la interacción constante entre presente y pasado, producción científica y sociedad por medio de una interpretación histórica y social (Dagfal, 2004). Así, el intercambio entre producción y recepción están regulados por condiciones de la época, que predisponen a la asimilación de ciertas ideas y no de otras” (Giordano & Alvarez, 2016 p.9).

Así es como la relación psicología y odontología en Córdoba, comienza en el año 1956 cuando se pasa de Escuela a Facultad de Odontología. Se crea la cátedra de Odontología infantil, nombrando como titular a la Dra. Hermosina Gazzio y como jefa de trabajos prácticos a la Dra. Perla K de Hidalgo. Ellas se habían formado en Bs. As con la Dra. María Inés Egozcue y la famosa psicoanalista Arminda Aberastury.

“Entonces, la conexión odontología y psicología en la UNC parece haber sido por la representación de un paciente niño que no existía hasta el momento y que era tratado como un adulto. Enmarcada en la recepción de las ideas de la experiencia de Buenos Aires, mostrando la importancia del entrecruzamiento disciplinar, en particular la Odontología en su especialidad infantil y la Psicología de corte psicoanalítico, posibilitando una suerte de replicación de aquella experiencia y la formación de una cátedra pionera en la incipiente Facultad de Odontología de la UNC.” (Giordano, & Alvarez, 2016 p.9).

*“El comienzo de la relación Psicología y Odontología en la UNC fue con una psicología sin psicólogos locales” (Giordano & Alvarez, 2016 p.9), ya que en Córdoba aún no existía la Carrera de Psicología y era incipiente la creación de la misma que data de 1958.*

La inclusión de los psicólogos en la carrera se dio recién con la aplicación del plan 85, en que se incorpora la materia Psicología Evolutiva como obligatoria.

Desde ese momento hasta la actualidad, la Psicología realizó aportes a la formación de los odontólogos en cuanto a la comprensión de los aspectos psicológicos de las personas de distintas etapas evolutivas y al abordaje integral de ciertas problemáticas odontológicas con marcado componente psicológico. El marco teórico siguió siendo, como en los inicios,

preponderantemente basado en lo evolutivo de corte psicoanalítico y centrado en la enfermedad, ya que esos eran los enfoques predominantes.

La ciencia psicológica, en los últimos años, ha realizado importantes y notables avances, dando surgimiento a nuevas corrientes con otros núcleos conceptuales. Estos nos permiten, hoy, centrarnos más en los aspectos saludables y en la promoción de salud y hacer una nueva selección de contenidos respondiendo a las demandas actuales de los odontólogos (con texto de recepción).

Por lo tanto, en el programa académico actual realizaremos una deconstrucción de la Psicología evolutiva ya que:

“la variable de organización es la edad, lo que reafirma la concepción, señalada por Burman, de un niño universal, que evoluciona de determinada manera sin diferenciación de contextos sociales, ni de géneros, ni de épocas históricas. Burman (1998) dice: “Las normas y los hitos que estructuran la psicología evolutiva construyen una representación universal de graduación ordenada y progresiva a través de etapas, hasta una competencia y una madurez cada vez mayores.” (En Álvarez, Giordano & Vissani, 2013 p. 9).

En cambio, proponemos una psicología del desarrollo ya que

“el campo del **desarrollo infantil** se enfoca en el estudio científico de los procesos de cambio y estabilidad en los niños. Los científicos del desarrollo — personas que participan en el estudio profesional del desarrollo infantil— buscan la manera en que cambian los niños desde la concepción hasta la adolescencia, al igual que las características que continúan bastante estables. Los científicos del desarrollo estudian dos tipos de cambio: cuantitativo y cualitativo.

El **cambio cuantitativo** es el relacionado con el número o la cantidad, como la estatura, el peso, la amplitud de vocabulario o la frecuencia de comunicación. El cambio cuantitativo es primordialmente continuo a lo largo de la infancia. El **cambio cualitativo** es el relacionado con el tipo, estructura u organización. Este cambio es discontinuo; se identifica por el surgimiento de nuevos fenómenos que no se pueden anticipar con facilidad con base en el funcionamiento previo. Un ejemplo es el cambio de un niño no verbal a uno que comprende palabras y puede utilizarlas para comunicarse” (Papalía, Welkonds, & Feldman, 2009).



Con este marco teórico se describirán las etapas según procesos de desarrollo, tomando como ejes los dominios del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial en el niño, adolescente, adulto y adulto mayor a los fines de que el odontólogo pueda tener una visión general de las características de sus pacientes incluyendo al contexto como variable en actividades tanto de promoción como de actividad clínica.

Por último se incorpora como marco teórico conceptual general el de la Psicología positiva.

“La Psicología positiva tiene sus principios en 1998 con Martin Seligman como presidente de la American Psychological Association (APA). “La psicología no es sólo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es sólo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros” (Seligman, 2003 p.1).

“El cambio de enfoque desde el centramiento en la enfermedad al desarrollo de las potencialidades...podría denominarse modelo salugénico que empieza a hacerse visible y a completar el modelo médico hegemónico en la ciencia psicológica”. (Lupano-Castro, 2010).

### **Bibliografía:**

- Alvarez, P.S., Giordano, M.S., & Vissani, L. (2013). **La psicología del niño en la carrera de psicología de la UNC. Autores y contenidos predominantes.** Histopsi. Diseño y maquetación: Diego Pérez Collado. vol. n°. p. 352 - 358. issn 1851-4812.Tucumán. Argentina.
- Celis, M.; Giordano, M.S.; Scherman, P.V. (2013). **Orígenes de la Psicología Evolutiva y sus representaciones del desarrollo.** Resumen. Simposio. VI Simposio Internacional sobre Representaciones en la Ciencia y el arte. SIRCA. Facultad de Psicología. UNC. Córdoba. Argentina.
- Dagfal, A. (2004). **Para una “estética de la recepción” de las ideas psicológicas.** *FRENIA*, 2 (7) pp.7-15.

- Danzinger, K. (1979). **The positivist repudiation of Wundt.** *Journal of the History of the Behavior Sciences*, 15, pp.205-230.
- Giordano, M.S.; & Alvarez, P.S. (2016). **Historia de la psicología en Córdoba: la relación odontología y psicología.** Enviado a publicar a Anuario de investigaciones en psicología de la facultad de Psicología de la UNC. Córdoba. Argentina.
- Martínez Monzó, A. **Psicología positiva para el día a día.** Ebook
- Moriana, J.; & Martínez, V. (2010). **La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces.** *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 16, Nº 2, pp. 81-100, 2011.
- Papalía, D.; Welkonds, S.; & Feldman, R. (2009). **Psicología del desarrollo.** Ed. MC. Graw Hill. Undécima edición México. ISBN: 978-970-10-6889-2.
- Vezzetti, H. (1994). Presentación. En Vezzetti, Klappenbach y Ríos. *La Psicología en la Argentina* (pp. 1-13). Buenos Aires: Centro de Estudiantes de Psicología.
- Vezzetti, H. (2007). **Historias de la psicología: problemas, funciones y objetivos.** *Revista Historia de la Psicología*, 28, (1).147-165.

## EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

**Autora: María Silvia Giordano.<sup>8</sup>**

El presente texto es un resumen de la obra de Miguel Pallarés, en la que el autor define y diferencia las emociones de los sentimientos.<sup>9</sup>

### **Qué entendemos por emociones y sentimientos.**

Las emociones pueden ser definidas como agitaciones o estados de ánimo producidos por ideas, recuerdos, deseos, sentimientos, pasiones.

Otra definición basada en su etimología es: impulso que lleva a la acción.

Los sentimientos, en cambio, son producto de la observación que hace la mente de los cambios generados por las emociones.

Los impulsos que se transformen en emociones y en acciones pueden ser consecuencia de estímulos externos (ruidos, luces, sonidos, tactos, presiones...), e igual sucede con las ideas y los pensamientos.

Los pensamientos y las ideas son un factor clave para nuestras emociones, ya que actúan más y durante más tiempo que los estímulos externos.

Las emociones, además de generar acciones, pueden también crear sentimientos, cuando éstas se hacen conscientes y se interpretan de determinada manera. Podemos definir los sentimientos como estados afectivos de baja intensidad y larga duración. Por lo tanto, son estados de ánimo más estables y duraderos que las emociones que los han generado, que se caracterizan por una mayor intensidad y menor duración (Pallarés, 2010 p.33).

### **Las emociones universales**

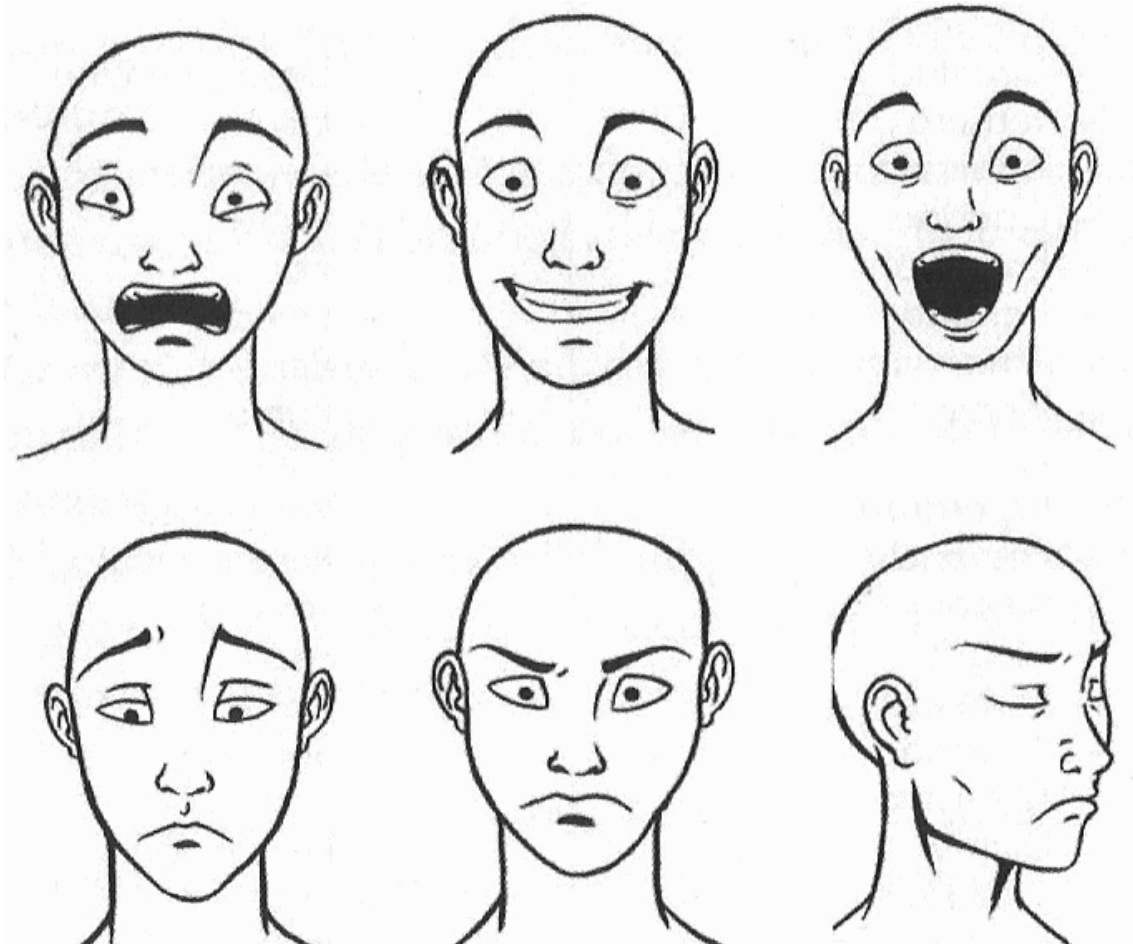
Son aquellas emociones que se expresan y pueden interpretarse por una expresión facial y corporal casi idéntica en todas las personas de todas las

---

<sup>8</sup> Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba

<sup>9</sup> Miguel Pallarés. 2010. Emociones y sentimientos. Dónde se forman y cómo se transforman". Marge Books.

culturas. El psicólogo estadounidense Paúl Ekman cita seis emociones universales: el miedo, la alegría, la sorpresa, la ira, el asco o aversión y la tristeza:



Representación gráfica de seis emociones universales: miedo, alegría, sorpresa, tristeza, ira y asco (Pallarés, 2010 p. 34).

El miedo en una persona se manifiesta en su cara: por sus ojos fijos y escrutadores en la causa que desencadena el miedo; los músculos tensos y preparados para una respuesta de huida o ataque; la boca entreabierta mostrando los dientes, respiración frecuente e intensa, sudoración, manos temblorosas y pelos erizados, entre otros signos.

- La alegría manifiesta diversión, euforia, sensación de bienestar y de seguridad. Se aprecia por distintos signos: una cara relajada, boca

sonriente con la comisura de los labios elevada, mirada dulce, faz amistosa, brazos abiertos y caídos a lo largo del cuerpo, manos entreabiertas, gesticulación reposada...

- La sorpresa nos indica asombro, desconcierto. Muestra diferentes signos: los ojos más abiertos de lo habitual y fijos en el objeto causante de la emoción, las cejas arqueadas, la frente fruncida, la boca entreabierta, la actitud observadora o expectante, etc.

- La tristeza muestra pena, soledad, pesimismo. Se adivina por una mirada perdida, con tendencia a fijarse en el suelo, la boca con rictus invertido o hacia el suelo, la cabeza inclinada y sometida, el cuerpo flácido y sin tono, el habla escasa y lenta, el tono apagado...

- La ira manifiesta rabia, enfado, resentimiento o furia. Nos induce a la destrucción del objeto causante, para lo que nos da una fuerza momentánea desmedida. La persona nos muestra una actitud belicosa, unos ojos muy abiertos y fuera de sí, entrecejo fruncido, cara contracturada mostrando los dientes en actitud de lucha, mandíbulas apretadas, cuerpo tenso y amenazante, brazos levantados y con movimientos rápidos y en todas direcciones, dedos separados mostrando las uñas, etc.

- El asco manifiesta disgusto y rechazo. Se aprecia por la tendencia de la cara a alejarse del objeto o la persona causante de la emoción hacia atrás o a los lados, la nariz elevada y en busca de determinados olores desagradables, mueca de desagrado, boca entreabierta mostrando los dientes, las manos en actitud de separación o rechazo, con las palmas hacia el objeto o la persona (Pallarés, 2010 p. 34).

## Otras emociones y sentimientos

El mismo autor, Paul Eckman refiere que hay más de tres mil emociones.

Cada persona reacciona de forma distinta a un mismo estímulo emocional. Si le parece que el cambio detectado puede beneficiarle, experimenta una emoción positiva, que la hace acercarse a la fuente del estímulo mostrando sentimientos de alegría, amor, paz, ternura, etc. En caso contrario, la emoción es etiquetada como negativa y nos alejamos o luchamos contra ella, reaccionando con ansiedad, odio, rabia, ira o miedo. Los seres humanos cuentan con el mecanismo de la emoción para orientarse en determinada situación o cambio (Pallarés, 2010 p.35).

No existen emociones buenas o malas, pero se pueden clasificar en aflictivas o no aflictivas según cómo condicionen nuestro estado de ánimo.

En determinado momento, las emociones etiquetadas como negativas pueden no serlo y beneficiarnos ya que pueden generar un estado para salvarnos la vida; por ejemplo el miedo, en muchas ocasiones nos previene y defiende de elementos peligrosos.

Cuando la emoción o el sentimiento que causa el impulso es valorada como “no peligrosa” o “no aflictiva”, como la alegría, el amor, la paz..., se liberan neurotransmisores que se traducen en acciones de acercamiento y de aceptación del cambio, como la dopamina, la serotonina o la oxitócina. Cuando la emoción es catalogada como “peligrosa” o “aflictiva”, el cuerpo reacciona de inmediato, en muchas ocasiones sin esperar la respuesta de la corteza cerebral, mediante la liberación de neurotransmisores que nos preparan para la lucha y la huida, básicamente, cortisona, adrenalina y noradrenalina. Ello nos proporciona un mayor aporte de sangre y de nutrientes para las células, que se traduce en una mayor capacidad del corazón para bombear sangre, una mayor frecuencia respiratoria, una dilatación de los bronquios, un

incremento de la fuerza muscular y todo lo necesario para “enfrentarnos a la batalla (Pallarés, 2010 p.40).

### **La inteligencia emocional.**

Podemos definir la inteligencia emocional de diferentes formas.

- La habilidad para controlar y expresar las emociones y los sentimientos de la manera más adecuada en cada momento, en el terreno personal, profesional y social, a la vez que entendemos las emociones y los sentimientos de los demás.
- El manejo adecuado y efectivo de las emociones y los sentimientos, con el fin de lograr un trabajo pacífico y conjunto de los individuos con una meta común basándose en el autodomínio de la habilidad social y el aprendizaje.
- La inteligencia que nos permite analizar nuestro estado emocional, e intentar modificarlo si éste es «aflictivo» (Pallarés, 2010 p.50).

Las personas no somos capaces de “eliminar” nuestras emociones y sentimientos. En todo caso, podemos intentar “educarlos” o gestionarlos.

Es verdad aceptada que determinados alimentos perjudican la salud, de manera inmediata o a largo plazo. Con las emociones y los sentimientos ocurre exactamente lo mismo. Las emociones y los sentimientos aflictivos condicionan nuestro estado anímico, nuestras tendencias, nuestra forma de ser y, en definitiva, nuestra vida.

Incrementar la inteligencia emocional no es algo sencillo, pero es una tarea que debemos iniciar cuanto antes, pues puede durar toda nuestra vida, y siempre será un tiempo bien empleado.

# PSICOLOGÍA DE LA EMOCIÓN. EL PROCESO EMOCIONAL

**Autor: María Silvia Giordano.**<sup>10</sup>

El presente texto es un resumen de la obra de Mariano Chóliz Montañés acerca de la psicología de las emociones y del proceso emocional.<sup>11</sup>

## **Introducción**

Se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Cada una de estas dimensiones puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada. En muchas ocasiones, las diferencias entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben únicamente al papel que otorgan a cada una de las dimensiones que hemos mencionado.

Cualquier proceso psicológico conlleva una experiencia emocional de mayor o menor intensidad y de diferente cualidad. La reacción emocional (de diversa cualidad y magnitud) está presente en todo proceso psicológico. El agrado o desagrado sería una dimensión exclusiva y característica de las emociones, de esta manera todas las reacciones afectivas se comprometerían en dicha dimensión en alguna medida. Esta dimensión de placer-displacer sería la característica primordial de la emoción respecto a cualquier otro proceso psicológico. De forma similar, Oatley (1992) señala que lo realmente definitorio y diferenciador de las emociones es la disposición para la acción y la "cualidad fenomenológica". *“Así, una emoción podría definirse como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta:*

---

<sup>10</sup>Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba

<sup>11</sup> Mariano Chóliz (2005): Psicología de la emoción: el proceso emocional [www.uv.es/=cholz](http://www.uv.es/=cholz)



*cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo*". (Chóliz Montañés, 2005 p. 4).

### **Funciones de las emociones.**

Según Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales:

a. *Funciones adaptativas*: Quizá una de las funciones más importantes de la emoción sea la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado.

b. *Funciones sociales*: Izard (1989) destaca que las emociones cumplen funciones sociales tales como: facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial. Por ejemplo la felicidad favorece los vínculos sociales y relaciones interpersonales, en tanto que la ira puede generar repuestas de evitación o de confrontación. La expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas por parte de los demás.

Otra función social es la de la propia represión de las emociones. Ya que se trata de un proceso claramente adaptativo, debido a que es socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales que podrían alterar las relaciones sociales y afectar incluso a la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social

c. *Funciones motivacionales*:

La relación entre emoción y motivación está presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. La emoción da energía a la conducta motivada.

Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa. La emoción, por un lado, facilita la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc.

Por otro lado, dirige la conducta, facilitando el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada.

La función motivacional de la emoción está dada por la existencia de las dos dimensiones principales de la emoción: dimensión de agrado-desagrado e intensidad de la reacción afectiva.

La relación entre motivación y emoción no se limita al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Podemos decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras. (Chóliz Montañés, 2005 p.6).

## **Emociones y salud**

El papel de la emoción tanto en la promoción de la salud y génesis de la enfermedad, como en las consideraciones terapéuticas implicadas es una de las áreas de mayor interés en la investigación experimental y la actividad profesional.

Los procesos emocionales han demostrado su relevancia en alteraciones del sistema inmunológico (Irwin, Daniels, Smith, Bloom y Weiner, 1987; Herbert y Cohen, 1993a,b), trastornos coronarios (Fernández-Abascal y Martín, 1994a,b), diabetes (Goetsch, Van Dorsten, Pbert, Ullrich y Yeater, 1993), trastornos del sueño (Chóliz, 1994b), enfermedad de Graves (Sonino, Girelli y Boscaro, 1993), o dolor (Chóliz, 1994c), por poner solamente algunos ejemplos. La disciplina científica que recoge estas aportaciones es la actual Psicología de la Salud (Matarazzo, 1982), heredera de la Medicina Conductual y Medicina Psicosomática. (Chóliz Montañés, 2005 p. 33).

Se han investigado dos grandes aspectos de la relación entre emoción y salud.

En primer lugar, en establecer la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, intentando relacionar la aparición de determinadas emociones (ansiedad, ira, depresión, etc.) con trastornos psicofisiológicos específicos (trastornos coronarios, alteraciones gastrointestinales, o del sistema inmunológico, por ejemplo).

En segundo lugar, en el papel que ejerce la expresión o inhibición de las emociones en la salud y en el enfermar. (Chóliz Montañés, 2005 p. 33).

Las reacciones emocionales más estudiadas en relación a su participación en la génesis de alteraciones de la salud son la depresión, la ansiedad y el estrés. Tanto el estrés como la depresión están relacionados con el descenso de la actividad inmunológica.

En lo que se refiere a la inhibición de las emociones, desde que Freud pusiera de manifiesto la relevancia de la represión emocional en la génesis de alteraciones psicosomáticas, la inhibición de las emociones ha sido considerada como una de las variables principales que inciden en la enfermedad. No obstante, debemos decir que la inhibición por sí sola no causa indefectiblemente alteraciones somáticas, ni es inherentemente insana. De hecho en ocasiones puede ser un mecanismo adaptativo (Pennebaker, 1993). Sólo en el caso que confluyan otras características, como una excesiva activación somática, o interferencia con las estrategias de afrontamiento adecuadas, la inhibición puede ir en menoscabo de la salud y ser un agente etiopatogénico de envergadura. Así pues, las relaciones significativas que se han constatado en ocasiones entre inhibición emocional y trastornos psicofisiológicos posiblemente sean debidas al hecho de que la inhibición es un proceso activo que, lejos de disminuir la activación autonómica, la incrementa durante periodos de tiempo prolongados, interfiere con los procesos cognitivos implicados en la asimilación del problema y estrategias de resolución, al tiempo que produce con facilidad condicionamiento de las reacciones de inhibición (Wegner, Shortt, Blake y Page, 1990; Pennebaker, 1993). (Chóliz Montañés, 2005 p. 34).

## **DE LA MENTE A LA CELULA:**

# **IMPACTO DEL ESTRÉS EN PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA**

**Autora: Natalia Verónica Lifchiz<sup>12</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la obra de Manolete S. Moscoso, sobre el concepto del modelo psicobiosocial y los primeros estudios sobre la nueva ciencia de la psiconeuroinmunoendocrinología.

En 1977, George Engel propuso reconsiderar el modelo biomédico de la práctica tradicional por un nuevo modelo médico: el Modelo Biopsicosocial, éste modelo propone que el ser humano está compuesto intrínsecamente por factores biológicos, psicológicos, y sociales; Éste se comporta en formas y estilos de vida que pueden beneficiar o deteriorar su salud. Muchos de los factores mediadores y moderadores entre la mente y el cuerpo, incluyendo la interacción social del individuo, contribuyen a la preservación de la salud o al deterioro de ésta, por ejemplo, una situación estresante que altere uno de los sistemas del funcionamiento humano afecta a los demás sistemas debido a las múltiples conexiones mente-cuerpo.

En base a este nuevo paradigma biopsicosocial, podemos afirmar que no existe una real división entre la mente y el cuerpo debido a las interconexiones científicamente establecidas entre el cerebro, sistema nervioso, y los sistemas endocrino e inmune

Nuestra forma de pensar, creencias, y sentimientos no son nada menos que la actividad bioquímica en las células nerviosas de nuestro cerebro, la cual se expresa dentro de los sistemas endocrino e inmune determinando el estado de salud actual del individuo. La evidencia científica, hoy en día, demuestra que al modificar nuestros pensamientos estamos modificando nuestra biología (Kiecolt-Glaser, McGuire & Robles, 2002; Cousins, 1989 p. 144).

---

<sup>12</sup> Profesora asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

## **Una mirada hacia la nueva ciencia: La Psiconeuroinmunoendocrinología.**

Existen cuatro sistemas de procesamiento de información los cuales permanentemente interactúan en seres humanos: la mente, el sistema nervioso, el sistema endocrino, y el sistema inmune. Estos cuatro sistemas se comunican mutuamente y de manera permanente. El estudio y explicación de estas interacciones está a cargo del nuevo paradigma de la salud conocido como la psiconeuroinmunoendocrinología (Young & Welch, 2005 p.. 145)

Estos cuatro sistemas interactúan resultando en una salud óptima, o en su defecto, en enfermedad; Asimismo, el sistema nervioso, endocrino e inmune tiene receptores en ciertas células, las cuales pueden recibir información desde los otros sistemas a través de las moléculas mensajeras. La mente es uno de los cuatro sistemas y es entendido como una parte funcional del cerebro. Bajo condiciones normales, estos cuatro sistemas interactúan en armonía resultando en un estado homeostático. Este particular estado denominado homeostasis fomenta una salud óptima y prepara al organismo para su constante lucha contra las diferentes enfermedades existentes (Dantzer, 2001 p. 144).

Factores hereditarios, ambientales, rasgos de personalidad, emociones y estilos de vida son factores que median la influencia en la interacción entre los sistemas. De la misma manera, la pérdida del equilibrio homeostático representa una interrupción en los procesos de interacción de estos cuatro sistemas, resultando en el inicio de síntomas que tipifican un cuadro patológico o enfermedad. En este sentido es de gran importancia para la psiconeuroinmunoendocrinología el estudio del estrés psicológico y el rol que los estresores ocupan dentro del proceso de interacción con los sistemas nervioso, endocrino e inmune.

### **El conocimiento actual del estrés**

Estrés es un término sumamente ambiguo el cual presenta muchas connotaciones. Una característica importante en la noción de estrés es el proceso de evaluación cognitiva descrita por Lazarus y Folkman (1984), el cual toma en consideración un elemento importante como es la percepción por parte del individuo, es decir, la percepción de la situación como estresante o no. El estrés psicológico según Lazarus y Folkman es originado por estresores

externos o internos y está sujeto a una evaluación cognitiva llamada Appraisal, la cual es definida como la interacción entre una amenaza externa, la evaluación cognitiva de amenaza (appraisal primario), y los recursos personales percibidos para enfrentar tal amenaza (appraisal secundario).

### **La respuesta emocional del estrés**

La respuesta emocional del estrés está caracterizada por síntomas de ansiedad, irritación, ira y cólera, preocupación, tristeza, pánico, y estados de desesperanza, los cuales son de naturaleza transitoria. El ingrediente principal de la respuesta emocional del estrés es de naturaleza cognitiva debido al hecho de que el estímulo externo deberá ser percibido por el individuo como estresante.

El modelo descrito por Lazarus y Folkman propone que en respuesta a un estímulo externo de naturaleza estresante, el individuo evalúa cognitivamente la posible amenaza que éste evento representa (primary appraisal) y los recursos propios o capacidad para responder a dicho estímulo (secondary appraisal). Este proceso de evaluación cognitiva primario y secundario determina la forma e intensidad de la reacción emotiva en relación al estímulo externo. Es importante mencionar que la evaluación cognitiva por parte de un individuo generalmente varía dependiendo de los rasgos de personalidad, auto-eficacia percibida (Bandura, 1997), experiencia previa con el estímulo estresante, y nivel de soporte social. Por lo tanto, la respuesta emocional del individuo puede variar aun cuando las condiciones de estímulos estresantes pudieran ser semejantes. Es importante indicar que la respuesta emocional del estrés puede también variar debido a los diferentes estilos de afrontamiento y disponibilidad económica. Finalmente, merece destacar que la respuesta emocional del estrés es básicamente de naturaleza transitoria y temporal, en todo caso nos estamos refiriendo a un proceso de estrés agudo (Lazarus & Folkman, 1993 p. 145).

### **La respuesta fisiológica del estrés**

La respuesta fisiológica del estrés, fue descrita inicialmente por Walter Cannon en 1915 al referirse a la respuesta del animal dentro del laboratorio de experimentación ante una situación de amenaza o presión externa.

Podemos decir que la respuesta fisiológica del estrés nos permite reaccionar ante una situación de emergencia con todo nuestro potencial físico, superar el peligro, y de esa manera, lograr un proceso de adaptación frente a las circunstancias que nos rodea. Este principio de homeostasis fue el concepto central en el modelo de estrés descrito por Cannon en 1932. En 1936 Hans Selye lo denominó Síndrome de Adaptación General, y lo caracterizo como una respuesta fisiológica representada por tres fases definidas:

La primera conocida como Reacción de Alarma, en la cual las glándulas adrenales producen adrenalina y cortisol con el propósito de restaurar la homeostasis, dicha restauración de la homeostasis inicia la segunda fase llamada Resistencia, en la cual la adaptación del organismo llega a un estado óptimo. Si el estresor persiste, se inicia una tercera fase conocida como Agotamiento, en la que el organismo abandona el proceso de adaptación y culmina en la enfermedad o muerte.

Las investigaciones científicas acerca del estrés en seres humanos demuestran la existencia de factores ambientales, culturales, estrato social, actitudinales, y rasgos de personalidad que cumplen un rol mediador y modulador en la respuesta fisiológica del estrés. La respuesta fisiológica del estrés es activada por un estresor. Esta respuesta fisiológica cumple una misión protectora y es activada en forma instantánea. Se inicia en el hipotálamo con la producción del Factor Liberador de Corticotropina (CRF) dirigida al sistema circulatorio de la Glándula Pituitaria, la cual, segrega la Hormona Adenocorticotropa (ACTH) a través del eje hipotálamo-pituitaria-suprarrenal (HPA axis) produciendo hormonas glucocorticoides, especialmente cortisol (McEwen, 2007 p.146).

De igual manera, la respuesta fisiológica del estrés activa el eje simpático-suprarrenal medular (SAM), el cual genera la secreción de catecolaminas como la adrenalina y noradrenalina. Estas hormonas permiten un aumento en la concentración de glucosa en la sangre facilitando un mayor nivel de energía, oxígeno, alerta, poder muscular y resistencia al dolor; todo esto en cuestión de minutos. La liberación de dichas hormonas permite el inicio de un proceso de comunicación inmediata con el sistema nervioso autónomo, a través de los sistemas simpático y parasimpático y permiten enlazar la experiencia del estrés con los componentes psicofisiológicos de la emoción preparando al organismo para un estado de alerta (Padgett & Glaser, 2003 p. 146).

El estrés libera otros factores y hormonas neuroendocrinas que regulan el sistema inmune. Estas incluyen la hormona del crecimiento (GH), la prolactina, vasopresina, glucagón, endorfinas, encefalinas y oxitócina, entre otras. El cortisol liberado por las glándulas suprarrenales facilita la preparación del sistema inmune para manejar sus defensas contra bacterias, virus, heridas e inflamaciones.

Los mecanismos psicofisiológicos de la respuesta del estrés juegan un rol esencial en el proceso de adaptación y supervivencia. El incremento de cortisol, adrenalina, noradrenalina y otras hormonas generadas durante la situación de estrés cumple una función eminentemente protectora y de supervivencia, siendo la función primordial mantener el equilibrio homeostático (McEwen & Wingfield, 2003 p. 146).

### **Una nueva visión acerca del estrés**

Estudios recientes en psiconeuroinmunología y neuroendocrinología nos demuestran la necesidad de reevaluar los modelos conceptuales tradicionales acerca del estrés, es decir, en primer lugar, es necesario dejar establecido que el modelo cognitivo del estrés percibido tiene un correlato eminentemente fisiológico en el lóbulo frontal del cerebro por lo tanto, podemos reconocer que la experiencia del estrés se inicia en el cerebro, afecta al mismo, y a su vez, al resto de los sistemas que conforman nuestro organismo. En este sentido el cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, psicológica, y comportamental del estrés. La percepción del individuo como ingrediente cognitivo elaborado en el lóbulo frontal del cerebro determina ciertamente lo que es “estresante”.

Cuando la respuesta del estrés percibido se transforma en un proceso crónico, esta facilita el inicio de un estado de distrés emocional, Este estado de distrés emocional o estrés crónico produce un impacto negativo en el sistema nervioso activando cambios bioquímicos y un desbalance hormonal que repercute en los sistemas endocrino e inmune (Dhabhar & McEwen, 1997 p. 147).

La psiconeuroinmunoendocrinología ha facilitado un nuevo entendimiento acerca de la importancia del ambiente social y estilos de vida como factores mediadores del impacto negativo en la salud física y mental del individuo. Esta



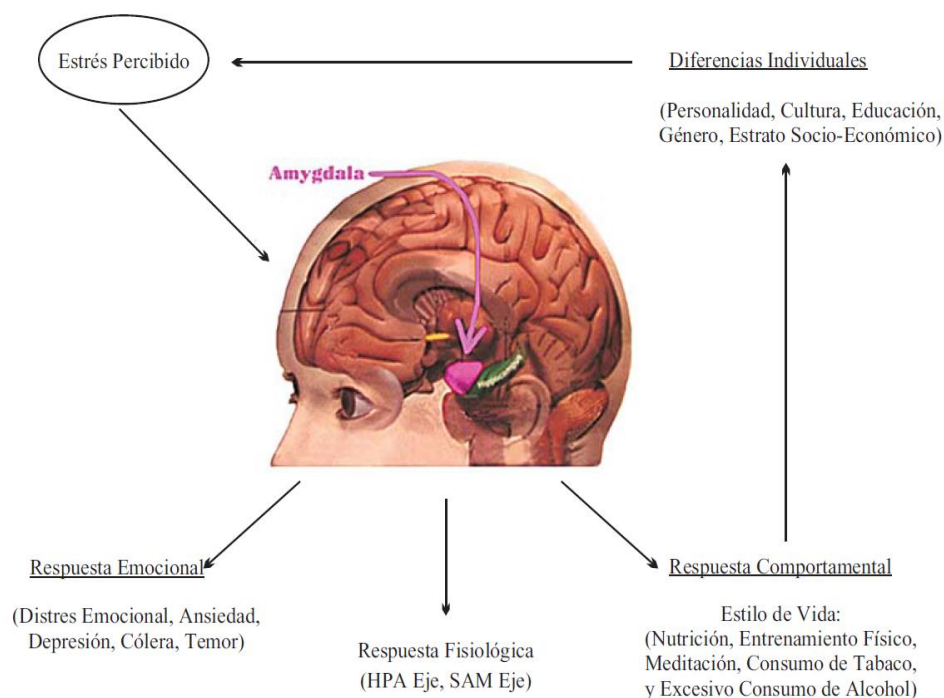
claramente establecido que este impacto negativo propicia el desarrollo de un significativo número de enfermedades de carácter sistémico, como por ejemplo, la inflamación crónica, la artritis reumatoide, fibromialgia, fatiga de las glándulas suprarrenales, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo 2, obesidad, síndrome metabólico, asma, cáncer, depresión, y otras enfermedades inmunosupresoras.

El deterioro en la salud es el resultado del proceso permanente de comunicación multidireccional a través del cerebro (estrés percibido), sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino, y el sistema inmune. Entonces, son estos cuatro sistemas los que están organizados para proteger el organismo con el propósito de lograr un equilibrio homeostático ante una situación aguda de estrés; Sin embargo, irónicamente, son estos mismos sistemas los que contribuyen a crear un desbalance bioquímico durante la experiencia de estrés crónico.

El estado de estrés crónico facilita, a la vez, estilos de vida poco saludables que únicamente contribuyen a empeorar la situación de estrés. Tenemos como ejemplo el uso excesivo de alcohol, consumo de drogas, y un consumo elevado de calorías (Pág. 147).

Por lo tanto, con este nuevo punto de vista acerca del estrés nos urge darle una mayor importancia al ambiente social y a los estilos de vida adquiridos por el individuo.

Figura 2: Una nueva visión del estrés



## La respuesta comportamental del estrés

El nuevo paradigma en el estudio del estrés percibido incluye la respuesta comportamental del estrés, en la medida que se toma en consideración el estilo de vida del individuo y el medio ambiente en el cual este se desenvuelve. El estilo de vida del individuo y el medio ambiente en el que interactúa son factores mediadores y moduladores en el proceso de cronicidad del estrés percibido. Nuestro comportamiento puede ayudarnos a escoger un estilo de vida que favorece la reducción del estrés y poder lograr un buen nivel de calidad de vida. De otra manera, tenemos la opción de asumir un estilo de vida que contribuye a experimentar un mayor nivel de estrés y desarrollar un patrón conductual caracterizado por reacciones emocionales y síntomas de estrés crónico como por ejemplo el consumo de tabaco, excesivo consumo de alcohol, excesivo consumo de calorías y grasas saturadas, falta de entrenamiento físico, largas horas de trabajo, aislamiento, y una falta de actividades relacionadas con la relajación y descanso corporal ( Epel, Lapidus & McEwen, 2000 p. 148).

El proceso de afrontamiento y manejo del estrés crónico requiere de la participación en actividades que promueven la salud y calidad de vida del

individuo. La incorporación de actividades que incluyen un plan nutricional balanceado, programas moderados de ejercicios físicos, y técnicas que facilitan la respuesta de relajación, son vitales y de gran necesidad. La práctica de tomar conciencia y prestar atención (Mindfulness) a los patrones de conducta inadecuados y síntomas de distrés emocional facilita la labor preventiva y el cambio en el estilo de vida (Moscoso, Reheiser & Hann, 2004 p. 148).

### **El impacto negativo del estrés crónico sobre la salud**

Es necesario tomar en consideración el impacto negativo del estrés percibido y sus efectos nocivos en el comportamiento del individuo. Así mismo, se requiere prestar atención al periodo prolongado de tiempo experimentando situaciones de estrés que determinan el inicio de un proceso que típicamente lo conceptualizamos como estrés crónico o distrés emocional. El exceso de demandas ambientales genera perturbaciones en la habilidad y capacidad del organismo para responder a dichas demandas.

Está establecido que el estrés crónico produce alteraciones en neuronas del hipocampo resultando en problemas de la memoria, asimismo, observamos una supresión de las defensas del sistema inmune y toda una constelación de síntomas psicofisiológicos como fatiga de las glándulas suprarrenales causado por la reducción de cortisol. El estrés crónico o distrés emocional tiene una influencia directa en los procesos inflamatorios debido a la elevación crónica de citoquinas pro-inflamatorias, los cuales a su vez, son causantes directos de alergias respiratorias, particularmente asma, artritis reumatoide, y enfermedades cardiovasculares; como también depresión, insomnio, y fatiga crónica causada por una reducción en los niveles de cortisol (McPherson, Dinkel & Sapolski, 2005 p. 150).

## PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

**Autora: Ps. Natalia Verónica Lifchiz.<sup>13</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la obra de Margarita M. Dubourdieu Hounie<sup>14</sup> sobre Psicoterapia Integrativa PNIE.

### Psiconeuroinmunoendocrinología.

Durante muchos años los sistemas nervioso central, inmunológico, endócrino y psicológico (pensamientos, sentimientos, emociones) fueron estudiados por separado y considerados diferentes entre sí. Asimismo, cada especialidad médica entiende a la enfermedad parcialmente ya que el ser humano es una complejidad de sistemas que se ha dividido para poder entenderlo. Es por eso que en la actualidad se pretende entender cómo es que esos cuatro sistemas interactúan.

En 1964 George F. Solomon escribió el artículo “*Emociones, inmunidad y enfermedad*” y consideró este hecho como el comienzo a lo que llama Psicoimmunología. Posteriormente, en el año de 1975, los estudios con ratas de Ader acerca del sistema nervioso e inmune llevaron al nombre de Psiconeuroinmunología. Este término se referiría entonces a un nuevo campo que estudia la interrelación del sistema nervioso y el sistema inmune y sus efectos en los procesos fisiológicos. Con los hallazgos de Ader, el sistema inmune ya no podría ser estudiado por separado, sino que estaba fundamentalmente interconectado con los procesos conductuales, neuronales y endocrinos (Buczynski, 2008). Estos autores definen a la Psiconeuroinmunología como el área que estudia la interacción entre la conducta, lo neural, lo endocrino y las respuestas inmunes que permiten al organismo adaptarse al ambiente en el que vive. En especial los mecanismos biológicos a través de los cuales las emociones, las actitudes, las características de personalidad y otros factores psicológicos actúan en la

---

<sup>13</sup> Profesora Asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>14</sup>Dubourdieu Hounie, M.M (2014). Psicoterapia Integrativa PNIE.

Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración Cuerpo-Mente-Entorno. 3º Edición. Montevideo Editorial Psicolibros- Waslala

aparición y evolución de enfermedades dependientes del sistema inmunológico (Solomon, 1996).

El ser humano es una unidad en que todos los sistemas de su organismo mantienen una continua interrelación, así como un intercambio permanente con su entorno. La observación clínica y numerosas investigaciones científicas han demostrado la simultaneidad del acontecer psique-soma. Entonces decimos que, para poder comprender al ser humano y lo que le acontece, como los procesos de salud- enfermedad, se deberán integrar las dimensiones: biológica, cognitiva, psicoemocional, socioecológica y espiritual (p.27).

El individuo es una unidad psicosomática, llevándonos a la ruptura de la dicotomía entre enfermedades físicas y enfermedades psíquicas, somáticas y psicosomáticas. Todos sus sistemas se hallan interrelacionados. Asimismo, se halla inmerso y dependiente del contexto sociocultural y ambiental. No hablamos de enfermedades psicosomáticas o no psicosomáticas, sino de un enfoque psicosomático de la salud y de toda enfermedad, ya que el ser humano es psicosomático, es propio de la condición humana, el ser humano es psicosomático por definición (p. 36).

Se ha demostrado que los estados crónicos de tensión, tristeza, ansiedad, depresión, angustia y desesperanza, producen respuestas de estrés, con repercusiones inhibitorias en el sistema inmune por activación del sistema neurovegetativo y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (eje HHA) y liberación de cortisol y catecolaminas en las glándulas suprarrenales. Comprender esta red de circuitos recíprocos de los sistemas, nos lleva entonces a superar la falsa dicotomía entre enfermedades orgánicas y enfermedades mentales como instancias autónomas y entre enfermedades psicosomáticas y enfermedades no psicosomáticas, debido que la condición del ser humano es psicosomática, hablaremos de un enfoque psicosomático de cualquier enfermedad. Por ello es importante la detección de factores que desde cualquier sistema pueda contribuir en la manifestación de una enfermedad o favorezca su mantenimiento o la exacerbación sintomática. Cualquier alteración en un sistema tendrá repercusiones no solo en el propio sistema sino que afectara inevitablemente a los otros (pp. 40-41).

## MODELO PSICOANALÍTICO DE LAS ENFERMEDADES ORGÁNICAS

**Autora: Ps. Natalia Verónica Lifchiz.<sup>15</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de las obras de Sigmund Freud<sup>16</sup> y Luis Chiozza<sup>17</sup> sobre Psicoanálisis y el significado inconsciente de las enfermedades orgánicas.

Frente a la visión analítica y mecanicista de la ciencia clásica positivista, preocupada por observar y explicar una sola dimensión de la realidad – biofísica, psíquica o social–, la nueva ciencia que inaugura el Paradigma Alternativo o de la Complejidad proyecta una visión unificadora de la naturaleza y la sociedad. Unificación que excluye toda pretensión reductora, como hizo la ciencia positivista, para lograrla a partir de la integración de todos los elementos y dimensiones que constituyen la realidad u objeto a analizar. La vocación multidimensional e integradora del Paradigma de la Complejidad localiza y establece puentes entre los distintos niveles de organización del sistema (ley sistémica de la totalidad) generando enfoques *integrados del conocimiento*.

El paradigma de la Complejidad, nuevo paradigma científico, parte de una concepción del hombre como una totalidad bio-psíquica inserto en una sociedad y un medio ambiente, enfoque totalizador de la enfermedad, el enfermo es una persona, en un momento histórico, cultural y social determinado. Focaliza la prevención y el abordaje de las enfermedades por medios, a la vez, técnicos, químicos y humanos. Pone énfasis en la relación

---

<sup>15</sup> Profesora Asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>16</sup> Freud, S. (1993). "17ª Conferencia: El sentido de los síntomas". Obras Completas – Tomo XVI. Buenos Aires. – Amorrortu Ediciones.

<sup>17</sup> Chiozza, L. (2010). "Cuerpo, Alma y Espíritu. Los significados inconscientes de las enfermedades del cuerpo", Libros del zorzal, Buenos Aires.

interpersonal entre profesional y paciente. Incluye lo emocional. Formación técnica y humana de los agentes de salud.

Mediante el Paradigma de la Complejidad nos aproximamos a una nueva forma de pensar la realidad. Si la ciencia mecanicista aspiraba al conocimiento de lo universal, la ciencia de la complejidad aspira al conocimiento de la diversidad y lo particular. Frente a una ciencia dualista, el Paradigma de la Complejidad se estructura sobre presupuestos no dualistas que reconoce diferencias de procesos de naturaleza diferente –bio-físicos, psicosociales y socioculturales– integrados en un sistema o todo organizado en funcionamiento. Frente a una ciencia reduccionista y monolingüe, el Paradigma de la Complejidad nos exhorta a construir una ciencia integradora, y, por tanto, inter y transdisciplinar.

Sigmund Freud (médico neurólogo, padre del Psicoanálisis), a fines del siglo XIX, partiendo de trabajos sobre las parálisis, afasia e histeria, descubre la realidad dinámica del inconsciente y crea el psicoanálisis. Descubre que la manifestación del síntoma somático no se correspondía con la lógica anatómica. La disfunción responde a un trauma psíquico, algo en la historia del sujeto ha ocurrido, que permite explicar la lesión disfuncional.

Hablamos de aparato psíquico para referirnos a ciertos caracteres que la teoría Freudiana atribuye al psiquismo: su capacidad de transmitir y transformar una energía determinada y su diferenciación en sistemas o instancias, la función del aparato psíquico consiste en mantener a un nivel lo más bajo posible la energía interna de un organismo.

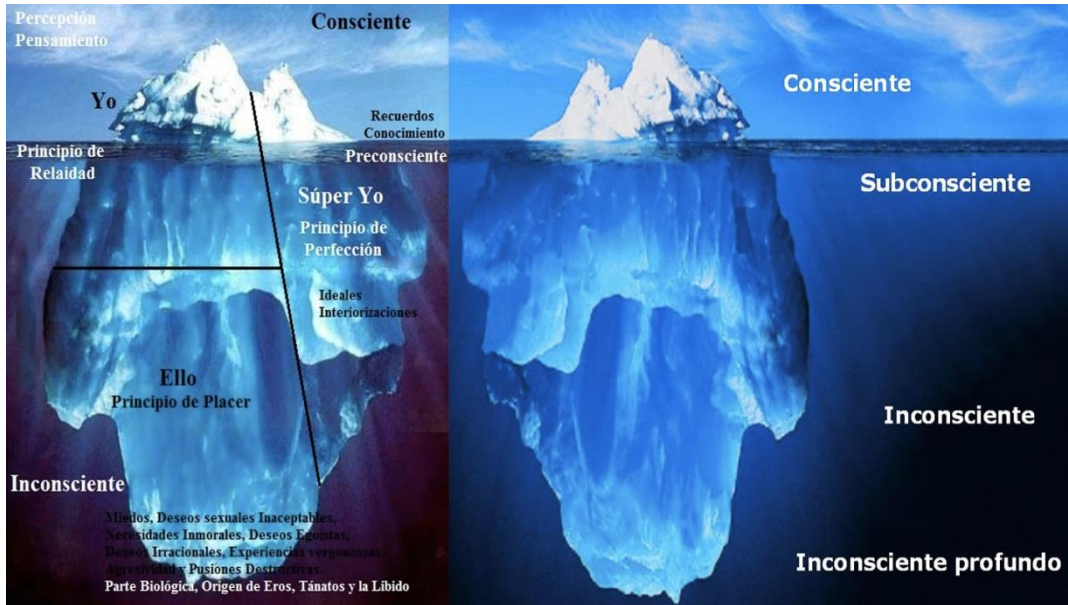
### **Niveles de funcionamiento en el Aparato Psíquico**

Consciente (CC.): se asocia con el sistema de percepción, tanto del mundo interno como externo. Es aquello que percibimos, de lo que tenemos un conocimiento pleno, nuestros pensamientos, sentimientos, ideas. Es todo hecho subjetivo que puede comunicarse por el lenguaje y la conducta.

Preconsciente (Prcc): es una instancia accesible a la conciencia. Consiste en todos aquellos sucesos, procesos y contenidos mentales que son capaces de alcanzar la conciencia.

Inconsciente (Icc): contenidos mentales o procesos que quedan fuera de la conciencia y que son incapaces de llegar a ella a causa de una contrafuerza

que es la censura o la represión. Estos contenidos inconscientes suelen ser impulsos o deseos que resultan, en cierto modo, inaceptables, para el sujeto desde el punto de vista ético o moral; pese a la censura, estos contenidos pugnan por hacerse conscientes.



Según Freud todos nuestros actos tienen su origen en lo más profundo de nuestro inconsciente. Es la forma de manifestación y el contenido del síntoma individual, lo que el Psicoanálisis ha descubierto, es decir, que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo. Es a partir del Psicoanálisis, con el estudio de la conversión histérica, que pudo plantearse el carácter histórico de un proceso orgánico. Hoy sabemos que la enfermedad orgánica, nos habla del inconsciente con la misma claridad que la enfermedad psíquica.

En medicina, por ejemplo, suele escucharse que no se enferma de cáncer quien quiere, sino quien puede, por ello la consideración de lo psicológico en el enfermo de cáncer implica desde el psicoanálisis, tratar de comprender el significado de la patología para dicho paciente y tratar de influir en el curso de la enfermedad por medio de esa comprensión.

Luis Chiozza, médico y psicoanalista argentino nacido en 1930, en su concepción de la enfermedad nos enseña que detrás de toda dolencia orgánica hay una fantasía inconsciente, es decir, toda dolencia orgánica tiene su correlato psíquico.



Es decir que lo que plantea Chiozza no es una relación causal entre lo psíquico y lo somático, en la que el primero sería la causa del segundo, sino una relación de significación. El enfermo se apuntala inconscientemente en la enfermedad para

darle un sentido en su drama personal, por lo que habríamos de entender que lo que hace el psiquismo inconsciente no es provocar sino sostener la enfermedad somática, es decir, la enfermedad actual es como la mala solución que tiene el paciente frente a la necesidad de integrar en la conciencia estas significaciones conflictivas y ocultas, pero que aunque sea mala es la única que tiene. De lo que se trata entonces es de sustituir la negación del conflicto que representa la enfermedad por una afirmación que le da otra salida. No se busca restaurar la situación anterior a la enfermedad sino la de aceptarla como una etapa dolorosa para progresar en esta integración de los propios conflictos, por lo tanto, Chiozza va a plantear que la enfermedad es entonces un lenguaje corporal de lo psíquico inconsciente porque el cuerpo humano no es un cuerpo puramente físico en el sentido mecánico de la palabra, es también un cuerpo imaginario (tenemos una imagen de él), un cuerpo erógeno (fuente de placer y dolor) y un cuerpo simbólico, en el sentido que representaciones verbales inconscientes habitan en el cuerpo actuando sobre él.

En la historia de una vida, la enfermedad parece haberse presentado como un accidente indeseado, que interrumpe de manera inesperada el hilo de los propósitos y las intenciones que trazaban el rumbo de esa vida. En la biografía, el paciente dispone de una versión consciente de sí mismo, pero en esta historia es posible observar lagunas que ocultan aspectos negados, conflictos, y la enfermedad es una manifestación de esta parte omitida. De lo que se trata entonces es que el paciente pueda entender la enfermedad no como algo ajeno que irrumpe en su vida, sino como algo propio que le pertenece. Una vez que aprendemos a leer ese idioma, la enfermedad se nos presenta como un capítulo que forma parte indisoluble de esa biografía, completando la trama de la historia en un conjunto más amplio y con un significado más rico. La enfermedad deja de ser el acontecimiento ajeno que irrumpe desde afuera de la propia vida, para convertirse en un drama que le pertenece por entero, entonces comprender una significación es, inevitablemente, cambiarla, porque implica incluirla en un contexto que la re-significa. Un cambio de significación es, también, un cambio de estado, de modo que el enfermo que no cambia es

el que no ha logrado comprender. Cada enfermedad distinta representa, en el escenario de la vida íntima, un drama diferente, tan típico e identificable como la enfermedad misma. Un drama que el enfermo siempre conoce de un modo distorsionado o incompleto, y cuya relación con la enfermedad generalmente ignora o mal entiende (Chiozza, 2007 p.9).

## VULNERABILIDAD SOMÁTICA. FACTORES QUE PREDISPONEN A LA ENFERMEDAD ORGÁNICA

**Autora: Ps. Natalia Verónica Lifchiz.<sup>18</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la obra de Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis Zukerfeld<sup>19</sup>, sobre Psicoanálisis, Tercera Tópica y Vulnerabilidad Somática.

La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas, profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. En el desarrollo de la personalidad se ponen en juego factores biológicos (herencia), factores bio-ambientales (desarrollo neuropsicológico) y factores ambientales (experiencias y aprendizaje).

Resulta importante para el psicoanálisis tener en cuenta el valor de la noción de *vulnerabilidad* como una categoría que alude a la probabilidad de respuestas disfuncionales somáticas y comportamentales frente a factores de estrés o condiciones de adversidad. Es decir que existen sujetos que enferman más fácilmente que otros o que padeciendo la misma enfermedad tienen más complicaciones o responden peor a las intervenciones terapéuticas (Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis Zukerfeld, p.10).

La noción de vulnerabilidad somática es una categoría que alude a la probabilidad de respuestas disfuncionales somáticas y comportamentales frente a factores de estrés o condiciones de adversidad, es decir que existen personas que enferman más fácilmente que otros o que padeciendo la misma enfermedad tienen más complicaciones o responden peor a las intervenciones

---

<sup>18</sup> Profesora Asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>19</sup> Psicoanálisis, Tercera Tópica y Vulnerabilidad somática" de Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis Zukerfeld.

terapéuticas. La vulnerabilidad somática permite explicar cómo las personas contraen enfermedades graves y cómo diferentes síntomas pueden transformarse en cuadros crónicos y terapéuticos resistentes.

Valorar el grado de vulnerabilidad de una persona supone interrogarse sobre:

- Su modo de enfermar
- Condiciones psíquicas en que se presentó la enfermedad
- Cómo es sobrellevada
- Qué significado puede tener para el paciente como para el grupo familiar
- Mejorías y recaídas.

El concepto de Vulnerabilidad Somática permite comprender la enfermedad y la salud como un proceso integral, en el cual siempre están presentes factores psicológicos, biológicos, sociológicos y culturales, en una combinación particular según la historia de cada persona.

Características psicológicas y vulnerabilidad:

*a) Alexitimia. Dificultades en la capacidad de simbolización*

*La simbolización es la actividad psicológica que permite unir ideas con un componente emocional correspondiente y con una determinada magnitud de dicha carga emocional. Cuando en la persona la representación mental se da de manera desafectada o confusa, su funcionamiento mental es de tipo alexitimico, lo cual aumenta su vulnerabilidad. Al estar divididos, el polo psíquico (representación mental) del polo somático (sensación emotiva), el cuerpo es el encargado de resolver el conflicto.*

*b) Sobreadaptación*

*Se trata de un funcionamiento psicológico más vuelto hacia el exterior que hacia la atención de los propios estados anímicos, esto produce cierta automatización que hace que el sujeto dé prioridad a las demandas del medio desoyendo las señales de*

su organismo. Por supuesto, que esto debe interpretarse de manera global en relación con patrones culturales, por ejemplo, la eficiencia, el éxito, etc.

c) *Tendencia a la descarga*

*Las dificultades en el procesamiento de los afectos generan excesos de excitación con tendencia a la descarga, explosiva o implosiva, es decir, la persona reacciona “actuando” sus emociones (sin procesarlas) tanto en el exterior o en su propio cuerpo. Con esto se relaciona también el inadecuado manejo de la agresividad.*

d) *Dificultad en el enfrentamiento de las situaciones estresantes y presencia de comportamientos de riesgos.*

*El predominio de pensamientos catastróficos, omnipotentes, negativos, potencian emociones displacenteras que junto a comportamientos de riesgo como adicciones, ciertos hábitos alimentarios, sedentarismo, incrementan las respuestas desadaptadas frente al stress.*

e) *Baja tolerancia al desamparo o a pérdidas significativas*

*Predominan las vivencias de desesperanza y las dificultades frente a pérdidas, siendo frecuente la imposibilidad en la elaboración de duelos. La vulnerabilidad de una persona se relaciona también con sus vivencias de stress y sus vivencias traumáticas. Más allá de que la enfermedad misma tiene un valor traumático y alrededor de ella se organizan modalidades defensivas que influyen también en la vulnerabilidad.*

## LA ENTREVISTA: TÉCNICA PARA LA COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN

**AUTORA: María Silvia Giordano<sup>20</sup>**

El presente texto es un resumen de la obra de Conxa Perpiñá <sup>21</sup>acerca de la técnica de la entrevista.

En el desarrollo del texto se observará que el autor se refiere al entrevistado, en algunas ocasiones como paciente y en otras como cliente.

Usar el término paciente o cliente no son sinónimos, sino que muestran que el rol del profesional está marcado por la demanda que hace quien lo requiera (paciente o cliente). Mientras que los pacientes demandan del especialista o psicólogo que lo lleven a una rehabilitación de un estado que él supone óptimo que llama salud. En cambio un cliente demanda un accionar técnico, basado en el conocimiento del profesional con un objetivo concreto y de corto plazo, como es por ejemplo mejorar las habilidades para comunicarse con las personas o poder realizar una entrevista de selección de personal (Alvarez, 2017, comunicación personal).

### **ENTREVISTA: definición y aspectos conceptuales.**

El autor plantea que el término «entrevista» deriva de la palabra francesa *entrevoir*, que significa «verse el uno al otro». La manera más directa de saber lo que le pasa a una persona es preguntarle, y en esto consiste básicamente la entrevista. Es una técnica de recolección de datos muy utilizada y compleja. Esta técnica ha sido y sigue siendo utilizada para muchas funciones (por ejemplo para evaluación e intervención) y en distintos ámbitos (salud, educación, investigación, etc.)

La definición que propone es la clásica de Bingham y Moore (1924; en Bingham y Moore, 1973):

**La entrevista es una conversación con un propósito.**

---

<sup>20</sup> Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba

<sup>21</sup> Perpiñá, C. (2012). **Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar.** Ed. Pirámide. Madrid. España.

Por tanto, los elementos que se encierran tras esta afirmación son:

- ⇒ Conversación: «COMUNICACIÓN».
- ⇒ La conversación se da, al menos, entre dos personas: «INTERACCIÓN»
- ⇒ Propósito: «OBJETIVO», FINALIDAD. (Perpiñá, 2012 p. 26).

La «COMUNICACIÓN» cuenta con las siguientes características:

- ⇒ La entrevista es una conversación entre dos o más personas pero en la que uno —el entrevistador— es el que pregunta (con un objetivo predeterminado).
- ⇒ La vía es de comunicación simbólica, preferentemente oral y bidireccional, pero también hay un importante componente no verbal.
- ⇒ Tanto la información verbal como la no verbal son registradas y analizadas para realizar la evaluación, el diagnóstico, el asesoramiento o la intervención (Perpiñá, 2012 p. 26).

En cuanto a la «INTERACCIÓN», hay que destacar:

- ⇒ Proceso bidireccional. Los participantes comparten actividad en el curso de la entrevista, y se influyen el uno al otro, siendo la información recabada en la entrevista el resultado de esta interacción.
- ⇒ Entrevistador y entrevistado pueden ser una o varias personas.
- ⇒ Entrevistador y entrevistado ejercen dos roles diferenciales y asimétricos.
- ⇒ En el campo de la salud, se trata de una relación de ayuda en la que uno es un profesional y el otro es un cliente. En ese sentido, no es una relación entre iguales. Es en el entrevistador en el que recae la responsabilidad de conducir la entrevista, no al contrario. Esta asimetría evita que se convierta en una charla entre amigos.
- ⇒ En definitiva, la entrevista, en su aspecto de interacción, se define como una situación asimétrica: «relación interpersonal asimétrica» en la que cada uno tiene un rol diferente. El entrevistador es reconocido como experto en la materia, es el que pide información. El entrevistado es el que origina la demanda esperando sacar provecho de tal relación, y es quien proporciona la información (Perpiñá, 2012 p. 26-27).

con respecto al «PROPÓSITO» u objetivo:

- ⇒ Las personas en la entrevista dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas de un problema o cuestión determinada y persiguen un propósito profesional, que, en el campo de la clínica, tiene que ver con la relación de ayuda.
- ⇒ El objetivo y motivo de la entrevista parten del entrevistado, pero el objetivo último de la misma es conocido al menos por el entrevistador, pudiendo o no coincidir con el del cliente-paciente, y puede comunicarlo o no al paciente-cliente según considere adecuado para obtener información o proporcionarle ayuda.
- ⇒ Las preguntas e intervenciones verbales se realizan en función de ciertas pautas y están relacionadas con el problema o la demanda que hace el entrevistado.
- ⇒ En el ámbito clínico, es una técnica longitudinal mediante la cual se realiza todo el proceso clínico, es decir, es el instrumento a través del cual se establece la evaluación, la intervención y la evaluación de la intervención. (Perpiñá, 2012 p. 26-27).

Si bien define a la entrevista como una conversación, las diferencias entre ambas se exponen en el siguiente cuadro:

**Diferencias entre conversación y entrevista  
(Basada en McConaughy, 2005).**

<b>CONVERSACIÓN</b>	<b>ENTREVISTA</b>
Informal, casual.	Se planifica en el tiempo y se realiza con «cita previa».
Espontánea. Sobre tópicos de mutuo interés.	Tiene un propósito y una intencionalidad.
Los conversadores llevan a partes iguales el peso de la conversación.	Los «conversadores» tienen roles y funciones diferentes, siendo uno de ellos el que elige el tema. El
No hace falta llegar a ninguna	entrevistador pregunta, o plantea



<p>conclusión. Puede ser simplemente por pasar el tiempo o divertirse.</p>	<p>temas sobre los que reflexionar, y el entrevistado contesta o reflexiona.</p> <p>El entrevistador acepta las expresiones de sentimientos y los hechos narrados por el entrevistado sin juzgarlos o discutirlos.</p> <p>El entrevistador está obligado a mantener confidencialidad y a no revelar la información obtenida.</p>
--	--

De este análisis se desprende como conclusión que la diferencia entre una conversación ordinaria y una entrevista la marca, fundamentalmente, la interacción entre los participantes y el objeto o finalidad de tal interacción.

## **CLASIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA**

Existen muchos tipos de entrevista y diferentes criterios para su clasificación. Siguiendo a Perpiñá, tomaremos la clasificación en función de su:

### ***Estructura***

“Por estructura de la entrevista se suele entender el grado de especificación y estandarización de sus distintos elementos/componentes, tales como: preguntas, respuestas, secuencia de las preguntas (fijación de una secuencia), registro y elaboración de la información e incluso la interpretación de la información. En ese sentido, hay entrevistas no estructuradas, estructuradas y semiestructuradas.

#### a) No estructurada

La entrevista sólo se realiza en función de algunas líneas muy generales; es el propio proceso de interacción el que determinará el orden de preguntas y su tipo, por lo que permite tratar a cada entrevistado de manera idiosincrásica” (Segal & Hersen, 2010).

#### b) Estructurada

“Aquella entrevista en la que los elementos anteriormente mencionados,

en su totalidad o en parte, tienen un formato prefijado; es decir, las preguntas están previamente establecidas, el orden de formulación y las posibilidades de respuestas del entrevistado están acotados y restringidos, hay una orden de dirección de la entrevista a través de sus secciones y la combinación de ciertos criterios ayuda a la interpretación de las respuestas del entrevistado. Según Segal y Hersen (2010), en las entrevistas estructuradas se pregunta de una manera y con una secuencia predeterminada”.

c) Semiestructurada

“Las preguntas tienen algún tipo de estructuración: el guión está formado por áreas concretas, dentro de las cuales el entrevistador puede hacer las preguntas que le parezcan oportunas, siguiendo algún tipo de orientación algo detallada”.

**Grado de dirección o participación**

Grado en que el entrevistador determina el contenido y el desarrollo de la entrevista. Ello afectará a la manera de formular las preguntas o sus intervenciones verbales, cuándo hablar, cuándo escuchar y cuándo cambiar de foco o de tema. En este sentido, se habla de entrevistas directivas y no directivas.

Veamos en un cuadro comparativo los dos estilos de dirección o participación:

	ESTILO DIRECTIVO	ESTILO NO DIRECTIVO
PROPÓSITO	Obtener la máxima cantidad de información fiable, válida y útil.	Conseguir una relación y ambiente que potencien la disponibilidad del entrevistado a reflexionar y elaborar sus pensamientos.
ENTREVISTADOR	Lleva el peso de la conversación. Hace preguntas específicas, elige temas, explica. Activo: propone áreas a explorar o modificar.	Muestra explícitamente aceptación y comprensión. Anima a la expresión de emociones, actitudes y reflexiones sobre comportamientos

PELIGROS	Convertir la conversación en un interrogatorio. Se puede incurrir en sesgos (temas precipitados, selección inapropiada de información, etc.).	Derivar a una conversación trivial. La información relevante puede diluirse.
----------	--	---

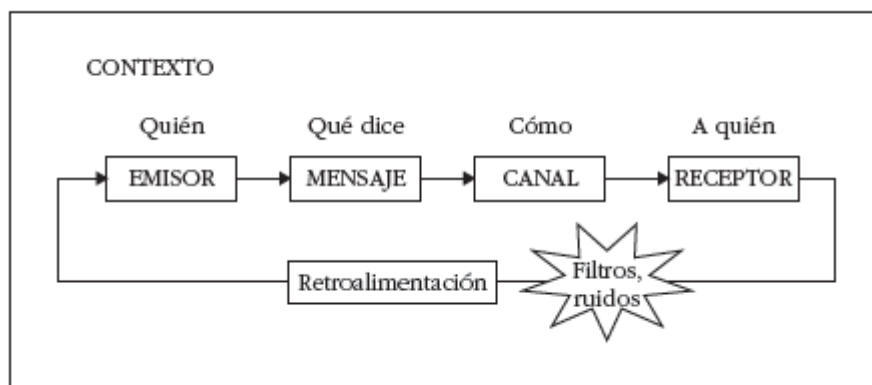
(Perpiñá, 2012, Pag.30-33).

## LA COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA

### Características de la comunicación humana

“Comunicar significa poner en común, participar, entrar en una relación de intercambio de pensamientos, de emociones; implica una relación bidireccional y recíproca (Ibáñez, 2010). La Real Academia Española define «comunicación» como «transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor», y «comunicar» como «descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo. Transmitir señales mediante un código común al emisor y al receptor»” (Perpiñá, 2012 p. 78).

En el siguiente cuadro se puede observar una síntesis de los elementos que intervienen en el proceso de la comunicación humana.



Elementos y red de comunicación. [FUENTE: basada en Robbins (1999). (En Perpiñá, 2012, p. 78).

El autor, siguiendo a Watzlawick, Beavin y Jackson establece los siguientes principios básicos de la comunicación:

- *Es imposible no comunicarse:* Toda conducta tiene valor de mensaje y no podemos dejar de comunicar. El silencio también transmite un mensaje.
- *Toda comunicación tiene un contenido y un nivel relacional.* En la comunicación entre personas hay un contenido (qué se dice) y una relación (a quién y cómo se dice).
- *Los seres humanos se comunican tanto de manera verbal (digital), y no verbal (analógica).*
- *Todos los intercambios comunicativos son simétricos si se basan en la igualdad; o complementarios si se basan en la diferencia.* En el caso de la entrevista la relación es complementaria ya que el entrevistador tiene un rol diferenciado del rol del entrevistado.

### La comunicación verbal

La herramienta principal de la comunicación es el habla. A través de ella podemos “*aportar datos, ideas, describir sentimientos, argumentar razones, acuerdos y desacuerdos, hacer peticiones, hacer alabanzas o ridiculizar. Y además todo ello puede estar haciendo referencia al presente, al pasado o al futuro e, incluso, a deseos o ficciones*” (p. 82).

En la entrevista, en cuanto a la comunicación verbal, es muy importante saber preguntar. En el siguiente cuadro se ejemplifican qué tipo de preguntas pueden facilitar la obtención de información (preguntas que abren), y cuáles pueden dificultarla (preguntas que cierran).

#### Preguntas de apertura-abiertas/de clausura-cerradas

PREGUNTAS QUE ABREN	PREGUNTAS QUE CIERRAN
¿Qué? ¿Cómo? ¿Cuál? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Qué te apetece hacer esta noche? ¿Cómo se sintió en esa ocasión?	¿Puede? ¿Acaso? ¿No es? ¿Es? ¿Le parece? ¿Quieres ir al cine o al teatro? ¿Sintió miedo en esa situación?

(Perpiñá, 2012 p. 84).

Otro tema que destaca el autor es el uso del humor durante la entrevista, considerándolo como facilitador de la comunicación, en cuanto alivia la tensión y crea vínculos de complicidad entre entrevistado y entrevistador, siempre y cuando se utilice en connivencia con el entrevistado y no a su costa.

En el siguiente cuadro se ejemplifican las formas verbales que facilitan o interfieren la comunicación.

FACILITAN	INTERFIEREN
Palabras fáciles. Repetir y aclarar. Resumir y retroalimentar. Responder al mensaje. Refuerzos verbales. Dar información adecuada. Dar información suficiente. Transmitir mensajes de comprensión y respeto.	Jerga, lenguaje técnico. Cháchara: temas intrascendentes. Expresiones de «colegueo» que diluyen la relación asimétrica. Sobrestimar, dar por sabido. Minimizar, quitar importancia. Saturar con información. Generalizaciones: <i>todo, nunca, nada, siempre, ninguno.</i> Superlativas: <i>genial, total, increíble, fabuloso, maravilloso.</i> Negativas: <i>de ningún modo, nunca, jamás, imposible.</i> Expresiones vulgares: palabras malsonantes, groseras, sexistas, racistas, ofensivas. Impersonales: <i>se agradece, se siente.</i>

(Perpiñá, 2012 p. 86).

### La comunicación no verbal.

Este tipo de comunicación trasciende la palabra hablada o escrita y tiene que ver con cómo se dice lo que se dice. Es difícil controlarla conscientemente y es más espontánea.

Más del 60% de la información que se interpreta en un proceso comunicativo llega por el canal no verbal. A través de ella se transmite información emocional, importante para establecer una buena relación y es muy importante en relación con el contexto.

La comunicación no verbal se clasifica en tres categorías:

QUINÉSICA	Todo tipo de movimiento corporal: gestos, expresiones faciales, contacto ocular y postura. También se consideran aquí otros elementos más estables, como el aspecto físico, el estilo de vestir, etc., puesto que esta información nunca es neutra y da claves al interlocutor sobre características del otro comunicante.
PARALINGÜÍSTICA	La manera de decir el mensaje verbal. Incluye aspectos vocales no lingüísticos, es decir, calidad de la voz, vocalizaciones, velocidad, volumen, silencios, pausas, fluidez de pronunciación y errores del habla.
PROXÉMICA	Uso del espacio personal y social, es decir, la distancia interpersonal, la manera de sentarse, la forma de disponer la habitación, etc.

(Perpiñá, 2012 p. 87).

Los componentes de la comunicación no verbal más importantes en una entrevista serían:

⇒ Expresión facial: la cara es la parte más expresiva de nuestro cuerpo.

La mímica de las emociones se produce por la combinación de las cejas-frente, los ojos y la boca-barbilla. Con ellos denotamos las emociones básicas: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco.

La coloración de la piel de la cara también aporta información: el rubor se asocia a sorpresas extremas. En cuanto entrevistadores, el uso de una sonrisa amable es un buen instrumento para invitar a participar y crea un clima relajado. En general, la mejor manera de mostrar nuestra cara como entrevistadores es estableciendo un contacto ocular frecuente, con una sonrisa amable pero contenida y, sobre todo, no ocultando nuestros gestos con las manos.

⇒ Ojos: El que una persona mantenga contacto ocular (participación) o no (evitación, inhibición) con el profesional es un dato informativo de primera mano. Igualmente, es fundamental que el entrevistador mantenga un buen y frecuente contacto ocular con el entrevistado, ya que va a ser un elemento central en la participación de la escucha activa. Así que cuidado con tomar notas si eso supone apartar demasiado tiempo la vista del entrevistado; ahora bien, si la mirada es fija e incisiva, viene a significar reto y desafío. Por otra parte, los ojos también tienen un importante papel en la regulación de las intervenciones verbales de los interlocutores.

⇒ Postura corporal: Tener una postura erguida indica confianza y dominio, mientras que mostrarse cabizbajo y con los hombros caídos denota tristeza y abatimiento. Reclinarse hacia el interlocutor denota interés, y moverse en el asiento muestra, sin embargo, aburrimiento y desinterés. En la postura corporal cobran especial relevancia las extremidades superiores e inferiores. Así, cruzar los brazos sobre el pecho indica clausura, rechazo o necesidad de defenderse, mientras que los brazos hacia delante indican apertura y énfasis. Las piernas cruzadas y en movimiento indican impaciencia o frustración.

⇒ Gestos: los movimientos de las manos aportan mucha información.

Los puños cerrados denotan enfado o tensión, y retorcerse las manos, tristeza o ansiedad. Tocarse repetidamente la nariz o la oreja puede indicar dudas e incomodidad, y tocarse continuamente los cabellos o la barba, nerviosismo o galanteo. (Según el contexto). Además, los movimientos con las manos (aunque también de la cabeza y los hombros) sirven para enfatizar lo que decimos verbalmente o suplirlo.

⇒ Distancia interpersonal: aunque hay diferencias culturales en cuanto a la distancia que debe separar a las personas para que se encuentren cómodas sin sentirse invadidas, en una situación de entrevista hay que mantener en general una distancia que no interfiera en la «zona íntima» y que, por tanto, implique un continuo roce sino que se mantenga en la llamada «zona personal» (normalmente el largo de un brazo), en la que ambos interlocutores se encuentran cómodos pero no distantes. En situaciones excepcionales de «crisis» o catástrofes, si la persona que requiere atención lo consiente y se siente cómoda, se puede pasar a esa zona íntima (tomándole la mano o abrazándola).

⇒ Respiración y variables paralingüísticas: la respiración agitada indica excitación, bien sea por miedo, por enfado, etc. El ajuste del volumen en la entrevista es de particular interés. El entrevistador ha de elegir un volumen adecuado y una tonalidad cálida en su expresión verbal. Los asentimientos guturales (el conocido efecto greenspoon) facilitan la demostración de la escucha activa (Perpiñá, 2012 pp.87-89).

En el siguiente cuadro se ejemplifican las formas no verbales que facilitan o dificultan la comunicación:

FACILITAN	DIFICULTAN
Contacto ocular frecuente. Cuerpo orientado hacia el entrevistador. Acomodar tono verbal. Acomodar volumen. Administrar los silencios.	Contacto ocular infrecuente. Posición del cuerpo en 45°. Echar el cuerpo hacia atrás. Optar por posiciones de «bloqueo» o «cerrarse». Actuar con prisas.

(Perpiñá, 2012 p. 89).

### Aspectos emocionales del mensaje

En la comunicación humana, se intercambian tanto datos como emociones y sentimientos. La emoción se puede comunicar verbalmente, pero fundamentalmente, como ya vimos, se hace de manera no verbal. El entrevistador debe estar atento a la expresión emocional del entrevistado, como así también a sus propias emociones.

Es importante manejar y tener un rico vocabulario emocional, a los fines de facilitar la explicitación de las emociones durante la entrevista.

En el siguiente cuadro se ejemplifican vocablos representativos de sentimientos positivos y negativos.

SENTIMIENTOS NEGATIVOS	SENTIMIENTOS POSITIVOS
Ansioso	Tranquilo
Agresivo	Amigable
Apático, indiferente	Entusiasmado, interesado
Asustado	Tranquilo
Asombrado	
Aburrido	Entretenido
Avergonzado	Orgullosa
Celoso	
Confundido, perplejo, desconcertado	Seguro, convencido
Culpable	
Decepcionado	
Desesperado, atrapado, indefenso	Esperanzado
Despreciado	Valorado
Enfadado	Encantado
Envidioso	
Frustrado	Exitoso
Humillado	Halagado
Indeciso, dudoso	Determinado, resuelto
Indignado	



Insatisfecho	Satisfecho
Inútil	Útil
Molesto	
Odiado	Querido
Pesimista	Optimista
Rechazado	Aceptado
Solo, aislado	Acompañado, contenido
Temeroso, miedoso, aprensivo	Seguro
Tenso	Relajado
Tímido, inseguro	Confiado, seguro
Triste, infeliz, deprimido, angustiada	Alegre, contento, eufórico
Vulnerable, débil	Fuerte

### **Escucha activa**

En una entrevista, para establecer una comunicación eficaz es importante desarrollar habilidades de “escucha activa”. Escuchar no es un proceso pasivo. El entrevistador debe hacer un esfuerzo mental y físico para captar el mensaje tanto referencial como emocional del entrevistado, y hacerle ver a este que está siendo escuchado, atendido y entendido.

“Escuchar es algo que se debe aprender; conlleva prestar atención a lo que se dice y a lo que no se puede decir, o no se dice. Son estrategias verbales y no verbales que consisten en la comprensión correcta del mensaje del emisor y en la retroalimentación de que hemos comprendido su mensaje de manera correcta” (Perpiñá, 2012 p. 95).

### **Barreras, conflictos y distorsiones en la comunicación**

En el mismo momento en que se inicia el proceso de comunicación se produce paralelamente el llamado «arco de distorsión», formado por:

- ⇒ Lo que el emisor cree que está diciendo.
- ⇒ Lo que en realidad dice.
- ⇒ Lo que oye el receptor.
- ⇒ Lo que el receptor piensa que oye.
- ⇒ Lo que el receptor dice que ha entendido.
- ⇒ Lo que el emisor piensa que el receptor ha dicho que ha entendido.

En el proceso de la comunicación existe una pérdida de información desde quien recibe y desde quien emite: se piensa decir un 100 por 100, se trasmite un 80 por 100, se recibe un 60 por 100, se interpreta

un 50 por 100 (Ballenato, 2009). A todo esto habría que añadir qué porcentaje aceptará y pondrá en práctica el receptor de lo que propone el emisor.

Si analizamos las posibles fuentes de distorsión, conflictos y barreras según los componentes, tendríamos:

⇒ En el emisor: poca formación, desconocimiento, dificultades de expresión, inseguridad.

Actitudes hacia sí mismo, hacia el tema a tratar, hacia el receptor.

Comunicación verbal y no verbal inapropiada.

Deficiente empatía.

⇒ En el mensaje: desestructurado, incompleto, inoportuno, excesivo en información.

Aunque habría que matizar el contexto y el objetivo, en principio, los siguientes mensajes dificultan la comunicación:

✓ Formas ineficaces de comunicar el propio punto de vista.

✓ Mensajes prescriptivos.

Ordenar, mandar, dirigir: sal a trabajar; deja de comer.

Advertir, amenazar: si haces eso te irá mal.

Moralizar, sermonear: no debes hacer; deberías; tranquilízate.

Aconsejar; solucionar: lo que tienes que hacer es...

Mostrar posturas categóricas: porque sí y punto, porque lo digo yo; no estoy dispuesto a hablar contigo de esto o a discutirlo contigo.

Proporcionar falsa confianza, o falsas esperanzas: le aseguro; puede creerme; no te preocupes, eso no es nada.

✓ Mensajes que humillan.

Juzgar, criticar: qué mal lo hiciste.

Ridiculizar, avergonzar: eres subnormal.

Interpretar, describir hechos basándose en inferencias: lo estás haciendo para enfadarme.

Agresivas: estás equivocado; eso es mentira; no tienes ni idea.

Culpabilizadoras: ya te lo dije; esto es malo.

✓ Mensajes contradictorios. ¡Sé espontáneo! Has de tomar la iniciativa.

Atención, no lea esta frase. ¡Tonto el que lo lea!

⇒ En el receptor: no estar atento, no estar motivado para hablar, estereotipos, efecto de halo, inferencias, falsas expectativas, experiencias anteriores, sentirse amenazado o presionado por la situación de comunicación.

Al arco de distorsión hay que sumar las «suposiciones» que cada uno de los interlocutores normalmente tienen con respecto al proceso de comunicación:

⇒ Que la otra persona percibe la situación como nosotros.

⇒ Que la otra persona hace las mismas inferencias que nosotros.

⇒ Que lo que está sucediendo debe tener una lógica desde nuestro punto de vista.

⇒ Que la otra persona está experimentando los mismos sentimientos que nosotros.

⇒ Que la comunicación es independiente de nuestros sentimientos anteriores.

⇒ Que la comprensión de la situación por parte de la otra persona debe basarse en nuestra lógica más que en sus sentimientos.

El entrevistador, como profesional, sabe que ello no es así, pero es más que probable que el entrevistado considere que las afirmaciones anteriores constituyen el funcionamiento habitual de la comunicación.

Por ello es importante que en una entrevista el entrevistador tenga presente que «lo verdadero no es lo que dice el emisor, sino lo que entiende el receptor», y es responsabilidad absoluta del entrevistador conseguir una comunicación correcta con el entrevistado. Cuando se hace una entrevista, conviene no olvidarnos de esas barreras y saber cómo sortearlas; será un buen ejercicio tener siempre en mente que entre lo que se quiere decir y lo que va a entender el interlocutor existe todo un abismo que hay que remediar y salvar. (Perpiñá, 2012 pp.98-100).

### **Comunicación de diagnósticos y estrategias para la derivación.**

Cuando ha finalizado la etapa de diagnóstico, se debe hacer una devolución de lo evaluado o diagnosticado.

La devolución o comunicación de diagnóstico entra en el plano de los “*derechos de los pacientes y obligaciones de los profesionales*” (Perpiñá, 2012)

La finalidad y objetivos de estas entrevistas, según el autor, son:

- Ofrecer al paciente una opinión profesional sobre su problema.
- Enseñar y explicar al paciente, todo sobre su situación de salud de manera que conozca cómo esto afecta su salud y qué puede hacer para afrontarlo.
- Consensuar un plan de tratamiento motivando al paciente para que se involucre activamente en él.

“La devolución no consiste en la comunicación de una etiqueta o un diagnóstico formal, sino en una explicación sencilla, comprensible y justificada de lo que le sucede a un cliente-paciente, incluyendo los síntomas y los determinantes biopsicosociales que intervienen en su inicio y/o en su mantenimiento (formulación del caso). Para que esa explicación sea comprensible y asumida por el paciente, es necesario incorporar la teoría o explicación que él mismo mantiene sobre el problema, así como dar respuesta de manera realista a las expectativas que tiene sobre su solución y el plan de tratamiento que nos parece más eficaz y coherente (contenidos, agenda, duración, etc.). Incorporar estos últimos aspectos en la entrevista de devolución es fundamental, pues permite negociar con el cliente el mejor modo de abordar sus problemas” (Perpiñá, 2012 p.270).

Para lograr esto, el autor propone seguir el **Modelo de toma compartida de decisiones (TCD)** (Charles et al. 1999), que se muestra en la siguiente tabla:

## Principios en los que se sustenta el modelo de toma de decisiones compartida

1. Asegurarse de que el cliente comprende la naturaleza de su problema.
2. Asegurarse de que el cliente comprende la utilidad, necesidad o alcance de los procedimientos de diagnóstico adicional que se requieren, en caso de que sean necesarios.
3. Asegurarse de que el cliente entiende las diversas posibilidades y/o alternativas de tratamiento que existen.
4. Conseguir un consenso adecuado entre clínico y cliente en relación con los tres objetivos anteriores.
5. Obtener el consentimiento informado del cliente.
6. Mejorar los mecanismos de afrontamiento de que dispone el cliente, incluyendo su capacidad para tolerar la ambigüedad o incertidumbre asociada con el tipo de problemas que le aquejan y su tratamiento.
7. Asegurar que el cliente va a realizar cambios en su estilo de vida habitual, si éstos son necesarios para el afrontamiento del problema.
8. Facilitar la motivación para el cambio del cliente hacia comportamientos y actitudes más saludables, adaptativas o funcionales que los que posee en este momento.

### Cómo motivar.

Muchas personas consultan con profesionales pero en realidad no tiene ninguna motivación para ello. El profesional es quien deberá poner en juego estrategias para motivar al entrevistado, comunicadas fundamentalmente en el contexto de entrevista.

Se debe tener en cuenta que las personas son capaces de tomar sus propias decisiones y son responsables de ellas, siempre que:

- ⇒ Tengan sentido y un significado para la persona.
- ⇒ Partan de ellas.
- ⇒ Les compense el esfuerzo
- ⇒ Se vean capaces: Autoeficacia (Perpiñá, 2012).

La autoeficacia es la creencia por parte de la persona en sus posibilidades o habilidad para realizar o llevar a cabo el cambio y constituye un elemento clave en la motivación para el cambio (Bandura, 1997; Rogers & Mewborn, 1976).

Por lo tanto, para aumentar la motivación, el cambio debe surgir desde adentro, y no se debe imponer desde afuera. Se parte del supuesto de que *“No es el*

*profesional quien motiva al paciente, sino que la motivación está en éste y el trabajo del profesional consiste en ayudar a que saque el máximo provecho de ella, la movilice” (Perpiñá, 2012).*

## **LA INTERACCIÓN EN LA ENTREVISTA:**

En cuanto a este tema el autor plantea que para que en una entrevista la comunicación fluya adecuadamente y para lograr sus objetivos, es necesario que se dé una adecuada interacción entre entrevistado y entrevistador.

La interacción es un proceso que se caracteriza por la relación de reciprocidad que se da entre los participantes, en un momento y lugar concretos, con un objetivo en particular.

“En toda entrevista se produce una corriente de interacción constante entre entrevistador y entrevistado.

Uno y otro constituyen fuentes de información específica para el otro, como sucede en el ámbito general de las relaciones humanas: cada uno de nosotros somos una fuente peculiar y distinguible de estímulos para los demás, al tiempo que percibimos a los otros como fuentes de estímulos e información. Es precisamente ese proceso de flujo constante de información de ida y vuelta, que conlleva una retroalimentación continuada, lo que constituye propiamente la interacción. Si el entrevistador, como profesional, es capaz de controlar y dirigir esa interacción, la entrevista cumplirá sus objetivos. De lo contrario, el resultado final no será el deseado” (Perpiñá, 2012 p. 142).

### **Entrevistador y entrevistado, roles asimétricos.**

“Sommers-Flanagan y Sommers-Flanagan (2009) enfatizan también el hecho de que la entrevista clínica se produce siempre en el contexto de una relación profesional, que se basa en el respeto mutuo entre un entrevistador (terapeuta, clínico, etc.) y un cliente (o enfermo, o paciente), que trabajan de mutuo acuerdo para establecer y conseguir metas previamente acordadas entre ambos.

En ese contexto de relación profesional mutuamente acordada, ambos protagonistas interactúan tanto verbalmente como de manera no verbal, pero el entrevistador debe aportar además sus conocimientos y habilidades técnicas específicas para evaluar, comprender y ayudar al cliente a conseguir sus

objetivos. Esto incide directamente en que los roles que cada uno desempeña en el contexto de la entrevista no sean simétricos, como sucedería por ejemplo en una interacción entre amigos o colegas o en una conversación social entre personas que acaban de conocerse. No se espera que el cliente disponga de recursos o habilidades específicas para propiciar una interacción fluida y productiva, pero sí se debe esperar y exigir del profesional. Es éste, y no el cliente, quien tiene la obligación de haber adquirido las habilidades y capacitación técnica específicas para que la entrevista discorra por los cauces profesionales adecuados, de tal modo que el resultado final sea el óptimo. Y para ello debe conocer las reglas que gobiernan una interacción eficaz a través de todo el proceso de la entrevista. A esto es a lo que nos referimos cuando hablamos de «relación profesional».

Para muchos clínicos, incluso experimentados, profesionalidad viene a ser sinónimo de distancia emocional y objetividad. Sin embargo, en la definición de entrevista clínica que antes recogimos, aparecen términos como «calidez» y «reciprocidad», que para algunos pueden ser incompatibles con «profesionalidad». El reto está, precisamente, en hacerlos compatibles.

En una entrevista clínica se producen muchas interacciones que, sin dejar de ser profesionales, contienen muchos de los aspectos que aparecen en cualquier relación social o, incluso, de amistad. Pero el clínico debe aprender a controlar el grado de amistad que mantiene con un cliente o paciente. Como acertadamente señalan Sommers-Flanagan y Sommers-Flanagan (2009), parte de lo que significa convertirse en un profesional experto consiste en aprender a ser afable, cálido y abierto con los clientes-pacientes, manteniendo al mismo tiempo todo eso dentro de los límites de lo que constituye una relación profesional.

Confundir el tipo de interacción entre paciente-clínico con la que se puede producir en un contexto no profesional suele tener efectos iatrogénicos sobre el cliente.

Cuando asumimos que entrevistador y entrevistado tienen roles asimétricos, no nos referimos a que el entrevistador desempeñe un rol paternalista y sobreprotector, ni tampoco a que el entrevistado esté simplemente a merced del experto, y que su rol sea por tanto el de confianza y sumisión pasivas. Especialmente en el contexto específico de la entrevista clínica, pero también en otros ámbitos, el modelo tradicional de relaciones clínico-paciente según el cual el primero es el experto en lo que le sucede a su paciente y, por tanto, sabe a priori qué datos necesita saber y cuáles no son relevantes mientras que

el entrevistado es un absoluto ignorante y, en consecuencia, es un receptor pasivo y silencioso, que debe permanecer atento a los cuidados y orientaciones del clínico, ha dado paso en las últimas décadas a un modelo relacional de manejo compartido o enfoque centrado en el paciente (por ejemplo, Smith 2002). En este enfoque resulta imprescindible la interacción activa entre clínico y paciente pues se considera que éste es un agente activo en el proceso de su malestar o enfermedad. Los clínicos son expertos en trastornos y enfermedades, en los procedimientos diagnósticos y en las opciones terapéuticas disponibles que más se adecuan a los problemas de los pacientes. Por su parte, estos son quienes verdaderamente han experimentado y experimentan la enfermedad o el malestar, viven cotidianamente el impacto que tiene en su vida, conocen su contexto social y personal y por todo ello son los genuinos expertos en su enfermedad. Tener en cuenta las experiencias y puntos de vista de los clientes y promover una interacción que permita conocer estos aspectos a lo largo de todo el proceso de la entrevista implica recoger la información también desde la propia perspectiva del cliente, intentando ver la enfermedad o el malestar «a través de sus ojos», y no sólo desde la perspectiva técnica del clínico. La escucha activa, las preguntas abiertas, los comentarios que reflejan empatía, promover y facilitar que el cliente haga preguntas sobre todo aquello que le preocupa, y cualquier otro recurso técnico que permita mantener una interacción de colaboración a lo largo de toda la entrevista, son por absolutamente imprescindibles. Como señalan Goss, Rossi y Moretti (2011), la buena práctica profesional exige que el clínico explore y recabe información no sólo desde el punto de vista técnico (por ejemplo, síntomas, duración, gravedad, etc.) sino también desde la perspectiva del paciente. Cuando una persona acude a una entrevista clínica, suele tener en mente los temas que quiere abordar, pero también mantiene una serie de expectativas, creencias, temores y preocupaciones sobre dichos temas de los que no siempre es consciente. El clínico debe mantenerse especialmente atento y receptivo a todos esos aspectos y propiciar su desvelamiento en la entrevista, pues de lo contrario no sólo no será capaz de entender lo que le sucede al cliente sino que además no promoverá una relación de colaboración activa, imprescindible para diseñar un adecuado plan de tratamiento que el paciente se sienta motivado a seguir.

En definitiva, tanto el entrevistador como el entrevistado deben comprometerse de manera activa en el proceso, lo que implica abandonar una interacción totalmente asimétrica y situarse en otra más equilibrada en la que sea posible



una relación de colaboración. Lograr este tipo de interacción en una entrevista es responsabilidad, fundamentalmente, del entrevistador, y es sólo en este sentido en el que cabe recordar que en una entrevista los roles del entrevistado y el entrevistador son asimétricos” (Perpiñá, 2012 pp.142-147).

## **EMPATÍA Y RAPPORT.**

Son caracterizados por el autor como los dos requisitos indispensables para cualquier intervención que conlleve interacción entre profesional y cliente o paciente.

### **Empatía**

“Histórica y conceptualmente se ha relacionado con la actitud de simpatizar con el otro (More, 1994), lo que conlleva conexión personal y sentimiento de complicidad. Un simpatizador es alguien que está en armonía con los sentimientos y/o experiencias de otro y además se siente afectado emocionalmente por ello. **La empatía es análoga a la simpatía, pero sin el matiz de afectación emocional personal.** Es decir, la simpatía conlleva un elemento de compromiso afectivo-personal, o una inclinación hacia el otro basada ante todo en el afecto y el agrado que suscita, mientras que en la empatía el compromiso no es, necesariamente, afectivo ni de agrado, sino más bien neutral en ese sentido y, por el contrario, más basado en un aprecio o consideración racional. Por tanto, en la empatía la afectación o implicación emocional-personal es menos (o nada) relevante. Dicho de otro modo: cuando simpatizamos con alguien nos sentimos inclinados afectivamente hacia esa persona porque nos agrada su modo de ser, mientras que empatizar con alguien significa que somos capaces de ponernos en su lugar, de comprender lo que le sucede, de entender sus sentimientos, aunque no nos agrade como persona o no nos sintamos inclinados afectivamente ni de ningún otro modo hacia ella. Además, en la empatía, pero no necesariamente en la simpatía, el compromiso con el otro conlleva una motivación para actuar con una finalidad específica: ayudar a aliviar el sufrimiento o malestar. En suma, empatizar significa comprender al otro, aunque eso no signifique simpatizar con él. Por ejemplo, si alguien nos cuenta un problema, una respuesta de simpatía sería algo así: «siento mucho que hayas pasado por eso, lo lamento mucho», mientras que una de empatía sería más bien esta otra: «comprendo que te sientas mal por eso». Responder empáticamente a un cliente significa intentar

**pensar con él**, y no en su lugar o sobre él (Brammer, Abrego y Shostrom, 1993).

Entre las muchas definiciones de empatía que se pueden encontrar, resulta obligado mencionar a Carl Rogers, que definió la empatía, en el contexto de la psicoterapia, como «la capacidad, sensibilidad y disposición para comprender los pensamientos, sentimientos y debates internos desde el punto de vista del cliente (p. 85) [...] entrar en el mundo perceptivo privado del otro, ser sensible, en todo momento, a los sentimientos cambiantes que fluyen en la otra persona... dar sentido a aquello de lo que él o ella son escasamente conscientes» (Rogers, 1980, p.142). Otra definición más sencilla, pero que incide en el mismo aspecto central que la anterior, es la que ofrecen Cormier y Nurius (2003): «habilidad para comprender a las personas desde su propio marco de referencia, y no tanto desde el de uno mismo» (p. 65).

En suma, el desarrollo de la capacidad empática implica aceptar, comprender y confirmar la visión del mundo que tiene un cliente sin hacer juicios de valor sobre ese mundo ni sobre el cliente. Y, en la medida en que se trata de una capacidad, está abierta a la posibilidad de desarrollarla y/o mejorarla mediante el aprendizaje. Entre las habilidades a desarrollar y/o potenciar para aumentar la empatía con los clientes, se suelen destacar, entre otras, la tolerancia a la ambigüedad, evitar llegar a conclusiones prematuras o hacer inferencias inadecuadas, la disposición abierta para escuchar y aprender del otro, la receptividad hacia las ideas, sentimientos y comportamientos ajenos y la disposición para la escucha atenta". (Perpiñá, 2012,p 163-164)

## **Rapport**

Se define al rapport como sinónimo de colaboración y compenetración entre entrevistador y entrevistado, como la alianza o establecimiento de una relación de trabajo en la que ambos expresan abiertamente sus pensamientos y sentimientos.

Según diversas investigaciones se definió la calidad del rapport como una relación agradable y de compromiso mutuo, con alto nivel de afecto positivo, atención mutua, relación armoniosa, comunicación tranquila, alto grado de sincronía y simetría en la relación.

El autor propone en el siguiente recuadro los pasos para establecer un buen rapport.

1. **Saludar, presentarnos** y preguntar al cliente **cómo prefiere** que le llamemos.
2. Dedicar unos minutos a **charla informal** (por ejemplo, «¿le ha resultado fácil llegar?», «¿encontró aparcamiento?»).
3. Observar si se siente molesto/a con el **tuteo**. En ese caso (o si hay dudas), preguntar cómo prefiere que nos hablemos (tuteo o de usted).
4. Pedirle **que se siente** en un lugar concreto o dejarle que escoja. Si el lugar lo permite, sentarse sin obstáculos (mesas) entre ambos.
5. Explicar los **objetivos**, el **formato** y la **duración** de la entrevista, así como la confidencialidad de la información que vamos a tratar. En caso de que los resultados vayan a ser comunicados a terceros, pedir su **consentimiento** explícito y explicar los motivos.
6. Preguntar al cliente por sus **expectativas** con respecto a la entrevista, aclarar los aspectos que no comprenda o que le puedan preocupar y **ajustar** sus expectativas a los objetivos reales de la entrevista.
7. Poner de manifiesto que **comprendemos la incertidumbre** del cliente hacia nosotros. Por ejemplo: «comprendo que le pueda resultar difícil hablar con alguien a quien acaba de conocer».
8. **Ayudar al cliente a expresarse**. Muchos clientes tienen dificultades para explicar lo que les sucede, o no saben por dónde empezar, o ignoran si lo que están pensando será relevante, o temen estar olvidando algo que puede que a nosotros nos parezca importante. Una indicación de ayuda podría ser: «muchas veces es difícil saber qué decir para empezar. ¿Qué le parece si empezamos por hablar sobre... qué tal le va en el trabajo... si ha tenido algún problema recientemente con... (etc.)?».

El rapport es la base para establecer una buena “alianza terapéutica” y se debe establecer y mantener en todos y cada uno de los encuentros.

## HABILIDADES COMUNICACIONALES

**AUTOR: MARÍA SILVIA GIORDANO<sup>22</sup>**

La práctica profesional en ciencias de la salud, se enmarca dentro de las relaciones humanas. El profesional de la salud se relaciona con seres humanos para promover, mantener o restaurar la calidad de vida de estos y su bienestar biopsicosocial, por lo tanto, el actuar con profesionalidad implica tener en cuenta el mundo subjetivo, la esencia de ese ser humano.

El éxito de una entrevista clínica, depende de la calidad de comunicación entre profesional-paciente. Las habilidades comunicacionales son parte del quehacer del profesional de la salud, por lo tanto la comunicación es una de las competencias básicas en la formación de estos profesionales.

Con el uso de habilidades de comunicación efectiva, se busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente. Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos (Phillippa Moore, 2010 p. 1047).

Los objetivos de la comunicación profesional de la salud-paciente son los siguientes:

- Promover el vínculo y la colaboración entre el profesional y el paciente
- Lograr aumentar:
  - La precisión en la definición de los problemas presentados por el paciente y en sus diagnósticos.
  - La eficiencia de la entrevista, un mejor diagnóstico con un plan de manejo aceptado por el paciente todo en un tiempo adecuado.
  - El Apoyo al paciente.
- Mayor satisfacción del paciente y del profesional.

---

<sup>22</sup> Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

- Mejorar los “outcomes” o logros de la atención.

Lázaro Rodríguez Collar y cols. (2009) proponen las siguientes habilidades comunicativas a tener presentes en el desarrollo de la entrevista en cualquier nivel de atención de salud, exceptuando aquellos casos que se consideran «condiciones especiales de comunicación», como es el caso de pacientes con deterioro cognitivo significativo o con trastornos serios de la personalidad:

### **1. Habilidades para expresar:**

- *Favorecer la comunicación a través de la expresión facial:* mostrar una expresión facial agradable, que denote prestar atención con quien se interactúa y facilite el diálogo.
- *Saludar al paciente.*
- *Presentarse al paciente.*
- *Introducir la entrevista:* explicarle al paciente cuál es el motivo del encuentro que van a tener y la importancia de su colaboración, para obtener información relevante y necesaria, y así establecer el diagnóstico de su problema de salud.
- *Adecuar el lenguaje al nivel cultural del paciente:* Se debe usar un vocabulario que no incluya tecnicismos, ni palabras que no sean entendibles por el paciente pues esto hace, que el mismo no pueda expresar elementos importantes sobre su estado actual o previo, o que nos brinde información distorsionada.
- Usar un lenguaje no vulgar.
- Realizar preguntas abiertas: Son ejemplos de preguntas abiertas: ¿por qué motivo está usted aquí?, ¿a qué se debe su visita?, ¿en qué puedo ayudarlo?
- *Demostrar respeto al paciente como persona:* respetarle sus creencias religiosas, sus ideas políticas, sus preferencias sexuales, culturales, entre otras. Debe aceptar al paciente tal y como es, evitando entrar en discrepancias con sus gustos y preferencias para así no dañar el objetivo de la entrevista. Los aspectos de influencia negativa sobre la salud del

paciente, es preferible manejarlos más adelante creando condiciones adecuadas en la relación

- *Interrumpir al paciente si es necesario*: La interrupción al paciente puede ser necesaria y oportuna, cuando es conveniente aclarar algún aspecto, abundar en él cuando el profesional se percata que la conversación se ha ido por un rumbo equivocado o, cuando existe un control excesivo de la entrevista por el paciente.

- Realizar gesticulaciones apropiadas: Las expresiones de asombro, la risa inapropiada o cualquier tipo de mueca son de mal gusto y afectan el normal desarrollo de la entrevista.

- *Mantener postura correcta al sentarse*: adoptando una postura de aproximación, propicia para demostrar interés, expresada por una ligera inclinación del cuerpo hacia delante. Guardará una distancia prudencial con respecto al paciente.

- Utilizar un tono de voz adecuado.

- Regular el tiempo de duración de la entrevista.

- Indagar sobre dudas y expectativas.

- Despedir al paciente.

## **2. Habilidades para observar y escuchar:**

- Observar al paciente con atención mientras conversan.

- Escuchar al paciente con atención mientras conversan.

- Observar el entorno del paciente, por ejemplo si está acompañado o no.

- Identificar los cambios en el estado de ánimo del paciente y actuar en consecuencia.

## **3. Habilidades para establecer una relación empática:**

- Explorar aspectos psico-sociales del paciente.

- Mantener un estilo comunicativo basado en el diálogo con el paciente.

- Propiciar el acercamiento afectivo al paciente: Quiere decir que el profesional sepa identificarse emocionalmente con el paciente, sin llegar a un compromiso afectivo con el mismo. Es decir, desarrollar empatía.

- Mostrar interés y preocupación real por los problemas del paciente.

Si se fortalecen las habilidades de comunicación en ciencias de la salud se obtienen resultados que incluyen:

- Lograr entrevistas más efectivas con respecto a la precisión, a la eficiencia, al apoyo y a la colaboración.
- Reducir los conflictos y los reclamos de los pacientes.
- Mejorar los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del profesional, del entendimiento y registro de lo observado, de la adherencia a los planes de tratamiento, el alivio de los síntomas y los resultados clínicos.

### **Bibliografía**

- Clèries Costa, F., Borrell Carrió, R.M., Epstein, E., Kronfly Rubiano, J.J., Escoda Aresté, G., & Martínez-Carretero, J.M. (2003). **Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica.** *Aten Primaria.* 32(2):110-117.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). **La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?** *Rev. Med. Chile* 2010; 138: 1047-1054.
- Rodríguez Collar, T.L., Blanco Aspiazú, M.A., & Parra Vigo, I.B. (2009). **Las habilidades comunicativas en la entrevista médica.** *Revista Cubana de Medicina Militar.* 38 (3-4) pp. 79-90.

## COMUNICACIÓN ASERTIVA

**AUTORA: María Silvia Giordano<sup>23</sup>**

La comunicación y las conductas asertivas forman parte de las habilidades sociales, las cuales pueden ser desarrolladas y, de esta forma, mejorar el desempeño en las relaciones interpersonales. Se entiende a la asertividad, cómo la autoafirmación personal, la capacidad de respetar los derechos propios y los ajenos, y poder expresar de manera apropiada los sentimientos y pensamientos sin producir angustia o agresividad.

La palabra asertivo proviene del latín *asertus*, significa afirmación de la certeza de una cosa, por lo que se deduce que una persona asertiva es aquella que afirma con certeza.

Se considera que la asertividad es una conducta y no una característica de la personalidad.

Las teorías de la conducta que proponen las técnicas asertivas se basan en el principio de que cuando una persona modifica sus actos, también modifica sus actitudes y sus sentimientos. Es posible desarrollar estrategias para cambiar la conducta, al margen de posibles motivos inconscientes que conduzcan a ésta (Naranjo Pereira, 2008 p. 2).

Uno de los componentes de orden ético que se presupone en la actitud asertiva es que ninguna persona tiene derecho de aprovecharse de las demás. Asimismo, en la autoafirmación se parte del concepto de igualdad entre las personas y del derecho de cada una a manifestar las opiniones propias.

La autoafirmación, por lo tanto, implica respeto a las demás personas y a uno/a misma; esto es, respeto por los derechos de los seres humanos y el derecho de defender los derechos propios.

Por lo tanto, como expresa Festhereim (1990), la persona asertiva se siente libre para manifestarse, puede comunicarse de forma abierta, directa, franca y

---

<sup>23</sup> Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.



adecuada, su orientación ante la vida es activa y ante distintas situaciones conserva su autorespeto. La asertividad tiene que ver con el equilibrio.

En contraposición a esto, podemos encontrar conductas no asertivas como la inhibición y la agresión.

La inhibición es un comportamiento caracterizado por la pasividad, el retraimiento, el adaptarse excesivamente a los deseos de los demás y a las reglas externas, dejando de lado los propios intereses, sentimientos, deseos, derechos y opiniones.

La agresividad es otro comportamiento no asertivo, opuesto a la inhibición y consiste en no respetar los sentimientos, derechos e intereses de los demás, incluye conductas como ofender, provocar o atacar. La agresividad tiene que ver con el ganar.

La conducta agresiva puede ser física, o lo que es más común, verbal. La agresividad verbal puede ser directa (amenazas, comentarios hostiles, etc.) o indirecta (comentarios sarcásticos), y puede ir acompañada o no de gestos hostiles, tono de voz elevado, etc.

## **EL PAPEL DE LOS PENSAMIENTOS EN LAS CONDUCTAS ASERTIVAS Y NO ASERTIVAS.**

La psicología cognitiva considera que el principal determinante de nuestras emociones y nuestras conductas no es la realidad en sí, ni las situaciones o sucesos que experimentamos, sino cómo los evaluamos, es decir, lo que pensamos de nosotros mismos, de los demás y de la realidad.

La psicología cognitiva sostiene que nuestro cerebro es un sistema que procesa la información, es decir, que la percibe, transforma y almacena en la memoria para recuperarla cuando la necesita. Así vamos construyendo representaciones internas de la realidad, que nos sirven para dar significados, pronosticar los sucesos, adaptarnos a los diferentes ambientes o transformarlos si es posible. Son representaciones simplificadas y esquemáticas; de uno mismo, de los demás, o del mundo que nos rodea; similares a mapas. Estos mapas, guían nuestra percepción de la realidad, su codificación y su almacenamiento en la memoria. Pero nuestra visión de la realidad está sujeta a una serie de distorsiones, ya que la realidad siempre es

más compleja de lo que percibimos y puede contemplarse desde diferentes perspectivas (Elia Roca Villanueva, 2014 p. 43).

### **Pensamientos de la conducta asertiva**

- Todas las personas tienen derecho de intentar conseguir lo que consideren mejor, siempre que no repercuta negativamente sobre otras personas.
- Todas las personas tienen el derecho de ser respetadas.
- Todas las personas tienen derecho de solicitar ayuda, no de exigirla, y a negarse a ayudar a otras personas si así lo desean.
- Todas las personas tienen derecho a sentir emociones, tales como el temor, la tristeza, la ira, la angustia y a expresarlas sin herir los sentimientos de las demás.
- Todas las personas tienen derecho de tener sus propias opiniones sobre cualquier situación y a manifestarlas sin ofender intencionalmente a otras personas.
- Todas las personas tienen derecho a equivocarse en sus actitudes, opiniones y comportamientos y a ser responsables de ello.

### **Pensamientos de la conducta no asertiva**

- Los derechos de las demás personas son más importantes que los míos.
- Mis derechos son más importantes que los de los demás.
- No debo herir los sentimientos de las otras personas ni ofenderlas, aunque yo tenga la razón y me perjudique.
- Debo lograr mis objetivos a cualquier costo.
- Si expreso mis opiniones seré criticada/o o rechazada/o.
- No sé qué decir ni cómo decirlo.
- No soy hábil para expresar mis emociones

Riso (2002) presenta una síntesis de los derechos asertivos, extraída de las obras de los autores Caballo, Lnage, Castanyer y Smith. Estos se refieren a que la persona tiene derecho a:

\_ A ser tratada con dignidad y respeto.

- \_ A experimentar y expresar sentimientos.
- \_ A tener y manifestar opiniones y creencias.
- \_ A decidir qué hacer con el tiempo, el cuerpo y la propiedad que le pertenecen.
- \_ A cambiar de opinión.
- \_ A decidir sin presiones.
- \_ A cometer errores y a ser responsable de ellos.
- \_ A ser independiente.
- \_ A pedir información.
- \_ A ser escuchada y tomada en serio.
- \_ A tener éxito y a fracasar.
- \_ A estar sola.
- \_ A estar contenta.
- \_ A no ser lógica.
- \_ A decir no lo sé.
- \_ A cambiar de opinión
- \_ A hacer cualquier cosa sin violar los derechos de las demás personas.
- \_ A no ser asertiva.

**Bibliografía:**

- Roca, E. (2014). **Cómo mejorar tus habilidades sociales**. ACDE Ediciones. Valencia. España.
- Naranjo Pereira, M. L. (2008). **Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. Actualidades investigativas en educación**. *Revista electrónica publicada por la Universidad de Costa Rica*. ISSN 1409-4703. <http://revista.inie.ucr.ac.cr>

## LA ENTREVISTA EN ENTREVISTADOS Y/O SITUACIONES DE COMPLEJIDAD ESPECIALES.

**Autor: María Silvia Giordano.<sup>24</sup>**

Como profesionales de la salud, nos gustaría poder desarrollar nuestra actividad profesional con personas colaboradoras, que estén dispuestas a participar, motivadas para mejorar su salud, etc., como así también poder desempeñar nuestros trabajos en contextos adecuados, seguros, estables, previsibles.

Pero la realidad es más compleja y nos presenta desafíos para los cuales los profesionales debemos estar preparados. Una posible situación es la de tener que interactuar con personas en situación de complejidad o especiales.

Dentro de éstas se presentan las siguientes posibilidades:

1) Un primer grupo lo constituyen aquellos pacientes-clientes que se presentan como **no colaboradores**. En términos freudianos, o desde un enfoque psicoanalítico, diríamos que el paciente se presenta resistente, negativista, desafiante u hostil al tratamiento. En términos de la psicología cognitiva diríamos que el paciente se presenta con características de comportamiento evitativo.

Sommers-Flanagan y Sommers-Flanagan (2009) plantearon un listado de indicios de resistencia que pueden estar presentes en una entrevista: hablar demasiado o hablar poco, llegar tarde, llegar mucho antes de la cita (y enojarse por esperar), mantener bajo control sus emociones todo el tiempo, no controlar sus emociones durante la entrevista, no estar preparado (mentalmente) para recibir el informe o haberse preparado demasiado (lecturas, internet, etc.) para discutir cualquier aspecto de lo que el profesional plantea.

¿Qué hacer en estos casos? Según los mismos autores, la mejor opción es **comenzar la entrevista del modo más positivo y empático y menos**

---

<sup>24</sup> Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

**culpabilizador posible.** El plantearse objetivos concretos y centrarse en una intervención específica es una buena opción en estos casos.

En el caso de pacientes hostiles se recomienda la reflexión para buscar una solución conjunta.

2) Un segundo grupo de pacientes con los que puede ser difícil mantener una entrevista está formado por **personas que tienen problemas que dificultan considerablemente la interacción** durante la entrevista por diversas razones: enfermedades médicas o de otro tipo que afectan al nivel de comprensión y atención, situaciones de riesgo vital extremo, personas con elevada deprivación cultural o social, personas con discapacidades diversas, emigrantes con poco o nulo conocimiento del contexto o del idioma, etc. En estos casos, más que resistencia o actitud desafiante u hostil, el problema es sobre todo de comunicación, pues pueden tener **dificultades para comprender cuál es el objetivo y la necesidad de las entrevistas o para mantener la atención** durante el tiempo necesario. En todos estos casos, la estrategia de comunicación va a ser la misma que la que emplearíamos en situaciones normales, con la única diferencia de que en la entrevista debe estar presente alguien que haga de mediador (traductor, mediador cultural, familiar, tutor, etc.). En todo caso, siempre que sea posible, el entrevistador debe mantenerse atento a cualquier indicio de colaboración, pregunta o impacto emocional que puede suscitarse en el entrevistado.

3) El tercer grupo problemático es el de los **menores**. En primer lugar debemos adecuar el lenguaje para que sea comprensible para el menor. Para ello, prestaremos especial atención a las formulaciones empáticas, organizando la información en bloques pequeños y utilizando la técnica de resumen de lo entendido. Además, en este caso es especialmente útil acompañar la explicación verbal con apoyos visuales (imágenes, dibujos, palabras clave, etc.). Asimismo, hay que facilitar la intervención activa del menor, invitándole a hacer todas las preguntas y aportaciones que le puedan parecer oportunas y reforzando sus intervenciones en este sentido. La presencia o no de los padres o tutores, o el momento en que se trabaja con el niño solo y cuándo acompañado, deberán decidirse según la valoración de cada situación en

particular. Pero en algunas ocasiones, como por ejemplo, cuando se trata de diagnósticos de especial gravedad o pronóstico muy incierto, puede ser más aconsejable que no esté presente el menor. Por último, hay que recordar que en muchos casos los padres o tutores pueden estar muy angustiados o preocupados, y en estos casos hay que aplicar las recomendaciones sobre el establecimiento de la empatía y el rapport con ellos.

### **Bibliografía:**

- Perpiñá Conxa, R. (2012). **Manual de la Entrevista Psicológica.** Ediciones Pirámide. Edición Electrónica. Madrid. ISBN: 978-84-368-2791-0

## EL PAPEL DEL CONTEXTO EN LA ORGANIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO.

**Autor: Sebastián Alvarez<sup>25</sup>**

Los comportamientos individuales y grupales están influenciados por los contextos y las estructuras sociales. De esta manera, las personas generan creencias y racionalizaciones sobre diferentes conceptos, por ejemplo las prácticas de salud (Alvarez, 2012). El contexto y la cultura rodea a los grupos e influyen en el comportamiento desde tres dimensiones:

1. Desde las convenciones y productos sociales históricamente acumulados por diversos grupos sociales.
2. Prácticas grupales por las cuales se expresan las convenciones anteriores.
3. Marcos referenciales funcionales para el comportamiento de los individuos de los diferentes grupos sociales (Ribes, 1992).

Las anteriores dimensiones participan en la regulación psicológica de los comportamientos de las personas. En particular, lo hacen en las prácticas que se llevan a cabo por parte de las personas. Estas acciones en la mayoría de las ocasiones son tomadas como naturales y sin crítica por parte de los sujetos o los grupos sociales (Ribes, 1992).

Según Ribes-Iñesta, Rangel y Lopez-Veladez (2008) agregan que el contexto o ambiente social de las personas, a través de los medios culturales (instituciones, el trabajo, la familia y otros) hace transformaciones en los comportamientos por medio de prácticas convencionales compartidas en la forma de costumbres. Esto se lleva a cabo a través del contacto social entre los individuos o los grupos sociales, formando “estilos de vida o formas de vida” sancionadas como válidas en detrimento de otras, esto se lleva a cabo a través de la regulación de los comportamientos formales.

---

<sup>25</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

## **Bibliografía:**

-Alvarez, C. (2012). **Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto.** *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* Vol.30 (1) pp. 95-101.

-Ribes, E. (1992). **Factores macro y micro-sociales participantes en la regulación del comportamiento psicológico.** *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta.* Vol. 18 pp. 39-55.

-Ribes-Iñesta, E., Rangel, N., & López-Valadez, F. (2008). **Análisis teórico de las dimensiones funcionales del comportamiento social.** *Revista Mexicana de Psicología.* Vol.25 (1) pp.45-57.



# LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

## DE ALBERT BANDURA

**Autor: Sebastián Alvarez**<sup>26</sup>

El presente trabajo es un resumen sobre el material bibliográfico encontrado en la página virtual de los textos online de la biblioteca de la Universidad Ramón Llull de Barcelona<sup>27</sup>.

Esta teoría pone el acento en que las experiencias y los aprendizajes de las personas se dan preeminentemente en el medio social. Por medio de la observación las personas aprenden reglas, habilidades, creencias y actitudes. Por instancia del aprendizaje a través de modelos, se ajustan comportamientos, observando las consecuencias de las acciones de estos modelos en el medio social.

Bandura (2000) formula una teoría general del aprendizaje por observación que se ha extendido gradualmente hasta cubrir la adquisición y la ejecución de diversas habilidades, estrategias y comportamientos.

Bandura (2000) amplió su teoría para tratar la forma en que la gente intenta controlar los acontecimientos importantes de su vida mediante la regulación de sus propios pensamientos y actos. Los procesos básicos consisten en proponerse metas, juzgar de antemano los resultados de sus actos, evaluar los progresos rumbo a las metas y regular los pensamientos, emociones y actos propios. Bandura (1986):

Otra característica singular de la teoría cognoscitiva social es el papel central que asigna a las funciones de autorregulación. La gente no se comporta para complacer las preferencias de los demás. Gran parte de su conducta está motivada y regulada por normas internas y por las reacciones valorativas de sus propios actos. Ya que se han adoptado normas personales, las

---

<sup>26</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>27</sup> Aprendizaje Cognoscitivo Social. Capítulo 4. Recuperado el 08 de junio del 2017 de [www.biblio3.url.edu.gt/libros/2012/Teo-Apr4/4.pdf](http://www.biblio3.url.edu.gt/libros/2012/Teo-Apr4/4.pdf).

discrepancias entre una acción y el criterio con el que se mide activan reacciones de autoevaluación que influyen en las conductas subsecuentes. De este modo, cada acto incluye entre sus determinantes influencias autoproducidas (p. 20).

Bandura (1978, 1982a) analiza la conducta humana dentro del marco teórico de la reciprocidad triádica, las interacciones recíprocas de conductas, variables ambientales y factores personales como las cogniciones.

Según la postura cognoscitiva social, la gente no es impulsada por fuerzas internas ni controlada y moldeada automáticamente por estímulos externos. El funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica en el que la conducta, los factores personales cognoscitivos y de otra clase, así como los acontecimientos del entorno son determinantes que interactúan unos con otros (Bandura, 1986, p. 18).

La reciprocidad triádica es evidente en un importante constructo de la teoría de Bandura (1982b en prensa): la *autoeficacia percibida*, o las opiniones acerca de las propias capacidades de organizar y emprender las acciones necesarias para alcanzar los grados de desempeño designados. Con respecto a la interacción de autoeficacia (un factor personal) y conducta, la investigación muestra que esas creencias influyen en las conductas orientadas a los logros, como la elección de una tarea, la persistencia, el gasto de esfuerzos y la adquisición de habilidades (Schunk, 1989).

El aprendizaje ocurre en acto, merced a la ejecución real, o en modo vicario, por la observación (de primera mano, en forma simbólica o electrónica) del desempeño de modelos.

El aprendizaje en acto consiste en aprender de las consecuencias de las acciones propias. Las conductas que dan resultados exitosos se retienen; las que llevan al fracaso se perfeccionan o descartan. La teoría cognoscitiva social argumenta que son las consecuencias del comportamiento -y no las conductas fortalecidas- las fuentes de información y motivación. Las consecuencias informan a la gente de la exactitud o la conveniencia de su proceder. Quienes triunfan en un cometido o son premiados entienden que se desempeñaron bien; cuando fracasan o reciben castigos saben que hicieron algo mal y tratan

de corregir el problema. Las consecuencias también motivan a la gente, que se esfuerza por aprender las conductas que aprecia y que cree que tendrán consecuencias deseables, mientras que se guarda de adquirir los comportamientos que se castigan o que son de algún modo insatisfactorios.

Buena parte del aprendizaje humano ocurre de manera vicaria, es decir, sin ejecución abierta del que aprende. Las fuentes comunes de aprendizaje vicario son observar o escuchar a modelos en persona, o simbólicos o no humanos (programas de televisión con animales que hablan, personajes de tiras cómicas), en medios electrónicos (televisión) o impresos (libros, revistas). Las fuentes vicarias aceleran el aprendizaje más de lo que sería posible si hubiera que ejecutar toda conducta para adquirirla. También evitan que la gente experimente consecuencias negativas.

El aprendizaje por observación de modelos sucede cuando se despliegan nuevas pautas de comportamiento que, antes de la exposición a las conductas modeladas, no tenían posibilidad de ocurrencia aun en condiciones de mucha motivación (Bandura, 1969). Un mecanismo clave de este aprendizaje es la información que los modelos transmiten a los observadores acerca de las formas de originar nuevas conductas (Rosenthal y Zimmerman, 1978). Se supone que el aprendizaje por observación consta de cuatro procesos: atención, retención, producción y motivación.

Por lo general, las habilidades complejas se aprenden por acción y observación; los individuos observan a los modelos explicarlas y demostrarlas, y luego las ensayan. Al igual que en el caso del aprendizaje en acto, las consecuencias de las respuestas de las fuentes vicarias informan y motivan a los observadores, que se inclinan más a aprender las conductas modeladas que llevan al éxito que las que resultan en fracasos. Cuando la gente cree que los comportamientos modelados son provechosos, observa con atención a los modelos y repasa mentalmente sus procedimientos.

Al observar a los modelos, el individuo adquiere conocimientos que quizá no exhiba en el momento de aprenderlos (Rosenthal y Zimmerman, 1978). Las características del modelo y del observador influyen en la atención que este

dirige a aquel. Las actividades notorias también llaman la atención, especialmente las de tamaño, forma, color o sonido desacostumbrados.

## MODELO BIOECOLÓGICO DE BRONFENBRENNER

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>28</sup>**

El presente trabajo es un resumen de los desarrollos de Francisco Alberto García Sánchez<sup>29</sup>.

Bronfenbrenner (1977b, 1979) plantea su visión ecológica del desarrollo humano, en la que destaca la importancia crucial que da al estudio de los ambientes en los que nos desenvolvemos. Defiende el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en el que la persona percibe el ambiente que le rodea (su ambiente ecológico) y en el modo en que se relaciona con él.

El postulado básico del modelo ecológico que propone Bronfenbrenner dice que el desarrollo humano, supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Acomodación mutua que se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos.

Como se requiere de una acomodación mutua entre el ambiente y la persona, Bronfenbrenner señala que la interacción entre ambos es bidireccional, caracterizada por su reciprocidad. El autor señala que el concepto de “ambiente” es en sí mismo complejo, ya que se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos entornos y la influencias que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios. Por ello,

---

<sup>28</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>29</sup>García Sánchez, F.A. (2001). Modelo ecológico/modelo integral de intervención en atención temprana. En mesa redonda: **Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas**.XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, 29 y 30 de Noviembre de 2001.

Bronfenbrenner concibe el ambiente ecológico como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente. Concretamente, Bronfenbrenner postula cuatro niveles o sistemas que operarían en concierto para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo:

- **Microsistema:** corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa (ejemplo la relación con cada padre, hermanos, entre otras).
- **Mesosistema:** comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social).
- **Exosistema:** se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.).
- **Macrosistema:** se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes.

Desde el punto de vista del modelo ecológico, la evolución del niño se entiende como un proceso de diferenciación progresiva de las actividades que éste realiza, de su rol y de las interacciones que mantiene con el ambiente.

Se resalta la importancia de las interacciones y transacciones que se establecen entre el niño y los elementos de su entorno, empezando por los padres y los iguales. De acuerdo con estas ideas, al analizar el desarrollo del niño, no podemos mirar sólo su comportamiento de forma aislada, o como fruto exclusivo de su maduración, sino siempre en relación al ambiente en el que el

niño se desarrolla (Fuentes y Palmero, 1998). Las relaciones entre el niño y sus padres se entienden como un factor central para el desarrollo.

El modelo ecológico de Bronfenbrenner supone que, como mínimo, hemos de tener en cuenta los apoyos sociales de que disponen los padres, sus necesidades, e incluso sus estilos familiares.

Las características multivariadas, multisistémicas y dinámicas de este modelo son útiles para comprender las complejas influencias que configuran el desarrollo.

# CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO.

## DESARROLLO FÍSICO

**Autora: Lic. María Gabriela Zamar<sup>30</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la Obra de Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds y Ruth Duskin Feldman, sobre las características del desarrollo físico en la primera, segunda y tercer infancia<sup>31</sup>.

### **PRIMERA INFANCIA:**

#### **DESARROLLO FISICO DURANTE LOS PRIMEROS TRES AÑOS**

##### Patrones de crecimiento:

La herencia genética del lactante tiene una poderosa influencia sobre el niño. Ello refleja si será alto o bajo, delgado o corpulento, o algo intermedio. “Esta influencia genética interactúa con influencias ambientales, tales como la nutrición y las condiciones de vida, que también afectan la salud general y el bienestar” (Broude, 1995 p.6).

Los niños crecen con mayor velocidad durante los primeros tres años de vida, especialmente durante los primeros meses. En ese momento los bebés crecen con mayor rapidez en peso y talla y después se detienen ligeramente para los tres años de edad. “En promedio, los bebés varones son ligeramente más grandes que las bebés niñas” (p. 3). “Esta rápida tasa de crecimiento disminuye durante su segundo y tercer año de vida” (p.11).

En general, LA DENTICION inicia al tercer o cuarto mes: “cuando los lactantes empiezan a tomar casi cualquier objeto que encuentran para ponerlo en sus bocas; pero, de hecho, el primer diente puede no aparecer sino hasta algún momento” (p.12).

---

<sup>30</sup> Profesora asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>31</sup> Papalía, D.E.; Wendkos Olds, S.; & Duskin Feldman, R. (2009). **Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia**. Undécima edición. Ed. McGraw Hill. México.



Ello puede suceder entre el quinto y noveno mes de vida, o incluso más tarde. Para el primer año, por lo general, los lactantes cuentan con seis a ocho dientes. Para el segundo año y medio, cuentan con un conjunto completo de 20 dientes. “Los lactantes aprenden a utilizar las partes superiores de su cuerpo antes que las inferiores. Ven objetos antes de poder controlar su tronco y aprenden a hacer muchas cosas con sus manos mucho antes de que puedan gatear o caminar” (p. 13).

A través del contacto cálido con el cuerpo de la madre se genera una conexión emocional entre la madre y el lactante. Esta vinculación puede darse por medio del amamantamiento o de la alimentación con biberón, además de mediante muchas otras actividades de cuidado, la mayoría de las cuales llevará a cabo el padre junto con la madre. Asimismo, desde una perspectiva nutricional, la leche materna es, casi siempre, el mejor alimento para los bebés. Otra alternativa aceptable es una fórmula fortificada con hierro basada ya sea en leche de vaca o de proteína de soya y que contenga suplementos vitamínicos y minerales. La Sección de amamantamiento (2005) de la American Academy of Pediatrics (AAP; Academia Estadounidense de Pediatría) recomienda que se amamante a los bebés de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Las ventajas sanitarias del amamantamiento son sorprendentes.

El amamantamiento previene y minimiza enfermedades, como diarrea, infecciones respiratorias, otitis media (infección del oído medio) e infecciones por estafilococos, bacteriales y del tracto urinario.

Ello también beneficia a la madre, ya que quienes amamantan, por lo general, tienen menos sangrados posparto, una recuperación física más acelerada y un retorno más rápido a su peso anterior. A su vez, después de la menopausia, corren menos riesgo de contraer cáncer de mama y de ovario, como puede ser también menor el riesgo de osteoporosis y fracturas de la cadera (AAP Section on Breastfeeding, 2005).

Los humanos lactantes cuentan con alrededor de 27 reflejos principales, “muchos de los cuales se encuentran presentes al momento de nacer o poco después” (Gabbard, 1996 p.9). Los reflejos primitivos, tales como el chupetear, el hociqueo en búsqueda del pezón y el reflejo de Moro (una respuesta ante el

sobresalto o la sensación de caída), son algunos de los reflejos primitivos que se relacionan con las instintivas necesidades de supervivencia y protección. Se debe tener en cuenta que las deficiencias ambientales extremas durante la lactancia pueden afectar la estructura del cerebro, ocasionando problemas cognitivos y emocionales.

Entre los primeros seis meses y el año de vida la mayoría de los reflejos desaparece. Los que continúan funcionando, de protección, son, por ejemplo, los de parpadear, bostezar, toser, atragantarse, estornudar, tiritar y el reflejo pupilar (dilatación de las pupilas en la oscuridad). “La desaparición de los reflejos innecesarios en el momento correcto es señal de que las vías motoras de la corteza se han mielinizado de manera parcial, permitiendo el cambio a las conductas voluntarias” (p.89). Así es que un médico puede evaluar el desarrollo neurológico del bebé, observando los reflejos que se encuentran presentes o ausentes.

#### *Moldeamiento del cerebro: el papel de la experiencia:*

“Aunque el desarrollo inicial del cerebro está dirigido por la genética, es posible modificarlo tanto de manera positiva como negativa mediante la experiencia ambiental” (Toga et al., 2006 p.9). A esta capacidad de modificación del cerebro llamamos PLASTICIDAD.

“La experiencia temprana puede tener efectos duraderos sobre la capacidad de aprendizaje y almacenamiento del sistema nervioso central” (Society for Neuroscience, 2005, p. 2). El cerebro es especialmente vulnerable durante este periodo formativo, por lo que la exposición a sustancias peligrosas, como toxinas ambientales o el estrés materno antes o después del nacimiento pueden representar una amenaza contra el cerebro que está en desarrollo. Esto, como la desnutrición, pueden interferir con el crecimiento cognitivo normal (Rose, 1994; Thompson, 2001).

“La plasticidad permanece a lo largo de la vida a medida que las neuronas cambian de tamaño y forma en respuesta a la experiencia ambiental” (Rutter, 2002 p.6). Estos hallazgos han impulsado esfuerzos exitosos para estimular el desarrollo cerebral de lactantes prematuros (Als et al., 2004 p.4) y de niños con

síndrome de Down, así como ayudar a recuperar sus funciones a víctimas que han sufrido daño cerebral.

### Capacidades sensoriales tempranas:

Al desarrollarse, el cerebro les permite a los lactantes recién nacidos hacer uso de sus sentidos, de lo que tocan, ven, huelen, saborean y escuchan; sus sentidos se desarrollan de manera acelerada durante sus primeros meses de vida a medida que se adaptan al mundo a su alrededor.

### Tacto y dolor:

El tacto durante los primeros meses, es el sistema sensorial más maduro. Parece ser el primer sentido en desarrollarse.

Los recién nacidos pueden sentir dolor y, de hecho, lo perciben; y se vuelven más sensibles al mismo durante sus primeros días de vida. La AAP y la Sociedad Pediátrica Canadiense (2000) actualmente sostienen que un dolor intenso y prolongado puede ocasionar daños a largo plazo a los recién nacidos y que el alivio del dolor es esencial.

### Olfato y gusto:

Estos sentidos también empiezan a desarrollarse dentro del vientre materno. Los sabores y olores de los alimentos que ingiera la madre encinta se pueden transmitir al feto a través del líquido amniótico.

### Audición:

Es funcional antes del nacimiento; los fetos parecen aprender a reconocer los sonidos y responden a ellos. El reconocimiento temprano de voces e idiomas escuchados en el vientre pueden, desde una perspectiva evolutiva, cimentar la relación con la madre, que es esencial para la supervivencia inicial (Rakison, 2005). La discriminación auditiva se desarrolla, de manera acelerada, después del nacimiento. Incluso los lactantes de tres días de nacidos pueden diferenciar nuevos sonidos de habla de aquellos que han escuchado antes (Brody, Zelazo & Chaika, 1984). Ya al primer mes de vida, los bebés pueden diferenciar

sonidos tan similares como ba y pa (Eimas, Siqueland, Jusczyk & Vigorito, 1971). La audición es esencial para el desarrollo del lenguaje, por ello es esencial que las deficiencias auditivas puedan identificarse de inmediato. (Gaffney et al., 2003).

#### Vista:

Este es el sentido menos desarrollado al momento del nacimiento. Desde la perspectiva evolutiva del desarrollo, los demás sentidos se relacionan de manera más directa con la supervivencia del neonato.

Hay evidencia de que la capacidad para reconocer caras —en especial la cara del proveedor de cuidados— puede ser un mecanismo innato de supervivencia (Rakison, 2005).

#### Desarrollo motor:

Enseñar a los bebés las habilidades motoras básicas como darse vuelta, gatear y caminar es innecesario. Sencillamente debe proveérseles de un espacio para moverse y libertad para explorar. Cuando el sistema nervioso central, músculos y huesos están listos y el ambiente les ofrece las oportunidades adecuadas de exploración y práctica, los bebés no dejan de sorprender a los adultos a su alrededor con sus nuevas capacidades.

El desarrollo motor se caracteriza por una serie de HITOS: Logros que se desarrollan de manera sistemática, donde cada capacidad nueva que se domina prepara al bebé para enfrentarse a la siguiente. Los bebés aprenden primero habilidades sencillas y después las combinan en sistemas de acción cada vez más complejos que permiten un rango más amplio o preciso de movimientos y un control más efectivo del ambiente.

Para los cuatro meses, casi todos los lactantes sostienen la cabeza erecta mientras se les detiene o apoya en posición sentada.

Control de las manos: Aproximadamente a los tres meses y medio de edad, la mayoría de los lactantes pueden tomar objetos de tamaño moderado, como un sonajero, pero les cuesta intentar sostener objetos pequeños.

Los niños que gatean se vuelven más sensibles a percepciones tales como la ubicación, tamaño, movimiento y aspecto de los objetos. La acción de gatear favorece a los bebés a juzgar distancias y a percibir profundidad de mejor manera. Al observar a los demás aprenden a obtener claves acerca de si una situación es segura o atemorizante; habilidad ésta conocida como referencia social. (Hertenstein & Campos, 2004).

En promedio un bebé puede mantenerse en pie un poco después de los siete meses de edad si se sostiene de una mano que lo ayude o de un mueble. Sin embargo, es recién a los once meses y medio de edad, aproximadamente, que puede soltarse y mantenerse de pie de manera correcta. Todos estos desarrollos son hitos para el logro motor principal de la lactancia: caminar. Posiblemente, los seres humanos caminamos más tarde que otras especies, porque la pesada cabeza, piernas cortas y músculos relativamente débiles del infante hacen difícil mantener el equilibrio. Nuevamente, la práctica es el factor fundamental para superar estas dificultades (Adolph, Vereijken & Shrout, 2003).

Durante el segundo año de vida, los niños empiezan a subir un escalón a la vez, colocando un pie después del otro a cada paso; luego, alternarán los pies. Bajar escaleras viene más adelante. A los dos años, los infantes también empiezan a saltar y a correr. Y ya para los tres años y medio de edad, la mayoría puede sostenerse en un solo pie y empezar a brincar en él.

La capacidad de percibir objetos y superficies en tres dimensiones (percepción de profundidad) depende de distintos tipos de señales que afectan la imagen de un objeto sobre la retina del ojo. Estas señales implican coordinación binocular, pero también control motor.

Los niños calculan la potencialidad (*affordance*), o ajuste, entre sus atributos físicos cambiantes (como resistencia, longitud, equilibrio y fortaleza de brazos y piernas) y las características de su ambiente, también cambiantes. El conocimiento de este ajuste permite que los bebés tomen decisiones acerca de

lo que pueden hacer en una situación dada la que permite que lactantes e infantes reconozcan las potencialidades y, por consiguiente, manejen el terreno de manera exitosa.

**DESARROLLO MOTOR:** Implica un proceso continuo de interacción entre el bebé y el ambiente. El lactante y el ambiente forman un sistema interconectado, dinámico que incluye la motivación del bebé, así como su fortaleza muscular y su posición en el ambiente en un momento particular (por ejemplo, si se encuentra acostado en su cuna o sostenido dentro de una piscina).

## **SEGUNDA INFANCIA:**

### **DESARROLLO FISICO EN LA SEGUNDA INFANCIA**

#### Aspectos del desarrollo fisiológico:

En esta etapa los niños se vuelven más altos y más delgados. Necesitan menos horas de sueño que antes pero tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas de sueño. Mejoran en su habilidad para correr, saltar, impulsarse y arrojar pelotas.

“Los juegos infantiles no son un deporte y deberían considerarse como sus actos más serios” (Montaigne, 1979 p.79).

#### Crecimiento y cambio corporal:

Entre los tres y seis años de edad, los niños crecen rápidamente pero con menor velocidad que en la lactancia y primera infancia. Aproximadamente a los tres años, los niños comienzan a tomar la apariencia delgada y atlética de la niñez. A medida que se desarrollan los músculos abdominales, la pancita del infante adquiere firmeza. Los brazos, las piernas y el tronco se vuelven más largos. La cabeza sigue siendo bastante grande, pero las otras partes del cuerpo comienzan a crecer.

Es común que tanto varones como niñas crezcan de 5 a 7.62 centímetros por año durante la segunda infancia y que aumenten de 1.81 a 2.72 kilogramos de peso anualmente.

La disminución del apetito es normal en la segunda infancia, asimismo algunos padres cometen el error de insistir en que sus hijos coman más de lo que deseen, creando una batalla de voluntades.

### Salud bucal:

A los tres años se estima que broten todos los dientes primarios, o temporales. Están también en desarrollo los dientes permanentes, que aparecerán alrededor de los seis años. Así, los padres pueden ignorar, con cierta seguridad, el hábito común de chuparse el dedo en niños menores a cuatro años. “Si los niños dejan de chuparse el dedo para esa edad, es probable que sus dientes permanentes no sufran afectación” (Herrmann & Roberts, 1987; Umberger & Van Reenen, 1995). Desde la década de 1970, el uso de flúor y una mejor atención dental han reducido de manera sobresaliente la frecuencia de deterioro dental; sin embargo, los infantes que viven en situación de desventaja siguen teniendo más caries sin tratar que otros niños (Bloom, Cohen, Vickerie & Wondimu, 2003; Brown, Wall & Lazar, 2000).

Es frecuente, que el deterioro dental en la segunda infancia se deba al consumo excesivo de leche y jugos endulzados durante la lactancia, junto con una falta de cuidado dental regular.

En un estudio longitudinal con 642 niños de Iowa a los que se dio seguimiento desde el año de edad hasta los cinco años, el consumo de refrescos regulares (no dietéticos), bebidas en polvo y, a menor grado, jugos puros, aumentó el riesgo de deterioro dental (Marshall et al., 2003 p.9).

### Patrones y problemas de sueño:

La mayoría de los niños (estadounidenses) promedian cerca de 11 horas de sueño por noche y a los cuatro años de edad dejan las siestas (Hoban, 2004).

Es posible que un niño haga todo lo posible para evitar el momento de ir a la cama. Esto puede ser producto de un tipo de ansiedad de separación.

Más de la mitad de los padres o cuidadores estadounidenses informan que sus niños preescolares demoran ir a la cama y que se requiere de 15 minutos o más para que el niño se duerma. Cerca de un tercio de los preescolares se

resisten activamente a ir a la cama y más de un tercio despiertan cuando menos una vez durante la noche (National Sleep Foundation, 2004 p. 4).

Pueden ayudar a minimizar estos problemas las rutinas regulares y consistentes de sueño. Los infantes pequeños que están acostumbrados a ir a dormir mientras se les alimenta o mece pueden tener luego dificultades para conciliar el sueño por sí solos (Hoban, 2004). También es común que los niños pidan que una luz permanezca prendida o que quieran dormir con algún juguete o cobija favoritos.

Los problemas persistentes de sueño pueden ser indicación de un trastorno emocional, fisiológico o neurológico que necesita examinarse.

Hablar y caminar durante el sueño es bastante común en la segunda y tercera infancia.

#### Enuresis:

Ya para la edad de tres a cinco años, la mayoría de los niños no se orinan durante el día o la noche; pero la enuresis nocturna, (micción repetida e involuntaria durante la noche) no es inusual.

Cerca de 10 a 15% de los niños de cinco años, con mayor frecuencia los varones, presentan enuresis nocturna de manera regular, quizá cuando están profundamente dormidos. Más de la mitad dejan de presentarla para la edad de ocho años sin ayuda especial (Community Pediatric Committee, 2005 p.5).

Los niños que presentan enuresis no han logrado reconocer la sensación de plenitud en la vejiga mientras están dormidos como para despertarse e ir al baño. Los niños en edad preescolar normalmente logran esta conciencia.

Para tranquilidad de los padres, la enuresis nocturna es común y no es grave. No debe culparse al niño ni castigársele. “La enuresis que persiste más allá de los 8 o 10 años de edad puede indicar un autoconcepto pobre u otros problemas psicológicos” (Community Pediatric Committee, 2005 p.5).

**HABILIDADES MOTORAS:** Durante este período los niños logran grandes avances en habilidades motoras, tanto gruesas (correr, saltar) como finas (habilidades de manipulación que implican coordinación ojo-mano y de



pequeños músculos, como abotonarse). También comienzan a mostrar una preferencia por utilizar la mano derecha o izquierda.

Los niños pueden desarrollarse mejor en el aspecto físico cuando pueden estar activos a un nivel madurativo apropiado en juego libre no estructurado. Los padres y maestros pueden ayudar ofreciendo a los niños pequeños, por ejemplo, la oportunidad de subirse y saltar en equipos seguros y del tamaño apropiado.

Las mejorías en habilidades motoras finas, como atarse las cintas de los zapatos y cortar con tijeras, permiten que los niños pequeños asuman la responsabilidad de su cuidado personal.

#### Desarrollo artístico:

La mayoría de los niños de tres a cinco años pueden utilizar sus crecientes capacidades cognitivas y expresarse en sentido emocional por medio del arte.

Al descubrir que los dibujos de los niños pequeños son similares en diferentes culturas, se infirió que las etapas del dibujo temprano reflejan la maduración cerebral como la muscular.

Por lo general, los dibujos de la primera etapa pictórica de los niños muestran energía y libertad; aquellos de la etapa pictórica posterior muestran, en cambio, cuidado y precisión.

#### Contaminantes ambientales:

Los contaminantes ambientales pueden representar un papel determinante en ciertos padecimientos de la infancia, como trastornos neurológicos, cáncer, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y retraso mental (Goldman et al., 2004; Woodruff et al.)

“Los niños son más vulnerables que los adultos hacia el daño crónico por pesticidas (Goldman et al., 2004). En una encuesta nacional sobre exposición humana a sustancias químicas ambientales, los niveles en orina de dimetil tiofosfato, una sustancia que se produce por el metabolismo de muchos pesticidas orgánicos, fueron dos veces superiores en niños de 6-11 años que en adultos” (Centers for Disease Control and Prevention, 2003).

También hay cierta evidencia de que exposición a bajas dosis de pesticidas puede afectar al desarrollo cerebral. (Weiss et al., 2004).

### **TERCER INFANCIA:**

#### **DESARROLLO FISICO EN LA TERCER INFANCIA**

##### *Estatura y peso durante la tercera infancia:*

Durante este período, el crecimiento se desacelera de manera considerable. Asimismo, es evidente la sorprendente diferencia que existe entre niños de seis años de edad, que todavía son pequeños, de los de 11 años, que empiezan a parecerse a los adultos.

“Los niños crecen cerca de cinco a 7.5 cm por año entre los seis y 11 años de edad y su peso aumenta a casi el doble durante el mismo periodo” (Ogden, Fryar, Carroll & Flegal, 2004).

Las niñas retienen un poco más de tejido adiposo que los niños, una característica que perdurará incluso en la adultez. El niño promedio de 10 años de edad pesa alrededor de 4.5 kg más que hace 40 años, casi 38.5 kg en el caso de los niños y 40 kg en el caso de las niñas (Ogden et al., 2004 p.9).

##### *Desarrollo de los dientes y cuidados dentales:*

“La mayoría de los dientes adultos brotan durante la tercera infancia”. Al rededor de los seis años de edad los dientes de leche empiezan a caerse y son reemplazados por los dientes permanentes a una tasa de cerca de cuatro dientes por año a lo largo de los próximos cinco años. Entre 1971 y 1974 y entre 1988 y 1994, el número de niños estadounidenses de entre seis y 18 años de edad con caries no tratadas disminuyó casi 80%. Las mejorías afectaron a todo grupo étnico y nivel socioeconómico (Brown, Wall y Lazar, 1999). La mejoría en la salud dental de los niños se atribuye en gran parte al uso de selladores adhesivos en las superficies oclusales de premolares y molares (Brown, Kaste, Selwitz & Furman, 1996).

Probablemente a causa de una mejor nutrición, el uso generalizado de fluoruro y un mejor cuidado dental, los niños estadounidenses de hoy en día tienen menos caries que a principios de la década de 1970.

### Necesidades nutricionales:

Los niños en edad escolar, en promedio, necesitan ingerir 2 400 calorías diarias; más en el caso de niños mayores y menos en los más pequeños. Los nutricionistas recomiendan una dieta variada, que incluya frutas, granos y verduras así como niveles elevados de carbohidratos.

A fin de evitar problemas de sobrepeso y cardiacos, los niños (al igual que los adultos) deberían obtener sólo cerca de 30% de sus calorías totales a partir de las grasas y menos de 10% del total a partir de grasas saturadas (AAP Commission on Nutrition, 1992; U.S. Department of Agriculture & USDHHS, 2000 p.8).

Es frecuente que los niños coman fuera de casa, como en restaurantes de comida rápida. Los medios influyen poderosamente en las elecciones alimenticias de los niños, y no suele ser para bien. Por ello, la educación nutricional en las escuelas puede ser de utilidad en combinación con la educación parental así como los cambios en los menús de las cafeterías escolares.

Cambios en el etiquetaje de alimentos, impuestos para comidas poco sanas, restricciones en los alimentos proporcionados por programas de alimentación escolar subvencionados por el gobierno, regulaciones sobre la publicidad de alimentos dirigida hacia los niños y obligar a los restaurantes a que proporcionen información nutricional en sus menús son algunas de las recomendaciones legislativas que se han propuesto (American Heart Association et al., 2006 p.6).

### Sueño:

Las necesidades de sueño disminuyen de 11 horas por día a los cinco años de edad a poco más de 10 horas a los nueve años de edad y a cerca de nueve horas por día a los 13 años de edad. Aun así, muchos niños (estadounidenses) duermen menos de lo que necesitan. Los infantes de primero a quinto grado escolar duermen en promedio nueve horas y media, esto es menos de las 10 a 11 horas que se recomiendan. Y, a medida que los niños crecen, cerca de uno de cada cuatro duerme menos los fines de semana.

Los problemas de sueño (como resistencia a irse a la cama, insomnio y somnolencia durante el día) son comunes durante estos años, en parte porque muchos niños, a medida que crecen, tienen permiso de determinar sus propios horarios para dormir (Hoban, 2004).” Más de 40% de los niños en edad escolar cuentan con un televisor en sus recámaras y estos niños duermen menos que otros” (National Sleep Foundation, 2004).

A todas las edades, los niños se despertaban en promedio dos veces por noche. Las niñas dormían más y más profundamente que los niños. El estrés familiar se asoció con una menor calidad en el sueño (Sadeh, Raviv & Gruber, 2000).

Entre la edad preescolar y la escolar, la prevalencia de problemas de sueño disminuye. Asimismo los problemas de sueño iniciales tienden a predecir problemas posteriores. “Es frecuente que los niños con problemas de sueño tengan alergias, infecciones del oído o problemas de la audición. Los problemas de sueño también se correlacionan de manera significativa con los problemas psicológicos y conductuales” (Stein et al., 2001).

### Juego:

Desde una perspectiva evolutiva, el juego físico vigoroso tiene importantes beneficios adaptativos como: afina el desarrollo muscular y esquelético, canaliza la agresión y la competitividad, y ofrece una manera segura de practicar las habilidades de caza y lucha. Para los 11 años de edad, se vuelve con frecuencia, una forma de establecer una dominancia dentro del grupo de pares. (Bjorklund y Pellegrini, 2000, 2002; Smith, 2005b).

Deportes Organizados: Cuando los niños dejan de lado el juego físico vigoroso y empiezan a jugar juegos con reglas, algunos se unen a deportes organizados dirigidos por adultos.

En una muestra representativa a nivel nacional de niños estadounidenses entre los nueve y los 13 años de edad, 38.5% participaban en deportes organizados después del horario escolar; la mayoría de ellos en béisbol, softbol, fútbol o básquetbol. Las niñas tienden a pasar menos tiempo que los niños en

actividades deportivas y más tiempo en tareas del hogar, en estudiar y en su cuidado personal (Juster et al., 2004 p.4).

La actividad física regular, además de mejorar las habilidades motoras, tiene beneficios inmediatos y a largo plazo para la salud: control de peso, disminución de la presión arterial, mejora en la función cardiorrespiratoria e intensificación de la autoestima y el bienestar. Los niños activos se convierten en adultos activos.

Entre los seis y los nueve años de edad los niños necesitan reglas más flexibles, un tiempo de instrucción más reducido y más tiempo de práctica libre que los niños de mayor edad.

### Salud:

El desarrollo de vacunas para las principales enfermedades infantiles ha hecho que la tercera infancia sea un momento relativamente seguro de la vida. La tasa de mortalidad durante estos años es la menor en el ciclo vital total. Asimismo, existen muchos niños con sobrepeso o hay algunos que sufren de padecimientos médicos crónicos o de lesiones accidentales o de una falta de acceso a cuidados médico.

Sobrepeso e imagen corporal: “El sobrepeso en los niños se está convirtiendo en un importante problema médico a nivel mundial”. (Wang & Lobstein, 2006 p.6).

Desafortunadamente, no siempre los niños que quieren bajar de peso son los que necesitan hacerlo. La preocupación por la imagen corporal —la manera en que uno cree verse— empieza a adquirir importancia a inicios de la tercera infancia, en especial en el caso de las niñas, y ello puede conducir a trastornos de la conducta alimentaria que se vuelven más comunes durante la adolescencia. Jugar con muñecas Barbie puede ser una influencia en dicha dirección.

El factor principal del aumento en sobrepeso es la inactividad. Hoy en día los niños en edad escolar pasan menos tiempo en juegos al aire libre y deportes que los niños de hace 20 años (Juster et al., 2004).

Los niños que pasan muchas horas viendo televisión tienden a estar en sobrepeso. Es probable que no se ejerciten de manera suficiente y que coman demasiados surtidos que engordan.

Hay estudios que muestran que para los seis años de edad, muchas niñas desean ser más delgadas de lo que son. Según la teoría sociocognitiva de Bandura, las muñecas Barbie son modelos de rol para las niñas pequeñas y transmiten un ideal cultural de la belleza. Los medios refuerzan dicho ideal. Las niñas que no alcanzan estos estándares pueden experimentar insatisfacción corporal, ideas negativas acerca de sus cuerpos lo que conduce a una baja autoestima.

#### *Padecimientos médicos:*

Suelen ser breves las enfermedades durante la tercera infancia. Lo común, en cambio, son los padecimientos médicos agudos (enfermedades ocasionales de corta duración) tales como las infecciones por ejemplo. “Son típicos seis o siete episodios de influenza, catarro u otras enfermedades virales por año, ya que los niños se infectan entre sí en la escuela o al jugar” (Behrman, 1992 p.2).

A medida que aumenta la experiencia de los niños con las enfermedades, también crece su comprensión de las causas de la salud y la enfermedad y de la manera en que las personas pueden promover su propia salud (Crisp, Underer & Goodnow, 1996).

Desde una perspectiva piagetiana, la comprensión que los niños tienen acerca de la salud y la enfermedad se vincula con su desarrollo cognitivo. Por ello van cambiando sus explicaciones sobre la enfermedad: Es así que, antes de la tercera infancia, los niños son egocéntricos; creen que la enfermedad se produce de manera mágica a causa de las acciones humanas, a menudo las suyas propias (“Me porté mal entonces ahora me siento mal”). Más adelante explican toda enfermedad —sólo un poco menos mágicamente— como la obra de los todopoderosos microbios. Luego, a medida que los niños se acercan a la adolescencia, ven que pueden existir múltiples causas para una enfermedad, que el contacto con los microbios no conduce a la enfermedad de manera

automática y que hay mucho que las personas pueden hacer para mantenerse sanas.

**PROBLEMAS SOCIALES Y AUDITIVOS:** La mayoría de los niños tienen una vista más aguda durante su tercera infancia que cuando eran más pequeños. Los niños menores a los seis años de edad ven mejor de lejos que de cerca. Para los seis años de edad, la visión es más aguda en general; y debido a que los dos ojos se coordinan con mayor perfección, pueden enfocar mejor.

“Cerca de 15% de niños entre los seis y los 19 años de edad, predominantemente varones, tienen cierta pérdida auditiva. Es posible que las pautas actuales de detección no identifiquen a niños con deterioros en frecuencias muy elevadas. Esto es cuestión de preocupación, ya que incluso una pérdida auditiva ligera puede afectar la comunicación, la conducta y las relaciones sociales” (Niskar et al., 1998 p.8).

#### *Factores sanitarios y accesos a cuidados:*

Las carencias sociales representan un papel importante en la salud infantil. Los niños pobres —que de manera desproporcionada pertenecen a las minorías— y aquellos que viven con un progenitor soltero o con padres de bajo nivel educativo tienen mayores probabilidades que otros niños de contar con un estado de salud promedio o deficiente, de presentar padecimientos crónicos o limitaciones en actividades relacionadas con su salud, de faltar a la escuela a causa de una enfermedad o lesión, de estar hospitalizados, de tener necesidades médicas y dentales insatisfechas, y de recibir cuidados médicos tardíos (Bauman, Silver y Stein, 2006; Bloom et al., 2003; Collins y LeClere, 1997; Flores et al., 2002; Newacheck et al., 1998)

# **CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO. DESARROLLO PSICOSOCIAL**

**AUTORA: Psic. Natalia Verónica Lifchiz<sup>32</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la obra de Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds y Ruth Duskin Feldman, sobre las características del desarrollo psicosocial en la primera, segunda y tercer infancia.

## **PRIMERA INFANCIA**

### **DESARROLLO PSICOSOCIAL DURANTE LOS PRIMEROS TRES AÑOS**

El presente capítulo trata acerca del cambio de la dependencia de la lactancia a la independencia de la infancia. Primero examinaremos las bases del desarrollo psicosocial: emociones, temperamento y las primeras experiencias con los padres. Podemos ver una bidireccionalidad de influencias: la forma en que las experiencias tempranas con los padres ayudan a moldear el desarrollo del niño y cómo las necesidades del niño moldean la vida de los padres. Consideraremos las opiniones de Erikson acerca del desarrollo de la confianza y la autonomía. Analizaremos las relaciones con los proveedores de cuidados, el emergente sentido del yo y las bases de la conciencia. También exploraremos cuándo y de qué manera se desarrollan las emociones y cómo es que los bebés las demuestran?

#### **Bases del desarrollo psicosocial**

Aun cuando los bebés comparten patrones comunes de desarrollo, también exhiben desde un principio personalidades bien diferenciadas, las cuales reflejan influencias tanto innatas como ambientales.

Las emociones, como tristeza, felicidad y temor, son reacciones subjetivas a la experiencia que se asocian con cambios fisiológicos y conductuales. (Pág. 237).

---

<sup>32</sup> Profesora asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.



El patrón característico de reacciones emocionales de una persona se empieza a desarrollar durante la lactancia y es un elemento básico de la personalidad. Las personas difieren en la frecuencia con la que experimentan una emoción específica, en los tipos de eventos que pueden provocarla, en las manifestaciones físicas que exhiben y en la forma en que actúan en consonancia. La cultura influye en la manera en que las personas se sienten acerca de una situación y en la forma en que expresan sus emociones (Cole, Bruschi y Tamang, 2002, Pág. 238)

### **Primeras señales de emoción**

Estas señales o signos tempranos de los sentimientos de los bebés son indicadores importantes del desarrollo. Cuando los bebés quieren o necesitan algo, lloran; cuando se sienten sociables, sonrían o emiten risas. Cuando sus mensajes obtienen respuesta, su sentido de conexión con otras personas crece. También aumenta su sentido de control sobre su mundo a medida que ven que su llanto puede atraer ayuda y consuelo y que sus sonrisas y risas evocan sonrisas y risas a su vez. Se vuelven más capaces de participar, de manera activa en la regulación de sus estados de alerta y de su vida emocional.

El llanto es la forma más poderosa —y, en ocasiones, la única— en que los lactantes pueden comunicar sus necesidades. Ciertas investigaciones han distinguido cuatro patrones de llanto (Wolff, 1969): el básico llanto de hambre (llanto rítmico que no siempre se asocia con el hambre); el llanto de enojo (una variación del llanto rítmico, en el que se fuerza un exceso de aire por medio de las cuerdas vocales); el llanto de dolor (un inicio repentino de llanto estridente sin quejas preliminares, en ocasiones seguido de aguantar la respiración), y el llanto de frustración (dos o tres exclamaciones prolongadas sin aguantar la respiración durante mucho tiempo) (Wood y Gustafson, 2001, P. 238)

Las primeras sonrisas tenues ocurren, de manera espontánea, poco después del nacimiento, en apariencia como resultado de la actividad del sistema nervioso subcortical. Se vuelven menos frecuentes durante los primeros tres meses de vida al tiempo que madura la corteza cerebral. A medida que los bebés crecen, participan de manera más activa en alegres intercambios. Un bebé de seis meses de edad puede reírse en respuesta a sonidos inusuales que hace su madre. Este cambio refleja un desarrollo cognitivo: al reírse ante lo

inesperado, los bebés muestran que saben qué esperar. Al invertir los papeles, demuestran conciencia de que pueden hacer que sucedan las cosas. Las risas también ayudan a los bebés a descargar tensión, como la ocasionada por temor a un objeto amenazante (Sroufe, 1997, Pág. 239)

### **¿En qué momento aparecen las emociones?**

Las emociones básicas o primarias surgen aproximadamente durante los primeros seis meses de vida; las emociones autorreflexivas se desarrollan alrededor de los 18 a 24 meses de edad, como resultado de la emergencia de la autoconcienciación (conciencia del yo) junto con la acumulación de conocimientos acerca de los estándares y reglas sociales. El desarrollo emocional es un proceso ordenado; las emociones complejas nacen a partir de aquellas que son más sencillas. Según un modelo de desarrollo emocional (Lewis, 1997), poco después de su nacimiento, los bebés muestran señales de complacencia, interés y aflicción. Éstas son respuestas difusas, reflejas y principalmente fisiológicas a estimulaciones sensoriales o a procesos internos, y durante los siguientes seis meses aproximadamente, estos estados emocionales iniciales se diferencian en verdaderas emociones, como ser, alegría, sorpresa, tristeza, asco y, por último, enojo y temor; reacciones a eventos que tienen algún significado para el lactante.

La emergencia de estas emociones básicas o primarias está relacionada con el reloj biológico de la maduración neurológica. (Pág. 240).

### **Emociones que implican al yo**

Los dos tipos de emociones que implican al yo son las emociones autorreflexivas y las emociones autovalorativas. Las **emociones autorreflexivas**, como turbación, empatía y envidia, sólo surgen una vez que los niños desarrollan la autoconcienciación, es decir, la comprensión cognitiva de que tienen una identidad reconocible, separada y distinta del resto de su mundo. Esta conciencia del yo parece surgir entre los 15 y los 24 meses de edad. La autoconcienciación es necesaria antes de que los niños se puedan percatar de que son el centro de atención, identificarse con lo que están experimentando otros “yos” o desear tener lo que alguien más tiene. Aproximadamente para los tres años de edad, una vez adquirida la

autoconcienciación junto con una buena cantidad de conocimientos acerca de los estándares, reglas y metas aceptadas por su sociedad, los niños se vuelven más capaces de evaluar sus pensamientos, planes, deseos y conductas contra lo que se considera socialmente adecuado. Sólo entonces se pueden demostrar las **emociones autovalorativas** de orgullo, culpa y vergüenza), es decir, aquellas emociones que dependen tanto de la autoconcienciación como del conocimiento de los estándares de comportamiento aceptados por la sociedad. (Lewis, 1995, 1997, 1998. Pag. 240)

### **Crecimiento cerebral y desarrollo emocional**

*El desarrollo del cerebro después del nacimiento se relaciona con cambios en la vida emocional. Éste es un proceso bidireccional: las experiencias emocionales se ven afectadas por el desarrollo cerebral, pero también pueden tener efectos duraderos sobre la estructura del cerebro (Mlot, 1998; Sroufe, 1997). Pag 241*

Durante los primeros tres meses de edad, la diferenciación de las emociones básicas se inicia al mismo tiempo que la corteza cerebral se vuelve funcional, momento en que entran en juego las percepciones cognitivas.

### **Temperamento**

Se define como la manera característica, biológicamente determinada, en que la persona reacciona a personas y situaciones. El temperamento es el cómo de la conducta: no qué hace la persona, sino cómo lo hace. El temperamento tiene una dimensión emocional; pero a diferencia de las emociones, tales como temor, excitación y aburrimiento, que van y vienen, el temperamento es relativamente consistente y perdurable. Las diferencias individuales en temperamento, que se piensa surgen a partir de la composición biológica básica de la persona, forman el núcleo de la personalidad emergente. (Thomas y Chess, 1977, P.P. 241-242.)

El temperamento no está formado por completo al momento del nacimiento. El temperamento se desarrolla a medida que aparecen diversas emociones y capacidades de autorregulación y puede cambiar en respuesta al trato de los padres y a otras experiencias vitales. (P.P.242/243).

### **Temperamento y adaptación: bondad de ajuste**

La clave para una adaptación saludable es la bondad de ajuste, es decir, la coincidencia entre el temperamento del niño y las demandas y limitaciones ambientales con las que tiene que lidiar. Si se espera que un niño muy activo se quede sentado quieto durante largos periodos, si a un niño lento para entrar en confianza constantemente se le lanza a situaciones novedosas o si a un niño persistente constantemente se le aleja de proyectos que lo interesan, es posible que surjan tensiones. (P. 244)

### **Cuestiones del desarrollo en la lactancia**

¿Cómo es que un recién nacido dependiente, con un limitado repertorio emocional y necesidades físicas imperantes, se convierte en un niño con sentimientos complejos y la capacidad para comprender y controlarlos? Gran parte de este desarrollo se centra alrededor de cuestiones referentes a las relaciones con los proveedores de cuidados:

### **Desarrollo de la confianza**

Durante un periodo mucho más largo que el de otros mamíferos jóvenes, los bebés humanos dependen de otras personas en cuanto a alimentación, protección y sus vidas mismas. ¿Cómo es que los bebés llegan a confiar que se satisfarán sus necesidades? Según Erikson (1950), las experiencias tempranas son la clave. La primera etapa del desarrollo psicosocial que identificó es confianza básica versus desconfianza básica. Esta etapa inicia durante la lactancia y continúa hasta alrededor de los 18 meses de edad. En estos primeros meses, los bebés desarrollan un sentido de la confiabilidad de las personas y objetos en su mundo. Necesitan desarrollar un equilibrio entre la confianza (que les permite formar relaciones íntimas) y la desconfianza (que les permite protegerse). Si predomina la confianza, como debería, los niños desarrollan la virtud, o fortaleza, de la esperanza: la creencia de que pueden satisfacer sus necesidades y cumplir sus deseos (Erikson, 1982). Si predomina la desconfianza, los niños percibirán al mundo como hostil e impredecible y tendrán dificultades para formar relaciones.

El elemento crítico para desarrollar la confianza es el cuidado sensible, responsivo y consistente. Erikson consideraba que la situación alimenticia era

el entorno para establecer la mezcla correcta de confianza y desconfianza. ¿El bebé puede contar con que se le alimente cuando tiene hambre y, por consiguiente, puede confiar en su madre como representante del mundo? La confianza permite que la madre del lactante no permanezca a la vista, debido a que “se ha convertido en una certeza interna así como en una predictibilidad externa” (Erikson, 1950, p. 247). Pág. 245/246.

### **Desarrollo del apego**

El apego es un vínculo emocional entre el lactante y el proveedor de cuidados, en donde ambos contribuyen a la calidad de la relación y hacen que dicho vínculo sea recíproco y duradero. Desde un punto de vista evolutivo, el apego tiene un valor adaptativo para los bebés al garantizar que se satisfagan sus necesidades psicosociales, así como las físicas. Según la teoría etológica, los lactantes y sus padres están biológicamente predispuestos a apeгarse entre sí y el apego promueve la supervivencia del bebé. (MacDonald, 1998- Pág. 246)

### **Tres patrones principales de apego (pag.246)**

1. **Apego seguro** Patrón en el que un lactante llora o protesta cuando el proveedor principal de cuidados se aleja, y en el que busca de manera activa el regreso del mismo. La utilizan como base segura, alejándose de ella para irse y explorar, pero suelen regresar de manera ocasional para reasegurarse.
2. **Apego evitante** Patrón en el que el lactante rara vez llora cuando se separa del principal proveedor de cuidados y evita el contacto cuando esa persona regresa. No buscan un acercamiento en momentos de necesidad. Les desagrada que los carguen.
3. **Apego ambivalente (resistente)** Patrón en el cual un lactante experimenta ansiedad antes de que el proveedor principal de cuidados se aleje, muestra angustia extrema durante su ausencia y tanto busca el contacto como lo resiste al regresar esa persona. Cuando ella regresa, demuestran su ambivalencia al buscar el contacto con ella al mismo tiempo que la resisten pateando o retorciéndose. Los bebés resistentes exploran poco y es difícil consolarlos.

4. **Apego desorganizado- desorientado** Patrón en el que un lactante, después de separarlo del principal proveedor de cuidados, muestra comportamientos contradictorios a su regreso. Exhiben conductas contradictorias, repetitivas o desencaminadas (donde buscan la cercanía con el desconocido en lugar de con la madre). Es posible que saluden a la madre felizmente cuando regresa, pero después se alejan de ella o se acercan sin mirarla. Parecen confundidos y temerosos.

Los bebés con un apego seguro lloran o protestan cuando la madre se aleja y la saludan alegremente cuando regresa. La utilizan como base segura, alejándose de ella para irse y explorar, pero suelen regresar de manera ocasional para reasegurarse. Por lo general, son cooperativos y relativamente libres de enojo. Los bebés con un apego evitante rara vez lloran cuando la madre se aleja y la evitan a su retorno. Tienden a estar enojados y no buscan un acercamiento en momentos de necesidad. Les desagrada que los carguen, pero les desagrada aún más que se les baje. Los bebés con un apego ambivalente (resistente) se ponen ansiosos aun antes de que la madre se aleje y se alteran mucho cuando sale de la habitación. Cuando ella regresa, demuestran su ambivalencia al buscar el contacto con ella al mismo tiempo que la resisten pateando o retorciéndose. Los bebés resistentes exploran poco y es difícil consolarlos. Estos tres patrones de apego son universales en todas las culturas en las que se les ha estudiado —culturas tan diversas como en África, China e Israel—, aunque varían los porcentajes de lactantes en cada categoría. Sin embargo, las conductas de apego varían según la cultura. (Van IJzendoorn y Kroonenberg, 1988; Van IJzendoorn y Sagi, 1999). (Pág. 246)

### **Cómo se establece el apego**

Con base en las interacciones del bebé con la madre, según lo propusieron Ainsworth y Bowlby, el bebé construye un modelo de trabajo de lo que se puede esperar de la madre. Siempre y cuando ella actúe de la misma manera, el modelo se sostendrá. Si su conducta cambia de manera repetida, es posible que el bebé altere el modelo, y la seguridad del apego puede variar. El modelo de trabajo de apego del bebé se relaciona con el concepto de confianza básica propuesto por Erikson. El apego seguro refleja confianza; el apego inseguro, desconfianza. Los bebés con un apego seguro aprenden a confiar no sólo en

sus proveedores de cuidados, sino en su propia capacidad de obtener lo que necesitan. Así, los bebés que lloran mucho y cuyas madres responden consolándolos tienden a exhibir apego seguro (Del Carmen, Pedersen, Huffman y Bryan, 1993- Pag 247). Las madres de lactantes e infantes con apego seguro tienden a ser sensibles y responsivas (Ainsworth *et al.*, 1978; Braungart-Riekeret *et al.*, 2001; De Wolff y van IJzendoorn, 1997; Isabella, 1993; NICHD Early Child Care Research Network, 1997a). Pag. 248. De igual importancia son la interacción mutua, la estimulación, una actitud positiva, calidez y aceptación y apoyo emocional (De Wolff y van IJzendoorn, 1997; Lundy, 2003). Pag. 248.

### **Ansiedad ante desconocidos y ansiedad de separación**

Ansiedad ante desconocidos: desconfianza de personas y lugares desconocidos que exhiben algunos lactantes entre los seis y 12 meses de edad.

Ansiedad de separación: Angustia que exhibe alguien, por lo general el lactante, cuando se aleja su proveedor de cuidados. Aunque la ansiedad ante desconocidos y la ansiedad de separación son bastante típicas, no son universales. (Pág. 249)

### **Efectos a largo plazo del apego**

Como lo propone la teoría del apego, la seguridad del apego parece afectar la competencia emocional, social y cognitiva. Mientras más seguro sea el apego del niño a un adulto afectuoso, más fácil será que el niño desarrolle relaciones adecuadas con otros. (Van IJzendoorn y Sagi, 1997, Pág. 251.)

Si durante su lactancia, los niños tuvieron una base segura y pudieron depender de sus progenitores o proveedores de cuidados, es probable que se sientan lo bastante confiados como para participar en su mundo de manera activa. El apego seguro parece preparar a los niños para la intimidad de las amistades. En contraste, los niños con apego inseguro a menudo son inhibidos y exhiben emociones negativas en su primera infancia, hostilidad hacia otros niños a los cinco años de edad y dependencia durante sus años escolares. Aquellos con un apego desorganizado tienden a tener problemas conductuales. (Calkins y Fox, 1992; Kochanska, 2001; Lyons-Ruth, Alpern y Repacholi, 1993; Sroufe, Carlson, et al., 1993, Pág. 251).

## **Comunicación emocional con los proveedores de cuidados: Regulación**

### **Mutua**

La regulación mutua es el proceso mediante el cual el lactante y el proveedor de cuidados se comunican estados emocionales entre sí y responden de manera apropiada. Los lactantes representan un papel activo en la regulación mutua al enviar señales conductuales que influyen en la forma en que el proveedor de cuidados se comporta hacia ellos (Lundy, 2003- Pág. 252.)

Asimismo, una interacción sana se da cuando el cuidador lee las señales del bebé correctamente y responde de manera adecuada. Si el proveedor de cuidados ignora una invitación a jugar o insiste en jugar cuando el bebé le demuestra que no tiene ganas, es posible que el bebé se sienta frustrado o triste.

La regulación mutua ayuda al bebé a leer el comportamiento de los demás y a desarrollar expectativas acerca del mismo. Incluso los lactantes muy pequeños pueden percibir emociones expresadas por otros y pueden adaptar sus propias conductas de manera acorde (Legerstee y Varghese, 2001; Montague y Walker-Andrews, 2001; Termine e Izard, 1988 p. 252).

### **Cuestiones del desarrollo durante la primera infancia**

¿Cuándo y de qué manera surge el sentido del yo y cómo es que los infantes ejercitan su autonomía y desarrollan estándares de conductas socialmente aceptables? Aproximadamente a mitad del camino entre su primer y segundo cumpleaños, los bebés se convierten en infantes. Esta transformación se puede observar no sólo en habilidades físicas y cognitivas, tales como caminar y hablar, sino en la manera en que los niños expresan sus personalidades e interactúan con los demás. Un infante se convierte en un socio más activo e intencional en las interacciones, siendo en ocasiones él quien las inicia. Ahora, los proveedores de cuidado pueden interpretar las señales del niño con mayor claridad. Estas interacciones más compenetradas ayudan a los infantes a adquirir habilidades de comunicación y competencia social y motivan el acatamiento de los deseos de los padres.

Analícemos tres cuestiones psicológicas a las que los infantes —y sus proveedores de cuidados— deben enfrentarse: la emergencia del sentido del yo, el



crecimiento de la autonomía o autodeterminación, y la socialización o internalización de los estándares conductuales. (Harrist y Waugh, 2002, P. 254/255.)

### 1) El emergente sentido del yo

El autoconcepto es la imagen que tenemos de nosotros mismos; la representación total de nuestras capacidades y rasgos. Describe lo que sabemos y sentimos acerca de nosotros mismos y guía nuestras acciones. Se desarrolla a partir de una maraña de experiencias en apariencia aisladas, los lactantes empiezan a extraer patrones consistentes que forman conceptos rudimentarios del yo y del otro.

Dependiendo del tipo de cuidado que recibe el lactante y cómo responde ante él, las emociones placenteras o desagradables empiezan a relacionarse con las experiencias (como el chupeteo) que representan un papel importante en el concepto emergente del yo. Esta discriminación perceptual temprana puede ser la base de la autoconcienciación conceptual que se desarrolla entre los 15 y 18 meses de vida. Entre los cuatro y los 10 meses de edad el lactante desarrolla una coherencia propia, el sentido de ser un todo físico con límites que lo separan del resto de su mundo. La emergencia de la autoconcienciación —el conocimiento consciente del yo como ser diferenciado e identificable— se basa en esta aparición de la discriminación perceptual entre el yo y los otros. (Harter, 1996- 1998. P. 255)

### 2) Desarrollo de la autonomía

Erikson (1950) identificó el periodo aproximado entre los 18 meses y los tres años de edad como la segunda etapa del desarrollo psicosocial, **autonomía versus vergüenza y duda**, que se distingue por un viraje del control externo al autocontrol. Después de pasar la lactancia con un sentido de confianza básica en el mundo y alcanzar el despertar de la autoconcienciación, los infantes empiezan a sustituir los juicios de sus proveedores de cuidados por los suyos propios. La virtud o fortaleza que emerge durante esta etapa es la *voluntad*. El entrenamiento de esfínteres, que en la mayoría de los niños se completa con mayor rapidez si se inicia después de los 27 meses de edad es un paso importante hacia la autonomía y el autocontrol. También lo es el lenguaje; a medida que los niños se vuelven más capaces de dar a entender sus deseos, se vuelven más poderosos e independientes. Dado que la libertad ilimitada no

es ni segura ni sana, decía Erikson, la vergüenza y la duda tienen un lugar necesario. Los infantes necesitan que los adultos establezcan límites adecuados y la vergüenza y la duda los ayudan a reconocer la necesidad de tales límites. Los “terribles” dos años es una manifestación normal por la autonomía. Los infantes necesitan someter a prueba las ideas de que son individuos, de que tienen cierto control sobre su mundo y de que ahora cuentan con poderes nuevos y emocionantes. Tienen el impulso por poner a prueba sus propias ideas, ejercitar sus propias preferencias y tomar sus propias decisiones. De manera típica, este impulso se manifiesta en la forma de *negativismo*, la tendencia a gritar “¡no!” sencillamente por desafiar a la autoridad. (Erickson, 1950. Pag. 256).

### **3) Desarrollo moral: socialización e internalización**

La socialización es el proceso mediante el cual los niños desarrollan los hábitos, habilidades, valores y motivos que los hacen miembros responsables y productivos de la sociedad. La obediencia de las expectativas de los padres se puede considerar como el primer paso hacia la obediencia de los estándares sociales. Asimismo, la socialización depende de la internalización de estos estándares. Ésta es el proceso por medio del cual los niños aceptan como propias las normas sociales de conducta y la autorregulación es el control independiente que la persona tiene sobre su comportamiento a fin de conformarse a las expectativas sociales implícitas. La autorregulación es la base para la socialización e integra todos los dominios del desarrollo: físico, cognitivo, social y emocional, pero antes de que puedan regular su conducta, es posible que los niños necesiten poder regular, o controlar, sus *procesos de atención* y modular sus emociones negativas.

La regulación de la atención permite que los niños desarrollen su fuerza de voluntad y que lidien con la frustración. El desarrollo de la autorregulación se da en paralelo con el de las emociones autorreflexivas y autovalorativas, tales como empatía, vergüenza y culpa (Lewis, 1995, 1997, 1998- Pág. 258).

### **Orígenes de la conciencia: obediencia comprometida**

La conciencia son normas internas de comportamiento que, en general, controlan la propia conducta y producen incomodidad emocional cuando se les

viola. Antes de que los niños puedan desarrollar una conciencia, necesitan tener una internalización de los estándares morales. La conciencia depende de la disposición a hacer lo correcto porque el niño cree que es lo correcto, no (como en la autorregulación) sólo porque alguien más lo haya dicho. El control inhibitorio (refrenar los impulsos de manera consciente o esmerada, un mecanismo de autorregulación que surge en la primera infancia) puede contribuir al desarrollo de la conciencia, primero permitiendo que el niño obedezca de manera voluntaria los debes y no debes de sus padres. (Kochanska, Murray y Coy, 1997. Pág. 259).

### Factores en el éxito de la socialización.

Los factores implicados en el éxito de la socialización pueden incluir la seguridad del apego, el aprendizaje observacional a partir del comportamiento de los padres y la responsividad mutua entre padres e hijos. Todos éstos, así como los factores socioeconómicos y culturales pueden representar un papel en la motivación a obedecer. Sin embargo, no todos los niños responden a la socialización del mismo modo. (Kochanska, Aksan Knaack y Rhines, 2004; Maccoby, 1992, P.P.259/260).

La cooperación receptiva va más allá de la obediencia comprometida. Es la disposición entusiasta del niño por cooperar de manera armoniosa con cualquiera de sus padres, no sólo en situaciones de disciplina, sino en una variedad de interacciones cotidianas, incluyendo rutinas, tareas, higiene y juego. La cooperación receptiva le permite al niño ser un socio activo en su socialización. (Kochanska, Aksan y Carlson, 2005- Pág. 260).

Aunque los padres influyen de manera significativa en la vida de los niños, las relaciones con otros niños (tanto dentro como fuera del hogar) también son importantes, desde la lactancia y en adelante. Las relaciones entre hermanos representan un papel específico en la socialización; lo que los niños aprenden de las relaciones con sus hermanos se transfiere a las relaciones fuera del hogar. Entre el año y medio y los tres años de edad, los niños tienden a exhibir un mayor interés en otros niños y una creciente comprensión de cómo lidiar con ellos. Por supuesto, algunos niños son más sociables que otros, lo que refleja rasgos de temperamento, tales como su estado de ánimo habitual, su disposición a aceptar a personas nuevas y su capacidad para adaptarse al cambio. La sociabilidad está influida por la experiencia; los bebés que pasan

tiempo con otros bebés, como en las guarderías, se sociabilizan con mayor facilidad que aquellos que pasan todo el tiempo en casa solos (pág. 262/263).

## **SEGUNDA INFANCIA**

### **DESARROLLO PSICOSOCIAL EN LA SEGUNDA INFANCIA**

Durante la época de los tres a los seis años de edad, que a menudo se conocen como años preescolares, los niños hacen la transición de la primera infancia a la niñez. Sus cuerpos se vuelven más esbeltos, sus capacidades motoras y mentales más agudas, y sus personalidades y relaciones, más complejas. El niño de tres años ya no es un bebé, sino un atlético aventurero que se siente cómodo en el mundo y dispuesto a explorar sus posibilidades, al igual que a desarrollar sus capacidades corporales y mentales. El crecimiento y el cambio son menos rápidos en la segunda infancia que en la lactancia y primera infancia, pero, como veremos en los capítulos 9, 10 y 11, todos los dominios del desarrollo —físico, cognitivo, emocional y social— continúan entremezclándose. La época de los tres a seis años de edad es esencial en el desarrollo psicosocial de los niños.

El **autoconcepto** es la imagen total que percibimos de nuestras capacidades y rasgos. Es “una construcción cognitiva,... un sistema de representaciones descriptivas y evaluativas del yo”, que determinan cómo nos sentimos acerca de nosotros mismos y cómo es que esto guía nuestros actos. El sentido del yo también tiene un aspecto social: los niños incorporan dentro de su autoimagen su creciente comprensión de cómo los ven otras personas. El autoconcepto comienza a ser el centro de atención durante la primera infancia, a medida que los niños desarrollan una concienciación acerca de sí mismos. (Harter, 1996, p. 207, Pag. 325)

#### ***Cambios en la autodefinition: el cambio de cinco a siete años***

Los cambios en la autodefinition, o autodescripción, reflejan el desarrollo del autoconcepto. Entre los cinco y siete años de edad es típico que cambie la descripción de los niños acerca de sí mismos, como lo demuestran los cambios en la **autodefinition**, que es el conjunto de características que se utilizan para la descripción de uno mismo. El cambio de los cinco a los siete como algo que ocurre en tres pasos. A los cuatro años el niño está en la primera etapa de las

representaciones individuales, es decir, en terminología neopiagetiana, primera etapa en el desarrollo de la autodefinición, en la que los niños se describen a sí mismos en términos de características individuales inconexas, y en términos absolutos (todo o nada). Sus declaraciones acerca de sí mismo son unidimensionales (“Me gusta la pizza... Soy muy fuerte”). Su pensamiento pasa de particularidad a particularidad, sin conexiones lógicas. En esta etapa, no le es posible imaginarse que tiene dos emociones al mismo tiempo (“No puede gustarte y tener miedo”). Debido a que no puede descentrar, le es imposible considerar diferentes aspectos de sí mismo al mismo tiempo. Su pensamiento acerca de sí mismo es de todo o nada. No reconoce que su yo real, la persona que es en realidad, no es lo mismo que su yo ideal, la persona que uno querría ser. Así que se describe como un modelo de virtudes y capacidades. (Case, 1985, 1992; Fischer, 1980, Pág. 326).

Aproximadamente a los cinco o seis años de edad, se avanza a la segunda etapa del desarrollo de la autodefinición, mapeos representacionales. Comienza a establecer relaciones lógicas entre un aspecto y otro de sí mismo: “Puedo correr rápido y puedo subir alto. También soy fuerte. Puedo lanzar una pelota muy lejos. ¡Algún día voy a entrar en un equipo!” Sin embargo, sigue expresando su imagen de sí mismo en términos positivos absolutos. No Puede ver cómo podría ser bueno en algunas cuestiones y no en otras. El tercer paso, los sistemas representacionales, ocurre en la tercera infancia cuando los niños comienzan a integrar aspectos específicos del yo en un concepto general, multidimensional. A medida que se reduzca el pensamiento de “todo o nada”, las autodescripciones se volverán más equilibradas y realistas: “Soy bueno para el hockey, pero no para la aritmética”). (Harter, 1996, p. 215, Pág. 326).

### **Autoestima**

La autoestima es la parte evaluativa del autoconcepto, el juicio que hacen los niños acerca de su propia valía y se basa en la creciente capacidad cognitiva de los niños para describirse y definirse a sí mismos.

### **Cambios del desarrollo en la autoestima**

Antes del cambio de cinco a siete años, la autoestima de los niños pequeños no necesariamente se basa en la realidad. Tienden a aceptar los juicios de los adultos, que suelen proporcionar una retroalimentación positiva y carente de crítica y, por lo tanto, es posible que los niños sobreestimen sus capacidades.

Al igual que con el autoconcepto, por lo general la autoestima en la segunda infancia tiende a ser absoluta: “Soy bueno” o “Soy malo” (Harter, 1996, 1998). No es sino hasta la tercera infancia que se vuelve un tanto más realista, a medida que las valoraciones personales sobre la competencia, que se basan en la internalización de las normas parentales o sociales, comienzan a adquirir forma y a mantener la valía propia (Harter, 1990, 1993, 1996, 1998, P. 327)

### **Comprensión y regulación de emociones**

La capacidad para comprender y regular, o controlar, los propios sentimientos es uno de los avances más importantes de la segunda infancia. Los niños que pueden comprender sus emociones tienen más capacidad de controlar la manera en que las demuestran y de ser sensibles a los sentimientos de los demás. La autorregulación emocional ayuda a los niños a guiar su comportamiento, asimismo contribuye a su capacidad para llevarse bien con otras personas.

Los preescolares pueden hablar sobre sus sentimientos y con frecuencia son capaces de discernir los sentimientos de los demás y de comprender que sus emociones están relacionadas con experiencias y deseos. Comprenden que alguien que consigue lo que quiere será feliz y que alguien que no lo consigue estará triste; La comprensión emocional se vuelve más compleja con la edad. (Lagattuta, 2005, Pág. 328)

Las emociones dirigidas hacia el yo, como la culpa y la vergüenza, se desarrollan comúnmente para el final del tercer año de vida, luego de que los niños adquieren conciencia de sí mismos y aceptan las normas de comportamiento que han establecido sus padres. También la cultura influye en la socialización de la expresión emocional por medio de la interacción con los cuidadores.

### **Erikson: iniciativa versus culpa**

La necesidad de lidiar con los sentimientos conflictivos acerca del yo está en el núcleo de la tercera etapa del desarrollo psicosocial de Erikson: **iniciativa versus culpa**. El conflicto surge de la creciente sensación de tener un propósito, que impulsa a un niño a planear y llevar a cabo actividades, y el aumento en el remordimiento de conciencia que puede tener el niño acerca de esos planes. Los niños preescolares pueden —y quieren— hacer cada vez más

cosas. Al mismo tiempo, están aprendiendo que algunas cuestiones que quieren hacer tienen aprobación social en tanto que otras no. ¿Cómo reconcilian su deseo de hacer con su deseo de aprobación? Según Erikson, si este conflicto no se resuelve de manera adecuada, es posible que el niño se convierta en un adulto que constantemente se esfuerza por tener éxito o alardear; es inhibido y poco espontáneo o puritano e intolerante, o sufre de impotencia o enfermedades psicosomáticas. Con amplias oportunidades para hacer las cosas por sí solo —pero bajo la guía y el establecimiento consistente de límites— los niños pueden lograr un sano equilibrio y evitar las tendencias a exagerar en competitividad y logro, y a reprimirse y sentirse llenos de culpa. (Erikson 1950, P. 329).

### **JUEGO: TEMA DE LA SEGUNDA INFANCIA**

El juego tiene importantes funciones evolutivas presentes y a largo plazo, es decir, el juego es importante para el desarrollo sano de cuerpo y cerebro. Permite que los niños participen en el mundo que les rodea, que usen su imaginación, que descubran maneras flexibles de utilizar los objetos y de resolver problemas, y que se preparen para los roles adultos.

El juego contribuye en todos los dominios del desarrollo. Por medio de esta actividad, los niños estimulan los sentidos, ejercitan sus músculos, coordinan vista con movimiento, ganan dominio de sus cuerpos, toman decisiones y adquieren nuevas habilidades. Por ejemplo, cuando clasifican bloques de diferentes formas, cuentan cuántos de ellos pueden apilar uno sobre otro o anuncian que “mi torre es más alta que la tuya”, en ese momento establecen las bases de los conceptos matemáticos. (Ginsburg y Committee on Communications and the Committee on Psychological Aspects of Child and Family Health, 2007, P. 339).

Los niños parecen participar en juegos por el mero placer que les provocan. Sin embargo, desde un punto de vista evolutivo, es una actividad que les permite consumir considerable tiempo y energía; muestra una progresión característica por edad, con su máximo en la infancia y declinación con la maduración sexual; es alentada por los padres y por último, ocurre en todas las culturas, por lo que parecería haber sido seleccionada de modo natural por tener beneficios significativos para los niños

En la actualidad, muchos psicólogos y educadores consideran al juego como una actividad adaptativa característica de este periodo evolutivo, durante el cual los niños obtienen los atributos físicos y el aprendizaje cognitivo y social que son necesarios para la vida adulta. El juego ayuda al desarrollo de huesos y músculos y da oportunidad a los niños para poner a prueba y dominar actividades y desarrollar un sentido de sus propias capacidades (Bjorklund y Pellegrini, 2000, Pag.339)

Podemos clasificar el juego infantil de dos maneras:

1. Sistema de clasificación conforme a su complejidad cognitiva.
2. Sistema de clasificación conforme a su dimensión social

### **Niveles cognitivos del juego**

Encontramos cuatro niveles de juego identificados por Smilansky (1968) que muestran una complejidad cognitiva cada vez mayor, a saber: juego funcional, juego constructivo, juego dramático y juegos con reglas.

El nivel más simple, que comienza durante la lactancia, es el **juego funcional** (llamado a veces juego locomotor). Consiste en la práctica repetida de movimientos musculares amplios, como rodar una pelota. El segundo nivel, **juego constructivo** (también llamado juego con objetos) es el uso de objetos o materiales para formar algo, como una casa con bloques o dibujar con crayones. El tercer nivel, **juego dramático** (también llamado juego simulado, juego de fantasía o juego imaginativo), implica objetos, acciones o roles fantasiosos; depende de la función simbólica que surge durante la última parte del segundo año. El juego dramático llega a su máximo durante los años preescolares, aumentando en frecuencia y complejidad y luego disminuye a medida que los niños en edad escolar participan más en juegos formales con reglas. El juego dramático implica una combinación de cognición, emoción, lenguaje y conducta sensoriomotora. Puede fortalecer el desarrollo de conexiones densas en el cerebro y mejorar la capacidad posterior de pensamiento abstracto. Por último, en el cuarto nivel, encontramos **los juegos formales con reglas** son juegos organizados con procedimientos y castigos conocidos.



### **Dimensión social del juego**

En la década de 1920, Mildred B. Parten (1932) afirma que a medida que los niños crecen, su juego se vuelve más social; es decir, más interactivo y cooperativo. Al principio los niños juegan solos, después al lado de otros niños y finalmente juegan juntos.

#### **Categorías de M. Parten para el juego social y no social**

1) Juego solitario independiente: el niño juega solo con juguetes que son diferentes de los empleados por los niños que están cerca y no hace esfuerzo por acercarse a ellos.

2) Juego paralelo: el niño juega de manera independiente, pero entre los otros niños, utilizando juguetes parecidos a los que emplean otros niños, pero no necesariamente juega con ellos de la misma manera. Al jugar junto, pero no con los demás, el jugador paralelo no intenta influir en el juego de los otros niños.

3) Juego asociativo: el niño juega con otros niños, y entre ellos hablan sobre su juego, piden y prestan juguetes, siguen a otro niño o tratan de controlar quién puede jugar en el grupo. Todos los niños juegan de manera similar, si no idéntica; no hay división del trabajo ni organización alrededor de cualquier meta. Cada niño actúa como desea y está más interesado en estar con los otros niños que en la actividad en sí.

4) Juego suplementario, cooperativo u organizado: el niño juega en un grupo organizado con alguna meta, como: hacer algo, jugar un juego formal o dramatizar una situación. Uno o dos niños controlan quién pertenece al grupo y dirigen las actividades. Por medio de la división del trabajo, los niños asumen diferentes roles y complementan los esfuerzos de los demás.

El juego se vuelve más social durante la segunda infancia. Ciertos tipos de juego no social, en particular, el juego paralelo y el juego solitario independiente, pueden consistir en actividades que fomentan el desarrollo cognitivo, físico y social. Muchas veces, el juego solitario puede ser una señal de timidez, ansiedad, temor o rechazo social.

### **Preocupaciones conductuales especiales.**

Tres temas específicos que son de especial preocupación para los padres, cuidadores y maestros de niños preescolares son cómo promover el altruismo,

refrenar la agresión y lidiar con los temores que con frecuencia surgen a esta edad.

### **Conducta prosocial.**

Definimos el **altruismo** como la motivación para ayudar a los demás sin la expectativa de recompensa. Tales comportamientos pueden reflejar una creciente capacidad para imaginar cómo podría sentirse otra persona. El altruismo está al centro de la **conducta prosocial**, que es toda conducta voluntaria que tiene por objeto ayudar a otros. Las raíces del altruismo y de la conducta prosocial aparecen pronto en la vida. Ésta quizá sea una disposición innata que se puede cultivar por medio de modelamiento y aliento de los padres.

### **Agresión**

Encontramos tres tipos de agresión en los niños:

**Agresión instrumental:** Comportamiento agresivo que se utiliza como un medio para lograr una meta. Es el tipo de agresión más común durante la segunda infancia. La agresión instrumental se presenta principalmente durante el juego social, los niños que pelean más, también son los más sociables y competentes, de hecho, es posible que la capacidad para mostrar cierta agresión instrumental sea un paso necesario en el desarrollo psicosocial. A medida que los niños desarrollan más autocontrol y adquieren más capacidad para expresarse en forma verbal, es común que cambien de las muestras de agresión con golpes a la agresión con palabras.

**Agresión explícita o directa:** agresión que se dirige abiertamente a su blanco.

**Agresión relacional o social** Agresión dirigida a dañar o interferir con las relaciones, reputación o bienestar psicológico de una persona; puede ser abierta o encubierta.

¿Por qué algunos niños son más agresivos que otros? Es posible que el temperamento tenga algo que ver. Los niños que son intensamente emocionales y con bajo autocontrol expresan su enojo de modo agresivo. Tanto la agresión física como la social tienen fuentes genéticas y ambientales, pero su influencia relativa difiere. Es posible que la agresión se engendre desde la segunda infancia mediante una combinación de una atmósfera estresante y poco estimulante en el hogar, disciplina severa, falta de calidez y

apoyo social maternos, exposición a adultos agresivos y violencia en el área de residencia, y grupos transitorios de compañeros, lo cual impide amistades estables. (Dodge, Pettit y Bates, 1994; Grusec y Goodnow, 1994, P. 351.)

La mayoría de los niños se vuelven menos agresivos después de los seis o siete años de edad, pero aumenta la proporción de agresión hostil. Los varones tienden a ser más agresivos de manera explícita, en tanto que las niñas presentan agresión relacional o social.

## **Temor**

Los temores pasajeros son comunes en la segunda infancia. Los niños preescolares muestran temores temporales hacia objetos y sucesos reales e imaginarios; los temores de los niños mayores tienden a ser más realistas.

### **Temores más frecuentes según la edad:**

*0-6 meses Pérdida de apoyo; ruidos fuertes.*

*7-12 meses Desconocidos; alturas; objetos que se acercan de manera repentina e inesperada.*

*1 año Separación de los padres; retrete; lesiones; desconocidos.*

*2 años Muchos estímulos, incluyendo ruidos fuertes (aspiradoras, sirenas y alarmas, camiones, rayos), animales, habitaciones oscuras, separación de los padres, objetos o máquinas grandes, cambios en el ambiente personal, niños desconocidos.*

*3 años Máscaras; oscuridad; animales; separación de los padres.*

*4 años Separación de los padres; animales; oscuridad; ruidos (incluyendo ruidos en la noche).*

*5 años Animales; personas "malas"; oscuridad, separación de los padres; daño físico.*

*6 años Seres sobrenaturales (por ejemplo, fantasmas, brujas); daño físico; truenos y rayos; oscuridad; dormir o quedarse solo; separación de los padres.*

*7-8 años Seres sobrenaturales; oscuridad; sucesos mediáticos (por ejemplo, reportes noticiosos sobre amenazas de guerra nuclear o secuestro de niños); quedarse solos; lesiones físicas.*

*9-12 años Pruebas y exámenes en la escuela; representaciones escolares; daño físico; apariencia física; truenos y rayos; muerte; oscuridad.*

(Fuente: Tomado de Morris, R. J. y Kratochwill, T. R., Treating Children's Fears and Phobias: A Behavioral Approach, Allyn and Bacon, Boston, MA. Copyright © 1983 de Pearson Education. Reproducido con autorización de la editorial. Pag.353)

Los temores de los niños pequeños se derivan principalmente de su intensa vida de fantasía y de su tendencia a confundir la apariencia con la realidad. En su mayoría, los temores de los niños mayores son más realistas y más asociados con la autoevaluación; por ejemplo, temor a reprobado (P. 353)

Los padres pueden aliviar los temores de los niños al infundirles una sensación de confianza y precaución normal, sin ser demasiado protectores, y también superando sus propios temores poco realistas. Pueden tranquilizar a un niño temeroso y alentar la expresión abierta de los sentimientos.

## **TERCER INFANCIA**

### **DESARROLLO PSICOSOCIAL EN LA TERCERA INFANCIA**

#### **El yo en desarrollo**

El crecimiento cognitivo que ocurre durante la tercera infancia permite que los niños desarrollen

conceptos más complejos acerca de sí mismos y que crezcan en cuanto a comprensión y control emocional (Pág. 420).

#### **Desarrollo del autoconcepto**

Cerca de los siete u ocho años de edad, los niños alcanzan la tercera de las etapas neopiagetianas en el desarrollo del autoconcepto. Los juicios acerca del yo se vuelven más realistas y equilibrados a medida que los niños forman sistemas representacionales, es decir, autoconceptos amplios e incluyentes que integran diversos aspectos del yo, y que se caracteriza por la amplitud, equilibrio, integración y evaluación de diversos aspectos del yo. Por ejemplo, una niña de 8 años afirma que en la escuela siente que es bastante lista para ciertas materias, y que presenta dificultad para otras; Esta autodescripción demuestra que la niña puede enfocarse en más de una dimensión de sí misma,

entonces decimos que superó la etapa de las autodefiniciones absolutas, de blanco y negro; reconoce que puede ser apta en ciertas materias y no apta en otras. Por lo tanto, puede comparar su yo real con su yo ideal y puede juzgar qué tanto alcanza las normas sociales en comparación con los demás. Todos estos cambios contribuyen al desarrollo de la autoestima, su evaluación acerca de su auto valía global.

### **Autoestima**

Uno de los principales determinantes de la autoestima, según Erikson (1982), es la perspectiva de los niños acerca de su capacidad para el trabajo productivo. El tema central de la tercera infancia es **industria versus inferioridad**. Por esta razón, los niños necesitan aprender las habilidades que son valoradas en su sociedad. Según Erikson, la tercera infancia es un tiempo para aprender las habilidades que la propia cultura considera importantes. De esta manera van adquiriendo autoestima. La virtud o fortaleza que se desarrolla con la resolución exitosa de esta etapa es la competencia, es decir, un yo capaz de dominar habilidades y terminar tareas. Los padres tienen una fuerte influencia en las creencias sobre la competencia. Según Erikson, la principal fuente de autoestima es la perspectiva de los niños acerca de su capacidad productiva. Esta virtud se desarrolla por medio de la resolución de la crisis de *industria versus inferioridad*.

A medida que los niños crecen, están más conscientes de sus sentimientos y de los de otras personas. Pueden regular mejor sus emociones y pueden responder a la angustia emocional de los demás. Los niños en edad escolar han internalizado la vergüenza y el orgullo y pueden comprender y controlar mejor las emociones negativas; La empatía y la conducta prosocial aumentan. (Saarni et al., 1998, Pág. 423).

Para la tercera infancia, los niños tienen conciencia de las reglas culturales que regulan la expresión emocional, saben qué les causa enojo, miedo o tristeza y cómo reaccionan otras personas ante la expresión de estas emociones y también aprenden a adaptarse al comportamiento de los otros, poniéndose en concordancia con ellos. La autorregulación emocional implica un control esforzado (voluntario) de las emociones, atención y comportamiento. (Eisenberg et al., 2004, Pág. 424)

## **Conducta prosocial**

En general, los niños en edad escolar adquieren más empatía y están más inclinados a la conducta prosocial. Los niños prosociales suelen actuar de manera apropiada en situaciones sociales, estar relativamente libres de emoción negativa y afrontar los problemas en forma constructiva (Eisenberg, Fabes y Murphy, 1996). Los padres que reconocen los sentimientos de angustia de sus hijos y que les ayudan a lidiar con su angustia fomentan la empatía, el desarrollo prosocial y las habilidades sociales (Bryant, 1987; Eisenberg et al., 1996). Cuando los padres responden con desaprobación o castigos, las emociones como el enojo y el temor se pueden volver más intensas y quizá obstaculicen la adaptación emocional (Fabes, Leonard, Kupanoff y Martin, 2001) o el niño puede volverse receloso y ansioso acerca de estos sentimientos negativos. A medida que los niños se acercan a la temprana adolescencia, la intolerancia parental hacia las emociones negativas puede elevar el conflicto entre padres e hijos (Eisenberg, Fabes et al., 1999, Pág. 425)

## **El niño en la familia**

Los niños en edad escolar pasan menos tiempo con sus padres y están menos cercanos a ellos que antes, pero las relaciones con los padres continúan siendo importantes. La cultura influye en las relaciones y roles familiares. El ambiente familiar tiene dos componentes principales: estructura y atmósfera familiar. La atmósfera familiar incluye tanto el tono emocional como el bienestar económico. Entonces, para entender al niño dentro de la familia es necesario examinar el ambiente familiar, es decir, su atmósfera y estructura. De igual forma, el comportamiento también se ve afectado por lo que ocurre más allá de los muros de la casa. Entonces, podemos decir, que las capas más amplias de influencia (incluyendo el trabajo de los padres y su nivel socioeconómico, y las tendencias sociales como la urbanización, cambios en el tamaño de la familia, divorcio y un segundo matrimonio) ayudan a moldear el ambiente familiar y, por consiguiente, el desarrollo de los hijos. La cultura también define los ritmos de vida de la familia y los roles de sus miembros. En consecuencia, al examinar al niño dentro de la familia necesitamos tomar en cuenta las fuerzas externas que afectan a la familia.

Las influencias más importantes del ambiente familiar sobre el desarrollo de los niños provienen de la atmósfera dentro de la casa (por ejemplo, si existe un

clima de comprensión y cariño, o por el contrario, un clima lleno de conflictos; la situación económica de la familia, tipo de trabajo de los padres y como afecta al bienestar de los hijos, los recursos económicos para cubrir las necesidades básicas)

### **Temas de crianza infantil: corregulación y disciplina**

Definimos la corregulación como la etapa de transición en el control del comportamiento en el que los padres ejercen supervisión general y los niños ejercen autorregulación en momentos específicos, es decir, que durante el curso de la niñez, el control de la conducta cambia gradualmente de los padres al niño. La tercera infancia conlleva esta etapa de transición en la que padres e hijos comparten el poder. El desarrollo de la corregulación puede afectar la manera en que una familia maneja el conflicto y la disciplina. Por ejemplo, con respecto a los problemas entre pares, ahora los padres dependen menos del manejo directo y más de la discusión con sus hijos. La manera en que los padres e hijos resuelven los conflictos quizá sea más importante que los resultados específicos. Si el conflicto familiar es constructivo, puede ayudar a los hijos a ver la necesidad de reglas y normas. También aprenden qué tipos de temas valen la pena de discutirse y qué estrategias pueden ser eficaces (Eisenberg, 1996, Pag. 426)

### **El niño en el grupo de pares**

En la tercera infancia, las relaciones entre pares adquieren mayor importancia. En general, los grupos se forman de manera natural entre niños que viven cerca unos de otros o que acuden juntos a la escuela, a menudo con similar nivel socioeconómico y por lo general, son de edades similares y del mismo sexo.

### **Efectos positivos y negativos de las relaciones con pares**

Los niños se benefician de interactuar con sus compañeros. Desarrollan las habilidades necesarias para la sociabilidad e intimidad y adquieren un sentido de pertenencia. Están motivados a alcanzar logros y obtienen un sentido de identidad. Aprenden habilidades de liderazgo y comunicación, roles y reglas. A medida que los niños comienzan a alejarse de la influencia de sus padres, el grupo de compañeros abre nuevas perspectivas y les libera para tomar juicios

independientes. Al compararse con otros de su edad, los niños pueden evaluar de manera más realista sus capacidades y adquirir un sentido más claro de su propia eficacia. El grupo de pares ayuda a los niños a aprender cómo llevarse con los demás en sociedad; es decir, cómo adaptar sus necesidades y deseos a los de los otros, cuándo ceder y cuándo mantenerse firmes. El grupo de pares ofrece seguridad emocional. Para los niños resulta tranquilizador descubrir que no están solos en albergar pensamientos que podrían ofender a un adulto. Por el lado negativo, el grupo de pares puede reforzar el prejuicio, es decir, las actitudes desfavorables hacia los “desconocidos”, en especial los miembros de ciertos grupos raciales o étnicos. Los niños tienden a mostrar inclinación hacia niños parecidos a ellos, pero estas inclinaciones, excepto por una preferencia por niños del mismo sexo, disminuye con la edad y el desarrollo cognitivo. (Powlisha, Serbin, Doyle y White, 1994, Pág. 437).

El grupo de pares ayuda a los niños a desarrollar habilidades sociales, les permite poner a prueba y adoptar valores independientes de los padres, les da una sensación de pertenencia y les ayuda a desarrollar su autoconcepto. (Pág. 438)

### **Estrés y resiliencia**

Los sucesos estresantes son parte de la niñez y la mayoría de los niños aprenden a afrontarlos. Sin embargo, el estrés que se vuelve abrumador puede conducir a problemas psicológicos. Los estresantes graves, como por ejemplo, divorcio, muerte de un ser querido, el abuso infantil, pueden tener efectos a largo plazo sobre el bienestar físico y psicológico.

Como resultado de las presiones de la vida moderna, muchos niños experimentan estrés. Los niños se preocupan por la escuela, salud y seguridad personal. Los niños resilientes son más capaces que otros niños de tolerar el estrés. Los factores de protección incluyen capacidad cognitiva, relaciones familiares, personalidad, grado de riesgo y experiencias compensatorias.

Frente a esto, observamos que a raíz de la elevada cantidad de estrés a la que están expuestos los niños, no debería sorprendernos que la ansiedad en la niñez haya aumentado en gran medida. Las respuestas de los niños hacia un evento traumático se presentan en dos etapas: la primera se caracteriza por temor, incredulidad, negación, duelo y alivio si sus seres queridos no sufrieron



daños; la segunda, varios días o semanas después, consiste en regresión en el desarrollo y señales de angustia emocional (como ansiedad, temor, retraimiento, trastornos del sueño, pesimismo acerca del futuro o juego relacionado con temas del suceso). Si los síntomas duran más de una semana, el niño debería recibir orientación psicológica (Hagan et al., 2005, Pág. 451).

### **Afrontamiento del estrés: el niño resiliente**

Los niños resilientes, son aquellos que superan las circunstancias que podrían dañar gravemente a otros, que mantienen la compostura y competencia bajo los desafíos o amenaza, y que se recuperan con rapidez de los sucesos traumáticos. Estos niños no poseen cualidades extraordinarias, simplemente se las arreglan, a pesar de las circunstancias adversas, para afianzarse a los sistemas y recursos básicos que promueven el desarrollo normal positivo en los niños normales (Masten, 2001; cuadro 14-3, Pag. 451).

Los dos factores de protección más importantes que ayudan a los niños y adolescentes a superar el estrés y que contribuyen a la resiliencia son las buenas relaciones familiares y el buen funcionamiento cognitivo. Es probable que los niños resilientes tengan buenas relaciones y fuertes vínculos con su padre o madre que les apoya o con un cuidador u otro adulto cariñoso y competente; Asimismo, también tienen un CI más alto y son aptos para la solución de problemas, son competentes y tienen elevada autoestima. Son creativos, ingeniosos, independientes y agradables y cuando están bajo estrés, pueden regular sus emociones cambiando la atención hacia otra cuestión.

Todo esto no quiere decir que los sucesos malos en la vida de un niño no importen. En general, los niños con antecedentes desfavorables tienen más problemas de adaptación que los niños que provienen de un entorno más adecuado. Incluso algunos niños que en apariencia son resilientes pueden sufrir angustia interna que quizá tenga consecuencias a largo plazo. Aun así, lo que es alentador de estos hallazgos es que las experiencias negativas en la infancia no necesariamente determinan el resultado de la vida de una persona y que muchos niños tienen la fortaleza para superar las circunstancias más difíciles (Masten & Coatsworth, 1998 p. 45).

## CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL NIÑO. DESARROLLO COGNITIVO

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Alvarez.**<sup>33</sup>

El presente trabajo es un resumen de las partes 3 a la 5 sobre desarrollo cognitivo en la niñez de la obra de Diane E. Papalía, Sally Wendkos Olds y Ruth Duskin Feldman<sup>34</sup>.

### **Cuadro 1. Principales desarrollos cognitivos en la niñez.**

<b>Periodo por edad</b>	<b>Desarrollo cognitivo</b>
<i>Periodo prenatal (concepción al nacimiento).</i>	*Se desarrollan las capacidades para aprender y recordar y para responder a los estímulos sensoriales.
<i>Lactancia y primera infancia (nacimiento a 3 años).</i>	*Las capacidades para aprender y recordar están presentes, incluso en las primeras semanas.  *El uso de símbolos y la capacidad para resolver problemas se desarrollan para el final del segundo año.
<i>Segunda infancia (3 a 6 años).</i>	*La comprensión y uso del lenguaje se desarrollan con rapidez.  *El pensamiento es un tanto egocéntrico, pero aumenta la

<sup>33</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>34</sup>Papalía, D.E.; Wendkos Olds, S.; & Duskin Feldman, R. (2009). **Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia.** Undécima edición. Ed. McGraw Hill. México.

	<p>comprensión acerca de las perspectivas ajenas.</p> <p>*La inmadurez cognitiva da por resultado algunas ideas ilógicas acerca del mundo.</p> <p>*Mejoran la memoria y el lenguaje.</p> <p>*La inteligencia se vuelve más predecible.</p> <p>*La experiencia preescolar es común y la experiencia en jardín de niños lo es todavía más.</p>
<p><i>Tercera infancia</i> (6 a 11 años)</p>	<p>*Disminuye el egocentrismo. Los niños comienzan a pensar de manera lógica, pero concreta.</p> <p>*Aumentan las habilidades de memoria y lenguaje.</p> <p>*Las ganancias cognitivas permiten que los niños se beneficien de la instrucción escolar formal.</p> <p>*Algunos niños muestran necesidades y fortalezas educativas especiales.</p>

## Desarrollo cognitivo durante los primeros tres años.

### Desarrollo del conocimiento sobre objetos y espacio:

La capacidad para percibir el tamaño y forma de los objetos y discernir sus movimientos puede ser un mecanismo que evoluciona de manera temprana para evitar a los depredadores (Rakison, 2005). El *concepto de objeto* —la idea de que los objetos tienen una existencia, características y localización espacial independientes— es un desarrollo *cognitivo* posterior que resulta fundamental para una perspectiva ordenada de la realidad física. El concepto de objeto es la base para la concienciación de los niños de que ellos mismos existen de manera independiente de los objetos y de otras personas.

Un aspecto del concepto de objeto es la **permanencia del objeto**; esto es, la comprensión de que un objeto o persona existe aun cuando está fuera de la vista. La permanencia del objeto se desarrolla de manera gradual durante la etapa sensoriomotora. Al principio los lactantes no tienen tal concepto.

Los lactantes desde los tres o cuatro meses de edad no sólo parecen tener una idea de la permanencia del objeto, sino que también comprenden causalidad y categorización, tienen un concepto rudimentario de número y conocen otros principios que gobiernan al mundo físico.

### Desarrollo simbólico, competencia pictórica y comprensión de escala:

Aprender a interpretar los símbolos es una tarea esencial de la infancia. No obstante, primero los niños deben adquirir una *disposición hacia los símbolos*; una atención a los símbolos y sus relaciones con aquello que representan (DeLoache, 2004). Un aspecto del desarrollo simbólico que estudiaron Judy DeLoache y sus colaboradores es el crecimiento de la *competencia simbólica*, es decir, la capacidad para comprender la naturaleza de las imágenes (DeLoache, Pierroutsakos y Uttal, 2003).

No es sino hasta cerca de los 19 meses —según Piaget, el inicio del pensamiento representacional— que los niños muestran, mediante señalar a la imagen de un oso o teléfono mientras dicen su nombre (“oso” o “teléfono”), que comprenden que una imagen es una representación o símbolo de algo más

(DeLoache *et al.*, 2003; DeLoache, Pierroutsakos, Uttal, Rosengren y Gottlieb, 1988; Pierroutsakos y DeLoache, 2003).

Aunque es posible que los infantes pasen una buena cantidad de tiempo mirando, al principio parecen no estar conscientes de que aquello que ven es una representación de la realidad (Troseth, Saylor y Archer, 2006).

Es frecuente que los infantes cometan *errores de escala* —percepciones erróneas momentáneas sobre los tamaños relativos de objetos simbólicos y reales.

Según la **hipótesis de la representación dual**, para los infantes es difícil representar mentalmente al mismo tiempo tanto el símbolo como el objeto que representa y, por consiguiente, es posible que se confundan (DeLoache, 2006; DeLoache *et al.*, 2003). Ésta puede ser la razón por la que los niños de dos años tienen problemas para interpretar los modelos a escala. Pueden utilizar el pensamiento representacional para guiarles hacia la localización en sí de algo que se muestra en una fotografía (Suddendorf, 2003), pero en apariencia piensan que el modelo es el objeto mismo, en lugar de una representación de algo más (DeLoache, 2000). Los niños de tres años de edad no parecen tener este problema con los modelos (DeLoache, Miller y Rosengren, 1997).

#### Habitación:

La **habitación**, es un tipo de aprendizaje en el que la exposición repetida o continua a un estímulo, como el rayo de luz, reduce la atención a ese estímulo. En otras palabras, la familiaridad induce la pérdida de interés. **Deshabitación** aumento en la respuesta luego de la presentación de un nuevo estímulo.

La eficiencia de la habitación se correlaciona con señales posteriores de desarrollo cognitivo, como preferencia por la complejidad, exploración rápida del ambiente, juego complejo, solución rápida de problemas y capacidad para equiparar imágenes.

#### Capacidades de procesamiento visual y auditivo:

La cantidad de tiempo que pasa un bebé observando diferentes tipos de estímulos es una medida de la **preferencia visual**, que se basa en la

capacidad para hacer distinciones visuales. Es una tendencia de los lactantes a pasar un mayor tiempo observando un tipo de estímulo que otro. Los bebés menores de dos días de edad prefieren las líneas curvas a las líneas rectas, los patrones complejos a los simples, los objetos tridimensionales a los bidimensionales y los objetos en movimiento a los objetos estacionarios. Los recién nacidos también prefieren imágenes de rostros o de configuraciones similares a rostros, que de otro tipo, y los estímulos visuales nuevos a los conocidos, esta tendencia se denomina *preferencia por la novedad*.

La **memoria de reconocimiento visual**, capacidad para distinguir un estímulo visual conocido de uno desconocido cuando ambos se muestran al mismo tiempo. La mirada más larga al estímulo novedoso indica que el lactante reconoce al otro estímulo como algo que ya ha visto antes. La memoria de reconocimiento visual depende de comparar la información entrante con la información que el lactante ya posee; es decir, depende de la capacidad para formar y referirse a representaciones mentales (P. R. Zelazo, Kearsley y Stack, 1995).

La velocidad de procesamiento aumenta con rapidez durante el primer año de vida y continúa su incremento durante el segundo y tercer años, a medida que los infantes adquieren más capacidad para separar la nueva información de aquella que ya procesaron (P. R. Zelazo *et al.*, 1995).

Los recién nacidos pueden distinguir sonidos que ya escucharon de aquellos que no han oído.

El hecho de que los neonatos miren hacia la fuente de sonido muestra que asocian la audición y la vista.

Desde el nacimiento hasta cerca de los dos meses de edad, hay un incremento en la cantidad de tiempo que los infantes fijan la mirada en un nuevo estímulo visual. Entre los dos y los nueve meses aproximadamente, el tiempo que los lactantes se dedican a mirar disminuye a medida que aprenden a explorar con más eficiencia los objetos y a virar su atención. Después, en el primer año de vida y a lo largo del segundo, cuando sostener la atención se vuelve una

actividad más voluntaria y orientada a la tarea, el tiempo de mirada alcanza una meseta o aumenta (Colombo, 2002; Colombo *et al.*, 2004).

La capacidad para la *atención conjunta* —que quizá contribuya a la interacción social, la adquisición del lenguaje y la comprensión de los estados mentales de otras personas—se desarrolla entre los 10 y 12 meses de edad, cuando los bebés siguen la mirada de los adultos mirando o señalando en la misma dirección (Brooks y Meltzoff, 2002, 2005). La atención conjunta se desarrolla lentamente durante los meses de dependencia de los cuidadores adultos (Nelson, 2005). También es posible que el *seguimiento de la mirada* sea un paso importante hacia la comprensión de las intenciones de los demás (Brooks y Meltzoff, 2005).

### Categorización:

Dividir al mundo en categorías con significado resulta vital para el pensamiento acerca de los objetos o conceptos y sus relaciones. Es la base del lenguaje, razonamiento, solución de problemas y memoria; sin ello, el mundo parecería caótico y sin significado (Rakison, 2005).

Según Piaget, la capacidad para clasificar o agrupar las cosas dentro de categorías no aparece sino hasta cerca de los 18 meses de edad. Desde una perspectiva evolutiva, es posible que los lactantes nazcan con una capacidad rudimentaria para discernir ciertas categorías limitadas (como serpientes y arañas) que son peligrosas para los humanos.

Al principio, la mayoría de los lactantes parecen categorizar con base en las características *perceptuales* como forma, color y patrón. Hacia el final del primer año de vida, éstas categorías se vuelven *conceptuales*, basadas en el conocimiento del mundo real (Oakes, Coppage y Dingel, 1997), en particular de la función (Mandler, 1998a; Mandler y McDonough, 1993, 1996, 1998). En el segundo año, el lenguaje se vuelve un factor para aprender a categorizar.

### Causalidad:

Una comprensión de la *causalidad*, el principio de que un suceso provoca otro, es importante porque “permite que las personas pronostiquen y controlen su mundo” (Cohen, Rundell, Spellman y Cashon, 1999).

Piaget creía que esta comprensión se desarrolla lentamente durante el primer año de vida. Aproximadamente entre los cuatro y seis meses, a medida que los lactantes adquieren la capacidad para asir objetos, comienzan a reconocer que ellos mismos pueden actuar sobre su ambiente. De este modo, decía Piaget, el concepto de la causalidad está enraizado en los inicios de la concienciación acerca del poder de las propias intenciones. No obstante, según Piaget, los lactantes aún no saben que las causas deben ocurrir antes que los efectos y no es sino hasta cerca del primer año de vida que se percatan de que las fuerzas externas a sí mismos pueden hacer que algo suceda.

### Lenguaje:

El **lenguaje** es un sistema de comunicación basado en palabras y gramática, y el desarrollo cognitivo. Una vez que los niños conocen las palabras, pueden utilizarlas para representar objetos y acciones. Pueden reflexionar acerca de las personas, lugares y cosas, y pueden comunicar sus necesidades, sentimientos e ideas a fin de ejercer control sobre sus vidas.

Cada lactante adquiere el lenguaje mediante una combinación de avances físicos, cognitivos y sociales. A medida que maduran las estructuras físicas necesarias para producir los sonidos y se activan las conexiones neuronales requeridas para asociar sonido y significado, las interacciones sociales motivan y facilitan la naturaleza comunicativa del habla.



## **Cuadro 2. Secuencia de desarrollo inicial del lenguaje.**

<p><b>Habla prelingüística</b></p>	<p>Precursora del habla lingüística; vocalización de sonidos que no son palabras. Incluye llanto, zureos, balbuceos e imitaciones accidentales y deliberadas de sonidos sin comprensión de su significado.</p>	<p>*El llanto. *El balbuceo. *La imitación. *Los ademanes.</p>	<p>*Para los seis meses, los bebés aprenden los sonidos básicos de su idioma y comienzan a relacionar sonidos con significados. Es posible que la percepción de categorías de sonidos en la lengua materna comprometa los circuitos neurales a un aprendizaje posterior sólo en ese lenguaje. *Antes de que digan su primera palabra, los bebés utilizan ademanes.</p>
<p><b>Habla lingüística</b></p>	<p>Expresión verbal diseñada para transmitir significado.</p>	<p>*Holofrase. *Habla telegráfica. *Sintaxis.</p>	<p>*Es común que la primera palabra ocurra entre los 10 y 14 meses de edad, imitando el habla lingüística. Es típico que una “explosión de denominaciones” ocurra en algún momento entre los 16 y 24 meses. *Las primeras oraciones breves generalmente ocurren entre los 18 y 24 meses de edad. Para los tres años de edad, la sintaxis y capacidades de comunicación están bastante bien desarrolladas. *El habla temprana se caracteriza por simplificación, subextensión y sobreextensión de los significados de las palabras, así como por regularización excesiva de las reglas.</p>

### **Desarrollo cognitivo en la segunda infancia.**

Los avances en pensamiento simbólico se acompañan de una creciente comprensión de la causalidad, identidades, categorización y número. Algunas de estas comprensiones tienen sus raíces en la lactancia y en la primera infancia; otras se empiezan a desarrollar en la segunda infancia, pero no se logran por completo sino hasta la tercera infancia.

#### **La función simbólica:**

Término de Piaget para la capacidad de utilizar representaciones mentales (palabras, números o imágenes) a las que el niño ha asignado algún significado. Tener símbolos que representan a las cosas ayuda a los niños a recordarlas y a pensar en ellas sin tenerlas físicamente presentes.

Los niños preescolares muestran la función simbólica por medio de la imitación diferida, el juego simulado y el lenguaje. La *imitación diferida* se vuelve más robusta después de los 18 meses de edad se basa en mantener una representación mental de una acción que se observó. En el **juego simulado**, también denominado *juego de fantasía*, *juego dramático* o *juego imaginativo*, los niños pueden utilizar un objeto, como una muñeca, para representar o simbolizar alguna otra cosa, como una persona. El *lenguaje* utiliza un sistema de símbolos para la comunicación.

### **Cuadro 3. Avances cognitivos durante la segunda infancia.**

<b>Avance</b>	<b>Significado</b>
Uso de símbolos.	<i>-Los niños no requieren del contacto sensoriomotor con un objeto, persona o evento para pensar en él.  -Los niños pueden imaginar que los objetos o las personas tienen propiedades diferentes a las que tienen en realidad.</i>
Comprensión de identidades.	<i>-Los niños se percatan de que las alteraciones superficiales no cambian la naturaleza de las cosas.</i>
Comprensión de causa y efecto.	<i>-Los niños se percatan de que los sucesos tienen causas.</i>
Capacidad para clasificar.	<i>-Los niños organizan objetos, personas y eventos en categorías significativas.</i>
Comprensión de número.	<i>-Los niños pueden contar y manejar cantidades.</i>
Teoría de la mente.	<i>-Los niños se concientizan más de la actividad mental y del funcionamiento de la mente.</i>

#### **Distinción entre fantasía y realidad:**

En algún momento entre los 18 meses y los tres años de edad, los niños aprenden a distinguir entre eventos reales e imaginarios. Los niños de tres años de edad saben cuál es la diferencia entre un perro real y un perro dentro de un sueño, y entre algo invisible (como el aire) y algo imaginario. Pueden simular y pueden decir cuando alguien está simulando (Flavell *et al.*, 1995). Para los tres años de edad y, en algunos casos, para los dos años de edad, saben que la simulación es intencional; pueden distinguir entre tratar de hacer algo y simular estar haciendo lo mismo (Rakoczy, Tomasello y Striano, 2004).

El pensamiento mágico en niños de tres años de edad y mayores no parece surgir a partir de una confusión entre realidad y fantasía. A menudo, el pensamiento mágico es una manera para explicar eventos que no parecen tener explicaciones realistas evidentes (por lo general porque los niños carecen de conocimientos acerca de ellos) o sencillamente para satisfacer el placer de la simulación. El pensamiento mágico declina para el final del periodo preescolar (Woolley, Phelps, Davis y Mandell, 1999).

### **Desarrollo cognitivo en la tercera infancia**

Los años intermedios de la infancia, entre los seis y los 11 años de edad aproximadamente, son los también llamados *años escolares*. La escuela es la experiencia central durante este periodo; es un punto central para el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. Las diferencias individuales se vuelven más evidentes y las necesidades especiales se tornan más importantes a medida que las competencias afectan el éxito en la escuela.

Alrededor de los siete años de edad, según Piaget, los niños ingresan en la etapa de las **operaciones concretas** en la que pueden utilizar operaciones mentales para resolver problemas concretos (tangibles). Ahora los niños pueden pensar de manera lógica porque pueden tomar en cuenta diversos aspectos de una misma situación. Sin embargo, su pensamiento aún se encuentra limitado a situaciones reales en el aquí y el ahora. Los niños en la etapa de las operaciones concretas pueden realizar muchas tareas a un nivel muy superior al que lo hacían en la etapa preoperacional. Tienen una mejor comprensión de conceptos espaciales y de causalidad, categorización, razonamiento inductivo y deductivo, conservación y número.

El desarrollo moral se vincula con la maduración cognitiva y sucede en tres etapas en las que los niños pasan de una estricta obediencia a la autoridad a juicios más autónomos basados, primero, en la justicia y, más adelante, en la equidad.

La función ejecutiva (que incluye habilidades de atención, memoria y planeación) mejora durante la tercera infancia como resultado de la poda de neuronas en la corteza prefrontal.

La velocidad de procesamiento, el control inhibitorio, la atención selectiva, la capacidad de la memoria de trabajo, la metamemoria, la metacognición y el uso de estrategias mnemotécnicas son habilidades específicas que mejoran durante los años escolares.

El uso de vocabulario, gramática y sintaxis se vuelve cada vez más sofisticado, pero la principal área de crecimiento lingüístico es en la pragmática. La metacognición contribuye al progreso en la lectura. La interacción con los pares fomenta el desarrollo de las habilidades de escritura.

## LA ENTREVISTA CON NIÑOS

**AUTOR: MARÍA SILVIA GIORDANO<sup>35</sup>**

El presente texto es un resumen del capítulo 7 de la obra de Conxa Perpiñá<sup>36</sup> acerca de la técnica de la entrevista con niños.

### **Peculiaridades de la entrevista con niños.**

El autor sostiene que entrevistar a niños es una tarea compleja en la que intervienen tanto factores individuales relacionados con el proceso de desarrollo psicológico, como del contexto en el que está inmerso el niño, que es de donde surge la solicitud de asistencia profesional. Hace hincapié en que el contexto mediatiza la relación, profesional-paciente desde el momento en que el niño no está allí voluntariamente, y aún más, puede estar en desacuerdo con el problema que motivó la entrevista.

### **La comunicación con niños**

#### **Comunicación no verbal.**

Delfos (2009) proporciona algunas pautas generales de interés, con el propósito más modesto de promover un clima interpersonal adecuado para la comunicación abierta. El entrevistador debe situarse a la misma altura visual para estimular el trato de igualdad y favorecer el intercambio de opiniones, así como mirar al niño para poder observar sus señales no verbales. Sin embargo, es mejor alternar entre mantener y no mantener contacto visual cuando se habla, y evitar las miradas directas cuando se tratan temas especialmente difíciles.

El lenguaje corporal del entrevistador debe ser congruente con el mensaje verbal para que éste sea efectivo, y conseguirlo puede requerir prepararse mentalmente. La postura corporal adecuada será aquella que muestre receptividad hacia el interlocutor, inclinándose ligeramente

---

<sup>35</sup> Profesora Adjunta a cargo de la Cátedra de Psicología Evolutiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>36</sup> Perpiñá, C. (2012). **Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar.** Ed. Pirámide. Madrid. España.

hacia delante y sin cruzar los brazos. Al hablar, se debe procurar un tono de voz cálido y melodioso y utilizar un ritmo más bien lento. (Perpiñá, 2012 p. 213)

Comunicación verbal.

Varios autores consideran que la entrevista con los niños no puede, en la mayoría de los casos, limitarse a un intercambio verbal con las mismas características que rigen en las conversaciones entre adultos. Por ejemplo, Marcelli (2007) considera que los diálogos «adultos» son practicables a partir de los 7 años de edad, pero sólo recomendables como modo de comunicación a partir de los 11. Hasta entonces, las principales alternativas serían el juego, los diálogos imaginarios (por ejemplo, entre personajes representados mediante muñecos) y el dibujo. El diálogo con niños debe flexibilizarse y complementarse con otras normas y materiales. Esto no significa que el intercambio verbal pierda su importancia, ya que estas prácticas no excluyen la comunicación verbal y ni siquiera son una alternativa sino un complemento.

**Algunas indicaciones para ajustar la entrevista al nivel de desarrollo**

PREESCOLARES (3-5 AÑOS)	ESCOLARES (6-11 AÑOS)
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Facilitar la comodidad en la situación de entrevista permitiendo la presencia de los padres y juguetes propios.</li> <li>⇒ Utilizar juegos no verbales (dibujos, juguetes, muñecos).</li> <li>⇒ Realizar preguntas específicas sobre situaciones familiares, pero evitar las cerradas cuya respuesta es si-no.</li> <li>⇒ Utilizar ayudas si se pregunta sobre personas y situaciones no presentes.</li> <li>⇒ Usar frases cortas y términos concretos.</li> <li>⇒ Emplear el vocabulario del niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Establecer <i>rapport indagando</i> sobre intereses y puntos fuertes.</li> <li>⇒ Utilizar dibujos y juegos de mesa o con mayor contenido verbal.</li> <li>⇒ Evitar juzgar, y mostrar aceptación incondicional.</li> <li>⇒ Utilizar preguntas abiertas, (qué y cómo) pero evitar preguntar «por qué».</li> <li>⇒ Simplificar las frases que no se entiendan.</li> <li>⇒ Explicar los términos nuevos que se introduzcan</li> </ul>

## Cómo hablar con niños

- ⇒ Habla despacio. Utiliza una pronunciación clara y un tono cálido y propio de adultos.
- ⇒ Utiliza palabras sencillas (en función de la edad y capacidad de comprensión) y cortas. Evita la jerga profesional.
- ⇒ Utiliza los mismos términos que el niño. Si los introduce él espontáneamente en la conversación, asegúrate de comprobar su significado. Si no los introduce, intenta obtener los que él usaría. Si esto no es posible, utiliza varios términos diferentes para asegurarte de que te comprende.
- ⇒ Evita las referencias cronológicas vagas (por ejemplo, «hace unas semanas»).
- ⇒ Cuando te refieras a personas específicas, usa nombres en lugar de pronombres.
- ⇒ Utiliza frases cortas, y con una estructura sintáctica simple (sujeto-verbo-predicado).  
Evita el uso de pasivos y subordinadas, así como de dobles negaciones.
- ⇒ Aunque en la estructura general conviene ir de las preguntas más generales a las específicas, mezcla estas últimas con preguntas abiertas para evitar que la entrevista parezca un examen.
- ⇒ No reacciones a todas las respuestas con otra pregunta. Recoge el comentario del niño para animarle a profundizar.
- ⇒ Coloca la pregunta principal al inicio («¿qué haces al llegar a casa?» en vez de «cuando llegas a casa, ¿qué haces?»).
- ⇒ Evita, por lo general, los siguientes tipos de pregunta:
  - ✓ Las múltiples.
  - ✓ Las negativas.
  - ✓ Las que incluyen muletillas de comprobación («me estás hablando de tu hermano, ¿no?»).



✓ Las que sugieran una respuesta determinada, incluyendo las de formato sí/no.

✓ Las que incluyan «por qué, cuándo y cómo» con menores de 6 años.

✓ Las que utilizan un lenguaje que anima a la invención, como «vamos a inventarnos una historia» o «imagínate que» (cuando el propósito sea la obtención de información fiable).

⇒ Después de una pregunta cerrada, continúa con «cuéntame más sobre eso» o «¿cómo lo sabes?» para comprobar que el niño no se ha inventado una respuesta para complacer al entrevistador.

⇒ Presta atención a los posibles signos de que el niño no ha entendido (expresión de confusión o de quedarse en blanco).

En caso de duda, no preguntes directamente si ha entendido. Una alternativa más adecuada puede ser pedir que repita lo que has dicho.

⇒ Cuando sospeches que no ha entendido una pregunta, no la repitas al pie de la letra. El niño puede entender esto como una indicación de que ha dado una respuesta incorrecta y cambiarla. Reformúlala simplificando la gramática y el vocabulario y aclara que lo haces porque eres tú el que no ha comprendido.

⇒ Si responde «no sé» a tres preguntas consecutivas, cambia a un tema más sencillo.

⇒ No interrumpas a un niño mientras está contestando a una pregunta. Las inconsistencias se pueden aclarar más tarde.

⇒ Elogia por el esfuerzo y no por el contenido del discurso. (Perpiñá, 2012, p. 236)

### **Problemas frecuentes: los niños difíciles**

Es frecuente encontrarse con niños con los que resulta difícil interaccionar de la manera adecuada para conseguir los fines de la entrevista. Estos niños «difíciles» pueden serlo por sus propias características (temperamento, trastornos psicológicos) o por el contexto que rodea a la entrevista. En todos estos casos hay que dedicar especial atención a explicar el objetivo de la entrevista, cuidar el rapport y mostrar

respeto por el entrevistado, incluyendo su posible decisión de no hablar. Además, pueden ser útiles las siguientes pautas más específicas:

### **Incrementar la colaboración en un niño reacio a cooperar**

Si hay que hablar de un tema difícil:

- ⇒ Abórdalo indirectamente. Por ejemplo, utiliza preguntas hipotéticas («imagínate que...») o da a elegir entre dos alternativas aceptables.
- ⇒ Cuenta los detalles que ya conozcas sobre la situación.
- ⇒ Saca el tema, observa la reacción (verbal y no verbal) del niño y pregunta sobre ella.
- ⇒ Entrevístate con el niño en lugares que le resulten familiares.
- ⇒ Relaciónate con el niño a través del juego o de objetos importantes para él.
- ⇒ Abrevia la entrevista inicial (por ejemplo, 15 minutos). Informa de la duración al principio y respétala aunque el niño parezca estar cómodo

### **Contener a un niño agresivo**

- ⇒ Mantén una mente abierta y no prejuzgues a un niño con historia de comportamiento agresivo; de lo contrario, puedes provocar reacciones defensivas.
- ⇒ Evita al máximo las situaciones que pueden conducir al oposicionismo y las luchas por el poder. No discutas, pero tampoco supliques, ordenes o sobornos para evitar los problemas.
- ⇒ Ayuda a ventilar las emociones negativas mediante la empatía («estás nervioso porque no me conoces de nada»; «estás enfadado porque no quieres estar aquí»).
- ⇒ Deja que el niño cuente su propia historia. Cuando dudes de su veracidad, lo confrontes inicialmente. Intenta captar el mensaje emocional subyacente.
- ⇒ Pon límites realistas pero firmes.

### **Tranquilizar a un niño retraído que no habla**

- ⇒ Deja espacio y da tiempo. Estos niños lo necesitan para sentirse cómodos, confiar en el entrevistador y creer que van a ser escuchados.
- ⇒ Centra la atención inicialmente en los padres en vez de en los niños. Tranquilízalos (muchas veces serán también excesivamente ansiosos) y, en el proceso, establece contacto no verbal con el niño. Los padres pueden servir como intermediarios en la comunicación, pero en ese caso hay que estar atento y reforzar la participación directa del menor.
- ⇒ Proporciona juguetes y anima a usarlos (los niños inhibidos necesitan sentir que tienen permiso para hacerlo). Utiliza el juego para establecer contacto verbal y no verbal, por ejemplo mediante la imitación.
- ⇒ Cuando se produzcan silencios, respétalos y no te muestres inquieto.
- ⇒ Utiliza métodos indirectos de comunicación

## EQUIPO DE FLAP

**Autor: Lic. María Gabriela Zamar<sup>37</sup>**

En la facultad de Odontología, contamos con un equipo interdisciplinario de atención a pacientes con fisuras labio alveolo palatinas. Funciona como servicio de extensión a la comunidad sobre el cual se trabaja semanalmente con pacientes niños y adolescentes junto con su familia o/y entorno.

El mismo está conformado por profesionales de Odontopediatria, Fonoaudiología, Psicología y Ortodoncia.

La Lic. Irma Moncunill explica “Para la realización de cirugías (labio, paladar) se trabaja en el marco de convenios específicos con el Hospital de Niños de la Provincia de Córdoba o en interconsulta con cirujanos plásticos o de cabeza y cuello que hacen derivaciones.

El trabajo del Psicólogo en el equipo se focaliza en tres áreas:

1. Con los padres y familiares, 2. Con los niños y adolescentes, 3. Con los integrantes del equipo.

Se parte de un diagnóstico familiar, ante la reestructuración desencadenada por el nacimiento del hijo con fisura, detectándose los modos de organización a partir del diagnóstico, las etapas por las que está atravesando la familia, sus ansiedades, afrontamientos, etc.

El objetivo central es promover en la familia en crisis, otros modos de comunicación, a partir de revalorizar los aspectos sanos y aceptar los disfuncionales, fuertemente impactantes en la mirada del otro.

Se trabaja con terapias breves focalizadas en el problema y psicoeducación.

El psicólogo trabaja especialmente en el tratamiento de los pacientes que evidencian dificultades en la interacción con los profesionales del equipo por emergentes situacionales (momento del tratamiento, estructuración de personalidad, etc.)

---

<sup>37</sup> Profesora asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

Con estos pacientes es importante la psicoprofilaxis quirúrgica, ante las numerosas intervenciones quirúrgicas y el uso de ortodoncia. Se trabaja en forma individual o grupal, con hora de juego, dramatizaciones, dibujo, etc.

Asimismo se trabaja con los integrantes del equipo, al buscar asistir al que asiste, facilitando los canales de comunicación entre los miembros del equipo y de éste con los padres.

### **Bibliografía:**

-Moncunill, I (2013). **Equipo de atención a pacientes con fisuras labio alvéolo palatinas**. Manual de cátedra Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Reedición 2013.

## EQUIPO DE HÁBITOS ORALES DISFUNCIONALES

**Autor: María Gabriela Zamar<sup>38</sup>**

Dentro de los equipos interdisciplinarios sobre el cual está inserto el psicólogo en la Facultad de Odontología, encontramos el servicio de Hábitos Orales Disfuncionales.

El mismo está conformado por Odontopediatras, Ortodoncistas, Fonoaudiólogos, Fisiatras y Psicólogos.

El psicólogo asiste al servicio los cuartos jueves del mes, (momento en el que el equipo cita a todos los pacientes) salvo que la demanda y/o necesidades de estos requieran mayores encuentros, lo que en esos casos se coordina sumar otros días con los pacientes.

Se establecen entrevistas con los padres, donde se revisan los posibles causantes de estos hábitos a nivel familiar y se hace hincapié en evaluar con los padres las consecuencias de esas costumbres.

Se trabaja desde un abordaje focalizado en el tema, con pautas psicoeducativas para mejorar la salud integral del paciente y familia que no puede dejar ciertos hábitos. Generalmente estos están relacionados con el síndrome del biberón, succión de dedos, uso prolongado del chupete, etc.

Ante casos severos, se deriva a psicólogos que puedan llevar tratamientos con mayor frecuencia, siempre que los padres y pacientes se involucren de modo comprometido y de modo conciente con la problemática.

A su vez el psicólogo interactúa con el resto de los profesionales del equipo para poder ofrecer una mirada más amplia respecto a la sintomatología reflejada en la boca del paciente, buscando fomentar un abordaje integral para valorar los mayores aspectos posibles del paciente, dentro de su campo.

---

<sup>38</sup> Profesora asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

## PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA

**Autoras: Lic. Gabriela Zamar<sup>39</sup> & Lic. María Silvia Giordano<sup>40</sup>**

*“...Cada sujeto responde de modo diferente a la indicación de una cirugía, acorde a su personalidad e historia y utilizando sus propios recursos. La misma podrá vivenciarse como amenaza, reto, pérdida, castigo, ganancia o alivio; nunca estará exenta de mitos y temores, los que giran en torno al dolor, al diagnóstico, a morir y al futuro...” (Mucci, 2004)*

La *Psicoprofilaxis* es un término derivado del griego que significa “prevenir, tomar precauciones” la palabra *quirúrgico* significa “relativo o perteneciente a la cirugía” que es el arte de trabajar con las manos, trabajo manual.

La **Psicoprofilaxis Quirúrgica** es el proceso terapéutico de *objetivos preventivos*, focalizado en la situación quirúrgica y planificado para promover, en el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo (o paciente) recursos que lo orienten a:

- Afrontar la operación (o intervención).
- Reducir efectos, eventualmente adversos, para el psiquismo.
- Facilitar la recuperación biopsicosocial.

-¿*Para qué?*: (Objetivos Generales): Facilitar el procesamiento de información; proporcionar recursos para afrontar las preocupaciones que la enfermedad y la cirugía imponen; estabilizar los síntomas psicológicos en niveles tolerables; disminuir miedos básicos y universales; hacer explícito lo implícito; evitar que la intervención pueda dar lugar a una organización psicopatológica, jerarquizar o priorizar dificultades singulares.

- *Fases*:

El proceso de psicoprofilaxis quirúrgica abarca cuatro fases:

---

<sup>39</sup> Profesora asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>40</sup> Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

- a) Preoperatorio: Es anticipatorio (abarca situaciones que preceden la intervención, internación o/y la operación);
- b) Preoperatorio próximo u operatorio: Es un período intermedio o de impacto que se corresponde con la hospitalización hasta el ingreso en el quirófano - sala.
- c) Intraoperatorio: El acto quirúrgico;
- d) Postoperatorio: Comprende desde el egreso del quirófano hasta el alta médica definitiva (Mucci, 2004).

*-Técnicas:*

Mucci (2004) considera que la preparación en Psicoprofilaxis Quirúrgica, centra sus objetivos en el estado de *ansiedad* de los pacientes aplicando técnicas tales como proporcionar información sobre procedimientos y sensaciones, estrategias cognitivas, instrucciones comportamentales, técnicas de relajación, entre otras. "...La preparación nace de un supuesto: el conocimiento que se proporcione al enfermo acerca del proceso quirúrgico permite advertir, informar, disponer, prevenir anticipadamente sobre un daño eventual de los procedimientos médicos..."

Una técnica eficaz en la preparación psicológica es la **información** que se proporciona al paciente. La misma está sujeta a diferentes factores: a cómo se proporciona esa información, al estilo comunicacional de quien informa, a la personalidad del paciente y a cómo éste la interpreta.

El propósito es incrementar, junto con el paciente, el conocimiento y la comprensión de la situación por la que va a atravesar, con el fin de que sepa o conozca de qué modo y en qué forma lo afectará; que conozca su sentido y significado (p.130).

Etimológicamente el verbo *informar* significa "dar forma, describir, dar noticias, declarar, reseñar, enterar". El sustantivo informe significa "noticia e instrucción que se da acerca de alguna persona o cosa". Es noticia en el sentido que es desconocida hasta ese momento. En Psicoprofilaxis Quirúrgica quien informa confirma algo que el enfermo ignora, supone o niega. Se le informa qué pasa



en su organismo y qué actos médicos se le realizarán para reparar su dolencia física. Por lo tanto, *informar tiene una función de esclarecimiento*.

El acto de informar incide en la relación médico-paciente, ya sea para el cumplimiento de las prescripciones como para la adherencia del paciente al tratamiento. Mucci (2004) señala que la información será o no traumática dependiendo por una parte, de la historia y personalidad del enfermo, del significado que éste atribuya a la situación y por otra parte del modo en que se comunique dicha información (qué y cómo se lo hace).

- ¿Por qué informar? Porque todo paciente tiene derecho a saber, espera una explicación acerca de lo que tiene y de lo que le sucederá. A su vez, necesita respuestas a sus preguntas.

- ¿Para qué informar? Se informa para esclarecer, lo que brinda protección y seguridad ante lo desconocido.

- ¿Cómo informar? Este acto está atravesado por el “estilo personal” de cada profesional. En éste se conjugan la forma, la profundidad y la cantidad de información, debiendo adecuarse a la dinámica psíquica y a los tiempos de cada paciente.

- ¿Cuánto informar? Este interrogante se orienta a la amplitud de la información; cómo procesarla y elaborarla es un trabajo psíquico, por lo que algunos pacientes necesitan preguntar y saber todo, y otros en cambio se niegan a escuchar, saber y pensar.

- ¿Cuándo informar? Debería darse suficiente anticipación para que el enfermo tenga “su tiempo de reflexión” dependiendo de las circunstancias y del tipo de cirugía (o intervención) a la que se someterá (la cirugía programada habilita un tiempo de procesamiento). En odontología: cuándo sea necesario aplicar una anestesia para una extracción, a modo de ejemplo, por el temor que suelen tener particularmente los niños a las agujas.

“Así como cada paciente tiene su tiempo para elaborar la crisis que promueven la enfermedad, la noticia del diagnóstico”... y la intervención que le acompañe, “también tiene su modo de decodificar los mensajes que recibe. En esa instancia se debe indagar qué sabe el enfermo, qué quiere saber y en qué

condiciones está de saber; qué piensa de su enfermedad; qué entendió y cómo lo entendió. A partir de ello se trabaja con el paciente, con sus fantasías, mitos, teorías y con sus temores subyacentes. Se trata de un proceso de escucha, orientación, contención y elaboración reflexiva, para hacer explícito lo silenciado. Este proceso, al ser reflexivo, posibilita escuchar y poner palabras que rellenan vacíos en torno a la situación” (p.178).

### **Técnicas y recursos utilizados en Psicoprofilaxis Quirúrgica en Niños:**

- **Modelado:** La técnica de modelado de conducta está basada en la teoría del psicólogo Albert Bandura que postula el *Aprendizaje Vicario o Aprendizaje Social* que es la adquisición de nuevas conductas por medio de la observación y de la imitación. Lo que este autor propone es que no todo el aprendizaje se logra experimentando personalmente las acciones. A diferencia del aprendizaje activo (aquellos conocimientos que se adquieren al hacer las cosas), el aprendizaje vicario o aprendizaje social, es el que tiene lugar observando a los otros. Se aprenden, por tanto, nuevas conductas siguiendo los modelos vistos en otras personas con las que se identifica el que aprende, sin necesidad de práctica. Por ejemplo, los niños, y también los padres, pueden contemplar una cinta de video en la que se muestra cómo otras personas afrontan todas las etapas del proceso quirúrgico, así aprenden por imitación cómo deben actuar ante esa situación.

- **El juego médico:** En el mismo, se utiliza material inofensivo propio del lugar donde se realizará la intervención (máscaras, jeringuillas, muñecos anatómicos). Éstos permiten que los niños expresen sus emociones y que se familiaricen con muchos de los objetos que verán durante su hospitalización (o ingreso a la sala).

- **El dibujo:** Permite que los pequeños representen cómo imaginan que será la operación (o intervención), manifestando sus ideas y creencias y a partir de ellas el profesional podrá intervenir para modificar las ideas erróneas

- **Distracción:** El uso de estas técnicas es aconsejable en situaciones puntuales. Tienen como objetivo “distraer” o alejar al paciente de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones, por un período corto de tiempo. Es decir, que cambie su foco atencional desde el interior al exterior. Es conveniente entrenar

a los chicos a distraerse, es decir a prestar atención a algo diferente al dolor, por ejemplo, ejercicios de respiración, libros con actividades, cuentos, actividad verbal, centrar la atención en objetos de la habitación, etc.

- Relajación: Su objetivo es disminuir los signos corporales asociados a la ansiedad. Dentro de ellas están el control de la respiración (disminuir el ritmo respiratorio, y aumentar el ingreso de aire) y la relajación progresiva de Jakobson, proceso mediante el cual un individuo es capaz de lograr determinado grado de distensión muscular y psíquico empleando diversas estrategias. La relajación debe ser anterior a la distracción, a los fines de potenciarla; sin embargo también es necesaria para que los niños presten atención a las palabras de los profesionales.

Merea (1981), plantea que una de las técnicas utilizadas en Psicoprofilaxis Quirúrgica es la del *juego dramático*. Se trabaja observando y proponiendo *situaciones dramáticas y juego de roles*, tratando que el niño alterne distintos guiones: Paciente, médico, mamá, papá, enfermera, etc. Para ello debería contar con una caja de juego propia, en la que se incluya elementos adicionales que no se guardan en la misma (muñecos articulados de médico, enfermera, camillas, etc.).

Mediante los juegos de personificación, los niños pueden internarse en algunas experiencias emocionales, antes que éstas se produzcan (Haller, Talbert & Dombro, 1978).

Melanie Klein (1955), manifiesta que *el juego* es el lenguaje simbólico esencial del modo de expresión del niño. Éste no sólo representa cosas que le interesan al pequeño, sino que están ligadas a sus fantasías, deseos y experiencias.

La psicología en tanto ciencia aporta una lectura integradora, ya que no es posible considerar un único factor causal en la etiología de enfermedades (sean orgánicas o psíquicas, quirúrgicas o no), sino múltiples factores o dimensiones mutuamente implicadas (Mucci, 2004).

## Concluyendo...

Se podría considerar que “lo esperable es que la cirugía (o intervención odontológica) sea atravesada como vivencia de estrés, y no como vivencia traumática”.

Para distinguirlas, la vivencia de estrés “...remite a la reacción general de alarma ante una amenaza y tiene carácter anticipatorio. La persona percibe indicadores que le permiten individualizar el peligro e intentar tramitarlo.” (Mucci, 2004 pp. 88-89).

Siguiendo a López Rosetti (2005), se entiende al estrés como una función normal del organismo que procede de su interacción con el estresor, siendo la clave del manejo del estrés, la adaptación a las circunstancias. Una de las formas de vivenciar el estrés es como amenaza, que probablemente sea la fuente más común del estrés psicológico. Surge cuando un sujeto se ve expuesto a un daño que todavía no ha ocurrido, pero que es posible o inevitable en un futuro próximo. A raíz de esto el sujeto se preocupa por lo que va a suceder e intenta imaginar cómo será, cuándo ocurrirá y qué podría hacer al respecto; si puede anticiparlo, podrá prepararse para ello y por ende evitarlo o mitigar su gravedad.

Por el contrario, en lo traumático el suceso no se puede predecir: no hay anticipación, ni indicadores que permitan detectarlo. Ante ello, el sujeto está en posición de receptor pasivo, la *angustia automática* es determinante y denuncia los efectos de la situación: el individuo sucumbe ante la magnitud intrusiva del estímulo (Mucci, 2004). “...Lo que las diferencia es la manera en que cada sujeto detecta, percibe, interpreta y significa una amenaza...” (Benyakar, 2003).

Para el ejercicio odontológico son igualmente válidas las consideraciones respecto a la utilización de las estrategias de psicoprofilaxis quirúrgicas (generales), atendiendo con ello a la necesidad de anticiparnos y por ende, de preparar al paciente para las mediaciones que deban llevarse a cabo. Más aún para los pacientes niños, debido a su vulnerabilidad, por el momento que atraviesan de plena “formación y estructuración psíquica”.

Asimismo, son también eficaces las técnicas descriptas, siempre que se tengan en cuenta las particularidades de cada paciente: como el período evolutivo que está atravesando; su historia; las redes de contención con las que cuenta; las experiencias previas médicas y odontológicas que afrontó; si hay, o no, conciencia de enfermedad – (éste último como el reconocimiento respecto a la importancia y a las razones de tener que pasar por el odontólogo, por ejemplo) como el contexto general, y el institucional en particular; así como por el tipo de intervención que se le realizará. Respecto a esto último, debe tenerse en cuenta que lo importante es cómo vive ese sujeto esa intervención, es decir lo *subjetivo*, independientemente de la complejidad o no de la mediación.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

- Alonso López, J., (2005). **Programa de Preparación Psicológica en Cirugía Infantil Programada.** *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 3, 56-70.
- Benyakar, M., (2003). En Mucci, M., (2004), **Psicoprofilaxis Quirúrgica: una práctica en convergencia interdisciplinaria.** Buenos Aires: Paidós
- Caplan, G., (1996). **Principios de Psiquiatría Preventiva.** Buenos Aires: Paidós.
- Erickson, E. (1959). Seminario 2: **Atención en Crisis.** En Manual de Cátedra Psicología Evolutiva del Adulto y la Senectud, (2005), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Freud, S., (1917). En Mucci, M., (2004), **Psicoprofilaxis Quirúrgica: una práctica en convergencia interdisciplinaria.** Buenos Aires: Paidós.
- Giacomantone, E. & Mejía A. (1997). **Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico: El impacto emocional de la cirugía.** Buenos Aires, Paidós.
- Haller, J., Talbert, J. & Dombro, R., (1978). **El niño hospitalizado y su familia.** Buenos Aires: El ateneo
- Klein, M., (1955). Capítulo 1: **La Técnica Psicoanalítica del juego: su historia y significado.** En Manual de Cátedra Psicología Clínica, (2005),

- Melillo, A., Estamatti, M. & Cuestas, A., (2000). Capítulo 4: **Algunos fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia**. En Manual de Cátedra Psicología Sanitaria A, (2004), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Merea, A., (1981). En Giacomantone, E. & Mejía, A., (1997). **Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico: El impacto emocional de la cirugía**. Buenos Aires: Paidós.
- Miró, J. & Otros. (1998), Cullen, K. & Otros. (1990) & Quiles, M. (1999). En Alonso López, J., (2005). **Programa de Preparación Psicológica en Cirugía Infantil Programada**. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 3, 56-70
- Mucci, M. (2004). **Psicoprofilaxis Quirúrgica: Una práctica en convergencia interdisciplinada**. Buenos Aires, Paidós.
- Rodríguez Velásquez, M., Dearmas, A., Sauto, S., Techera, S., Perillo & P., Suárez, A., et. al, (2005). **Trabajo de Investigación en Psicoprofilaxis Quirúrgica Pediátrica**. *Archivos de Pediatría del Uruguay*; 76 (1): 27-37.
- Trabajo Final de Tesis (2008): Jorgelina Carreggio y María Gabriela Zamar. **“La función del psicólogo en la psicoprofilaxis quirúrgica desde la perspectiva de psicólogos y cirujanos, en hospitales oficiales de niños de la Ciudad de Córdoba”**. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

## **CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA. DESARROLLO FÍSICO.**

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Alvarez.**<sup>41</sup>

El presente trabajo es un resumen de la parte 6 sobre desarrollo cognitivo en la niñez de la obra de Diane E. Papalía, Sally Wendkos Olds y Ruth Duskin Feldman<sup>42</sup>.

En la adolescencia cambia la apariencia de los jóvenes; debido a los sucesos hormonales de la pubertad, sus cuerpos adquieren una apariencia adulta. También cambia su pensamiento; son más capaces de pensar en términos abstractos e hipotéticos. Todas las áreas del desarrollo convergen a medida que los adolescentes enfrentan su principal tarea: establecer una identidad, en la que se incluye la sexual, que llegará hasta su adultez.

Un cambio físico importante es el inicio de la **pubertad**: el proceso que conduce a la madurez sexual o a la fertilidad (la capacidad para reproducirse). La adolescencia temprana (aproximadamente 11 a 14 años) ofrece oportunidades para el crecimiento, no sólo en las dimensiones físicas sino también en competencia cognitiva y social, autonomía, autoestima, e intimidad.

### **Cómo comienza la pubertad: cambios hormonales**

La pubertad es resultado del aumento en la producción de las hormonas relacionadas con el sexo, lo cual ocurre en dos etapas: **adrenarquia**, que es la maduración de las glándulas suprarrenales, seguida unos cuantos años después por la **gonadarquia**, la maduración de los órganos sexuales.

---

<sup>41</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>42</sup>Papalía, D.E.; Wendkos Olds, S.; & Duskin Feldman, R. (2009). **Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia**. Undécima edición. Ed. McGraw Hill. México.

En la primera etapa, adrenarquia, que comienza cerca de los siete u ocho años de edad, las glándulas suprarrenales que se localizan por arriba de los riñones segregan niveles gradualmente mayores de andrógenos, principalmente *dehidroepiandrosterona* (DHEA) (Susman y Rogol, 2004). La DHEA representa un papel en el crecimiento del vello púbico, axilar (por debajo del brazo) y facial, al igual que en un crecimiento corporal más rápido, mayor cantidad de grasa en la piel y desarrollo del olor corporal. Para los 10 años, los niveles de DHEA son 10 veces mayores a los que se tenían entre las edades de uno a cuatro años.

La maduración de los órganos sexuales activa un segundo aumento repentino en la producción de DHEA, que entonces llega a los niveles adultos (McClintock y Herdt, 1996). En esta segunda etapa, gonadarquia, los ovarios de las niñas aumentan su secreción de estrógenos, lo cual estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de senos y vello púbico y axilar. En los varones, los testículos aumentan la producción de andrógenos, en particular testosterona, que estimulan el crecimiento de los genitales, masa muscular y vello corporal. Varones y niñas tienen ambos tipos de hormonas, pero las niñas tienen niveles más altos de estrógenos, mientras que los varones cuentan con niveles más altos de andrógenos. En las niñas, la testosterona tiene incidencia en el crecimiento del clítoris al igual que en el de los huesos y el vello púbico y axilar.

Las emociones negativas, como la angustia y la hostilidad, al igual que los síntomas de depresión en las niñas, aumentan a medida que progresa la pubertad (Susman y Rogol, 2004). Sin embargo, otras influencias, como el sexo, edad, temperamento y momento de ocurrencia de la pubertad, quizá moderen o incluso anulen las influencias hormonales (Buchanan, Eccles y Becker, 1992).

### **Signos de la pubertad**

Los primeros signos externos de la pubertad son típicamente el tejido mamario y el vello púbico en las niñas y el aumento de los testículos en los varones (Susman y Rogol, 2004). Los pezones de las niñas aumentan de tamaño y sobresalen, las *areolas* (áreas pigmentadas alrededor de los pezones)



aumentan de tamaño y los senos asumen primero una forma cónica y luego redondeada.

El vello púbico, que al principio es liso y sedoso, a la larga se vuelve grueso, oscuro y rizado. Aparece en diferentes patrones en hombres y mujeres.

La voz se profundiza, en especial en los varones, en parte como respuesta hacia el crecimiento de la laringe y en parte por la producción de hormonas masculinas. La piel se vuelve más gruesa y grasosa. El aumento en la actividad de las glándulas sebáceas puede dar lugar a barros y espinillas. El acné es más común entre los varones y parece relacionarse con el aumento en la cantidad de testosterona.

La maduración de los órganos reproductivos trae consigo el inicio de la menstruación en las niñas y de la producción de espermatozoides en los varones. La principal señal de madurez sexual en los varones es la producción de esperma. La primera eyaculación, o **espermarquia**, ocurre a una edad promedio de 13 años. Es posible que el niño despierte y encuentre una mancha húmeda o una marca endurecida sobre las sábanas, que es resultado de una *polución nocturna*, una eyaculación involuntaria de semen (conocida comúnmente como *sueño húmedo*).

La principal señal de madurez sexual en las niñas es la *menstruación*, un desprendimiento de tejido del recubrimiento de la matriz.

### **Efectos psicológicos de la maduración temprana y tardía**

Los efectos de la maduración temprana o tardía varían en hombres y mujeres y el momento de ocurrencia de la maduración tiende a predecir la salud mental adolescente y los comportamientos relacionados con la salud en la adultez (Susman y Rogol, 2004). Se ha encontrado que los varones que maduran después se sienten más inadecuados, cohibidos, rechazados y dominados; son más dependientes, agresivos, inseguros o deprimidos; tienen más conflictos con sus padres y más problemas en la escuela, y tienen habilidades sociales y de afrontamiento más deficientes (Graber *et al.*, 1997; Mussen y Jones, 1957).

En general, las niñas se sienten más felices si maduran al mismo tiempo que sus compañeras. Las niñas que maduran en forma temprana son menos

sociables, menos expresivas y menos desenvueltas; son más introvertidas y tímidas y son más negativas acerca de la menarquia que las niñas que maduran después (Livson y Peskin, 1980; Ruble y Brooks-Gunn, 1982; Stubbs, Rierdan y Koff, 1989). Las niñas que maduran antes tienen mayor riesgo de ansiedad y depresión, comportamiento perturbador, trastornos de la conducta alimentaria, tabaquismo temprano, alcoholismo y abuso de drogas, actividad sexual precoz, embarazo temprano e intento de suicidio (Deardorff, González, Christopher, Roosa y Millsap, 2005; Dick, Rose, Kaprio y Viken, 2000; Graber *et al.*, 1997; Susman y Rogol, 2004). Tanto en los varones como en las niñas, aquellos que maduran tempranamente son más vulnerables a comportamientos de riesgo y a la influencia de pares con un comportamiento desviado (D. P. Orr e Ingersoll, 1995; Susman y Rogol, 2004).

Los efectos de la maduración temprana o tardía tienden a ser negativos cuando los adolescentes están mucho más o menos desarrollados que sus compañeros, cuando no consideran que los cambios sean ventajosos y cuando varios sucesos estresantes, como la llegada de la pubertad y la transición a la secundaria, ocurren aproximadamente al mismo tiempo (Petersen, 1993; Simmons, Blyth y McKinney, 1983).

### **Factores de protección: salud en contexto**

El desarrollo de los adolescentes, no ocurre en el vacío. El ambiente en la familia y en la escuela representa una parte importante en la salud física y mental.

Los hallazgos subrayan las relaciones en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social. Las percepciones de conexión con otras personas, tanto en casa como en la escuela, afectan positivamente la salud y bienestar de los jóvenes en todos los dominios. Un factor importante es el tiempo que pasan con sus padres y la disponibilidad que tienen éstos para convivir con sus hijos adolescentes. Incluso más importante es la sensación de que los padres y maestros son personas cálidas y atentas que tenían altas expectativas de logro para los jóvenes.

## DESARROLLO COGNITIVO

### Etapa piagetiana de las operaciones formales

Los adolescentes entran en lo que Piaget consideraba como el más alto nivel del desarrollo cognitivo (las **operaciones formales**) cuando desarrollan la capacidad de pensamiento abstracto. Este desarrollo, que en general ocurre aproximadamente a los 11 años de edad, proporciona una manera nueva y más flexible de manipular la información. Al no estar limitados al aquí y ahora, los jóvenes pueden comprender el tiempo histórico y el espacio extraterreno. Pueden utilizar símbolos para representar símbolos (por ejemplo, donde la letra *X* representa un número desconocido) y, en consecuencia, pueden aprender álgebra y cálculo. Pueden apreciar mejor las metáforas y alegorías y, por consiguiente, pueden encontrar significados más profundos en la literatura. Pueden pensar en términos de lo que *podría ser*, no sólo de lo que *es*. Pueden imaginar posibilidades y someter a prueba las hipótesis.

En la etapa de las operaciones formales pueden integrar lo que aprendieron en el pasado con los desafíos del presente y hacer planes para el futuro. La capacidad para pensar en términos abstractos también tiene implicaciones emocionales. Ahora tiene la capacidad de **razonamiento hipotético-deductivo**: puede desarrollar una hipótesis y diseñar un experimento para someterla a prueba. Considera todas las hipótesis que puede imaginar y las examina de una en una para eliminar aquellas que son falsas y llegar a la verdadera. El razonamiento hipotético-deductivo le da una herramienta para resolver problemas.

El razonamiento formal es una capacidad aprendida que no se necesita o valora por igual en todas las culturas. Dado que la estimulación ambiental representa un papel tan importante en alcanzar esta etapa, no todas las personas adquieren la capacidad de las operaciones formales y aquellos que sí son capaces no siempre las utilizan.

Conocer qué preguntas deben hacerse y qué estrategias funcionan son las claves para el razonamiento hipotético-deductivo. El razonamiento hipotético-deductivo puede enseñarse y aprenderse.

Según Elkind, los patrones inmaduros de pensamiento pueden ser resultado de la inexperiencia de los adolescentes con el pensamiento formal. Estos patrones de pensamiento incluyen idealismo y carácter crítico, tendencia a discutir, aparente hipocresía, autoconciencia y una suposición de singularidad e invulnerabilidad.

### **Desarrollo del lenguaje**

Con la llegada del pensamiento abstracto, los adolescentes pueden definir y analizar abstracciones tales como *amor, justicia y libertad*. Es más frecuente que empleen términos como *sin embargo, por el contrario, en todo caso, por consiguiente, efectivamente y probablemente* para expresar relaciones lógicas. Se vuelven más conscientes de las palabras como símbolos que pueden tener múltiples significados y se deleitan en utilizar ironías, juegos de palabras y metáforas (Owens, 1996).

Los adolescentes también se vuelven más hábiles en *asumir perspectivas sociales*, que es la capacidad para adaptar su discurso al nivel de conocimiento y punto de vista de otra persona. Conscientes de su audiencia, los adolescentes hablan un lenguaje diferente con sus pares que con los adultos (Owens, 1996). La jerga adolescente es parte del proceso de desarrollar una identidad independiente de los padres y del mundo adulto.

Los adolescentes son más capaces que los niños pequeños de asumir la perspectiva de otra persona, resolver problemas sociales, lidiar con relaciones interpersonales y verse a sí mismos como seres sociales. Todas estas tendencias fomentan el desarrollo moral.

## DESARROLLO PSICOSOCIAL

La tarea principal de la adolescencia, dijo Erikson (1968), es enfrentarse a la crisis de **identidad versus confusión de identidad** (o de *identidad versus confusión de rol*) a fin de convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel valorado dentro de la sociedad.

Según Erikson, la identidad se forma a medida que los jóvenes resuelven tres cuestiones principales: la elección de una *ocupación*, la adopción de los *valores* con los que vivirán y el desarrollo de una *identidad sexual* satisfactoria.

Según Erikson, la *moratoria psicosocial*, el periodo de libertad que proporciona la adolescencia, les permite a los jóvenes buscar compromisos a los que pueden ser fieles.

De acuerdo con Erikson, los adolescentes que resuelven la crisis de identidad de manera satisfactoria desarrollan la virtud de la *fidelidad*: lealtad sostenida, esperanza o una sensación de pertenecer a una persona amada o a los amigos y compañeros. La fidelidad también puede significar una identificación con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento político, un interés creativo o un grupo étnico (Erikson, 1982).

Erikson consideraba que el peligro principal de esta etapa era la confusión de identidad o rol, que puede demorar enormemente la llegada de la adultez psicológica. Según Erikson, ésta explica la naturaleza aparentemente caótica de gran parte de la conducta adolescente y la dolorosa inhibición que exhiben los jóvenes. La pertenencia a camarillas y la intolerancia ante las diferencias, ambas sellos distintivos de la adolescencia, son defensas en contra de la confusión de identidad.

### **Sexualidad**

Verse a uno mismo como ser sexual, reconocer la propia orientación sexual, lidiar con los impulsos sexuales y formar vínculos emocionales o sexuales son, todos, parte del logro de la *identidad sexual*. La conciencia de la sexualidad es

un aspecto importante de la formación de la identidad y afecta la autoimagen y las relaciones de manera profunda.

La actividad sexual adolescente es más prevaleciente y más aceptada que en el pasado, pero implica un riesgo de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los adolescentes en mayor riesgo son aquellos que inician su actividad sexual de manera temprana, tienen parejas múltiples, no usan anticonceptivos y están mal informados respecto al sexo.

### **Orientación sexual e identidad**

Es durante la adolescencia, por lo general, que la **orientación sexual** de una persona se convierte en un aspecto apremiante: que una persona se sienta sexualmente atraída de manera consistente a personas del sexo opuesto (*heterosexual*), del mismo sexo (*homosexual*) o de ambos sexos (*bisexual*). La heterosexualidad predomina en casi todas las culturas conocidas a lo largo del planeta. La prevalencia de la orientación homosexual varía ampliamente, según se defina y mida.

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD EN ADOLESCENTES.

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Alvarez<sup>43</sup>.**

Las acciones de promoción y prevención de la salud en la adolescencia como los modelos de abordajes son diversas. Los organismos ejecutantes de aquellos por lo general son del orden público o sectorial dentro de la misma organización. Estas acciones no tienen una reflexión coordinada ni integradora, teniendo esto impacto en la eficacia de las mismas.

Según lo desarrollado por Portero López, Cine Lima & Mathieu (2002) estos abordajes adoptan las siguientes características: a) enfocan la temática en una particularidad, identificando conductas concretas que se estiman como factores de riesgos o b) búsqueda de patrones comunes a las poblaciones para generar una visión homogénea de problemas comunes.

Lo importante para un abordaje es el tipo de definición que hace el adolescente sobre lo que cree que es salud, y en tal sentido en la misma se incluye una sensación de bienestar corporal y creencias sociales y culturales de lo que es estar sano.

la generación de hoy dota a la salud de un espacio simbólico que, si bien se acerca a la modernidad, tiene vocación de ser eje articulador de la idea de calidad de vida y bienestar por todos buscados (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.578).

Lo anterior marca que el acento debe estar puesto en las intervenciones que se hacen en este grupo etario, es decir, desde las acciones y decisiones institucionales capaces de modificar comportamientos. Todo esto indicando el valor concebido a la salud por parte de los adolescentes (necesidades, demandas y practicas concretas), como así también los campos de intervención y las formas de llevarse a cabo las practicas por parte de las instituciones de salud (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002).

---

<sup>43</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

Abordar la evaluación de los modelos de intervención utilizados para la Prevención y Promoción de la Salud en los jóvenes, hace necesario conocer previamente lo que la salud representa para el joven, pues solo así podríamos tener un marco de referencia, contexto, que nos permita tanto llevar a cabo la exploración de acciones concretas como proponer alternativas que permitieran optimizar la intervención en dicho segmento de la población (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.579).

La concepción de salud para los adolescentes es tomada como un elemento constitutivo del sujeto, es decir, que el estado de salud es percibido como parte de ser adolescente. “*Sólo el paso del tiempo, la edad, es lo que hace que se vaya deteriorando y agotando*” (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.580).

Esta concepción de salud representada a modo de un continuo natural, entre el nacimiento y la muerte, conlleva una correlación inversa entre edad y salud: a menor edad mayor salud y viceversa. Una persona mayor, aunque tenga salud, no tiene las mismas condiciones que un joven. Cuanto más pasan los años más te tienes que cuidar (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.580).

El imaginario social, sustentado en la creencia igualmente social de que una persona joven tiene asegurada la salud, junto a la convicción en los avances tecnológicos de las ciencias médicas produce una omnipotencia por parte del adolescente frente a la enfermedad, alejándolo de las instituciones sanitarias y de sus acciones de prevención. Se concibe a la enfermedad como un momento temporal transitorio y específico y que tendrá una resolución pronta y no costosa.

La carencia de salud, así concebida, se percibe más como si de un «accidente» se tratara que de un estado de morbilidad, pues no necesariamente se siente como limitación: Yo tengo diabetes y corro más que mis compañeros». Separados pues, del ámbito de la enfermedad desde el punto de vista médico (genérico), se hace difícil la identificación con el discurso social preventivo dirigidos a ellos (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.580).

Sin embargo, se observa que las enfermedades «sociales», definidas por ellos mismos como aquellas de nueva aparición y muy asociadas a la perspectiva



psicológica, enfermedad mental disociada del área de lo médico y unida al espacio de lo individual personal, ocupan un espacio central de su discurso, ya que suscitan miedo y peligro que proviene por un lado, de la dificultad que los jóvenes, sea cual fuere su edad y extracción social, tienen para concretar su causa o procedencia: No es lo mismo tener un brazo roto que estar muy mal y no saber por qué. Y por otro, de que la perspectiva psicológica cobra para el joven mucha importancia en su concepción de salud, por la influencia que ejerce el necesario equilibrio de la mente para el bienestar: Una depresión puede causarte incluso problemas físicos (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.581).

Teniendo en consideración lo anterior, hay que remarcar que la perspectiva de salud de un adolescente es individual, es el problema que le podría pasar a él, y no grupal. *“Y es, tan sólo desde dicha perspectiva dónde el joven pregunta al discurso social, donde éste se muestra insuficiente y, por lo tanto, donde adquiere sentido la información a recibir”* (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.581).

El consumo de drogas y alcohol en los adolescentes (jóvenes a partir de los 16 años) y las relaciones sexuales, uso de preservativos, entre las más jovencitas (chicas de 14 a 15 años) aparece vinculado en este espacio discursivo y por tanto, atrapan la perspectiva individual que lo fundamenta (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.581).

A nivel de variables que aparecen condicionando la percepción de la salud y sus prácticas pueden nombrarse a la edad y la clase social. Con respecto a la edad, en los adolescentes de 14 a 17 años existe una acción moral que se identifica con cierto nivel de culpabilidad en el binomio salud/enfermedad (“no hice nada para que me pase algo”) reforzando la creencia de inmunidad, mientras que los adolescentes mayores de 17 años ponen el énfasis en la salud como un estado de equilibrio entre el cuerpo y la mente.

Y la clase social condiciona según el estatus social la percepción de salud del adolescente.

Mientras que en los niveles más bajos poseen un nivel muy precario de información (Yo no sé lo que es el VIH) y trasladando la responsabilidad tanto de la enfermedad cuanto de la información al propio sistema social (Ellos tienen

que informarnos más), en los estatus más altos, con mayor nivel de información, cobran mayor peso agentes definidos socialmente y cercanos al círculo de los individuos. En este sentido se destaca el papel de la familia como muy importante tanto en la creación de hábitos (formativos) cuanto de dispositivo de información (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.582).

Con respecto a las intervenciones, las mismas toman sentido a partir de lo individual en cada adolescente.

Las intervenciones en materia de Prevención y Promoción para la Salud en los jóvenes son percibidas por éstos a modo de «información generalizada» y altamente vinculada a la enfermedad desde su perspectiva física, alejándose de sus áreas de intereses inmediatos: lo personal. No obstante, se observa cómo los jóvenes delimitan claramente prácticas que favorecen o que perjudican a la salud. Entre las favorecedoras se señalan: la dieta en la alimentación, hacer ejercicio, la higiene personal, el estado anímico (vivir feliz), las relaciones interpersonales (familia y amigos). Entre las perjudiciales destacan: fumar, beber alcohol en exceso, las drogas per se y el estrés. Si las primeras son consecuencia del hábito cotidiano (constancia), las segundas señalan el exceso y la dependencia como una de sus características fundamentales (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.582).

Existe, en este sentido, un reconocimiento explícito de los jóvenes en materia de intervención para la prevención y promoción en materia de salud que se valora positivamente en la medida que se les atribuyen papel informativo fundamental; entre las intervenciones más destacadas figuran las siguientes: Entre los de menor edad: **las charlas en los centros educativos** (con personal no docente con el fin de lograr el máximo de desinhibición en las preguntas que susciten), **los folletos informativos** (es necesario el uso de lenguaje cercano, incluso jerga juvenil para su comprensión (Qué es el coitus interruptus, la marcha atrás), así mismo se demanda su distribución en los centros educativos para fomentar la lectura entre grupos de iguales. En el grupo de los mayores: **Teléfono gratuito informativo** (permite la solución anónima de problemas, muy relevante en el grupo de los más mayores) **Los Concursos temáticos y talleres** (muy valorado entre 14 y 18 años) y **Campañas televisivas** (dispositivo divulgativo masivo y vehículo para dar a conocer programas y acciones existentes) (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.582).

Las valoraciones de uno u otro signo responden a los siguientes parámetros de valoración: **Lenguaje**: cercano/lejano. **Tono**: se valora muy positivo el tono coloquial y divertido, por ejemplo: «póntelo, pónselo», campaña antidrogas, gráfica, por oposición al autoritario «Sal sin ellos». Las **situaciones cotidianas**: Campaña antidrogas, haciendo el ridículo es altamente valorada en tanto que reconocible por todos los jóvenes como habitual. **Mensaje**: el valor se produce en la identificación con un sujeto libre, no se generaliza ni culpabiliza, valorado muy positivamente por el uso del condicional, versus «sal sin ellos» valorado muy negativamente ya que culpabiliza la ingesta de alcohol en general. **Claridad del mensaje** (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.582).

De lo anterior se desprende que la información es lo relevante para los adolescentes, y en tal sentido esto no es suficiente. “Ahora bien, no se debe perder la perspectiva informativa en tanto que posee un gran potencial como dispositivo de apertura a preguntas que bien por vergüenza o por ignorancia el joven no se plantea o elude” (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.582).

Ningún modelo informativo resultará eficaz si no se generan de forma paralela mecanismos de integración que transformen la acumulación de informaciones aisladas, parciales, bien por las temáticas que tratan, bien porque son suscritas por diferentes Instituciones tanto Públicas como Privadas en conocimiento y aprendizaje; es decir, en formación (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.582).

Es decir, cualquier modelo de intervención debe considerar y potenciar al máximo la involucración personal del joven que tan sólo se puede conseguir en la incardinación de los agentes mencionados. Para ello sería pertinente diseñar modelos o comunicaciones dirigidos a los padres, una mayor implicación del profesorado en lo referente a intervenciones directas en los Centros. Las acciones informativas y formativas deben responder a tres demandas de los jóvenes: Coherencia (correlación entre temática e Institución a la vez que unicidad de mensajes). Constancia (mayor frecuencia de actividades y periodicidad predeterminada de las mismas). Extensión (cobertura masiva e inclusión de todas las escuelas y colegios) Considerando estas dos perspectivas de actuación (involucración del joven e información para el joven), creemos más adecuado «re-significar» el término prevención con términos

cercanos a los de mantener, mejorar o recuperar (en los casos puntuales) la salud para así connotar la idea de bienestar físico y psíquico (Portero López, Cine Lima & Mathieu, 2002 p.583).

### **Bibliografía:**

- Portero López, P.; Cine Lima, R.; & Mathieu, G. (2002). **La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud**. *Revista Española de Salud Pública*. 76, pp.577-584.

## CONDUCTAS DE RIESGO.

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>44</sup>.**

La etapa denominada adolescencia es parte del ciclo vital del desarrollo de la personalidad, y comprende cambios en diferentes esferas (biológicos, psicológicos, sociales y culturales). Si estos cambios son percibidos como repentinos generan ansiedad, y si estos son lentos se viven como angustia.

Rosabal García, Romero Muñoz, Gaquin Ramírez & Hernández Mérida (2015) establecen que la adolescencia es un periodo en donde el riesgo o comportamientos tendientes a tal están patentes y son características. Las mismas se muestran como acciones negativas de parte de los individuos o grupos que llevan a consecuencias negativas o nocivas.

En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que se destacan la "sensación de invulnerabilidad" o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los coetáneos con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares) (Rosabal García, Romero Muñoz, Gaquin Ramírez & Hernández Mérida, 2015 p. 2).

Las conductas anteriores se enmarcan en la subestimación o evaluación sesgada de los riesgos que hacen los adolescentes.

Será más probable cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos mismos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños pocos significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias

---

<sup>44</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables (Rosabal García, Romero Muñoz, Gaquin Ramírez & Hernández Mérida, 2015 p. 3).

En base a la evidencia reciente en neurociencia, Steimberg propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados "circuitos de recompensa" estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen conductas de riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo se conocen los riesgos y posibles consecuencias dañinas y se involucren igualmente en dichas conductas (Rosabal García, Romero Muñoz, Gaquin Ramírez & Hernández Mérida, 2015 p. 3).

Las principales conductas de riesgos están estimadas en las siguientes acciones: inadecuada alimentación y actividad física, actividad sexual precoz que tenga como consecuencia el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual, uso y abuso de sustancias y conductas que generen agresión o violencia hacia sí mismo u otros.

El problema principal para este grupo poblacional son las prácticas, comportamientos y conductas de riesgo, que ocasionan morbilidad crítica, discapacidades y defunciones inmediatas; o como el caso del tabaquismo y el alcoholismo, conforman estilos de vida que condicionan enfermedades y muerte temprana en los adultos (Rosabal García, Romero Muñoz, Gaquin Ramírez & Hernández Mérida, 2015 p. 4).

Hay algunos autores que entienden que las conductas de riesgo cumplen un papel positivo muy importante en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta, en la medida que pueden ser funcionales para lograr la autonomía de los padres, permitir cuestionar normas y valores vigentes, aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración, poder anticipar experiencias de fracasos, lograr la estructuración del ser, afirmar y consolidar el proceso de maduración (p.6).

Las conductas de riesgo no serían totalmente negativas. Lo que sería necesario discriminar es cuándo una conducta de riesgo pone al adolescente en situación de riesgo: cuando esa conducta lo lleva a poner en riesgo su salud

o su vida y cuando sus comportamientos afectan la integridad o ponen en juego la vida de los otros (p.6).

Todas estas conductas deben enmarcarse no solo en las particularidades de cada persona sino también en las cualidades regionales y culturales. El desconocimiento sobre estos temas constituye una de las causas fundamentales que conllevan a conductas de riesgos en los adolescentes, por lo que debe ser estudiado e implementarse políticas y programas de prevención para disminuir estos comportamientos y sus consecuencias.

### **Bibliografía:**

- Rosabal García, E.; Romero Muñoz, N.; Gaquin Ramírez, K.: & Hernández Mérida, R.A. (2015). **Conductas de riesgos en los adolescentes**. *Revista Cubana de Med Mil.* 44 (2) pp.1-12.

## **PROCESOS DE COMUNICACIÓN BASADOS EN LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.**

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>45</sup>.**

El uso de las tecnologías como son Internet, teléfonos móviles y videos juegos han puesto de relieve nuevas formas de modelar el proceso de socialización, comportamientos y hasta de las actitudes en particular en los adolescentes. Estos cambios también involucran a las ciencias de la salud (Saldaña, 2001 en Castellana Rosell, et.al., 2007). Si bien estas tecnologías fueron creadas para la comunicación, también promueven conductas de control de la voluntad y facilita conductas de adicción.

La adolescencia como etapa del desarrollo se encuentra afectada por las consecuencias de las TIC, en particular por la presencia en los entornos, la modelación de conducta y la presencia en sus vidas cotidianas. Estas tecnologías son utilizadas para relacionarse, comunicarse, aprender, generarse la curiosidad y satisfacer el ocio. Promueven una satisfacción inmediata y la posibilidad de huir de los problemas reales que pudieran tener.

No se debe olvidar que la necesidad del adolescente para acceder a la comunicación e información (actualmente elevada, heterogénea y cambiante) y el hecho de que siempre son usuarios inexpertos, aumenta la vulnerabilidad de este colectivo (Castellana Rosell, et.al., 2007 p.198).

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace destacable poner el enfoque en el uso que hacen los adolescentes del recurso de las TIC y en especial de Internet. Los principales motivos que tienen los adolescentes para conectarse son la posibilidad de contactarse con sus grupos de pares (amigos y compañeros) y también poder expresarse sobre temas que no se animarían a hablarlos cara a cara con los demás.

El efecto desinhibidor del anonimato y la ausencia de contacto visual le permite expresar alguna necesidad o emoción desagradable o, en otras ocasiones, ser honesto, abierto y expresar emociones sobre asuntos personales que no

---

<sup>45</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.



podrían ser fácilmente discutidos frente a frente (King, 1996). El adolescente se encuentra en un mundo diferente, sin las limitaciones del mundo “real”, un lugar donde se oculta la vergüenza y surgen las intimidades de su mundo interno (Fiel, 2001 en Castellana Rosell, et.al., 2007 p.198).

Así mismo, en estas edades el atractivo de Internet aumenta porque incluye la relación virtual con amigos y desconocidos y porque la ausencia de elementos de la comunicación no verbal facilita la interacción y posibilita enmascarar la identidad personal, hecho que puede provocar la vivencia de una experiencia placentera y de excitación aliviando el aburrimiento, la tensión, la depresión y la ansiedad (Fiel, 2001); también permite la correspondencia con los iguales las veinticuatro horas, contactar con personas que de otra forma no habría conocido, mantener el contacto con amigos al mínimo coste y ser tenido en cuenta (Castellana, Sánchez-Carbonell, Beranuy & Graner, 2006 en Castellana Rosell, et.al., 2007 p.198).

Estas conductas también pueden observarse en los adolescentes cuando el destinatario de análisis es el uso de la telefonía celular, en donde hay una gran inversión de tiempo y recursos económicos. *“Para esta generación, los teléfonos móviles son objetos que siempre han existido, hecho que les convierte en expertos para poder elegir el medio, lugar y el momento en que hace falta utilizar el móvil”* (Castellana Rosell, et.al., 2007 p.199).

Mientras los más jóvenes ven el móvil como consola de juegos y adoptan, ante él, una actitud lúdica (Oksman y Rautiainen, 2002), los mayores utilizan el móvil para organizarse y coordinarse (O’Keefe y Sulanowski, 1995). Todos los usos provocan unos gastos importantes que asumen, en parte o totalmente, los padres (Castellana Rosell, et.al., 2007 p.199).

Los adolescentes le atribuyen sentidos al uso de la telefonía celular. Por un lado, ellos perciben este objeto como cotidiano y natural en sus vidas, utilizándolo como modo de organizarse en sus actividades. También se lo utiliza para construir un vínculo social y para definir el espacio que ocupara cada uno en las relaciones sociales.

El teléfono celular es parte del actual proceso de socialización de los adolescentes ya que permite definir aspectos de la identidad individual (en base a personalizar varios motivos del teléfono celular como son el tono, los

colores, por ejemplo). También permite una socialización grupal, al crear una comunicación particular con los pares.

El móvil se utiliza predominantemente para establecer contactos a corta distancia. Así mismo, el móvil actúa de barrera de seguridad frente a los padres desde el momento en que estos no pueden acceder a su teléfono personal (Lorente, 2002). Paralelamente, hay dos razones por las cuales los padres comprarían un móvil a sus hijos, la primera es la necesidad de control y la segunda asegurar una unión con ellos (Kamibeppu y Siugiura, 2005) (en Castellana Rosell, et.al., 2007 p.200).

Según lo expresado por Sánchez –Carbonell (en prensa):

Las razones por las cuales el móvil es tan atractivo para el adolescente son variadas: a) tipología de la comunicación que permite el contacto continuo e inmediato con la red de relaciones sociales y expandirla, b) tiempo y privacidad porque el móvil es atemporal, este hecho permite conectarse con rapidez a cualquier hora del día o de la noche, así como “escapar” del control paterno; c) identidad personal ya que el grado de personalización que permite el móvil facilita el proceso de adquisición de la identidad personal; d) socialización en tanto que el móvil fomenta el proceso de emancipación de los padres y entre los adolescentes es un símbolo de estatus social; e) instrumentalidad referida al uso del aparato como despertador, reloj de bolsillo, grabadora, agenda, plataforma de juegos o radio (p.200).

Todo ello tiene influencia en los estilos de comunicación y podría ayudar a explicar por qué con el tiempo los usuarios más jóvenes que hablan mucho por el teléfono celular no saben qué decir cuando se encuentran cara a cara (Criado, 2005 en Castellana Rosell, et.al., 2007). Así mismo ayuda a comprender las dificultades que se observan en los adolescentes cuando han de conversar cara a cara y poner palabras en lo que sienten y piensan (Castellana, 2005).

### **Bibliografía:**

- Castellana Rosell, M.; Sánchez-Carbonell, X.; Graner Jornada, C.; & Beranuy Fargues, M. (2007). **El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: internet, móvil y video juegos.** *Papeles del Psicólogo* vol.28 (3) pp.196-204.

## USO DE LA VIRTUALIDAD

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>46</sup>.**

Baubeau de Secondigné & Colicchio (2005) indican que la cultura actual le ofrece al adolescente un contexto tecnológico y que tiene su mayor repercusión en las relaciones sociales que se entablan o podrían generar. En tal sentido. El impacto de la tecnología y la virtualidad en la vida de las personas y los adolescentes en particular es el motor de cambios afectando las actividades y la forma de pensar. *“Modifica la conciencia que las personas tienen de sí mismas, de los demás y de su relación con el mundo”* (21).

Sherry Turkle habla de la “computadora subjetiva” y dice que esta es la máquina como factor que se incorpora a la vida social y al desarrollo psicológico, en cuanto afecta nuestra manera de pensar, en particular nuestra manera de pensar sobre nosotros mismos (Baubeau de Secondigné & Colicchio, 2005 p.21).

La tecnología virtual está modelando una nueva generación de personas. Desde una visión psicológica distingue tres etapas en la relación a los niños con la computadora:

- a) Etapa metafísica, cuando los chicos más chicos se encuentran con la computadora, les interesa saber si las máquinas piensan, si sienten, si están vivas;
- b) Etapa de dominio, corresponde a los chicos de entre 7 y 9 años cuyo interés fundamental se centra en lo que pueden hacer con las computadoras. Esta etapa está dominada por la acción, no por la reflexión ya que sus intereses consisten en fabricar, hacer y dominar. Estos chicos buscan un desafío que enfrentar como puede ser, vencer un juego, producir efectos visuales; y

---

<sup>46</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

- c) Etapa de reflexión, con la adolescencia la experiencia se centra en torno a la cuestión de la identidad y la reflexión está dirigida ya no hacia la máquina sino hacia uno mismo (p.22).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede estimar que el uso de la virtualidad y de la computadora genera como consecuencia que se tenga la creencia de ejercer el control absoluto y de la construcción de un mundo privado exento de la intromisión externa. Las personas generan significados y propósitos con su interacción con lo virtual que no están presentes a veces en las interacciones reales de la vida cotidiana.

Muchas personas consideran a sus computadoras como una extensión de su mente y personalidad, como un espejo de sus gustos e intereses, para muchos el ciberespacio podría ser experimentado como una zona intermedia entre él mismo y el otro, que es parte de uno mismo y del otro (Baubeau de Secondigné & Colicchio, 2005 p.23).

Esto hace por ejemplo que los adolescentes tengan la sensación de que sus mentes se mezclan con los otros integrantes del espacio virtual o salen al mismo al modo de emerger cuando se nada debajo del agua.

Bajo condiciones ideales, la gente usa esto como una oportunidad de mejorar el entendimiento de sí mismos, como un camino para explorar sus identidades y como una manera de abordar o atraer a otros. Bajo condiciones menos óptimas, se usa este espacio para desahogar o manifestar fantasías y frustraciones, ansiedades y deseos (Baubeau de Secondigné & Colicchio, 2005 p.23).

Estas consecuencias están posibilitadas por las características que comprenden al espacio virtual en donde las personas, las relaciones y los grupos sobrepasan los límites de cómo y cuándo interactuar.

Algunas de las características del ciberespacio que forman fundamentalmente la experiencia del usuario en este nuevo espacio social son las siguientes:

- a) *Experiencia social limitada*. La experiencia sensorial de encontrar otros en el ciberespacio –mirándolos, escuchándolos y la

combinación de ambos- es limitada. En el ciberespacio la mayoría de la gente se comunica a través de lenguaje escrito, incluso cuando las videoconferencias se vuelvan más eficientes y fáciles de usar, la gente nunca podrá interactuar físicamente con otro, no habrá estrechamiento de manos, palmadas en el hombro, abrazos, besos.

- b) *Identidad, Flexibilidad y Anonimato*. La falta de interacción física cara a cara tiene un curioso impacto en cómo la gente presenta sus identidades en el ciberespacio. En la comunicación solo con texto se tiene la oportunidad de ser uno mismo, expresar sólo partes de la identidad, asumir identidades imaginarias o permanecer completamente anónimo, dándose cualquier nombre que deseen. El mundo multimedia también ofrece la oportunidad para expresarse a través de trajes virtuales conocidos como avatares.

El anonimato tiene un efecto desinhibidor que permite a los usuarios ser honestos y abiertos acerca de asuntos personales que no podrían ser fácilmente discutidos cara a cara.

- c) *Status Igualado*. Todos, sin tomar en cuenta status, riqueza, raza, género, etc., tienen igual oportunidad de comunicación en el ciberespacio. Algunas personas llaman a esto la “Democracia Net”. Si bien, el status de uno en el mundo real finalmente tendrá algún impacto en la vida en el ciberespacio, hay algo de verdad en esta democracia en la red. Lo que realmente determina la influencia en otro u otros son las habilidades para comunicar (incluyendo las habilidades para escribir), la persistencia, la calidad de ideas, y algunas veces técnicas para saber cómo hacerlo.
- d) *Trascendiendo los Límites Espaciales*. Las distancias geográficas hacen poca diferencia en quién puede comunicarse con quién. La irrelevancia en la geografía tiene pocas implicancias para gente con intereses o necesidades únicas, en la vida real ellos muchas veces no encuentran con tanta facilidad alguien cerca con quien compartir estos intereses y necesidades. Para foros, grupos de apoyo, devotos a ayudar gente con problemas, esta puede ser una característica

ventajosa del ciberespacio. Para gente con motivaciones antisociales esta es una característica muy desventajosa.

- e) *Tiempo Extendido y Condensado*. La comunicación sincronizada envuelve a las personas sentadas en sus computadoras al mismo tiempo (tiempo real). Los salones de chat son un ejemplo de esto. Por otro lado, los correos electrónicos y los grupos de noticias involucran comunicación asincrónica que no requiere gente interactuando al mismo tiempo. En ambos tipos de comunicación asincrónica y sincrónica, con la excepción de la videoconferencia y el teléfono en red, hay un lapso de tiempo. Es decir, durante el chat se tiene de unos segundos a minutos o más para responder a la persona (un significativo retraso que no se da en persona). En el correo electrónico y en los grupos de noticias o foros, pueden pasar horas, días e incluso semanas para responder. El ciberespacio crea un único espacio temporal donde el estar como tiempo interactivo se extiende. Esto provee una conveniente “Zona de reflexión” en la que, comparada a la interacción cara a cara, se tiene un significativo tiempo mayor para meditar cosas y componer una respuesta. Los usuarios experimentados del correo electrónico aprecian las ventajas de este lapso de tiempo e incluso llegan a entender que otros usuarios tienen su propio ritmo de escribir por mail.

A su vez, el tiempo en el ciberespacio es condensado. Aquellos miembros de una comunidad en línea que están hace muchos meses, son considerados “Viejos”. Los ambientes de Internet cambian rápidamente porque es más fácil escribir y reescribir infraestructuras de software de lo que es construir con ladrillos, madera y acero.

Este sentido subjetivo del tiempo está vinculado a la tasa de cambio en el mundo en el cual vivimos. En el contexto de vistas, sonidos y gente cambiando alrededor de uno tan rápidamente en el ciberespacio la experiencia de tiempo parece acelerarse.

- f) *Acceso a Numerosas Relaciones*. Con relativa facilidad una persona puede conectarse con gente de cualquier parte del mundo y

comunicarse con cientos e incluso miles de personas. Poniendo un mensaje en un foro, los usuarios pueden atraer gente que comparta sus intereses. Usando un motor de búsqueda se puede seleccionar entre millones de páginas para centrar la atención de personas o grupos.

En Internet el usuario puede escoger contactar solo a algunas personas y no a otras. La posibilidad de escudriñar a través de muchas posibilidades en línea para ampliar las relaciones es un interesante fenómeno interpersonal. Un usuario actuará en función de elecciones y preferencias conscientes e inconscientes en la selección de amigos, amantes y enemigos. Los mecanismos inconscientes de filtrado tienen su propia y casi infinita muestra de alternativas en la línea para elegir.

- g) *Grabaciones Permanentes*. La mayoría de las actividades en línea, incluyendo el correo electrónico y las sesiones de chat, pueden ser grabadas y salvadas en un archivo de la computadora. Al leer un mensaje de texto, hay una gran tendencia a proyectar las propias expectativas, deseos, ansiedades y miedos en lo que la persona escribió por lo que la grabación de dichas conversaciones en texto muchas veces puede ayudar a resolver malos entendidos. A diferencia de las interacciones en el mundo real, el usuario en el ciberespacio puede guardar una grabación permanente de qué fue lo que se dijo, a quién y cuándo. Estas interacciones son puro documento, es más, las relaciones pueden ser grabadas en su totalidad. Estas grabaciones pueden ser usadas de muchas maneras por el usuario.
- h) *Estados Alterados y Oníricos*. El estar sentado tranquilamente frente al monitor de la computadora puede transformarse en una experiencia de estado alterado de conciencia. Mientras se está leyendo un texto o un correo electrónico, hablando en salones de Chat, algunas personas experimentan la fusión de su mente con la de otros. En los mundos imaginarios de la multimedia la experiencia se vuelve surrealista. Esto se asemeja a un estado de conciencia

similar al sueño. Estos estados alterados de conciencia y de sueño podrían explicar el por qué esto es tan atractivo para la gente y algunas formas de ciberadicción.

- i) *Experiencias de Agujero Negro.* Se espera que las computadoras e Internet interactúen con nosotros. Pero no importa cuán compleja y sofisticada sean las compañías electrónicas, siempre habrá momentos en que ellas fallan, habrá momentos cuando ellas no nos den nada, siquiera un mensaje de error. La frustración y el enojo que se experimentan en reacción a estas fallas, reflejan la relación con las computadoras e Internet: algunas veces de dependencia a ellas y muchas otras de necesidad de controlarlas. La falta de respuesta también abre la puerta para proyectar todo tipo de preocupaciones y ansiedades. Esta experiencia es denominada como el agujero negro en el ciberespacio.
- j) *Relaciones y Romances en el Ciberespacio.* El ciberespacio se ha convertido en la nueva frontera de las relaciones sociales. Las personas están haciendo amigos, colegas, amantes y hasta enemigos en la red. Alguna gente manifiesta que las relaciones en Internet no son reales, al menos, no como las del mundo real. La socialización en el ciberespacio es, para muchos, sólo una rareza cultural, una novedad, una fase que pasará. En cambio, muchos críticos dicen que esto no puede compararse a las relaciones reales, y si algunas personas prefieren comunicarse con otros vía alambres y circuitos, deben, por alguna circunstancia personal, temer al desafío de la intimidad en las relaciones personales.

La gente es atraída por los ciber-romances ya sea porque ellos no tengan una “real” relación sentimental o haya algo faltante en sus relaciones amorosas. Algunas personas creen que hay un encuentro directo de mentes, corazón e incluso alma de la otra persona, cuando ellos no son distraídos o engañados por la apariencia física de la persona. La apariencia física es una dimensión muy importante de comunicación e intimidad, esto conlleva a que la mayoría de la gente que se enamora por Internet luego sienta la necesidad de conocer a la



otra persona para satisfacer y desarrollar la relación. Para estas personas Internet fue simplemente un medio de conocerse. El contacto físico es una necesidad humana básica, un elemento básico de la intimidad. No se puede mantener un amor en Internet.

Hay personas que no quieren conocerse cara a cara. De esto podríamos inferir que estas personas prefieren vivir con la fantasía que han creado (conciente o inconscientemente) acerca del ciber-amante. La pareja podría estar colaborando en la creación de una satisfacción mutua que los retrata de manera diferente a como ellos son en realidad. Ellos podrían no querer conocerse ante el temor de destruir la fantasía ante los hechos de la realidad.

Mucha gente se permite la lujuria de las fantasías a través de libros o películas. El ciber-novio es otro tipo de escape de la realidad, solo que es más interactivo y por eso mucho más excitante que los métodos usuales (pp. 23-28).

#### **Bibliografía:**

- Baubeau de Secondigné, M.V.; & Colicchio, E. (2005). **Los adolescentes y la tecnología**. Pontificia Universidad Católica Argentina. "Santa María de los Buenos Aires" .Facultad de Filosofía y Letras Departamento de Psicología.

## CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL ADULTO

**AUTORA: Psic. Natalia Verónica Lifchiz<sup>47</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la obra de Grace J Craig, Don Baucum<sup>48</sup>, sobre las características del desarrollo físico, psicológico y cognoscitivo de la juventud.

### **JUVENTUD: DESARROLLOS FISICO Y COGNOSCITIVO**

El desarrollo es un continuo que se da durante toda la vida. Si bien algunos teóricos sostienen que en la adultez hay etapas bien definidas del desarrollo, los procesos que ocurren en la vida adulta se distinguen de los de la niñez y la adolescencia. Los cambios en el pensamiento del adulto, en su personalidad y en su comportamiento se deben menos a la edad cronológica o a cambios biológicos específicos y más a factores personales, sociales y culturales. Los influjos sociales y las exigencias culturales en la juventud apoyan, amplían o alteran los patrones conductuales fincados en el periodo de la adolescencia.

El rasgo distintivo de la madurez es la creciente capacidad de reaccionar al cambio y adaptarse a las nuevas circunstancias. La resolución positiva de las contradicciones y dificultades constituye el fundamento de la actividad madura de un adulto (Datan & Ginsberg, 1975). Los caminos se bifurcan en esta etapa y, por tanto, los adultos presentan menos aspectos comunes que los niños.

No obstante, se observan algunos aspectos comunes en el desarrollo del adulto. Existen hitos sociales definidos por los que hay que atravesar; por ejemplo, los roles y las relaciones que forman parte de los ciclos de la familia y de la carrera. Los desarrollos social y emocional coexisten con los cambios físicos graduales que se dan en este periodo, lo mismo que con el conjunto creciente de conocimientos, habilidades y experiencias.

---

<sup>47</sup> Profesora Asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>48</sup> DESARROLLO PSICOLÓGICO NOVENA EDICIÓN Grace J. Craig University of Massachusetts con la colaboración de Don Baucum University of Alabama, Birmingham

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

## **TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DEL ADULTO**

Dividimos el periodo adulto en juventud o adultez temprana (los 20 y los 30 años de edad), madurez (los 40 y los 50) y vejez (de los 60 o 65 en adelante). ¿Cómo podemos clasificar y estudiar el desarrollo del adulto si gran parte de éste se basa en la conducta y el juicio individual?

### **Relojes biológicos y normas sociales**

Entonces: Reloj biológico es la forma de sincronización interna con que se mide el desarrollo del adulto; medio por el que sabemos si estamos progresando muy rápida o lentamente en relación con los sucesos sociales más importantes que ocurren durante la adultez. Gracias a los relojes biológicos, sabemos cuándo deben ocurrir ciertos hechos en nuestra vida. Si bien el origen de estos límites en ocasiones es biológico o psicológico, la mayoría de las veces es social. A pesar de que en la actualidad el reloj biológico son más flexible que antes.

Tres componentes de la edad Es importante no olvidar que la edad cronológica (años de vida) de un adulto significa poco en sí. Una forma más adecuada de ver las cosas es la edad biológica en interacción con la edad social y la edad psicológica (Birren & Cunningham, 1985). La edad biológica, o sea la posición que ocupamos en el ciclo vital, es decir, años de vida, varía enormemente de un individuo a otro. Edad biológica posición de la persona en relación con su esperanza de vida. la edad social es la relación que guarda el estatus actual de un individuo con las normas culturales:

la edad psicológica indica el nivel de adaptación a exigencias sociales y ambientales de otra índole. Abarca aspectos como inteligencia, capacidad de aprendizaje y habilidades motoras, lo mismo que dimensiones subjetivas como sentimientos, actitudes y motivos. ¿Qué es la madurez? Aunque las edades biológica, social y psicológica se combinan para producir la madurez, hay ciertos rasgos psicológicos que son sus elementos primarios. Éstos pueden variar según la cultura, pero incluyen la independencia y autonomía física y

social; la capacidad para tomar decisiones independientes; y algo de estabilidad, sabiduría, confiabilidad, integridad y compasión.

Diferentes investigadores incorporan diversas características en la mezcla y cada cultura impone sus propias exigencias, de modo que no existe una definición universal de la madurez.

### **Paradigmas o métodos contextuales.**

Un paradigma es un modelo o esquema hipotético o, más simplemente, una forma sistemática de observar las cosas. Los paradigmas contextuales del desarrollo humano se proponen describir y organizar los efectos de varias clases de factores que influyen en el desarrollo, es decir, que muchos factores ambientales, sociales, psicológicos e históricos interactúan y determinan el desarrollo. El término contexto se emplea aquí como en otros pasajes hablamos del contexto ambiental, el social, el psicológico y el histórico, cada uno de los cuales influye en el desarrollo en interacción con los demás:

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

### **Desarrollo físico en la juventud**

Casi todos los aspectos del desarrollo físico alcanzan su nivel máximo en la juventud.

Fuerza y resistencia, así en la juventud, entre los 20 y los 30 años, la mayoría de las personas disfrutan plenamente la vitalidad, la fuerza y la resistencia en comparación con las personas de otras edades.

El funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, la fuerza, las habilidades motoras y la coordinación sensoriomotora alcanzan su nivel máximo entre los 25 y los 30 años; después empiezan a menguar paulatinamente. Sin embargo, no todos los sistemas están en su nivel máximo entre los 25 y los 30 años. Por ejemplo, la agudeza visual comienza una

reducción muy lenta a partir de los 20 años y después de los 40 se acelera mucho (Meisami, 1994).

**Salud y condición física** En general, la juventud es un periodo de buena salud sobre todo en las personas que siguen una dieta adecuada, hacen ejercicio regularmente, no fuman ni consumen drogas, ingieren alcohol en cantidades moderadas o no lo toman en absoluto. Los hábitos de salud y ejercicio que se cultivan durante la juventud suelen continuarse durante toda la adultez, por lo tanto, es muy importante adquirir hábitos sanos en la juventud. En las últimas décadas, el ejercicio y la dieta han mejorado tanto la condición física que los adultos mayores pueden alcanzar en la actualidad niveles más elevados de desempeño que los adultos de hace 100 años.

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

**Sexo y sexualidad.** Las tendencias en la conducta sexual del adulto han cambiado de manera considerable con el paso del tiempo. **Respuesta sexual.** El patrón dominante de la intimidad sexual entre hombre y mujer en la década de 1990 parece ser una mayor comunicación y satisfacción mutua. Pese a ello, un resultado frecuente de los estudios dedicados a las conductas y a las actitudes sexuales es una notable diferencia en los patrones de satisfacción de

varones y mujeres. A pesar de la fascinación por el orgasmo y de la idea común de que los orgasmos frecuentes son indispensables para una vida sexual feliz, no siempre se da una relación estrecha entre tener orgasmo y una vida sexual satisfactoria” (Michael y otros, 1994). Además, como cabe suponer, la frecuencia más elevada de actividad sexual corresponde a las personas de 20 a 30 años y de 30 a 40, independientemente del estado marital.

### **Principales enfermedades de transmisión sexual**

- HIV/SIDA: es la causa principal de muerte en hombres de 25 a 44 años.
- Tracoma por clamidia: Principal causa de infecciones de las vías urinarias en el hombre, también causante de cerca de la mitad de los casos registrados de infección testicular. En la mujer, la clamidia puede ocasionar inflamación del cuello uterino y de las trompas de Falopio.
- Uretritis no gonocócica: Inflamación de las vías urinarias transmitidas por contacto sexual que cada año afecta a 2.5 millones de estadounidenses. Puede ser provocada por diversos organismos.
- Gonorrea: Esta enfermedad puede causar esterilidad y otros problemas crónicos si no se trata o si se trata ya en una etapa avanzada.
- Sífilis: Si no se trata, puede causar serios problemas de salud, como esterilidad e incluso la muerte.
- Herpes: Grupo de virus que incluye al herpes simple, los tipos I y II; Aunque no hay cura, se cuenta con tratamientos que atenúan la gravedad de sus brotes.

### **Continuidad y cambios cognoscitivos**

Al mismo tiempo que el cuerpo empieza a alcanzar su nivel óptimo de funcionamiento, lo mismo ocurre con la actividad cognoscitiva. Pero aunque las etapas del desarrollo cognoscitivo son relativamente claras en la niñez y la adolescencia, no sucede lo mismo durante la adultez. El análisis del desarrollo cognoscitivo exige evaluar las diversas aproximaciones teóricas que estudian algunos aspectos específicos de la evolución del funcionamiento intelectual del adulto.

¿Crecimiento o deterioro cognoscitivo? Una consecuencia evidente del aprendizaje, la memoria, la solución de problemas y otros procesos cognoscitivos que utilizamos con el paso de los años es que acumulamos una

base más extensa de datos; conocemos mejor nuestra personalidad, así como el mundo físico y social que nos rodea. Pero los cambios se dan en lo que llamamos inteligencia, capacidad cognoscitiva o competencia intelectual., por eso nos preguntamos, ¿continúa el desarrollo cognoscitivo después de la adolescencia?

Algunas habilidades cognoscitivas alcanzan su nivel máximo en los últimos años de la adolescencia y en los 20 y 25 años: desempeño relacionado con la rapidez, la memoria mecánica, la manipulación de matrices y de otros patrones. Esta tendencia puede tener un origen biológico o deberse a que muchos jóvenes que son estudiantes de tiempo completo las practican, las perfeccionan y utilizan a diario, las habilidades que se ejercitan con frecuencia se conservan mejor.

### **Etapas del pensamiento en el periodo universitario**

¿Hay etapas del desarrollo cognoscitivo después de la adolescencia y del dominio del pensamiento operacional formal? ¿Hay diferencias cualitativas entre cómo concibe el mundo un adulto y la forma en que lo hace un adolescente?

En 1970, William Perry realizó un estudio clásico que arroja luz sobre estas preguntas. Se concentró en el cambio de los procesos de pensamiento de 140 estudiantes de Harvard y de Radcliffe durante los cuatro años dedicados a la universidad. Los resultados aportaron pruebas que sustentan la existencia de etapas del desarrollo cognoscitivo. Por consiguiente, los estudiantes pasaban de un dualismo radical (por ejemplo, verdad contra falsedad) a la tolerancia de muchos puntos de vista antagónicos (relativismo conceptual) y a ideas y convicciones es cogidas con libertad. Para Perry este aspecto del desarrollo intelectual caracteriza a los jóvenes.

Klaus Riegel (1975, 1984) destaca la comprensión de las contradicciones como una conquista importante de esta etapa y propone una quinta etapa que llama pensamiento dialéctico. En ésta, el individuo examina y reflexiona; después, trata de integrar ideas y observaciones contrarias o antagónicas. Un aspecto muy importante del pensamiento dialéctico es la integración de lo ideal y lo real. De acuerdo con Riegel, es lo que constituye el punto fuerte de la

mente adulta. En relación pensamiento dialéctico es un pensamiento que trata de integrar ideas u observaciones contrarias o antagónicas con los paradigmas contextuales Riegel señala, así mismo, que el proceso es permanente y dinámico, nunca estático.

Gisela Labouvie Vief (1984) señala, por su parte, que la madurez cognoscitiva del adulto se caracteriza por el “compromiso y la responsabilidad”, En su opinión, el curso del desarrollo cognoscitivo debe incluir la evolución de la lógica, como la describe Piaget, y la evolución de la autorregulación desde la niñez hasta la vida adulta. La investigadora reconoce la posibilidad de que la lógica llegue a su etapa final en la adolescencia cuando se consolida el pensamiento operacional formal. Su madurez cognoscitiva se caracteriza por la adquisición de habilidades para tomar decisiones de manera independiente (Labouvie-Vief, 1987).

### **Estadios y tareas del desarrollo del adulto**

Para Havighurst, la adultez es una serie de periodos en los que hay que realizar algunas tareas del desarrollo. En la juventud, las tareas suponen sobre todo la formación de una familia y afianzarse en el ejercicio de una profesión. En la madurez se concentran en conservar lo que se logró en años anteriores y en ajustarse a los cambios físicos y familiares. En los años subsecuentes deben hacerse otros ajustes.

Tareas del desarrollo propuestas por Erikson: “La teoría de Erikson propone ocho etapas (o crisis) psicosociales y que cada una se basa en la anterior. El desarrollo del adulto está subordinado a la forma en que haya resuelto los problemas de los periodos anteriores: dilemas de confianza y autonomía, de iniciativa y laboriosidad. Durante la adolescencia, los problemas fundamentales por resolver eran la consecución de la identidad frente a la confusión. Se trata de dilemas que persisten y quedan sentido de continuidad a las experiencias del adulto (Erikson, 1959). Los individuos definen y redefinen su personalidad, sus prioridades y su lugar en el mundo. La crisis de intimidad frente al aislamiento es el otro aspecto que caracteriza la adultez temprana. La intimidad consiste en establecer una relación estrecha, mutuamente satisfactoria, con otra persona. Representa la unión de dos identidades, sin que ninguno de los dos pierda sus cualidades propias. En cambio, el aislamiento es la incapacidad



o intento vano de lograr la reciprocidad, algunas veces por que la identidad es demasiado débil para arriesgar una unión cercana con otro. Los problemas de identidad y de intimidad se presentan durante toda la vida. Los sucesos importantes, como una muerte en la familia, pueden ocasionar crisis simultáneas de identidad e intimidad, mientras la persona lucha con la pérdida y trata de redefinirse sin la presencia de un compañero íntimo. Mudarse a una ciudad, comenzar a trabajar en un nuevo empleo y regresar a la universidad son grandes cambios que exigen ajuste psicosocial. Por tanto, la teoría de Erikson ofrece directrices para resolver cuestiones que pueden presentarse una y otra vez en la vida. Por ejemplo, una persona que se traslada a otra región del país, tal vez deba *“volver a andar el camino” para recuperar la confianza, alcanzar la autonomía y redescubrir la competencia y la laboriosidad, antes de poder sentirse adulto de nuevo* (Eric Erikson, 1963. Pág. 429).

### **Estadios en la vida del varón y de la mujer propuestos por Levinson**

“Daniel Levinson identifica tres periodos principales en el ciclo de vida del varón adulto, cada uno con una duración aproximada de 15 a 20 años. En cada periodo el individuo elabora lo que Levinson llama una estructura vital, es decir, un patrón global en que se basa la vida de una persona, la cual constituye el patrón en que se basa su vida. Levinson considera que el ciclo de vida del adulto consta de tres grandes periodos (o “eras”), cada uno con una duración aproximada de entre 15 y 20 años. En cada periodo el individuo elabora una estructura vital, o sea el patrón que regirá su existencia.

Sirve como límite entre los mundos interno y externo, y como el medio que nos permite enfrentar al mundo externo. La estructura vital se compone sobre todo de las relaciones sociales y ambientales que, entre otras cosas, incluyen lo que el individuo obtiene de las relaciones y lo que debe aportar a éstas. Las relaciones pueden ser con individuos, grupos, sistemas e, incluso, con objetos. Las relaciones en el trabajo y dentro de la familia son esenciales para la mayoría de los hombres, quienes a ciertas edades comienzan a poner en tela de juicio la estructura actual. Después, crean una nueva estructura que es compatible con sus necesidades actuales, que predomina hasta que el individuo la “supera” y reinicia el proceso. De acuerdo con Levinson, para lograr un ingreso pleno a la vida adulta, el joven habrá de dominar cuatro tareas del

desarrollo: 1) definir un “sueño” de lo que realizará como adulto, es decir 2) encontrar a un mentor, 3) forjarse una carrera y 4) establecer la intimidad (o sea, la formación de relaciones íntimas)”. (*Daniel Levinson- 1978, 1986. Pág. 430*). Asimismo, las cuatro tareas del desarrollo se manifiestan de manera diferente en hombres y mujeres, teniendo en cuenta las características particulares de cada género. En los estudios subsecuentes se incluyeron a las mujeres y se descubrió semejanzas y diferencias. La diferencia más notable se refiere a la naturaleza del “sueño”. A esto Levinson lo llama escisión de género: mientras los hombres suelen tener una visión unitaria de su futuro orientado a una carrera, las mujeres suelen tener sueños “escindidos” que con tienen varias combinaciones de carrera y de matrimonio. Hombres y mujeres difieren también en su relación con los mentores. Cuando una mujer tiene a un hombre como mentor, las relaciones entre ellos pueden deteriorarse por la atracción sexual. Las mujeres tardan mucho más en consolidar su carrera y a menudo no alcanzan el estatus totalmente adulto en el mundo del trabajo, si no hasta después de los 30 años.

### **Transformaciones propuestas por Gould**

Roger Gould (1978) adoptó un enfoque más cognoscitivo. Le interesaban las suposiciones del individuo, sus ideas, sus mitos y concepciones del mundo durante varios periodos de la adultez. En sus estudios participaron adultos de ambos sexos. Junto con sus colegas analizó las biografías de un grupo de hombres y mujeres de 16 a 60 años. Basándose en estos perfiles, describieron las visiones del mundo que caracterizan las distintas etapas de este estadio. Para Gould, el crecimiento es el proceso en el cual se abandonan ilusiones infantiles y creencias falsas y se reemplazan por seguridad en uno mismo y aceptación personal. Gould está convencido de que un sistema de obtención de significado moldea nuestra conducta y nuestras decisiones. Según Gould, el crecimiento es un proceso que consiste en desechar las ilusiones infantiles y las falsas suposiciones en favor de la seguridad en sí mismo y la aceptación personal. La conciencia plena y autónoma del adulto se logra cuando podemos encarar la injusticia y el dolor de la vida, sintiéndonos libres de examinar y desechar la futilidad y la maldad que quedan de la niñez. (Roger Gould, año 1978, Pág. 434.)

### **Juventud: desarrollo de la personalidad y socialización**

En los inicios del estudio del desarrollo adulto, Freud definió el éxito en este periodo como la capacidad de amar y trabajar. Erikson destacó la obtención de la intimidad y más tarde de la generatividad, que abarca toda clase de trabajo productivo. Paso exitoso por la adultez está estrechamente ligado al compromiso del individuo con su carrera y, casi en todos los casos, con una pareja romántica y con la familia. Abordaremos la importancia que el amor y el trabajo tienen en el desarrollo durante la juventud. Por lo que respecta al amor, la familia y los estilos personales de vida constituyen un contexto social decisivo.

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

La socialización continúa en la juventud y después; socializamos y así aprendemos nuevos roles dentro del contexto del trabajo, la vida independiente, la intimidad con otra persona, el matrimonio y la familia. ¿Sucede lo mismo con la personalidad? ¿Continuamos desarrollándonos y cambiando durante la juventud y después? En esta fase, los cambios de roles constituyen transiciones, marcan hitos y nos hacen cambiar. Vemos las cosas desde otra perspectiva; nos comportamos de modo diferente; ajustamos nuestras creencias, nuestras actitudes y valores a los roles y los contextos del momento. En eso consiste precisamente el desarrollo de la personalidad, aunque los cambios son más sutiles y menos sistemáticos que los de la niñez y de la adolescencia, Sin embargo, una personalidad *estable* por lo general no se logra si no hasta los últimos años de la juventud o al inicio de la madurez. Pero ni siquiera entonces la personalidad presenta una estructura inmutable: los cambios abruptos en la familia, en los contextos sociales o profesionales pueden afectarla en cualquier etapa del ciclo vital. (Claus en, 1995).

### **El yo, la familia y el trabajo**

El desarrollo del adulto se da dentro del contexto de tres sistemas independientes, pero interrelacionados; a saber: el desarrollo del yo personal, del yo como miembro de la familia y del yo como trabajador.

De acuerdo con los psicólogos humanistas, como Maslow, todo individuo trata de autorrealizarse o desarrollar y utilizar al máximo sus talentos y capacidades, es decir, los tres sistemas del desarrollo del adulto comprenden las interacciones dinámicas entre el yo como individuo, como miembro de la familia y como trabajador. Las interacciones tienen lugar dentro del contexto general de la comunidad y la cultura. Estas interacciones y los cambios personales que de éstas provienen ocurren a lo largo del ciclo vital. (Pag. 443)

### **El yo personal: autorrealización y autoestima**

Los cambios de roles en la juventud constituyen una transición y marcan hitos en la vida; aun que nos hacen cambiar, son más sutiles y menos sistemáticos que los de la niñez y de la adolescencia. El desarrollo del adulto se da dentro del contexto de tres sistemas independientes, pero interrelacionados; a saber: el desarrollo del yo personal, del yo como miembro de la familia y del yo como trabajador. De acuerdo con los psicólogos humanistas, como Maslow, todo individuo trata de autorrealizarse o desarrollar y utilizar al máximo sus talentos y capacidades. (Pag. 444)

Hablamos de autorrealización para referirnos a la capacidad de realizar plenamente nuestro potencial único. En lugar de las etapas pone de relieve las *necesidades* que hemos de satisfacer cuando luchamos por alcanzar nuestro potencial o el sentido del yo. La meta es la **autorrealización**, es decir, la utilización y el desarrollo plenos de nuestros talentos y capacidades.

La necesidad de autorrealización sólo puede buscarse una vez atendidas las necesidades de orden inferior, entre éstas las de alimento y vivienda. (Abraham & Maslow (1908-1970, Pag. 444).

### **El yo como miembro de la familia**

La familia es un contexto muy importante en el desarrollo del adulto; la mayoría de las personas se definen a sí mismas sobre todo en función de su familia. Los jóvenes se encuentran a menudo en un periodo de transición a una mayor independencia: en los aspectos emotivo, funcional, de las actitudes y de los conflictos. La etapa de generatividad frente a estancamiento propuesta por Erikson guarda una estrecha relación con el trabajo, pues muchos adquieren el sentido de ser miembros productivos y útiles de la sociedad en parte por su

oficio o profesión. Algunos se concentran en factores intrínsecos del trabajo, como sus retos o interés; otros, en factores extrínsecos, como el salario y el prestigio. Las amistades pueden ser importantes factores extrínsecos en el lugar de trabajo.

Lois Hoffman identifica cuatro aspectos en este proceso. El primero es la *independencia emocional*, en que el joven necesita cada vez menos el apoyo psicológico de sus padres. El segundo proceso es la *independencia de actitudes*. El joven descubre actitudes, valores y creencias que no por fuerza son iguales a los de sus padres. El tercer proceso, la *independencia funcional*, se refiere a su capacidad para adquirir solvencia económica y atender los problemas cotidianos. Por último la *independencia de conflictos*, que se presenta en cualquier momento, supone la separación de la familia sin sentimientos de culpa ni de traición. (Lois Hoffman, 1984 p. 446).

### **El yo como trabajador**

La etapa de *generatividad frente a estancamiento*, propuesta por Erikson, también guarda estrecha relación con el trabajo, pues muchos adquieren el sentido de ser miembros productivos y valiosos de la sociedad gracias, en parte, a su oficio o profesión. Los psicólogos industriales u organizacionales señalan que, para algunos, el trabajo es un medio de supervivencia. Obtienen del trabajo el dinero que les permitirá adquirir alimento, vestido y morada para ellos y su familia, pero no organizan su vida en función del mismo. A otros les da la oportunidad de ser creativos o productivos; les ofrece un acicate y estimula su crecimiento; les permite, además, lograr autoestima o respeto. Y para otros es una adicción; son “adictos al trabajo”, su motivación gira entorno al desempeño y definen su vida en función del trabajo.

Nos referimos a dos aspectos del trabajo que consideramos relevantes: 1) las características del empleo y de las habilidades que poseen para realizarlo, es decir, de los **factores intrínsecos del trabajo**. Quienes se enfocan en estos factores pueden describir su trabajo en función del reto o interés, aunque también podrían hablar de la competencia y los logros alcanzados; las satisfacciones se obtienen cuando se realiza el trabajo por su propio valor; y 2) Por otra parte, algunos se concentran en los **factores extrínsecos del trabajo**. Entre éstos se cuentan sueldo y estatus, comodidad o conveniencia del

ambiente laboral y las horas de trabajo, Satisfacción por medio de sueldo, estatus y otras recompensas. (Pag. 447).

### **Formación y desarrollo de la pareja**

Sin importar si los adultos son solteros, casados, viudos, divorciados o si cohabitan, casi todos buscan o mantienen relaciones íntimas —como parejas románticas y como amigos cercanos. La intimidad, parte esencial de un vínculo duradero, satisfactorio y emocional, constituye la base de la amistad y del amor (Pag. 448)

La formación y el desarrollo de la pareja son elementos importantes del desarrollo adulto. Una parte de la identidad personal se adquiere por ser miembro de una pareja relativamente estable (p. 448).

### **Paternidad -maternidad y desarrollo del adulto**

El nacimiento de un hijo impone nuevos roles y responsabilidades al padre y a la madre. Les confiere, además, otro estatus social. La llegada de un hijo significa una serie de tensiones físicas y psicológicas: alteración de las rutinas del sueño, gastos, aumento de la tensión y conflictos de diversos tipos (Hill & Aldous, 1969 p. 454).

Los desafíos y las exigencias de la paternidad representan una importante fase en el desarrollo de los padres como individuos y de la pareja como sistema (Osofsky & Osofsky, 1984).

### **El ciclo de la vida familiar**

Las familias pasan por un ciclo predecible en su vida familiar, caracterizado por hechos concretos. El primer hito ocurre cuando el individuo deja a su familia de origen. La separación puede realizarse en el momento del matrimonio o antes, si opta por la independencia y vive solo o con amigos. El segundo hito suele ser el matrimonio, con los ajustes que conlleva establecer una relación con otra persona y con otra red familiar, la del cónyuge. El tercer hito es el nacimiento del primer hijo y el inicio de la paternidad (maternidad). Hay otros hitos: la inscripción del primer hijo en la escuela, el nacimiento del último hijo, la partida del último hijo y la muerte del cónyuge. En los últimos 50 a 100 años, han cambiado los tiempos y la naturaleza del ciclo familiar (p. 455).

### **La transición a la paternidad (maternidad)**

Esta transición es uno de los periodos centrales en el ciclo de la vida familiar. A menudo la familia y la cultura ejercen presión para tener un hijo —cambio que es irrevocable. En comparación con los roles propios del matrimonio, los roles y responsabilidades de tener un hijo persisten a pesar de las circunstancias cambiantes de la vida (Rossi, 1979), y exigen muchas adaptaciones y ajustes. Entre los efectos que esta transición tiene en determinados dominios de la vida personal y familiar se encuentran los siguientes (Cowan & Cowan, 1992):

1. *Cambios en la identidad y en la vida interior.* Se modifican tanto el sentido del yo de los padres como sus suposiciones respecto del funcionamiento de la vida familiar.
2. *Cambios en los roles y en las relaciones dentro del matrimonio.* La división del trabajo entre los padres cambia en un momento en que se sienten presionados por la alteración del sueño y porque no pueden estar juntos tanto como desearían.
3. *Cambios en los roles y en las relaciones entre generaciones.* La transición influye también en los abuelos.
4. *Cambio en los roles y en las relaciones fuera de la familia.* Los cambios externos influyen sobre todo en la madre, pues seguramente interrumpirá su carrera al menos en forma temporal.
5. *Nuevos roles y relaciones de paternidad (maternidad).* La pareja debe cumplir con las nuevas responsabilidades relacionadas con la crianza del hijo. Pag.455

Varios factores influyen en el ajuste de los padres a sus nuevas funciones. El apoyo social, en especial del marido, es muy importante para la madre (Cutrona & Troutman, 1986). La felicidad conyugal durante el embarazo es otro factor decisivo en el ajuste de ambos (Wallace & Gotlib, 1990). De hecho, en la adaptación del padre influye profundamente la evaluación que haga la madre de su matrimonio y de su embarazo (Wallace y Gotlib, 1990).

La autoestima de los padres es otro factor, pues los que tienen una gran autoestima suelen lograr un ajuste adecuado (Belsky & Rovine, 1990b).

También son importantes las características del niño. Por ejemplo, a menudo disminuye la satisfacción conyugal de los padres de bebés “difíciles” (Belsky y Rovine, 1990b; Crockenberg, 1986). Finalmente, la edad en que se procrea influye de modo considerable en la adaptación a la paternidad y la maternidad. En todas las fases del ciclo de vida familiar los progenitores no sólo han de enfrentar las nuevas dificultades y demandas que les plantean sus hijos cambiantes y en desarrollo, sino que también deben renegociar su relación conyugal (Carter y Mc Goldrick, 1980).

Tienen que establecer formas para tomar decisiones y resolver conflictos que preserven la integridad y el respeto mutuos. Los sistemas en que una persona predomina y la otra siempre adopta una actitud pasiva suelen disolverse con el tiempo. Por ejemplo, las presiones creadas por la rebeldía del adolescente y su búsqueda de independencia exigen que la pareja adapte el sistema familiar para dar cabida al joven casi autónomo. Un sistema familiar demasiado rígido o estructurado no podrá ajustarse a las necesidades emergentes del niño (p. 458).

### **El ciclo ocupacional**

La vida laboral del adulto sigue lo que se llama el *ciclo ocupacional*. El ciclo comienza en la adolescencia con las ideas y experiencias que culminan en la elección de una profesión; prosigue con el ejercicio de la profesión escogida y termina con la jubilación. Entonces decimos que el ciclo ocupacional es una secuencia variable de periodos o etapas en la vida del trabajador que va de la exploración y decisión vocacional a la formación y capacitación profesionales, el estatus de principiante, los ascensos y los periodos de mayor experiencia. Pero no suele ser tan simple y no siempre se realiza sin tropiezos. Entre los factores que influyen en la decisión vocacional se encuentran el nivel socioeconómico, el origen étnico, la inteligencia, las habilidades, el género y la ocupación de los progenitores. El adulto debe tomar decisiones importantes durante su vida laboral, las cuales pueden incluir cambiar de carrera más de una vez. En cualquier profesión hay momentos de duda y crisis. el trabajo influye mucho en nuestras actitudes y en nuestro estilo de vida.



## **Etapas de la vida vocacional**

Según Robert Havighurst (1964), el ciclo ocupacional comienza en la niñez media.

Lo divide en una serie de etapas basadas en la relación que el individuo establece con el trabajo en distintos momentos de su vida y pone el acento en la adquisición de actitudes y habilidades laborales. Estas etapas son las siguientes:

1. *Identificarse con un trabajador* (de cinco a 10 años). Los niños se identifican con su padre o con su madre que trabajan y, por lo mismo, la idea de trabajar empieza a formar parte de su autoconcepto.

2. *Adquisición de los hábitos básicos de laboriosidad* (de los 10 a los 15 años). Los estudiantes aprenden a organizar su tiempo y sus actividades a fin de realizar tareas como el trabajo escolar o los que haceres domésticos. Aprenden, además, a dar prioridad al trabajo sobre el juego cuando es necesario.

3. *Adquirir una identidad como trabajador* (de los 15 a los 25 años). Las personas escogen su ocupación y comienzan a prepararse para ésta. Adquieren la experiencia laboral que les ayuda a escoger una profesión y a iniciarse en ésta.

4. *Convertirse en persona productiva* (de los 25 a los 40 años). El adulto perfecciona las habilidades necesarias para desempeñar la ocupación escogida y para progresar en ésta.

5. *Mantener una sociedad productiva* (de los 40 a los 70 años). El trabajador se encuentra ahora en el nivel más alto de su carrera. Comienza a dedicar tiempo y atención a las responsabilidades sociales y cívicas que se relacionan con su empleo.

6. *Contemplar una vida productiva y responsable* (de los 70 años en adelante). El trabajador ya está jubilado. En una mirada retrospectiva, examina su carrera y sus aportaciones, tal vez con satisfacción.

## **Obtención de un lugar en la fuerza de trabajo**

Los adultos jóvenes están preparados para ingresar a la fuerza laboral, después de tomar la decisión ocupacional, así sea provisional, y conseguir la capacitación o formación correspondientes. El ingreso exige un periodo de

ajuste que se facilita un poco con ayuda de un mentor. Así mismo, requiere un sentido creciente de lealtad y de compromiso.

### **Las expectativas se enfrentan con la realidad**

Cuando los adultos jóvenes empiezan a trabajar, posiblemente experimentan lo que podríamos llamar el *desconcierto con la realidad*. Durante la adolescencia y la preparación para una carrera, tenemos a menudo grandes expectativas de cómo será el trabajo y lo que lograremos. Cuando los principiantes terminan su formación profesional y empiezan a trabajar, descubren de repente que algunas de sus expectativas no eran realistas. Su formación tal vez no sea adecuada para el trabajo, por lo que muchos empleadores piensan que es necesario capacitar a los novatos. El trabajo puede ser aburrido y mecánico; injustos, los supervisores; y los compañeros tal vez sean personas con quienes sea difícil trabajar. Las metas del puesto a veces se pierden en una telaraña de políticas burocráticas o están sujetas a los caprichos de los superiores. El desconcierto con la realidad puede originar un periodo de frustración e ira, mientras el joven trabajador se adapta a la nueva situación (p. 468).

### **Crecimiento de la lealtad y del compromiso**

Levinson también insistió en que mantener un sentido de emoción y de compromiso con el trabajo durante la adultez es indispensable para una satisfacción laboral madura. El compromiso con una carrera u oficio varía mucho según los rasgos individuales y factores socioeconómicos más generales. Por su puesto, les será difícil conservar el compromiso con el empleo a quienes perciben un sueldo bajo y tienen un trabajo desagradable. También habrá poca motivación para tener un buen desempeño cuando hay pocas probabilidades de ascender. El compromiso de un joven con un trabajo o profesión se hace más fuerte al aumentar la lealtad y al cumplir ciertas expectativas y normas ocupacionales. La lealtad nace a medida que los jóvenes comienzan a identificarse con su ocupación (Moore, 1969 p. 469).

### **Consolidación, mantenimiento y cambio**

Para quienes siguen el ciclo ocupacional clásico, la etapa intermedia de la carrera es un periodo de consolidación en que se establecen y aprenden a vivir con las realidades de su situación laboral.

En la actualidad, el ciclo ocupacional clásico ha dejado de ser el patrón dominante.

Sólo una minoría de empleados permanece en una misma compañía durante toda su carrera. Muchos cambian de empleo en un área en busca de un sueldo más elevado, mayor responsabilidad, ascensos o mejores condiciones de trabajo. Los llamados “cazadores de talentos” perciben una remuneración por atraer a otra empresa a los empleados expertos y de gran calidad, en especial a ejecutivos y a quienes poseen habilidades en gran demanda, como la programación de computadoras. Además, un número creciente de personas cambia de carrera y de área para cultivar otros intereses. Algunos no tienen estabilidad profesional en absoluto; pasan por periodos frecuentes o prolongados de desempleo y de crisis vocacional, acompañados a menudo por problemas económicos, sociales y de ajuste (p. 470).

## CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL ADULTO

**AUTORA: Psic. Natalia Verónica Lifchiz<sup>49</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la obra de Grace J Craig, Don Baucum<sup>50</sup>, sobre las características del desarrollo físico, psicológico y cognoscitivo de la madurez.

### **Desarrollo en la madurez**

Como la juventud, la madurez está dominada por la continuidad y el cambio. Por convención, la edad madura abarca aproximadamente de los 40 a los 60 o 65 años de edad. Además, para diferentes personas la madurez puede comenzar antes o después, y puede durar un periodo mayor o menor; La madurez es un periodo intermedio, un puente entre dos generaciones. Los psicólogos del desarrollo no coinciden en qué momento comienza y termina la madurez. En gran parte, la respuesta depende de las experiencias del individuo. El envejecimiento se caracteriza por diversas señales; a saber: los estatus social y familiar, los cambios físicos y biológicos, y los indicios psicológicos. Las condiciones económicas, la clase social y la época que nos toca vivir influirán en la forma de ver este periodo. Casi todos experimentan una sensación de ambivalencia durante este periodo. Puede ser la mejor época de la vida, pero la mayoría de la gente piensa que su tiempo se agota. Si bien algunos investigadores creen que el adulto pasa por una crisis de madurez, según el modelo de la transición el desarrollo se caracteriza por grandes acontecimientos de la vida susceptibles de preverse y de planearse.

La madurez es el tiempo en que comenzamos a hacer un inventario de la vida. Los que están más propensos a una crisis de la madurez suelen evitar la introspección y recurren a la negación para no pensar en los cambios de su cuerpo y de su vida. En la concepción que se tiene de la edad madura influyen

---

<sup>49</sup> Profesora asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>50</sup> DESARROLLO PSICOLÓGICO NOVENA EDICIÓN Grace J. Craig University of Massachusetts con la colaboración de Don Baucum University of Alabama, Birmingham

condiciones económicas, la clase social y la época en que se vive. Muchos se dan cuenta de que han dejado de ser jóvenes; pero se sienten satisfechos y piensan que se encuentran ahora en la “plenitud de la vida” (Hunt y Hunt, 1975; Neugarten, 1968b). A menudo se sienten “seguros”, estables y confiados (Helson, 1997). Las capacidades físicas de muchos posiblemente estén un poco deterioradas, pero la experiencia y el conocimiento personal les permiten controlar su vida mejor que en cualquier otra edad. Pueden tomar decisiones con una facilidad, una pericia y una seguridad que estaban antes fuera de su alcance.

La mayoría de las personas experimenta cierta ambivalencia durante la edad madura. Tal vez sea el mejor momento de la vida en relación con la familia, la carrera o el talento creativo; pero casi todos los de esta generación también están plenamente conscientes de su mortalidad y con frecuencia piensan que se les está acabando el tiempo; por lo demás, los años parecen transcurrir con mayor rapidez. Algunos empiezan a preocuparse por cuestiones de creatividad y sus aportaciones a la siguiente generación; “temen estancarse o perder oportunidades; desean conservar las relaciones íntimas con su familia y sus amigos. Ante cada acontecimiento trascendente —nacimiento, muerte, cambio de empleo, divorcio— reconsideran el significado de su vida” (Sherman, 1987 p. 484).

### **Crisis de la madurez y mitos relacionados**

Algunos investigadores consideran que los adultos perciben la edad madura como “un periodo en que algunas esperanzas se frustran y algunas oportunidades parecen haberse perdido para siempre”, a esto responde el modelo de crisis, que es la Teoría que fundamenta que los cambios de la madurez son abruptos y a menudo causan estrés.

Sin embargo, un número considerable de investigaciones convincentes indica lo contrario. Se ha comprobado que para los adultos estos años son simplemente un periodo de transiciones graduales —positivas y negativas— relacionadas con el envejecimiento. En contraste con el modelo de la crisis que relaciona los cambios normativos de este periodo con crisis predecibles, el **modelo de transición** rechaza la idea de que la crisis constituya la norma (Hunter & Sunder, 1989; Helson, 1997 p. 484).

De acuerdo con el modelo de transición, el desarrollo se caracteriza por una serie de acontecimientos trascendentales que es posible prever y planear. Se ha comprobado que para los adultos estos años son simplemente un periodo de transiciones graduales —positivas y negativas— relacionadas con el envejecimiento. En contraste con el modelo de la crisis que relaciona los cambios normativos de este periodo con crisis predecibles, el **modelo de transición** rechaza la idea de que la crisis constituya la norma. De acuerdo con el modelo de transición, el desarrollo se caracteriza por una serie de acontecimientos trascendentales que es posible prever y planear. La crisis de la madurez constituye más bien la excepción que la regla. La abrumadora mayoría realiza una transición serena a esta etapa, pues cambian sus metas juveniles de fama, riqueza, logros y belleza por expectativas más realistas. Los que están más propensos a sufrir una crisis de madurez rehúyen la introspección y recurren a la negación para no pensar en los cambios de su cuerpo y su vida. (Hunter y Suder, 1989; Helson, 1997, p. 486).

### **Continuidad y cambios físicos**

Los cambios más palpables de la madurez son los de índole física. La mayoría de las capacidades físicas alcanzan su nivel más elevado en la adolescencia o en la juventud y se estancan durante la madurez; después empiezan a aparecer las primeras señales de deterioro físico (Birren & otros, 1980 p. 487).

**Sensación.** Se ven afectadas las habilidades sensoriales y motoras, lo mismo que el funcionamiento interno del organismo, la agudeza visual empieza a disminuir, como así también la agudeza auditiva. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor se deterioran en distintos momentos de este periodo, aunque son cambios más graduales y menos perceptibles que los visuales o auditivos. La sensibilidad a la temperatura sigue siendo grande (Newman, 1982 p. 487).

**Habilidades motoras y tiempo de reacción** Estas dos capacidades tienden a disminuir. El tiempo de reacción se alarga lentamente durante la adultez y con más rapidez durante la vejez. Es posible que se deterioren las habilidades motoras, pero el desempeño se mantiene constante, tal vez debido a la experiencia y a la práctica constante (Newman, 1982 p. 487).

**Cambios internos** También empiezan a darse cambios internos. Se reduce la actividad del sistema nervioso, sobre todo después de los 50 años de edad. El esqueleto se vuelve rígido y se encoge un poco en el curso de la adultez; poco a poco la gravedad se hace sentir y la estatura disminuye. La piel y los músculos comienzan a perder su elasticidad y aparecen las arrugas. Se tiende a acumular más grasa subcutánea, especialmente en zonas como el torso. El corazón bombea hacia el cuerpo un promedio de ocho por ciento menos de sangre por cada década una vez iniciada la adultez; el calibre de las arterias coronarias se reduce casi a un tercio del tamaño que tenía entre los 20 y los 30 años de edad. Decrece la capacidad pulmonar. La resistencia depende de la cantidad de oxígeno que reciban los tejidos del cuerpo, por ello en general no puede realizarse tanto trabajo duro como en la juventud (Brody, 1979 p. 487).

**Osteoporosis** Pérdida de la masa ósea y aumento de la fragilidad de los huesos durante la madurez y en los años posteriores.

**Menopausia** Cese permanente de la menstruación; ocurre en la madurez y puede acompañarse de síntomas físicos y de intensas reacciones emocionales. La menopausia forma parte del climaterio.

**Climaterio** Conjunto general de síntomas físicos y psicológicos que se acompañan de cambios reproductivos en la edad madura. Afecta por igual a ambos sexos. La agudeza visual a menudo disminuye en la edad madura.

**Algunas consecuencias físicas y emocionales de la menopausia son:** La pérdida de estrógeno que acompaña la menopausia produce efectos a largo plazo. Los efectos evidentes son los cambios de la masa ósea y de los genitales. El más controvertido es un mayor riesgo de enfermedades coronarias. En algunas mujeres, los cambios físicos se acompañan de cambios emocionales como la depresión y la sensación de ser menos femeninas por el cese de la función reproductora.

**Cambios en los hombres** Si bien los varones no presentan un proceso abrupto como el de la menopausia (Masters y otros, 1982), en ellos se observan cambios en su interés y actividad sexuales, en general entre los 40 y 50 años. Como en las mujeres, la magnitud de la alteración varía mucho y depende de la personalidad del individuo, de su estilo de vida y de factores culturales. Algunas modificaciones provienen de factores biológicos, sobre todo de una menor producción de andrógenos como la testosterona. Sin embargo, a

diferencia de los estrógenos cuya disminución es considerable durante la menopausia, los andrógenos lo hacen de un modo gradual en un periodo más largo.

### **La sexualidad en el periodo de la madurez**

Como hemos visto, los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan a la madurez influyen sobremanera en el funcionamiento sexual de hombres y mujeres. La satisfacción sexual depende en gran medida de cómo respondan a éstos.

Por lo regular, durante la edad madura aminora la frecuencia de actividad sexual, lo mismo que los compañeros sexuales que una persona probablemente tenga en su vida. Con todo, muchos individuos sanos pueden disfrutar —y lo hacen— una vida sexual satisfactoria hasta los 70 años y después; la frecuencia de la conducta sexual no conoce fronteras raciales ni étnicas. Los cambios fisiológicos explican en parte la disminución de la actividad sexual, pero a veces se reduce por enfermedad. (Michael y otros, 1994; Laumann y otros, 1994, p. 491).

Para muchos adultos, la sexualidad se redefine en esta etapa de la vida y se da mayor importancia a la sensualidad, que abarca varias expresiones físicas que no siempre culminan en el acto sexual. Abrazar, tomar la mano de la pareja, tocar y acariciar son expresiones igualmente válidas de una sexualidad madura como de afecto e interés por el otro (Weg, 1989, p. 491).

### **Salud y enfermedad**

Con los cambios físicos normales que ocurren durante la madurez se relacionan los cambios en la salud, algunos de los cuales están vinculados a enfermedades propias de esta etapa de la vida. Conforme el cuerpo empieza a envejecer, se hace cada vez más vulnerable a la enfermedad.

### **Principales enfermedades en la madurez**

**Enfermedades cardiovasculares** Estas afecciones, que entre otras incluyen cardiopatías, arteriosclerosis e hipertensión, son la causa principal de muerte.

**Cáncer** El cáncer es la segunda causa principal de muerte entre toda la población, pero en los últimos años se ha convertido en la primera causa de



muerte entre las personas de 45 a 64 años de edad (National Center for Health Statistics, 1995).

**Diabetes** La diabetes es otra afección cuyo índice y gravedad aumentan durante la madurez; puede complicar otros problemas físicos, con consecuencias fatales.

**Enfermedades respiratorias** Estas afecciones representan un problema en la edad madura. Los hombres están mucho más propensos a la bronquitis, el asma y el enfisema.

**Enfermedades relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)** Ocupan el séptimo lugar entre las causas de muerte de los varones de edad madura, pero el índice es más bajo en las mujeres. Algunas enfermedades propias de esta edad son menos serias, pero aun así causan gran malestar y dificultan la vida diaria. La artritis, por ejemplo, aqueja a muchos hombres y mujeres en esta etapa.

### **Estrés y salud**

Cada vez se cuenta con más pruebas de que el estilo de vida tiene una influencia profunda en la salud. En particular, el estrés es un factor importante en muchas de las enfermedades de la edad madura. Por ejemplo, en el caso de las cardiopatías se dan interrelaciones complejas entre estilo de vida, personalidad, factores genéticos y estrés.

El nivel del estrés de una persona depende de su reacción subjetiva ante un acontecimiento o situación. Por ser la madurez un periodo en que se pierde al cónyuge por muerte, divorcio o separación y en que se dan cambios como la jubilación temprana y la enfermedad, es fácil entender que en la madurez las personas están muy expuestas a niveles mucho más elevados de estrés. Pero el estrés no se debe exclusivamente a los acontecimientos de la vida. También es importante la forma en que los percibimos e interpretamos. Una y otra vez los investigadores han señalado que un mismo suceso puede ocasionar gran estrés a un individuo y ser visto como un “reto positivo” por otro (Chiriboga & Cutler, 1980; Lazarus, 1981 p. 497).

Otro factor es que si un acontecimiento se anticipa o se espera, puede causar menos estrés que si ocurriera de manera repentina o sin aviso. Y otro más es que los efectos de estos hechos son *acumulativos*: si varios acontecimientos

estresantes se producen al mismo tiempo, su impacto será mayor que si ocurriera sólo uno o dos. En otras palabras, el impacto de un suceso estresante depende de las circunstancias del momento (preocupaciones económicas, legales o familiares), la alteración que cause en las rutinas diarias y hasta qué punto representa un peligro personal. En la madurez se manifiestan los efectos de los malos hábitos de salud de la juventud: tabaquismo, abuso del alcohol y consumo habitual de otras sustancias perjudiciales. El estrés influye en muchas enfermedades propias de la edad madura. Los grandes acontecimientos de la vida, como la muerte del cónyuge, causan estrés, pero su impacto depende de cómo se perciban y se interpreten. Más aún, a la postre, la acumulación de pequeñas nimiedades causa en ocasiones más estrés que los grandes acontecimientos de la vida.

### **Continuidad y cambio cognoscitivo**

El deterioro es mucho más gradual de lo que los investigadores habían supuesto hace apenas 30 años. Se produce un deterioro serio a una edad mayor de lo que se creía y sólo en ciertas áreas del funcionamiento intelectual. Algunos aspectos de la inteligencia mejoran en la madurez y posteriormente, sobre todo entre los adultos conformación universitaria que siguen activos (Schaie, 1983, 1995 p. 449).

Contra el estereotipo de que el desarrollo intelectual alcanza su nivel máximo en la adolescencia o en la juventud, algunas capacidades cognoscitivas continúan perfeccionándose en la edad madura, en especial en áreas relacionadas con el trabajo y con la vida diaria (Willis, 1989 p. 500).

Hay un factor que sí parece disminuir durante la madurez. Las habilidades que exigen rapidez van haciéndose cada día más difíciles a medida que envejecemos: poco a poco la velocidad de varios procesos psicomotores empieza a disminuir a causa del deterioro físico/neurológico. Los adultos maduros compensan la reducción de agilidad aumentando la eficiencia y los conocimientos generales (Salthouse, 1990). Las actividades intelectuales que se practican en forma constante y que se emplean normalmente en la solución de problemas ordinarios o en el trabajo conservan elevados niveles de eficiencia (Botwinick, 1977 p. 503).

Es evidente que uno de los factores centrales de la cognición durante la madurez es la riqueza de las experiencias de la vida.

### **Experiencia y pericia**

Como hemos visto, algunos aspectos del funcionamiento cognoscitivo se deterioran de manera gradual a partir de la madurez; cuando alguien permanece intelectualmente activo, la edad aporta *más* conocimientos —tanto **declarativos** (factuales) como **procedimentales** (información práctica o relativa a la acción) — gracias al ejercicio y perfeccionamiento conscientes de las habilidades.

Así, pues, la pericia compensa el deterioro cognoscitivo de la madurez. El conocimiento experto está mejor organizado; existen más interconexiones entre las unidades de información, incluidos los esquemas. Las habilidades expertas muestran mayor *automaticidad* con lo cual liberan la capacidad consciente del cerebro al mismo tiempo que disminuyen ciertas capacidades de la memoria y de la concentración. Los expertos reconocen rápida y fácilmente los patrones y los relacionan con los procedimientos y con las respuestas apropiadas (Glaser, 1987).

Con todo, la experiencia compensa el deterioro. Estas compensaciones permiten a los adultos maduros y ancianos mantenerse productivos en el trabajo. Los elementos que comprenden la pericia presentan: el desarrollo ininterrumpido de la competencia; los conocimientos y habilidades propios de un área o campo en especial; los conocimientos procedimentales o muy orientados a las metas; las habilidades generalizadas de pensamiento y de resolución de problemas. El campo laboral es el contexto en el que la mayoría de las personas desarrolla sus capacidades cognoscitivas de modo continuo. El campo laboral es el contexto en el que la mayoría de las personas desarrolla sus capacidades cognoscitivas de modo continuo. Los que muestran un elevado grado de autodirección profesional poseen, asimismo, gran flexibilidad intelectual, rasgo que cada día se vuelve más necesario en el ámbito del trabajo (Salthouse, 1990 p. 505).

De acuerdo con Schaie, el desarrollo cognoscitivo del adulto presenta varios cambios funcionales. En la etapa de realización, la inteligencia sirve primordialmente para resolver problemas de la vida real; en la etapa ejecutiva o de

responsabilidad, las obligaciones para con otros influyen mucho en la toma de decisiones; en la etapa regenerativa, volvemos a establecer contacto con nuestros intereses, valores y actitudes. Los elementos que comprenden la pericia presentan:

- El desarrollo ininterrumpido de la competencia;
- Los conocimientos y habilidades propios de un área o campo en especial;
- Los conocimientos procedimentales o muy orientados a las metas;
- Las habilidades generalizadas de pensamiento y de resolución de problemas.

## MADUREZ

### DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD Y SOCIALIZACIÓN

**Autora: Psic. Natalia Verónica Lifchiz.<sup>51</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la obra de Grace J Craig, Don Baucum<sup>52</sup>, sobre las características del desarrollo de la personalidad y socialización de la madurez.

#### **Continuidad y cambio de la personalidad**

Al hablar de los acontecimientos de la adultez, en general los teóricos se refieren a los cambios de roles, a hechos más importantes, a los hitos, a los problemas críticos y a las tareas del desarrollo. La expresión concreta de estos elementos de continuidad y cambio están vinculados al ciclo de vida familiar y al modelo del desarrollo basado en su sincronización. Ciertas tareas del desarrollo definen la madurez, aunque las relacionadas con la juventud y la vejez pueden mezclarse con las de la madurez. Dichas tareas difieren también en el hombre y la mujer.

***Generatividad frente a estancamiento*** De acuerdo con Erik Erikson (1981), el problema fundamental que se encara en esta época de la vida es el de la *generatividad frente al estancamiento*. Respecto de la generatividad, Erikson afirma que operamos dentro de tres dominios: el *procreativo*, que consiste en dar y en responder a las necesidades de la siguiente generación; el *productivo*, que consiste en integrar el trabajo a la vida familiar y cuidar a la siguiente generación; el *creativo*, que consiste en hacer aportaciones a la sociedad en gran escala. Además, la generatividad se expresa tradicionalmente en la mujer mediante actividades sociales, el trabajo y la inmersión en la maternidad y en el cuidado de los seres queridos. La investigación más reciente proporciona más pruebas de que la generatividad de la mujer se manifiesta en numerosos

---

<sup>51</sup> Profesora Asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva de Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba

<sup>52</sup> DESARROLLO PSICOLÓGICO NOVENA EDICIÓN Grace J. Craig University of Massachusetts con la colaboración de Don Baucum University of Alabama, Birmingham

roles, entre ellos los de la familia y los del trabajo. (Erik Erikson año 1981p. 513).

La alternativa de ambos sexos es el estancamiento y el sentido de en si mismo y de tedio. Algunos no perciben el valor de ayudar a la siguiente generación y tienen sentimientos recurrentes de llevar una vida insatisfactoria. Alcanzan pocos logros o demeritan los que han obtenido (Monte, 1987 p. 514). Este modelo subraya la importancia de establecer relaciones cada vez más complejas con otros y de adaptarse a los numerosos cambios que trae consigo este período.

### **Familia y amigos: Contextos interpersonales**

Durante la madurez las relaciones personales son esenciales para hombres y mujeres. Podemos afirmar que el elemento fundamental que la define son las relaciones con los miembros de la familia y con los amigos. La generación que dirige las personas de edad madura sirven de puente entre la generación más joven (generalmente sus hijos) y la generación mayor (sus padres ancianos). A medida que se ajustan a los roles cambiantes en estas relaciones, a menudo obtienen una nueva perspectiva acerca de su vida personal. Representan ahora la generación que debe asumir el control. La nueva responsabilidad exige examinar el pasado. Tal vez les moleste no haber conquistado ciertas metas y tengan que admitir que algunas nunca las alcanzarán. Más que cualquier otro grupo, deben vivir en el presente. El joven puede ver hacia adelante y los ancianos a menudo vuelven la vista atrás; en cambio, los de edad madura deben vivir aquí y ahora, pues tienen la responsabilidad de dos generaciones, además de la propia.

***El “síndrome del nido vacío”*** Tras iniciar con éxito a su último hijo en el mundo de los adultos, los padres se ocupan de nuevo de otras funciones e intereses no relacionados con el absorbente rol de la paternidad /maternidad. Esta etapa del ciclo de la vida familiar, a veces llamada **nido vacío**, puede ser difícil si los padres se han ido distanciando con el tiempo, si cultivaron intereses distintos y si ya no están acostumbrados a una convivencia prolongada.

Sin embargo, muchas parejas de edad madura muestran una gran reciprocidad que abarca compartir tradiciones, valores y experiencias

Las personas de edad madura sirven de puente entre la generación más joven y la anterior. A menudo son los guardianes de la estirpe, pues preservan los rituales familiares, celebran los logros, conservan viva la historia familiar, etcétera. Se trata de una transición importante para los progenitores. Pueden sentirse tristes durante ésta, pero una vez que los hijos se hayan marchado disfrutarán de más libertad, intimidad e ingreso discrecional. Muchos estadounidenses crían solos a sus hijos y pueden verse agobiados por profundos conflictos o por relaciones cambiantes con los hijos adolescentes. Luego de lograr la independencia de su último hijo, los progenitores empiezan a cultivar roles e intereses ajenos a la paternidad /maternidad. A esta etapa de la vida familiar se le da a veces el nombre de ni do vacío.

En la madurez, la relación entre progenitores e hijos es más recíproca que en cualquier otra fase. La conducta de los hijos con sus padres dependerá de las experiencias y de la etapa del ciclo de la vida familiar en que se encuentren. La mayoría de las personas maduras mantienen una relación constante con sus padres ancianos que abarca contacto regular, recuerdos compartidos e intercambio de ayuda.

Con los años poco a poco se invierten los roles entre las personas de edad madura y sus progenitores. Es una etapa en que las personas maduras se convierten en la generación al mando. La mayoría de las personas maduras se encargan de cuidar a sus padres durante mucho tiempo. Les ofrecen apoyo social, afecto y alguien en quien confiar. Las hijas están más dispuestas que los hijos a cuidarlos. La mayoría de los estadounidenses se convierten en abuelos en el periodo de la madurez. Aunque este rol es individual, el abuelo cumple cuatro funciones: da estabilidad, está presente en momentos de emergencia, sirve de árbitro y conserva la memoria histórica de la familia. Las amistades son a menudo parte central de la vida de las personas maduras. Satisfacen muchas necesidades emocionales básicas de las personas mayores cuyos hijos ya crecieron o enviudaron.

## LA ANGUSTIA Y LOS LENGUAJES DEL CUERPO

**AUTORA: Psic. Natalia Verónica Lifchiz.<sup>53</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la obra de Guy Briole sobre Los Enigmas del cuerpo. Revista de Psicoanálisis. Publicación Anual del departamento de Estudios “Psicoanálisis y Cuerpo” CIEC. Año 4- Núm. 4- Abril 2013).

Tenemos un cuerpo. A este cuerpo uno puede, cuidarlo o descuidarlo, incluso maltratarlo. Un cuerpo con el cual tenemos relaciones diversas y frecuentemente ambivalentes. A este cuerpo, a veces lo queremos silencioso en lo relativo a algunos disfuncionamientos o enfermedades, y otras veces lo queremos animado, particularmente cuando se trata de usarlo para los placeres. Este cuerpo nos pone en relación con los otros, por la mirada, por su olor, por el tacto, por la oreja, pero también por la palabra que sostiene. Pero debemos subrayar que toda comunicación, a partir de los cuerpos, no pasa obligatoriamente por una palabra articulada. Si hay palabra, hay también los que llamamos los lenguajes del cuerpo que no pasan por la palabra. Algo habla desde el cuerpo —la palabra articulada que posibilita el hecho de tener un cuerpo- pero también algo habla en los cuerpos. Son esos lenguajes del cuerpo que vamos a precisar. (Guy Briole, Año 2013, p. 7).

### **La angustia y el cuerpo**

Todos hemos sentido alguna vez, eso que es la angustia. Es un sentimiento hecho de un miedo vago a un peligro indeterminado. Pensamos siempre que no tiene ninguna razón, y por lo tanto, todo pasa como si no hubiese una razón. Hay una, mas esta razón es desconocida para el sujeto. A veces hay un peligro identificable pero la angustia es desproporcionada al peligro mismo. Uno lo comprende bien, en esta cuestión de la angustia, hay en todos los casos una parte conocida y también hay una parte desconocida para el sujeto. El sujeto sabe que padece de esta angustia en ese sentimiento de amenaza indeterminada, pero también lo padece en su cuerpo: por ejemplo dificultad en

---

<sup>53</sup> Profesora Asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.



la respiración, un nudo en la garganta, la boca seca, sudores, el corazón acelerado, malestar, vértigos, ganas de orinar de una manera urgente, etc. Más también la angustia puede tener algunos efectos positivos sobre el cuerpo por ejemplo cuando, frente a un peligro real, permite un aumento de la alerta y prepara el conjunto de los músculos para tener una reacción adaptada de lucha o de huida en relación con este peligro potencial. Cuando digo esto me refiero particularmente a los trabajos de Alexander, que es un psicoanalista americano que ha trabajado mucho sobre la cuestión de la psicósomática, pero también sobre las manifestaciones de adaptación en relación con la angustia. A Veces también esta angustia permite aumentar las performances del cuerpo. La angustia habla por el cuerpo. La angustia atraviesa el cuerpo y deja en él huellas temporarias o definitivas. A veces son también lesiones que resultan de lo que se conoce como estados de estrés.

De una manera más general todo el sufrimiento que uno puede encontrar en la vida puede expresarse por angustia y localizarse en el cuerpo de una manera más o menos evidente. Por ejemplo, la relación de causalidad es inmediata entre un nudo en la garganta y una situación de examen; En el caso de las enfermedades físicas, la relación es 'menos evidente, pero sabemos que el cuerpo habla. Entonces, algo está puesto en palabras en el cuerpo. El cuerpo no tarda en hacerse oír. (Guy Briole, 2013 p. 8).

## **EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**

### **ESTOMATOLOGÍA Y PSICOLOGÍA**

**Autora: Psic. Natalia Verónica Lifchiz<sup>54</sup>**

Impulsado y sostenido por el cambio paradigmático hacia la complejidad, se inserta la Psicología en Odontología. Dentro de los equipos interdisciplinarios en los que se inserta la cátedra de Psicología Evolutiva, encontramos el servicio de Estomatología “B” a cargo de la Profesora Titular Dra. Silvia López de Blanc en la Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional de Córdoba. El proyecto inter-cátedra se apoya en el paradigma de la complejidad y la idea de proceso de salud-enfermedad integral, donde se considera al hombre, como unidad bio-psico-social. La posibilidad de plantear conceptos provenientes del campo de la Psicología en la formación de grado no supone la anulación de las particularidades de cada disciplina, sino un intento de articulación e integración que parte de considerar al hombre en su integralidad, como unidad bio-psico-social.

El psicólogo asiste todas las semanas al servicio de estomatología, realizando asistencia, diagnóstico y atención psicológica de pacientes estomatológicos. Las entrevistas psicológicas se realizan en el consultorio del servicio de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, a los pacientes derivados por los profesionales de la cátedra con distintas patologías estomatológicas. Entre ellas:

- Liquen,
- Estomatodiasis,
- Aftas,
- Ampollas,
- Lesiones por virus de HPV/ HIV,
- Herpes
- Cáncer.

---

<sup>54</sup> Profesora Asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

Luego de la primera entrevista se elabora una devolución al profesional derivador y un intercambio disciplinario donde se establecen las pautas de un plan de trabajo en conjunto con el odontólogo derivador. Las entrevistas psicológicas se focalizan en la problemática que bordea el diagnóstico odontológico, y abarcan una duración de 30 minutos aproximadamente, según las características de cada caso particular y las demandas que pudieran surgir. Existen casos donde el psicólogo ingresa a sala para acompañar desde lo terapéutico al paciente y al odontólogo, fundamentalmente en casos donde se trata de niños con lesiones estomatológicas, o pacientes a los que se le debe comunicar o que se les ha comunicado la noticia de un diagnóstico de cáncer, abordando e incluyendo en el proceso de comunicación a los acompañantes del paciente (padres, abuelos, hijos, tutores, parejas, etc). También se realizan entrevistas de psicoprofilaxis quirúrgica previas a situaciones de biopsia (Biopsia: el estudio del tejido removido de un ser vivo con fines de diagnóstico mediante el examen microscópico).

Trabajar con pacientes con lesiones estomatológicas, nos permite comprender y focalizar el concepto de Vulnerabilidad Somática

El concepto de Vulnerabilidad Somática permite comprender la enfermedad y la salud como un proceso integral, en el cual siempre están presentes factores psicológicos, biológicos, sociológicos y culturales, en una combinación particular según la historia de cada persona.

## **SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO**

El sistema estomatognático se encuentra ubicado en la región cráneo facial. Es el conjunto de órganos y tejidos que permiten:

- Comer
- Hablar
- Pronunciar
- Masticar
- Deglutir
- Sonreír
- Respirar

- Besar
- Succionar

A su vez, decimos que está compuesto por:

- Labios
- Lengua
- Dientes
- Encía
- Mejillas
- Orofaringe
- Glándulas salivales
- Piso de boca
- Frenillos
- Maxilares
- Ganglios linfáticos
- Senos paranasales
- Articulación temporomandibular (A.T.M.)
- Así como los huesos, los músculos y la piel del territorio orofacial.

El aparato estomatognático es un aparato muy amplio, lo que implica que puede estar sujeto a cientos de enfermedades, entre estas la gingivitis, la faringitis, el herpes labial, la candidiasis oral, las adenopatías o neoplasias benignas o malignas, etc. Algunas estructuras orales forman también parte del aparato digestivo y otras del aparato respiratorio.

Los profesionales encargados del tratamiento de las enfermedades del aparato estomatognático son los odontólogos o estomatólogos, cirujanos maxilofaciales, especialistas en otorrinolaringología, el foniatra o fonoaudiólogos en lo que tiene que ver con terapia miofuncional o habla, los oncólogos cuando se precisa tratar un proceso canceroso, los neurólogos cuando existe una alteración que afecta a un nervio periférico

que influye en la función del aparato masticador y los dermatólogos que tratan las lesiones que aparecen en el labio.

El diagnóstico de las lesiones de los tejidos blandos y duros bucales consiste básicamente en estudios de anatomía patológica y en la observación clínica para identificar cambios en su constitución normal. Estos cambios se deben por lo general, a agentes patogenéticos o productores de enfermedad. El estomatólogo o el médico deben reconocer y describir estos cambios y ha de disponer de una referencia con la que pueda comparar la presunta zona enferma. La mayoría de las lesiones bucales se detectan en una exploración clínica rutinaria del estomatólogo, aunque el paciente en ocasiones está consciente de su lesión y consulta por ella, pero principalmente cuando los síntomas incluyen dolor y molestia. En la detección de las lesiones premalignas y malignas bucales, el estomatólogo juega un papel fundamental, lo que lo obliga a profundizar más en las características de lo normal con lo patológico, para el bien del paciente y tranquilidad del mismo.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

1. Grispan, Libro de estomatología: Cap. Tomo I: Cap. I. Tomo II, Cap. XVI, CapXXX, Cap. XXXI, Tomo III: Cap. XXXV, Tomo V. Pag 2547. XXXI Enfermedades propia de las mucosas.
2. Guy Briole sobre Los Enigmas del cuerpo. Revista de Psicoanálisis. Publicación Anual del departamento de Estudios “Psicoanálisis y Cuerpo” CIEC. Núm. 4- Abril 2013).

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD EN ADULTOS

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>55</sup>.**

En el adulto actual convergen dos realidades patentes: por un lado el incremento de sus años de vida y por el otro la aparición de un nuevo perfil epidemiológico basado en exposición a nuevos agentes tóxicos y a estilos de vida poco saludables.

Cartin Brenes (1993) indica que este nuevo perfil epidemiológico genera retos nuevos a los servicios de salud de los países. Los rasgos principales de las nuevas campañas de prevención o acciones de promoción de la salud deben pasar por la amplitud y comprensión de la realidad de este grupo de la población.

Según lo anterior, los sistemas de salud entran en colapso al no poder dar respuestas a varias patologías cuya prevención estaría sustentada en la intervención sobre los factores de riesgos que hacen a su iniciación mucho tiempo antes que la aparición de los síntomas (Cartin Brenes, 1993). Estos factores de riesgos son consecuencia de hábitos cotidianos pocos saludables, aunque a veces son promovidos por grupos sociales y encuentran su aprobación en la sociedad en donde viven los sujetos.

Lo anterior impacta sobre la creencia que tienen los adultos de los sistemas de salud como instancias reparadoras de la salud y no como instituciones que promuevan tanto la promoción como la prevención. Como consecuencia, la medicina tradicional tiene efectos reducidos sobre el control de los factores de riesgos y la modificación de hábitos pocos saludables.

Estos hábitos pocos saludables pueden categorizarse en tres tipos de conductas: a) el consumo de alcohol y cigarrillos, b) la hipertensión arterial y c) la alimentación careciente de nutrientes. Además de que los adultos, tanto varones como mujeres pasan gran parte de su tiempo diario en el trabajo, esto

---

<sup>55</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

se asocia con la predisposición a tener ciertos daños, accidentes o enfermedades (Cartin Brenes, 1993).

Las consecuencias directas de estas conductas son la generación de accidentes de diversos tipos, consumo de drogas o psicofármacos y del desarrollo de estrés físico y psicológico. El conjunto de estos comportamientos se han reportado como la tercera causa de muerte entre los adultos del mundo.

En particular hay que hacer énfasis en el desarrollo del estrés psicológico en este grupo etario, en donde se presentan vivencias y conductas de: soledad, sentimiento de fracaso, dificultades económicas, violencia doméstica, malos tratos a los niños y hasta el suicidio.

Teniendo en cuenta lo anterior, las campañas de promoción y prevención pueden dirigirse a modificar el estilo de vida o tener un enfoque socioambiental. El enfoque basado en la modificación en el estilo de vida es más individualista que el socioambiental (en donde se promueve un marco comprensivo de los componentes sociales, económicos, políticos y ambientales). Estos componentes son determinantes en los estados de salud y enfermedad del adulto. En el enfoque de estilo de vida la responsabilidad de promoverse instancias de salud es individual y depende del autocuidado, la salud y la enfermedad son vistas como un fenómeno dependiente de los comportamientos propios y las decisiones individuales. Según esto, un estilo de vida saludable solo podrá alcanzarse cuando se tengan los conocimientos, las oportunidades materiales y la voluntad para cambiar de hábito.

En cambio, el enfoque socioambiental propone a la promoción de la salud como un principio básico y general de las políticas oficiales públicas. Asegurando de esta manera que las intervenciones no generen diferencias entre los grupos sociales. Las intervenciones no deberían indicar grupos de enfermedades o indicadores negativos sino que a las condiciones de vida y de trabajo de los grupos sociales.

En articulación a lo anterior, Cartin Brenes (1993) propone que todo programa de promoción de la salud en el adulto tenga las siguientes características:

1. Que estén direccionados al cambio de comportamiento del individuo.

2. El compromiso de los sistemas para mejorar la calidad de vida (familia, trabajo, gobiernos, etc.).
3. Estudiar el origen del comportamiento negativo o del hábito no saludable dentro de las condiciones de vida del grupo.

Estos puntos tendrían como consecuencia la modificación del estilo de vida, el cual se encuentra articulado por la matriz social, la estructura del ambiente de trabajo, los valores culturales y las creencias personales.

Estas acciones deben darse dentro de las etapas de los programas de promoción de la salud para los adultos y contemplan:

- a) Motivación.
- b) Información y conocimiento.
- c) Cambio de actitud.
- d) Cambio de comportamiento.
- e) Oferta de infraestructura que favorezca el cambio de comportamiento.
- f) Reducción del riesgo
- g) Consecución de objetivos.
- h) Las metas deben ser realistas al grado de motivación.
- i) Involucramiento real del individuo.

Es por ello que la información que se deba dar sobre la promoción de la salud en los adultos deben darse en marcos comunitarios, en donde estén incluidos los medios de comunicación, además de grupos de apoyo y el reconocimiento tanto de los factores de riesgos como los protectores como así también de las habilidades positivas con las que cuenta el individuo y su grupo de referencia.

#### **Bibliografía:**

- Cartin Brenes, M. (1993). **La promoción de la salud del adulto: un reto para los servicios de salud.** *Revista Centroamericana de Administración Pública* 25 pp. 5-15.



## PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>56</sup>.**

La programación neurolingüística considera que la personalidad es funcional a todos los comportamientos de las personas. Como técnica de ejercitación, su utilización está dirigida a mejorar diversos aspectos de la personalidad. Los cambios que se buscan son permanentes y con la total participación de los sujetos.

En tal sentido, la PNL se interesa por los estados internos de las personas, que son los antecedentes de los estados de ánimo particulares y sus posteriores comportamientos (Aprender, 2015).

Lo primero que debe definirse es el rol que juega la percepción en las personas. En tal sentido, se puede explicitar que la forma en que se visualizan los recuerdos se relaciona con lo que se siente al recordarlo.

Para aplicar esta técnica de PNL, es importante entender que al recordar un evento las personas lo hacen a través de las representaciones de los sentidos. Es decir, uno recuerda lo que vio, escuchó, sintió (interna y externamente), olió, y lo que saboreó.

En la programación neurolingüística, estas representaciones de los sentidos se conocen como modalidades, y los tres que interesan son las modalidades visuales, auditivas y cinestésica (sensaciones del cuerpo). Cada una de las modalidades PNL tiene sus propias submodalidades PNL. Por ejemplo, la modalidad visual tiene las submodalidades PNL de brillo, color, velocidad.

Cada persona tiene un tipo de modalidad (auditiva, visual, cinestésica) dominante, y este es un dato importante de conocer para incrementar la efectividad de las técnicas.

---

<sup>56</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

**Submodalidad Digital:** es una de dos condiciones. Una bombilla eléctrica puede estar encendida o apagada. La respuesta puede ser “sí” o “no”. Es decir, no puede haber un intermedio.

**Submodalidad Analógica:** es una característica que se mueve a través de una escala que puede variar entre dos límites.

Cuando una persona recuerda un evento, este recuerdo es sólo una representación de su memoria. En la mayoría de los casos, la persona no está recordando lo que sucedió realmente, sino que lo hace a través de los filtros de sus creencias (Marinoli, 2015). La persona está recordando lo que sucedió de una manera que no cuestione sus creencias. Por lo general, hay algo irreal en la imagen que crea la mente – algo que en la vida real sería aterrador o diferente.

Una forma simple de entender la diferencia entre la modificación del contenido y de la estructura es usar la metáfora de una televisión. Cambiar la estructura es como usar los controles del televisor para cambiar el brillo, el nivel de color, el contraste, o la velocidad de las imágenes, en lugar de cambiar la imagen real. Es decir, la imagen o el recuerdo serán el mismo, pero vamos a cambiar ciertas características (Marinoli, 2015). Algunas personas pueden confundir el contenido y la estructura de la imagen. Algunos ejemplos son:

Primero, imaginar una imagen o foto flotando directamente en frente de los ojos. Esta imagen tiene aproximadamente el tamaño de una pantalla de televisión normal. Se puede utilizar cualquier imagen que cause felicidad.

**Cambiando la ubicación:** mover la imagen que está en frente, ya sea hacia adelante, hacia atrás, arriba, abajo, o izquierda y derecha, o cualquier combinación de éstos, pero sin cambiar la imagen en sí.

**Cambiando el tamaño:** sin cambiar la imagen de lugar, hacerla grande o pequeña, como si se utilizara una lupa o un zoom de cámara.

**Cambiando el brillo:** imaginar bajando el brillo de la imagen, como si se bajara la intensidad de la luz en la habitación. También se puede intentar

aumentar el brillo de la imagen, como si de pronto la iluminaran muchos reflectores.

Comúnmente, la sensación se hace más fuerte conforme la imagen está más cerca, y disminuye cuando se aleja. Esto funciona exactamente igual si el sentimiento es positivo o negativo. Es decir, si un evento causa malestar y se quiere disminuir esa sensación, sólo se tiene que visualizar que se aleja hasta que se vea como una imagen muy pequeña.

El otro concepto fundamental para la PNL es el de actitud, entendiendo por tal a las maneras particulares que tienen las personas de actuar y que se refleja en su forma de hacer las cosas (Aprender, 2015). Uno de los objetivos que tiene la PNL es que las personas hagan conocidas estas actitudes para si mismas que están en las distintas situaciones de la vida para poder comprender los comportamientos que se realizan.

Una de las actividades que se hacen para trabajar las actitudes son los ejercicios de auto investigación. Esta técnica se basa en definir un espacio en un lugar conocido por la persona y disponer de cierto tiempo para las tareas. Luego, debe realizarse una visualización de una imagen que le agrade a la persona e inmediatamente debe hacer el ejercicio de imaginarse dentro de la misma. Esta visualización empieza con una imagen en colores y paulatinamente de transforma en una imagen con colores (Aprender, 2015).

Una de las condiciones es que la persona se concentre en su personalidad. Luego de eso, se busca que la persona describa de manera honesta y sincera ciertas áreas de su vida, y respondiendo ante la pregunta **¿Cuál es mi actitud respecto a?:**

**\*la salud.**

**\*las relaciones.**

**\*el trabajo.**

**\*el dinero.**

**\*las creencias espirituales.**

Este ejercicio en su práctica constante y regulada promueve el desarrollo de habilidades en el individuo, es decir, la capacidad de saber elegir lo óptimo para cada uno. Estas habilidades son: las actitudes, acciones, metas y el estilo de vida.

**Bibliografía:**

- Aprender. (2005). **Manual de entrenamiento virtual en PNL.** Recuperado el 14 de junio del 2017 de [www.pnltecnicas.com/pdf](http://www.pnltecnicas.com/pdf).
- Marinoli, M. (2015). **Los pilares de la PNL.** Recuperado de [www.reflexionescriticadela ciencia.com](http://www.reflexionescriticadela ciencia.com)

## COMUNICACIÓN EMOCIONAL

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>57</sup>.**

En la actualidad hay una prevalencia de conductas agresivas, conflictividad en las relaciones y la vivencia de violencia en diferentes dimensiones y estilos.

Para darle un marco de asistencia a lo anterior se tienen como objetivo conocer el poder de las emociones sobre la conducta de las personas y hacer un uso pertinente de la comunicación emocional (Gutiérrez Tapia & García Cue, 2015).

Conocerse a sí mismo, ser conscientes de las propias emociones, de los motivos o causas de nuestros comportamientos, conocer los posibles móviles emocionales en la conducta de los demás, son temas candentes que cada vez interesan a un mayor número de personas (Gallego & otros, 1999 p.6).

Teniendo en consideración esto, se entiende que comunicar es un acto de transmisión de un mensaje de manera correcta entre al menos dos personas, implica también hacer llegar el mensaje. A su vez la otra persona tiene que descifrar el mensaje además de entenderlo para que la comunicación sea completa (Benaiges, 2004 en Gutiérrez Tapia & García Cue, 2015).

El aprendizaje de las emociones y su comunicación empieza desde la infancia y en entorno de la familia, y esto puede verse como una influencia positiva o negativa, manifestada en las expresiones.

El desarrollo de la inteligencia emocional constituye un lento proceso de aprendizaje a lo largo de toda nuestra vida, que nos permite ir aprendiendo de nuestras experiencias, generando habilidades cognitivas y generando unas competencias emocionales en las que, según Goleman (1995-1999), se combinan pensamiento y acción (Gutiérrez Tapia & García Cue, 2015 p .4).

La comunicación emocional es, sencillamente, la transmisión de nuestras emociones a otras personas. Es la inclusión de nuestras emociones en lo que comunicamos, es el uso de las emociones para que el mensaje sea más efectivo. Controlar las emociones es una forma de convencer (p.8).

---

<sup>57</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

Comunicar de forma emocional implica tener claro qué emociones estamos sintiendo y qué van a sentir los demás cuando se las transmitamos. Las emociones se contagian, se propagan. Una sonrisa puede contagiar sonrisas del mismo modo que un grito genera otros. Y ambas cosas son la manifestación de una emoción (p.8).

Por tanto la comunicación emocional es aquella que tiene en cuenta las emociones de la persona que comunica, es decir el emisor, pero también de la persona o grupo de personas que reciben el mensaje, es decir los receptores. En función del canal variará el modo de transmitir las emociones. Si lo hacemos cara a cara podemos tocar, sonreír, mirar..., pero si lo hacemos por escrito las emociones tendrán que leerse, si lo hacemos por teléfono tendremos que saberlo transmitir por el tono de voz y el modo de hablar en general. Del mismo modo que tendremos que ser conscientes de cómo afecta a las demás personas nuestra comunicación emocional para ir corrigiendo a medida que lo vayamos necesitando (p.9).

“Para Pau Navarro (2014), existen cuatro razones para aprender a comunicarse emocionalmente:

1. Evitar conflictos y discusiones. La gente no podrá criticar nuestros argumentos ni nuestras opiniones, porque estarán basados en nuestras emociones y sensaciones.
2. Nuestro interlocutor empatizará mejor con nosotros y sentirá que nos conoce más. Hablar de nuestras emociones permite que el otro nos conozca más profundamente. De esta forma podremos generar más proximidad con alguien que acabemos de conocer.
3. La persona con la que estemos hablando se abrirá y sincerará más. La comunicación emocional expone y a la vez protege nuestros sentimientos. Eso, por contagio emocional, provocará que nuestro interlocutor haga lo mismo. Suele ocurrir que la persona con la que hablamos termina copiando inconscientemente nuestro estilo de comunicación.
4. Justificaremos más nuestros actos. Al hablar de nuestras emociones, podremos legitimar mejor lo que hagamos. La gente entenderá que son las emociones las que nos han movido a actuar como actuamos y que no lo hacemos por capricho, azar o incluso premeditación. Y eso siempre es más

comprensible y aceptable porque de forma implícita estaremos aportando nuestros motivos en forma de emociones” (pp.9-10).

Según Ibarrola (2000), las características de la persona emocionalmente inteligente son:

1. Presenta una actitud positiva: resalta los aspectos positivos por encima de los negativos; valora más los aciertos que los errores, más las cualidades que los defectos, más lo conseguido que las insuficiencias, más el esfuerzo que los resultados, busca el equilibrio entre la tolerancia y la exigencia.
2. Reconoce los propios sentimientos y emociones.
3. Se siente capaz de expresar sentimientos y emociones: tanto las consideradas positivas como las consideradas negativas necesitan ser canalizadas a través de algún medio de expresión. La persona emocionalmente inteligente sabe reconocer el canal más apropiado y el momento oportuno.
4. Es capaz de controlar sentimientos y emociones: sabe encontrar el equilibrio entre expresión y control. Sabe esperar. Tolera la frustración y es capaz de demorar gratificaciones.
5. Es empática: se mete con facilidad en la piel del otro, capta sus emociones aunque no las exprese en palabras sino a través de la comunicación no verbal.
6. Es capaz de tomar decisiones adecuadas: el proceso de toma de decisiones integra lo racional y lo emocional. La emoción impide a veces la decisión. Es importante darse cuenta de los factores emocionales presentes en cada decisión de cara a que estas sean apropiadas.
7. Tiene motivación ilusión e interés: todo lo contrario a la pasividad, al aburrimiento o la desidia. La persona es capaz de motivarse ilusionarse por llegar a metas e interesarse por las personas y las cosas que le rodean.
8. Posee una autoestima adecuada: sentimientos positivos hacia sí misma y confianza en sus capacidades para hacer frente a los retos que se encuentre en la vida.
9. Sabe dar y recibir.

10. Tiene valores que dan sentido a su vida.
11. Es capaz de superar las dificultades y frustraciones aunque hayan sido muy negativas.
12. Es capaz de integrar polaridades: lo cognitivo y lo emocional, el hemisferio derecho y el izquierdo; soledad y compañía; tolerancia y exigencia; derechos y deberes.

**Bibliografía:**

- Gutiérrez Tapia, M.; & García Cue, J.L. (2015). **La comunicación emocional, una necesidad para una sociedad en crisis.** I Congreso Internacional de Expresión y Comunicación Emocional. CIECE. Prevención de dificultades socio-educativas. Sevilla 2-4 de septiembre de 2015.



## MODIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>58</sup>.**

La terapia racional emocional de Ellis (1955) desarrolla el principio general de que si las personas tuviesen o adquiriesen una filosofía de vida sana, sería difícil o casi imposible desarrollar perturbaciones emocionales.

De esta manera, se pone el énfasis en las cogniciones de las personas (creencias, pensamientos e imágenes mentales) y no tan solo en las emociones y las conductas. Su esquema general es la teoría ABC:

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Acontecimientos activadores	Creencias y pensamientos sobre A	Consecuencias emocionales y conductuales.

Los acontecimientos activadores (A) no bastan para explicar la aparición de las consecuencias emocionales y conductuales (C), se necesita de las creencias y pensamientos (B) que actuarían como mediadores y siendo los verdaderos responsables de la aparición de C.

Teniendo en consideración lo anterior, Ellis clasificó a las ideas irracionales de la siguiente manera:

1. Es una necesidad extrema para los seres humanos adultos el ser amado y aprobados por cada persona significativa de su entorno.
2. Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.
3. Las personas que no actúan como es debido, son viles, malvadas e infames y deberían ser castigados por su maldad.
4. Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.

---

<sup>58</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

5. La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene la capacidad de controlar sus emociones.
6. Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
7. Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
8. Debo depender de los demás y necesito alguien más fuerte en quien confiar.
9. Lo que me ocurrió en el pasado, seguiría afectándome siempre.
10. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.
11. Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico.

Ellis (1977a) acumulo estas ideas irracionales en tres grupos:

- 1) Las **exigencias absolutistas** o necesidades perturbadoras en forma de “deberías”, “es necesario que”, por ejemplo, y esto con respecto a: -uno mismo; -otra/as persona/as; -la vida y el mundo. Cuando estas necesidades no se cumplen, surgen los pensamientos emocionales derivados de esas exigencias (tremendismo-no soportantitis-condena o autocondena).
- 2) Las **distorsiones cognitivas**: sobregeneralizaciones o etiquetado negativo-salto a conclusiones negativas-adivinar el futuro-fijarse en lo negativo-descalificar lo positivo magnificar o minimizar-razonamiento emocional-personalizar-estafa.
- 3) Las **posiciones de vida** son dicotómicas y las personas suelen situarse a uno de los dos polos.
  - exigencia-preferencia: en la preferencia la persona acepta sus limitaciones de todo tipo, se centra en disfrutar y conseguir posibilidades.
  - yo como objeto en contraposición al yo contexto o potencial.
  - vivir en función de lo deseado frente a vivir en función de lo que conviene.
  - considerarte “resultado de” frente a considerarte “causa de”.

El efecto perjudicial de adoptar una posición de vida es recaer en lo que se denomina una **profecía autorealizadora**, es decir, unir emociones y conductas en un pensamiento máximo, al modo de “si crees que puedes lo harás y sino no podrás”.

De una manera instrumental se pueden aplicar tres filtros a estas ideas y pensamientos para empezar a controlarlos:

- 1) **La evidencia**: Lo primero que debe plantearse será conocer la evidencia o certeza del pensamiento. Este filtro por sí solo ya deshecha gran parte de los pensamientos irracionales. Se realizan preguntas del tipo de:

*¿Es totalmente cierto este pensamiento? ¿En qué pruebas me baso? ¿Podría existir otra explicación u otra forma de pensar más realista? ¿Es un hecho probado científicamente?*

**Hay veces que el pensamiento que me hace sentir mal sí tiene evidencia** que lo sustente y así se ajusta a la realidad. Por ejemplo "He suspendido el examen de física" o "Mañana tengo cita con el dentista para hacerme una endodoncia". En este caso se pasa al siguiente filtro.

**2) La gravedad:** preguntas encaminadas a evaluar la magnitud de las consecuencias, en caso de que el pensamiento fuera cierto.

*¿Serían tan terribles las consecuencias? ¿Qué ocurriría si...? ¿A cuántas áreas de mi vida afectaría? ¿Podría encontrarme bien aun cuando esto sea así? ¿Hay otras personas a quienes les haya ocurrido y cómo lo han vivido?*

Pero existe la **posibilidad de que un pensamiento sea cierto y que además implique cierta gravedad**. Por ejemplo "Me han despedido del trabajo" o "Mi novio/a ha roto conmigo" Para eso existe una última pregunta que si bien no va a desechar el pensamiento irracional sí va a amortiguar el malestar que produce.

**3. La utilidad:** Preguntas que intentan evaluar los efectos de pensar de esa manera.

*¿Qué consecuencias tiene para mí pensar así? ¿Me ayuda a solucionar mis problemas? ¿Me hace sentirme bien?*

Es importante señalar que este último filtro es usado de manera instintiva por muchas personas pero que lo aplican sin antes hacerse las preguntas de evidencia y gravedad, y por ello no consiguen grandes resultados sino un cierto conformismo con su situación. De ahí la importancia de usar las armas de la lógica en el orden correcto.

### **Bibliografía:**

- La terapia racional emotiva (TRE). Recuperada el 17 de agosto de [www.rebt.com](http://www.rebt.com)

## CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO EN LA VEJEZ

**Autor: Lic. Pedro Sebastian Alvarez<sup>59</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la Obra de Diane E. Papalía, Harvey L. Sterns, Ruth Duskin Feldman y Cameron J. Camps, sobre las características del desarrollo del adulto y vejez<sup>60</sup>.

Para comprender el desarrollo adulto es muy útil imaginarlo como producto de *múltiples fuerzas concurrentes que actúan sobre un sistema complejo*. Esta concepción permite observar varios aspectos de la misma persona, que puede, por ejemplo, crecer intelectualmente mientras experimenta algún deterioro físico. De esta manera, podemos ver cómo una persona posee no sólo una, sino muchas edades diferentes: no únicamente cronológica, sino también funcional, biológica, psicológica y social.

**Tabla 1.** *Características del desarrollo de la vejez tardía.*

<b>Etapa</b>	<b>Desarrollo físico</b>	<b>Desarrollo psicológico</b>	<b>Desarrollo social</b>
<i>Adulthood tardía</i> (65 años y más)	La mayoría de las personas son saludables y activas, aunque la salud y las habilidades físicas empiezan	La mayoría de las personas está mentalmente alerta. Aunque la inteligencia y la memoria pueden deteriorarse	La jubilación puede ofrecer nuevas opciones para usar el tiempo, incluido nuevo trabajo de tiempo completo o

<sup>59</sup> Profesional asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>60</sup> Papalía, D.E.; Sterns, H.L.; Duskin Feldman, R.; & Camps. C.J. (2009). **Desarrollo del adulto y vejez**. Tercera edición. Ed. McGraw Hill. México.

	<p>a declinar.</p> <p>El retraso en el tiempo de reacción afecta algunos aspectos del funcionamiento.</p>	<p>en algunas áreas, la mayoría de las personas encuentra modos de compensación.</p>	<p>parcial.</p> <p>Las personas necesitan enfrentar pérdidas personales y la muerte inminente.</p> <p>Las relaciones con la familia y los amigos cercanos pueden proporcionar un apoyo importante.</p> <p>La búsqueda de significado en la vida asume una importancia central.</p>
--	---	--	--

Visiones culturales del envejecimiento

Los medios de comunicación están llenos de estereotipos acerca del envejecimiento. Tales estereotipos reflejan las muy difundidas y erróneas concepciones sobre el envejecimiento: que las personas mayores por lo

general están cansadas, tienen pobre coordinación y son proclives a infecciones; que tienen muchos accidentes y pasan la mayor parte del tiempo en cama; que viven en instituciones; que nunca pueden recordar ni aprender; que no tienen interés en las relaciones sexuales; que están aisladas de los demás y dependen de la televisión y el radio; que no emplean su tiempo de manera productiva; y que son personas gruñonas, autocompasivas, quisquillosas y caprichosas.

Sin embargo, el estereotipo negativo se reduce cuando se proporciona información contextual acerca de los ancianos, en particular información sobre los roles relacionados con su trabajo (Kite, Stockdale, Whitley & Johnson, 2005). Los estereotipos negativos pueden ocasionar prejuicios como la falta de interés de los jóvenes por escuchar las opiniones de una persona mayor, o situaciones tan graves como la pérdida de un empleo. Los estereotipos positivos, que muestran la vejez como una “edad dorada” de paz y relajación cuando las personas cosechan los frutos de las obras de toda una vida.

Los adultos que envejecen constituyen un panorama muy diverso, con fortalezas y debilidades particulares que se incrementan, a medida que el grupo se vuelve más numeroso.

## **SALUD MENTAL, AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION AL ENVEJECIMIENTO**

La *salud mental* se define como un “intento por vivir de manera significativa, en una serie de circunstancias sociales y ambientales particulares, contando con un conjunto específico de recursos y apoyos”; en otras palabras, es intentar “hacer lo mejor que uno puede con lo que tiene” (Kivnick, 1993 p. 15). Implica desarrollar fortalezas internas y utilizar recursos externos para compensar las debilidades y los déficits. Una variable relacionada con la salud mental es la *satisfacción de vida*, que a veces se define como *moral*, o cómo la forma en que una persona juzga la calidad de su vida (Schulz, 1985). Una autoimagen favorable y alta autoestima incrementan la moral. De igual forma lo hacen la autonomía y un sentido de dominio de alguna actividad (Sherman, 1993).

## Modelos de afrontamientos

El estrés es una parte inevitable de la vida. El **afrontamiento** es el pensamiento adaptativo o comportamiento que está dirigido a reducir o aliviar el estrés que surge de las condiciones dolorosas, amenazantes o desafiantes.

### Modelos ambientales:

Entre más cambios importantes tiene una persona dentro de un tiempo determinado, más difícil le es afrontarlos. Se considera que los seres humanos suelen *reaccionar, antes que actuar*, por lo que el tamaño y la frecuencia de las demandas ambientales determinan qué tan bien puede afrontar los problemas una persona. Demasiadas fuentes de estrés o una situación lo suficientemente estresante (como la muerte de un cónyuge) pueden abrumar a una persona y nublar su habilidad para solucionar problemas; de manera similar a lo que sucede cuando se pone demasiada presión sobre una maquinaria y se ocasiona una sobrecarga que puede dañar las partes operativas.

Un modelo ambiental tiene varios defectos. Primero, no considera cómo un individuo interpreta un evento. Segundo, el tiempo de aparición de un evento puede influir. Tercero, el estrés también puede ser ocasionado por la *falta* de cambio: es decir, el aburrimiento, la incapacidad para prosperar en el trabajo o relaciones personales poco gratificantes. Cuarto, muchos estudios sugieren que es más probable que la salud, tanto física como mental, sea afectada más por molestias y tensiones diarias producto de la vida cotidiana que por eventos aislados graves (George, 1980; Lazarus, 1981; Pearlin, 1980; Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan, 1981). Quinto, el modelo ignora las diferencias individuales. ¿Por qué alguien se desmorona bajo el estrés de una fecha límite o una emergencia, mientras otras se comportan a la altura de la situación?

Cuando tanto la presión como la competencia son relativamente altas o relativamente bajas, las personas están cómodas en su ambiente por lo que tienden a sentirse bien, es decir están en su *nivel de adaptación* normal. Cuando el ambiente los presiona moderadamente, llegan a su máximo potencial. Pero cuando la presión ambiental es muy baja o muy alta, las

personas se sienten incómodas en el ambiente, y lo perciben como aburrido o abrumador.

### Modelos conductuales:

Estos modelos, basados en estudios con animales, buscan explicar el comportamiento en términos del condicionamiento clásico u operante, o ambos. El afrontamiento se relaciona con las adaptaciones aprendidas a estresores ambientales, que conducen a una reducción del estrés que se percibe.

Un animal confrontado por un enemigo, o una persona confrontada por un factor estresante, por lo general tiene tres opciones: huir a un lugar más seguro, pelear e intentar dominar la situación, o permanecer firme y tratar de aguantar el embate. Cuando el escape o la evasión son imposibles, y los intentos por dominar fallan o son castigados, los organismos se adaptan mediante la **desesperanza aprendida**. Durante un periodo aprenden a vivir con lo que originalmente era una situación extremadamente estresante y dejan de intentar cambiarla (Evans y Stecker, 2004; Ursin, 1980).

### Modelos de estilos de afrontamientos:

Un tercer acercamiento, más complejo, del afrontamiento se basa en la tradición psicoanalítica. Se enfoca más en los pensamientos y las actitudes de las personas que en el comportamiento externo. Desde esta perspectiva, el afrontamiento es una forma de resolución de problemas, y las *estrategias o estilos de afrontamiento* individuales, como los rasgos de personalidad, tienden a ser bastante estables.

Los estilos de afrontamiento pueden fallar ante la multidimensionalidad del comportamiento humano. Estos modelos no distinguen entre afrontamiento y otras formas de comportamiento adaptativo que no involucran esfuerzo. Los modelos que evalúan los estilos de afrontamiento en términos de resultados tienden a confundir el proceso con el producto. El afrontamiento es el proceso de la lucha, no solamente el éxito; es gestión, no se reduce al dominio de un comportamiento.



### Modelo de la valoración cognitiva:

En el **modelo de la valoración cognitiva** (Lazarus, 2003; Lazarus y Folkman, 1984), el afrontamiento es un proceso evolutivo, que ocurre sólo en situaciones en las que una persona percibe una exigencia excesiva o la superación de sus recursos que le demandan un esfuerzo inusual. De acuerdo con este modelo contextual, las personas eligen las estrategias de afrontamiento a través de la realización de una valoración cognitiva de la situación. El afrontamiento incluye cualquier cosa que el individuo piense o haga para intentar adaptarse al estrés, sin importar qué tan bien funcione. Puesto que la situación cambia constantemente, el afrontamiento es dinámico, no estático; elegir la estrategia más adecuada requiere de una revaloración constante de la relación que se genera entre la persona y el ambiente.

La elección y efectividad de una estrategia de afrontamiento se encuentran influenciadas tanto por los recursos personales y la restricción personal y ambiental, como por qué tan grande parezca ser la amenaza. Los *recursos personales* incluyen la salud, la energía, las creencias acerca del control personal o el control sobrenatural, los compromisos y las motivaciones, las habilidades sociales y de resolución de problemas, el apoyo social y los recursos materiales (dinero, bienes y servicios). El uso de los recursos personales puede estar limitado por las *restricciones personales*: los problemas psicológicos, como miedo al fracaso, o actitudes que reflejan las normas sociales, como los roles de género. Las *restricciones ambientales* pueden ser, por ejemplo, las demandas que compiten para obtener los mismos recursos, o instituciones que frustran el afrontamiento.

La mayor parte del tiempo, las personas luchan por un equilibrio entre dos modos de afrontamiento: el *enfocado en el problema* y el *enfocado en la emoción*. Cuál predomina depende de la situación, la persona y las opciones disponibles (Lazarus, 2003; Monat & Lazarus, 1985).

El **afrontamiento enfocado en el problema** se dirige hacia la eliminación, gestión o mejora de una condición que provoca estrés. Por lo general predomina cuando una persona ve una transformación realista al efectuar el cambio. El **afrontamiento enfocado en la emoción**, a veces llamado

*afrontamiento paliativo*, se dirige hacia “sentirse mejor”: es decir, hacia el manejo de la respuesta emocional producida en una situación estresante para aliviar su impacto físico o psicológico. Es probable que esta forma de afrontamiento predomine cuando una persona concluye que poco o nada se puede hacer acerca de la situación en sí. Algunas estrategias enfocadas en la emoción desvían la atención de un problema; otras consciente o inconscientemente reinterpretan la situación, por ejemplo, al rendirse ante ella o pretender que no existe.

Las estrategias enfocadas en la emoción por lo general puntúan bajo en las jerarquías de los estilos de afrontamiento; el negar un problema, por ejemplo, se ve como simplemente aplazar algo que puede volverse más difícil de manejar. Sin embargo, el modelo de la valoración cognitiva no ve cualquier estrategia como inherentemente buena o mala. La efectividad depende del contexto.

En general, los ancianos utilizan más las estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción que los jóvenes (Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987; Prohaska, Leventhal, Leventhal & Keller, 1985).

Con la edad, las personas pueden ser más capaces de controlar sus emociones cuando una situación lo requiere (Blanchard-Fields e Irion, 1987; Folkman y Lazarus, 1980; Labouvie-Fief, Hakim-Larson & Hobart, 1987), y este estilo de afrontamiento puede ser bastante adaptativo. Para muchas personas, especialmente las ancianas, el comportamiento religioso parece ser una estrategia de afrontamiento efectiva.

Envejecimiento exitoso
------------------------

El concepto de *envejecimiento exitoso*, u *óptimo*, en contraste con la antigua idea de que el envejecimiento es el resultado de inevitables procesos intrínsecos de pérdida y deterioro, representa un gran cambio en el enfoque gerontológico, que surge en respuesta al creciente número de ancianos activos y saludables.

Se identificaron tres componentes principales en el envejecimiento exitoso: 1) evitar la enfermedad o la discapacidad relacionadas con la enfermedad, 2) el mantenimiento de un alto funcionamiento físico y cognitivo, y 3) el involucramiento activo y sostenido en las actividades sociales y productivas (actividades, con paga o sin ella, que poseen un valor social). Quienes envejecen exitosamente tienden a poseer apoyo social, tanto en el área emocional como material, que ayuda a la salud mental; y en tanto permanezcan activos y productivos, no se piensan a sí mismos como ancianos.

#### Modelos normativos:

Para los teóricos normativos, los adultos envejecen exitosamente cuando completan las tareas psicológicas normales de cada periodo de la vida en una forma emocionalmente saludable. Erikson concibió las tareas críticas de la adultez media y tardía como generatividad e integración.

#### Modelos de equilibrios:

De acuerdo con los modelos normativos, las personas se adaptan al envejecimiento a través de una serie de cambios típicos de la personalidad. Pero el envejecimiento, particularmente en las sociedades desarrolladas, ha perdido parte de su carácter normativo, en parte debido a los avances en el área de la salud y la condición física y a amplias variaciones con respecto a la jubilación: si las personas deciden retirarse y cuándo. Los modelos de equilibrios recientes enfatizan la interacción entre individuo y ambiente, y sugieren que el “envejecimiento exitoso” es un equilibrio entre estabilidad y cambio, y que el equilibrio adecuado puede no ser el mismo para todos.

## CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO EN LA VEJEZ

**Autora: María Gabriela Zamar<sup>61</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la Obra de Diane E. Papalia Harvey L. Sterns Ruth Duskin Feldman Cameron J. Camp<sup>62</sup> sobre el desarrollo de la personalidad del adulto y vejez.

### DEFINICIÓN Y ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD.

Cuando hablamos de tu personalidad, nos referimos acerca de tu naturaleza básica, de qué tipo de persona eres: generosa o tacaña, alegre o melancólica, valiente o temerosa. Asimismo estos ejemplos pueden no ser muy precisos, ya que, a veces puedes ser valiente, pero en otro momento temeroso, o incluso ser temeroso y valiente a la vez. La personalidad es compleja, por lo que es difícil de definir y medir. De hecho, para muchos psicólogos, no pueden hacerse afirmaciones generales en absoluto acerca de la misma.

Pero entonces, ¿cómo definimos a la personalidad?...Hay tantas definiciones como investigadores en este campo. Podríamos asimismo tomar el siguiente concepto: *“La personalidad es la esencia de una persona, es lo que hace a un individuo único e irreplicable. La personalidad es difícil de definir porque no se puede ver, escuchar o tocar; se tiene que inferir a partir del comportamiento”*. (Diane E. Papalia Harvey L. Sterns Ruth Duskin Feldman Cameron J. Camp p. 395)

Agregamos que la mayoría de los psicólogos piensan no sólo en términos de comportamientos observables, sino *“también como una forma de estructura interna de la mente y de las emociones que se encuentra detrás de lo que las*

---

<sup>61</sup> Profesora Asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba

<sup>62</sup> Diane E. Papalia, Harvey L. Sterns, Ruth Duskin Feldman, Cameron J. Camp. 2009. **Desarrollo del adulto y vejez**. Capítulo 11. Tercera edición. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Edición Mc Graw Hill. México.

*personas dicen y hacen” (Hjelle y Ziegler, 1992). Aunque tal estructura se desarrolla constantemente, por lo general se toman en cuenta las actitudes y los patrones de comportamiento que son más bien regulares. “La personalidad es un conjunto de “patrones de comportamiento... pensamientos y emociones distintivos... que caracterizan la forma en que cada individuo se adapta a las situaciones de su vida” (Mischel, 1986, p. 4); es decir, la forma relativamente constante y única de pensar, sentir y comportarse de una persona.*

### **Orígenes de la personalidad:**

#### HERENCIA Y EXPERIENCIA

La personalidad, a pesar de su estabilidad esencial, no está determinada desde los orígenes: es un *“proceso en evolución sujeto a una variedad de influencias tanto internas como externas” (Hjelle y Ziegler, 1992). “Los cambios en el desarrollo personal producidos por el ambiente y la maduración afectan cómo se expresa el carácter de una persona en el tiempo, mientras que los rasgos subyacentes permanecen estables” (Vaillant, 2002).*

### **Modelos de la Personalidad Adulta:**

#### ESTABILIDAD O CAMBIO

Estos términos representan los extremos de un debate referente a la dicotomía que hay entre la estabilidad y el cambio en la personalidad adulta. Lo que lleva a preguntarnos: *“¿La personalidad “se consolida como un yeso” en la adultez temprana, o los adultos pueden continuar “naciendo” ellos mismos?” (Diane E. Papalia y Otros, p. 399) Diferentes investigadores, han encontrado respuestas diversas.*

Nosotros desplegaremos los siguientes MODELOS que pueden guiarnos:

El modelo de rasgos; los modelos del autoconcepto; el modelo de los cinco factores; el modelo de los acontecimientos de la vida; y por último, los modelos de las etapas.

**MODELO DE RASGOS:** Se enfoca en rasgos conductuales, temperamentales, como también en los emocionales, y mentales. Este modelo es un tanto mecanicista ya que intenta reducir la personalidad a sus elementos más básicos. Suponen que los rasgos predicen bastante la influencia sobre el

comportamiento, concluyendo que para éstos la personalidad adulta cambia muy poco.

LOS MODELOS DE AUTOCONCEPTO: Estos *“se preocupan por cómo la gente se ve a sí misma”*. Refieren a las personas como activas reguladoras del desarrollo de su propia personalidad. *“Tales modelos incorporan tanto la estabilidad como el cambio”*. A la pregunta *“¿Quién soy en el mundo?”* muchos psicólogos lo piensan como un fenómeno social, que se construye a partir de la interacción con otros. Las personas se miran en un espejo creado por su mundo social y combinan la imagen que ven reflejada ahí con la que ya tienen de sí mismos. *“Los teóricos del autoconcepto se ocupan del lado cognitivo de la personalidad: lo que la gente cree acerca de quiénes son”*. (E. Papalia y Otros, p. 405)

Un modelo de desarrollo del autoconcepto indica que las personas hacen una evaluación subjetiva de su personal desarrollo en relación con su entorno social. Esto lo enfocan desde los estilos de identidad: como las formas particulares de interpretar, confrontar y responder a la experiencia. (Markus y Nurius, 1986).

De acuerdo con Whitbourne, *“la identidad se construye con imágenes acumuladas del yo, tanto conscientes como inconscientes. Los rasgos de la personalidad percibidos, como la sensibilidad y la obstinación, forman parte de dicha identidad”*. Estas autoimágenes permanecen por lo general estables a menos que se contradigan con cambios en las circunstancias de vida o roles. Incluso entonces, *“tales cambios no destruyen la continuidad fundamental de la personalidad, sino que se incorporan en una imagen modificada y reestablecida del yo”*. (Susan Krauss Whitbourne (1987; Whitbourne y Connolly, 1999; Whitbourne y Primus, 1996, p. 406)

Este modelo ha hecho una importante contribución a la comprensión de la personalidad adulta al resaltar el curso de vida individual y desafiar la idea del cambio universal relacionado con la edad.

EL MODELO DE LOS CINCO FACTORES: Este modelo comprende cinco dimensiones 1) Neuroticismo; 2) Extraversión; 3) Apertura a la experiencia; 4)

Meticulosidad; y 5) Amabilidad. Cabe aclarar que cada uno de estos factores admite varios rasgos asociados. (Paul T. Costa y Robert R. McCrae ,1994)

EL NEUROTICISMO: Es un grupo de seis rasgos negativos: Timidez, ansiedad, depresión, hostilidad, impulsividad y vulnerabilidad. Las personas considerablemente neuróticas son nerviosas, irritables, temerosas, se enojan con facilidad y son muy sensibles a la crítica. Pueden sentirse solitarias, tristes, culpables, desamparadas, y sin valía.

LA EXTRAVERSION: Comprende también seis facetas: Asertividad, calidez, actividad, sentimientos positivos y búsqueda de emociones fuertes. Los extravertidos les gusta la atención, son sociables, son personas que se “hacen cargo” o se ocupan de resolver una situación específica. Tienen relaciones bondadosas y cercanas.

LAS PERSONAS QUE SON ABIERTAS A LA EXPERIENCIA: Disfrutan la vida, aprecian la belleza y las artes. Cuestionan los valores tradicionales, desean intentar nuevas actividades y abrazan novedosas ideas. Tienen sentimientos fuertes y una vívida imaginación.

LAS PERSONAS METICULOSAS O RESPONSABLES: Logran lo que se proponen, son obedientes, competentes, decididas, ordenadas, y disciplinadas.

LAS PERSONAS AMABLES: Son complacientes, francas, altruistas, confiables, modestas y fácilmente influenciables.

EL MODELO DE LOS ACONTECIMIENTOS DE LA VIDA: Este modelo refiere a lo contextual. En la niñez, los eventos de maduración internos señalan transiciones desde una etapa de desarrollo a otra. Por ejemplo, un bebé dice su primera palabra, da sus primeros pasos, pierde su primer diente. O el cuerpo cambia al inicio de la pubertad. Pero, *“aunque la edad puede ser un indicador contundente del desarrollo del niño, las circunstancias individuales o los eventos de vida pueden ser más significativos para los adultos”*. (Neugarten, Moore y Lowe, 1965; Neugarten y Neugarten, 1987, p.416),

El modelo de ocurrencia de los acontecimientos de la vida, apoyado por Bernice Neugarten y otros considera a los principales eventos de la vida como indicadores del desarrollo.

Para ellos las personas se desarrollan en respuesta a eventos claves en los diversos momentos de sus vidas. Y señalan dos tipos de eventos: Los eventos de vidas “normativos” y los eventos “inusuales”. Los primeros, son aquellos que las personas esperan, porque le ocurren a la mayoría de los adultos; como la paternidad y la jubilación por ejemplo. Los eventos inusuales, en cambio, son los que no se esperan (lo no normativos). Por ejemplo, un accidente traumático, un ascenso no anunciado o un premio de lotería.

Con frecuencia depende de los tiempos en que se presentan los eventos, ya sea, o no, normativo, y por tanto esperado o no. Los eventos que son normativos cuando están “en tiempo” (de acuerdo con el reloj social) se pueden convertir en no normativos cuando quedan “fuera de tiempo”, esto es, que aparezcan antes o después de lo esperado.

LOS MODELOS DE LAS ETAPAS: Plantean una secuencia típica de desarrollo relacionado con la edad que continúa a lo largo del ciclo de vida. Los estudios enmarcados en este modelo encuentran cambios significativos y predecibles en la personalidad adulta.

Estos cambios surgen en períodos sucesivos, con frecuencia marcados por “crisis” emocionales. Los modelos de etapas no sugieren que la vida de todos siga exactamente el mismo curso; sino que retratan un núcleo común de “tareas de vida” que ocurren en cierta secuencia aproximadamente a las mismas edades. (Levinson, 1980, 1986).

Dentro del modelo de las etapas, encontramos grandes contribuciones de E. Erickson, sobre quien nos enfocaremos respecto a las “Crisis” que surgen dentro de la etapa del Adulto Joven, Adulto Medio y Vejez:

Para Erikson, la personalidad se desarrolla mediante un equilibrio en las tendencias positivas y negativas durante ocho etapas cruciales a través del ciclo de vida. La resolución exitosa de una crisis resulta en el surgimiento de



una “virtud” particular. Erikson: Balance de tendencias positivas y negativas. (1950, 1985; Erikson, Erikson y Kivnick, 1986).

La 6ta Crisis, “INTIMIDAD” frente a “AISLAMIENTO”, es el mayor conflicto del ADULTO JOVEN. Los mismos desarrollan un fuerte sentido del yo y están listos para fusionar su identidad con la de otra persona. Quienes a esta etapa no pueden, o temen establecer compromisos profundos con otros, pueden volverse aislados y ensimismados. *“La resolución de las conflictivas demandas de la intimidad y el aislamiento tienen como resultado la “virtud” del amor: devoción entre compañeros que eligieron compartir sus vidas, tener hijos y ayudarlos a lograr su propio desarrollo saludable”* (E. Papalia y Otros, p.407). Igualmente, los críticos objetan que las personas pueden adquirir la virtud del amor en una amplia variedad de estilos de vida, y no necesariamente los referidos al matrimonio heterosexual y/o de procreación de hijos.

La 7ma Crisis de Erikson, “GENERATIVIDAD” frente a “ESTANCAMIENTO”, ocurre en la ADULTEZ MEDIA. Lo que este autor observa es que alrededor de los 40 años, es una época crucial para que los adultos desarrollen la generatividad: la que define como *“una preocupación por establecer y guiar a la siguiente generación”*. Al ver hacia adelante el declive de sus propias vidas, los adultos maduros necesitan participar en la continuación de la vida.

Erikson afirmó que *“la generatividad se puede expresar a través de la docencia o la consejería, mediante la productividad o la creatividad, y a través de la “autoproducción”, o el autodesarrollo”*. La “virtud” de este período es el cuidado: *“un compromiso cada vez más amplio de cuidar a las personas, los productos y las ideas que uno aprendió a proteger”* (1985, p. 67). Las personas que no encuentran una salida satisfactoria para la generatividad se vuelven autoindulgentes, ensimismados, y estancados. Como en todas las etapas de Erikson, el equilibrio es el factor más relevante; incluso la persona más generativa pasa a través de períodos de inactividad.

VEJEZ: Erikson también refiere a una (8va) Crisis final: La de “INTEGRIDAD versus “DESESPERACION”, los ancianos necesitan aceptar la forma en que vivieron con la finalidad de también aceptar su muerte cercana. *“Luchan para lograr un sentido de integridad, de coherencia y completud de sus vidas, en vez*

*de entregarse a la desesperación por la imposibilidad de regresar y hacer las cosas de otro modo” (Erikson et al., 1986).*

Las personas que triunfan en esta tarea final obtienen una sensación de significado de la vida, y de orden. La “virtud” que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría (aceptación). Las personas que no la logran se sienten abrumadas por la desesperación, cuando se dan cuenta de que el tiempo es muy corto para tomar otros caminos. Cierta desesperación es inevitable, asimismo, sostiene Erikson que la vejez es una época para jugar, para recuperar una cualidad infantil. *“A pesar de que el tiempo para la procreación terminó, puede tener lugar la creación. Incluso conforme las funciones físicas se debilitan, las personas pueden disfrutar experiencias enriquecedoras para el cuerpo y la mente”.* (E. Papalia y Otros, p.409)

La tarea final se divide en dos partes: “guardián del significado” y la “integridad”. El primero toma la responsabilidad de preservar la cultura, las tradiciones y las instituciones. Ahora se cuida el pasado en lugar de desarrollar el futuro como se hizo en la generatividad. La integridad es la última de las tareas de la vida. De nuevo, de acuerdo con Erikson, es necesario dar sentido a la vida propia y aceptar lo que ocurrió. La sabiduría acerca de la vida es un aspecto clave para el desarrollo de la integridad.

Por otro lado, la conciencia de la mortalidad y de los poderes físicos en decadencia puede producir algo similar a una crisis de adultez media. Para ello, la búsqueda de poderes espirituales también tiene un propósito generativo: los ancianos son los responsables de proteger ritualmente a sus hijos y nietos de la muerte o la enfermedad.

Los modelos de etapas propagan un mensaje central: que los adultos continúan cambiando, desarrollándose y creciendo. *“Ya sea que las personas crezcan o no en las formas particulares sugeridas por estos modelos, es un hecho que desafían la noción de que difícilmente algo relevante ocurre con la personalidad después de la adolescencia”.* (E. Papalia y Otros, p.415)

## SÍNTESIS DE LOS ENFOQUES DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ADULTA:

Como se observa, en el campo de la investigación, ha habido grandes esfuerzos (de naturaleza interdisciplinaria), de antropólogos, sociólogos, psicólogos y otros especialistas involucrados en el estudio de la personalidad.

*“Es necesario recordar que continuidad y cambio con frecuencia van de la mano. Una dimensión de la personalidad que es básicamente estable puede manifestarse de manera distinta en diferentes momentos”* (Costa y McCrae, 1994a).

Historia y contexto (esto es, cohorte y cultura) son esenciales para considerar el cambio normativo frente al no normativo. De hecho, no sería posible construir una teoría de desarrollo de personalidad que se encuentre por completo liberada del sesgo cultural. Esto es porque el desarrollo normativo de la personalidad puede ser influido por cuestiones como: el estatus socioeconómico, género, cohorte y cultura.

Resumiendo, los temas comunes en las definiciones de la personalidad incluyen unicidad o individualidad, continuidad actitudinal y conductual, y patrones adaptativos característicos. En general, las teorías de los rasgos sostienen la estabilidad de éstos, las teorías de etapas y acontecimientos de la vida describen el cambio, y las teorías de autoconcepto buscan explicar ambos.

En el modelo de Whitbourne, los estilos de identidad representan un equilibrio entre asimilación de identidad (estabilidad) y acomodación de identidad (cambio). Agregan que los *“roles de género, con frecuencia estereotipados, se incorporan en la identidad de género de hombres y mujeres y puede influir sus actividades y comportamientos como adultos. El cambio cultural puede influir sobre la personalidad”*. (E. Papalia y Otros, p. 429)

Los modelos de las etapas, como los modelos clásicos de Erikson, Vaillant y Levinson, presentan los cambios normativos de personalidad como una serie de etapas a través del ciclo de vida adulto, con transiciones críticas.

Y por último, el modelo de ocurrencia de los acontecimientos de la vida, apoyado por Neugarten y colaboradores, se enfoca en el impacto del tiempo en que ocurren eventos de vida relevantes.

## CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO EN LA VEJEZ

**Autor: Psic. Natalia Verónica Lifchiz<sup>63</sup>**

El presente texto es un resumen acerca de la Obra de Diane E. Papalía, Harvey L. Sterns, Ruth Duskin Feldman y Cameron J. Camps, sobre las características del desarrollo del adulto y vejez<sup>64</sup>.

### 1. FUNCIONAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO

A pesar de los cambios en los sistemas reproductivos masculino y femenino, la actividad y el placer sexuales se pueden continuar a lo largo de toda la vida adulta.

#### **El sistema reproductivo femenino**

El ciclo menstrual es un regulador de las hormonas que fluctúan en el cuerpo de una mujer durante unos 40 años de su vida, desde aproximadamente los 12 años hasta cerca de los 50. En grados variables, estas hormonas afectan los estados fisiológico, intelectual y emocional de las mujeres, e incluso sus respuestas sensoriales. Por lo tanto, el cese de la menstruación en la adultez media es un suceso importante, con efectos tanto físicos como psicológicos. Este proceso lo conocemos con el nombre de menopausia, que tiene lugar cuando una mujer deja de ovular y menstruar permanentemente y ya no puede concebir un hijo. Esto ocurre cuando los ovarios ya no producen suficiente estrógeno para sostener los ciclos menstruales completos.

Los efectos físicos más comunes son súbitas sensaciones de calor que aparecen repentinamente a través del cuerpo debido a la expansión y contracción de los vasos sanguíneos, como así también, resequedad vaginal, ardor y comezón; problemas urinarios e infecciones vaginales.

Las hormonas que se vinculan de manera más directa con el deseo sexual tanto en hombres como en mujeres son los andrógenos (como la testosterona). El declive en los niveles de estrógeno en la vida media no parece afectar el deseo sexual en la mayoría de las mujeres, en tanto las relaciones sexuales sigan siendo satisfactorias y no haya otros problemas de salud que interfieran con una vida sexual sana (American Medical Association, 1998 p.101).

<sup>63</sup> Profesora Asistente de la Cátedra de Psicología Evolutiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

<sup>64</sup> Papalía, D.E.; Sterns, H.L.; Duskin Feldman, R.; & Camps. C.J. (2009). **Desarrollo del adulto y vejez**. Tercera edición. Ed. McGraw Hill. México.

También observamos efectos psicológicos en la menopausia, ya que ésta es un signo de transición hacia la segunda mitad de la vida adulta, una época de cambios de roles, mayor independencia y crecimiento personal, por lo tanto, la mayoría de las mujeres perciben la menopausia con emociones mezcladas. Es más probable que los problemas psicológicos en la adultez media sean causados más por las actitudes que por la anatomía, especialmente por las representaciones sociales negativas del envejecimiento.

### **El sistema reproductivo masculino**

Los hombres no experimentan una caída súbita en producción hormonal en la adultez media, como lo hacen las mujeres. En su lugar, sus niveles de testosterona disminuyen gradualmente desde finales de la adolescencia en adelante. A veces se utiliza el término climaterio masculino para referirse a un periodo de cambios fisiológicos, emocionales y psicológicos que involucran el sistema reproductivo de un hombre y otros sistemas corporales. La andropausia es mucho más gradual que la menopausia femenina, y su intensidad varía ampliamente de hombre a hombre (Rowe & Kahn, 1998. p.103).

Algunos síntomas que podemos encontrar asociados con el climaterio masculino son depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, fatiga, debilidad, pérdida de memoria y de masa muscular y ósea, como así también reducción del vello capilar. Asimismo, los varones muestran algunos cambios en su desempeño sexual. Aunque un hombre puede continuar reproduciéndose hasta muy tarde en la vida, su conteo de espermatozoides comienza a declinar a finales de los cuarenta o cincuenta. Sin embargo, los ajustes psicológicos de los hombres, como los de las mujeres, pueden deberse a hechos como enfermedades, preocupaciones laborales, hijos que dejan el hogar o la muerte de los padres, así como a actitudes culturales y creencias negativas sobre el envejecimiento.

### **Sexualidad y envejecimiento**

Podemos decir que el sexo, es diferente en la adultez tardía de lo que fue anteriormente. Los ancianos sienten menos tensión sexual, por lo general tienen relaciones sexuales menos frecuentes y experimentan menor intensidad, pueden expresar su sexualidad al tocar, abrazar y otras expresiones íntimas, con o sin una relación sexual genital, Sin embargo, la expresión sexual puede ser tan placentera para las personas mayores como para los jóvenes, si ambos la reconocen como normal y saludable, es decir, si los ancianos aceptan su propia sexualidad sin vergüenza, y los más jóvenes evitan ridiculizar o sobreproteger a los ancianos que muestran signos de sexualidad saludable.

De una investigación realizada por Masters y Johnson con hombres y mujeres mayores de 60 años, se llegó a la conclusión que las personas que han tenido

una vida sexual activa durante sus años más jóvenes es probable que permanezcan sexualmente activos en la edad tardía. Un hombre saludable que ha sido sexualmente activo por lo general puede continuar experimentando alguna forma de expresión sexual en sus setenta u ochenta años, y las mujeres son fisiológicamente capaces de ser sexualmente activas hasta el final de su vida (Masters y Johnson 1966-1981, p.105).

Los seres humanos son seres sexuales desde el nacimiento hasta la muerte. La expresión sexual es parte de un estilo de vida saludable. Pero, incluso cuando la enfermedad o la fragilidad evitan que los ancianos vivan sus sentimientos sexuales, los sentimientos persisten. Las personas pueden expresar la sexualidad en muchas formas distintas al contacto genital: mediante caricias, cercanía, afecto, intimidad. A todas las edades, las relaciones involucran aspectos tanto físicos como psicológicos mediante los que se puede expresar amor y afecto, y éstos pueden variar significativamente de una persona a otra (Kay & Neelley, 1982 p.107).

## **2. FACTORES PARA MANTENER Y MEJORAR LA SALUD**

Con frecuencia la salud se liga directamente con cómo los adultos viven el día a día: si beben y cuánto, si fuman o usan drogas, cómo reaccionan al estrés, qué y cuánto comen, cómo cuidan sus dientes, y si hacen el ejercicio adecuado. Los hábitos saludables pueden modificar algunos aspectos del envejecimiento biológico, como la reserva cardíaca y pulmonar, la tolerancia a la glucosa, la pérdida ósea, los niveles de colesterol y la presión arterial (Porterfield & St. Pierre, 1992 p.143).

### **Sustancias dañinas**

Dentro de las sustancias dañinas encontramos, el tabaco, el alcohol y el estrés. Aquí haremos referencia al estrés.

Mientras más estresantes sean los cambios que ocurren en la vida de una persona, más probable es que se enferme en el año siguiente o los dos por venir, según resultados obtenidos de un estudio científico, realizado por los psiquiatras Holmes y Rahe en el año 1976 basado en las entrevistas realizadas a cinco mil pacientes hospitalizados, clasificaron los acontecimientos estresantes que habían precedido a la enfermedad de éstos, Si bien algunos de los eventos parecían positivos, por ejemplo, matrimonio o un sorprendente logro personal, sin embargo, incluso los eventos felices requieren ajustes, es decir, todo cambio puede ser estresante y algunas personas reaccionan al estrés enfermándose.

El estrés, o más bien, cómo las personas lo enfrentan, se presenta como factor que causa o agrava enfermedades tales como hipertensión, padecimientos cardíacos, apoplejía y úlceras. Los síntomas del estrés reportados con más

frecuencia son dolores de cabeza, dolor estomacal, dolor o tensión muscular, y fatiga. Entre los síntomas psicológicos observamos como más comunes a: nerviosismo, ansiedad, tensión, ira, irritabilidad y depresión.

De todas maneras, aquí abordaremos principalmente alrededor de sus efectos fisiológicos.

La habilidad del cuerpo para responder al estrés tiende a deteriorarse con la edad, aunque los sistemas corporales pueden funcionar bien bajo circunstancias normales, cuando se les desafía con situaciones estresantes no responden tan eficientemente como en la juventud.

Algunas teorías atribuyen el envejecimiento biológico a efectos de una acumulación de estrés durante toda la vida, es decir, por ejemplo, una elevación en la presión arterial permite que una persona huya de un atacante; pero un individuo cuya presión arterial ha sido consistentemente elevada durante años, acaso debido al estrés por el trabajo, es un buen candidato para un ataque cardíaco, úlceras o colitis (Sapolsky, 1992). La secreción excesiva a largo plazo de hormonas relacionadas con el estrés puede jugar un papel relevante en algunos de los trastornos relacionados con la edad, desde la diabetes de adulto hasta la osteoporosis (Krieger, 1982; Munck, Guyre y Holbrook, 1984).

### **Dieta**

Hemos escuchado decir que somos lo que comemos, y no es solo una frase. Los efectos acumulativos de la dieta y la nutrición se vuelven más aparentes con la edad. La obesidad es un serio peligro a la salud que ataca a 1 de cada 5 adultos. Tener sobrepeso afecta al sistema circulatorio, a los riñones y al metabolismo del azúcar. Puede elevar la presión arterial y los niveles de colesterol, y se considera un factor de riesgo para muchas enfermedades, incluidas diabetes, cardiopatías y algunos cánceres. Presentar sobrepeso contribuye a trastornos degenerativos y explica 300 mil muertes prematuras cada año, lo que la convierte en la segunda causa de muerte que puede ser prevenida, por lo tanto podemos decir que el estrés y una dieta pobre interactúan para afectar el sistema corporal.

### **Cuidado dental**

Pocas personas conservan todos sus dientes cuando llegan a la vejez. La pérdida de dientes, por lo general debido a caries dentales o periodontitis (enfermedad de la encía), puede tener serias implicaciones para la nutrición. La salud de los dientes se relaciona con la estructura dental innata y con la alimentación y los hábitos dentales practicados durante toda la vida.

Puesto que el riesgo de caries dental sigue vigente en tanto la persona tenga dientes naturales, también continúa la necesidad de revisiones regulares.



Además, la enfermedad de las encías se vuelve una causa cada vez más común de pérdida dental después de los 35 años. Beber agua fluorada, cepillarse diariamente con pasta dental fluorada, usar hilo dental y enjuague bucal antibacterial o antiplaca puede ayudar a evitar la caída de los dientes (NIA, 1993; ADA, 2004, P.149).

### **Ejercicio**

El envejecimiento saludable no es solamente cuestión de suerte. Podemos afirmar que los individuos tienen cierto control sobre su destino físico, es decir, las elecciones que realizan los adultos jóvenes y medios, día con día, bien pueden ayudar a determinar cómo se verán y sentirán cuando lleguen a la vejez, entonces uno puede o no ser capaz de extender el ciclo de vida humana, pero puede hacer la vida más vigorosa y saludable. Los buenos hábitos de salud pueden evitar, demorar o incluso revertir lo que solía considerarse los inevitables estragos del envejecimiento.

## **3. PENSAMIENTO MADURO, SABIDURIA E INTELIGENCIA MORAL**

### **El Papel De La Experiencia**

De acuerdo con Jean Piaget, el desarrollo cognitivo desde la infancia hasta la adolescencia culmina para muchas personas en el último estadio de las operaciones formales. Esta progresión resulta de una combinación de madurez biológicamente programada y de la experiencia. ¿Qué pasa entonces con un adulto? Algunos investigadores se han enfocado en la acumulación de experiencia por medio del aprendizaje intenso y la práctica, que pueden conducir al desarrollo de destrezas con altos grados de especialidad (Sinnott, 1994, 1996 p.233).

De acuerdo con muchos estudios, en los adultos maduros la habilidad para resolver problemas novedosos (inteligencia fluida) puede disminuir gradualmente, sin embargo por otro lado, muestran una creciente competencia para resolver problemas en sus campos de elección. La explicación a esto radica en el conocimiento especializado, es decir, una forma de inteligencia cristalizada o pragmática, que depende de la acumulación y organización de una gran cantidad de información muy específica acerca de conceptos y procedimientos, y en el fácil acceso de tal conocimiento en la memoria, asimismo, esta experiencia parece ser relativamente independiente de cualquier falla en la inteligencia general y en la maquinaria de procesamiento de información del cerebro.

De acuerdo con el modelo de Hoyer (Hoyer y Rybash, 1994; Rybash, Hoyer y Roodin, 1986) decimos que los adultos maximizan su funcionamiento intelectual mediante el encapsulamiento de habilidades fluidas dentro de campos específicos de conocimiento especializado.

El “pensamiento experto” con frecuencia parece automático e intuitivo, los expertos no se apoyan en reglas; en vez de ello, aplican intuitivamente su experiencia acumulada.

La habilidad de los adultos maduros para resolver los tipos de problemas con los que están familiarizados puede depender del pensamiento *integrativo*, es decir, la integración de una nueva experiencia con aquello que ya se conoce. Los adultos maduros interpretan lo que leen, ven o escuchan en términos de su propio significado. En lugar de aceptar algo nada más por así debe ser, lo filtran a través de sus propias experiencias de vida y aprendizaje.

Para resumir, la resolución de problemas cotidianos mejora en la adultez media y puede permanecer estable o continuar mejorando en la vejez. Los adultos maduros integran nuevas experiencias con el conocimiento personal existente e interpretan la información o eventos en términos de su propia experiencia de vida.

### **Más Allá De Piaget: Nuevas formas de pensar en la Adultez**

Aunque Piaget describió el estadio de operaciones formales como el pináculo del desarrollo cognitivo, algunos estudiosos del desarrollo mantienen que los cambios en la cognición se extienden más allá de dicho estadio.

#### **Pensamiento posformal**

Desde finales de los años setenta, algunos investigadores sugirieron que el pensamiento maduro puede ser mucho más rico y complejo que las manipulaciones intelectuales abstractas que Piaget describió. El pensamiento en la adultez con frecuencia parece ser flexible, abierto, adaptativo e individualista. Se apoya en la intuición así como en la lógica. Aplica los frutos de la experiencia personal a situaciones ambiguas que los adultos enfrentan

día con día. Puede trascender a un sistema social particular o a un sistema de pensamiento. En ocasiones se le llama **pensamiento posformal**, y por lo general se caracteriza por la habilidad para lidiar con incertidumbres, inconsistencias, contradicciones, imperfecciones y compromisos (Arlin, 1984, Labouvie-Vief, 1985, 1986, 1990; Labouvie-Vief y Hakim-Larson, 1989; Sinnott, 1984, 1994, 1996, 1989a, 1989b, 1991, 1998, 2003; P.P.237- 238).

### **Cómo se desarrolla el Pensamiento Posformal**

De acuerdo con los teóricos posformales, en las personas que se encuentran en el estadio de las operaciones formales predomina el pensamiento polarizado. No consideran que pueda haber verdad, lógica y validez en otros puntos de vista. Cuando hay conflicto, un lado debe ser correcto y el otro equivocado.

En cambio, el pensamiento posformal es relativista; es decir, permite a los adultos trascender a un solo sistema lógico (como la geometría o una teoría particular de desarrollo humano o un sistema político establecido) y reconciliar o elegir entre diferentes ideas o demandas en conflicto cada una de las cuales, desde su propia perspectiva, puede tener una afirmación válida y cierta. Por lo tanto, el pensamiento posformal se desarrolla a través de experiencias que abren una posibilidad de mirar las cosas de una manera poco convencional.

### **Razonamiento social y pensamiento posformal**

El pensamiento posformal con frecuencia opera en un contexto social y emocional. A diferencia de los problemas que estudió Piaget, que involucran fenómenos físicos y requieren observación y análisis imparciales y objetivos, los dilemas sociales están estructurados de manera menos clara y, con frecuencia, cargados de emoción. En este tipo de situaciones los adultos maduros tienden a utilizar el pensamiento posformal (Berg & Klaczynski, 1996; Sinnott, 1996, 1998, 2003). Los problemas sociales involucran una subjetividad necesaria. Surgen de interacciones en las que la visión de cada persona sobre una situación afecta de manera inevitable la de otro y plantea la situación como un todo, en la cual la realidad es en parte una creación de la experiencia de la persona (Sinnott, 1984, P. 240).

En lugar de permitir que la forma de pensar de un miembro de la pareja predomine y que el otro miembro ceda, el pensamiento posformal puede permitir una síntesis, una situación ganar-ganar para ambos miembros de la pareja, lo que conduce al crecimiento cognitivo y emocional. Por ejemplo, si los dos miembros de la pareja trabajan y no se ponen de acuerdo acerca de quién debe hacer qué en la casa, el pensamiento posformal puede ayudarlos a ir más allá de las actitudes y creencias acerca de los roles de género que han adquirido por la historia familiar y los dictados de la sociedad (Sinnott, 2003, p.241).

### **Algunos criterios para el Pensamiento Posformal son:**

- \* Habilidad para pensar dentro de al menos dos diferentes sistemas lógicos y pasar fácilmente del razonamiento abstracto a la práctica, y viceversa, con respecto a situaciones del mundo real;
- \* Habilidad para definir un problema que cae dentro de una clase o categoría de problemas lógicos y discernir los parámetros desde los cuales será considerado, por ejemplo: esto es un problema ético, no uno legal, así que los precedentes judiciales realmente no ayudan a resolverlo;
- \* Habilidad para comprender que un problema se puede resolver con ayuda de un *proceso* con aplicación general a problemas similares, o a través de un *producto*, una solución concreta al problema particular, por ejemplo: en el pasado me topé con este tipo de problema y lo resolví de esta manera”;
- \* Habilidad para elegir la mejor de entre varias posibles soluciones lógicas y reconocer los criterios para elegirla, por ejemplo: si quieres la solución más barata, haz esto; si quieres la más rápida, haz aquello;
- \* Conciencia de que la mayoría de los problemas tiene más de una causa, que las personas pueden perseguir metas diferentes y que es posible aplicar varios métodos para obtener más de una solución, por ejemplo: intentémoslo a tu manera; si no funciona, podemos probar la mía.

### **Un Modelo de Ciclo De Vida del Desarrollo Cognitivo**

Schaie es uno de los pocos investigadores que propuso un modelo de ciclo de vida completo, con etapas de desarrollo cognitivo desde la niñez hasta la vejez (1977- 1978; Schaie y Willis, 2000).

Las etapas de este modelo representan transiciones que van desde la adquisición de información y habilidades (*qué* necesito saber), hasta la integración práctica del conocimiento y habilidades (*cómo* usar lo que sé), y a la búsqueda de significado y propósito (*por qué* lo debo saber).

Las siete etapas son las siguientes:

1. Etapa adquisitiva (niñez y adolescencia). Los niños y los adolescentes adquieren información y habilidades principalmente por cuenta propia o como preparación para interactuar en sociedad.
2. Etapa de logro (final de la adolescencia o principios de los veintes hasta principio de los treinta años). Los adultos jóvenes ya no adquieren conocimiento simplemente por cuenta propia; utilizan lo que saben para lograr sus metas profesionales y familiares.

3. Etapa responsable (finales de los treinta hasta principio de los sesenta años). Las personas en la adultez media emplean sus mentes para resolver problemas prácticos relacionados con sus responsabilidades hacia otros, como los miembros de la familia o empleados.

4. Etapa ejecutiva (treinta o cuarenta años a lo largo de la adultez media). Las personas en la etapa ejecutiva —que puede solaparse con las etapas de logro y responsabilidad— son responsables con los sistemas sociales (como organizaciones gubernamentales o de negocios) o con movimientos sociales. Lidian con relaciones complejas en múltiples niveles.

5. Etapa reorganizativa (final de la adultez media, comienzo de la adultez tardía).

Cuando las personas se jubilan reorganizan sus vidas y sus energías intelectuales en torno a búsquedas significativas que toman el lugar del trabajo remunerado.

6. Etapa reintegrativa (adultez tardía). Los adultos mayores, quienes es posible que hayan dejado de involucrarse en actividades sociales y cuyo funcionamiento cognitivo puede encontrarse limitado por cambios biológicos, son frecuentemente quienes se vuelven más selectivos con respecto a las tareas que esperan desempeñar. Se concentran en el objetivo de lo que hacen y en las tareas más significativas para ellos.

7. Etapa de creación de legado (vejez avanzada). Casi al final de la vida, una vez que la reintegración se completa (o de manera simultánea), los ancianos pueden dictar instrucciones sobre la disposición de sus posesiones más preciadas hacer arreglos funerarios, compartir historias orales o escribir sus historias de vida como un legado para sus seres queridos. Todas estas tareas involucran el ejercicio de competencias cognitivas dentro de un contexto social y emocional.

### **Erikson: Sabiduría y Desarrollo de la Personalidad en la vida tardía**

Para Erikson, la sabiduría es una “virtud” que resulta de la resolución exitosa del último conflicto en el desarrollo de la personalidad, el de “integridad contra desesperación”. Para este autor, la sabiduría es la comprensión del significado de la vida que puede llegar a las personas que contemplan la proximidad de la muerte (Erikson, 1985, p. 61).

Entonces la sabiduría significa asumir la vida que se ha vivido sin mayor arrepentimiento; Asimismo involucra aceptar a los propios padres como personas que hicieron lo mejor que pudieron. Implica resignarse a la muerte como el fin inevitable de una vida que se llevó a cabo lo mejor que uno pudo hacerlo. En suma, significa una aceptación realista de la imperfección de sí mismo, de los padres y de la vida misma.

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD EN ADULTOS MAYORES.

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>65</sup>.**

Uno de los logros alcanzados por el desarrollo de la sociedad es haber aumentado los años de vida de la población en general.

Esta mayor expectativa de vida puede ser percibida a nivel personal y familiar como un «problema» desde un punto de vista médico, social, económico. La salud se ve afectada en la mayoría de las personas adultas mayores (AM) de manera muy distinta a los adultos jóvenes, tanto porque las formas de presentación de las enfermedades son diferentes a las enseñadas habitualmente, como porque presentan múltiples patologías concomitantes, consumen más fármacos y su funcionalidad en el diario vivir se ve alterada, pudiendo transformarlos en dependientes de otras personas por lo que requieren servicios propios.

El envejecimiento es un proceso normal del desarrollo de una persona, y el énfasis científico en esta época está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas que transitan por esta etapa. En tal sentido, se concibe que la vejez tiene que ser positiva y productiva y no pasiva y dependiente. *“El mundo envejece. Con el aumento de la esperanza de vida y la progresiva reducción de la natalidad, el número absoluto y porcentaje de las personas mayores aumentan”* (Hoskins, Kalache & Mende, 2005 p. 1).

El envejecimiento individual ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, sin embargo en la sociedad moderna, en los primeros años del nuevo siglo (XXI), se asiste a una situación singular, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez y que convierte el envejecimiento poblacional en quizás, uno de los retos más importantes para las sociedades modernas (Morfi Samper, 2005 p. 1).

---

<sup>65</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

Devolver a las personas el estado de salud fisiológico es un reto y requiere del clínico no solo su agudeza en el diagnóstico, maestría en una amplia variedad de modalidades y tratamientos, sino también una gran sistematicidad en la labor educativa del paciente antes, durante y después del tratamiento (Rangel Rivera, 2009 p.3).

Tradicionalmente se ha establecido que por medio del envejecimiento se trae la posibilidad de sufrir enfermedades crónicas o de discapacidad. Como consecuencia para evitar esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el concepto de envejecimiento saludable y positivo, entendiendo como tal “*proceso de optimizar las oportunidades en materia de salud, participación y seguridad a fin de poder lograr una vida de calidad a medida que las personas envejecen*” (OMS, 2002 en Hoskins, Kalache & Mende, 2005 p. 445). Se basa en tres pilares: participación social, seguridad económica y salud.

Las actividades para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades a lo largo de toda la vida, y el acceso equitativo de las personas mayores a la atención de salud son piedras angulares de un envejecimiento en buena salud. Se recomienda adoptar medidas para promover el acceso universal e igualitario a la atención primaria de salud y establecer programas de salud comunitaria para las personas mayores.

El marco de las políticas para un envejecimiento activo, de la OMS, que se lanzó en ocasión de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en 2002, se centra en el estilo de vida y en los factores que determinan la salud durante el envejecimiento (Hoskins, Kalache & Mende, 2005).

Los Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores (1991) reafirman los conceptos de independencia, participación, atención, sensación de satisfacción personal y dignidad, estados que, para alcanzarse, exigen que los adultos mayores tengan acceso a la atención de salud y se beneficien del cuidado y la protección de la familia y la comunidad, en consonancia con el sistema de valores culturales de cada sociedad (Hoskins, Kalache & Mende, 2005 p.446).

Por lo general los adultos mayores prefieren envejecer en su propio hogar, comunidad o ambiente familiar. La proximidad, accesibilidad, buena relación costo-efectividad y adaptación al usuario de los servicios comunitarios de APS revisten, por lo tanto, una importancia crítica para la salud y el bienestar de los adultos mayores y de sus familias (Hoskins, Kalache & Mende, 2005 p.446).

Los usuarios de los servicios de salud, especialmente los de edad avanzada, deben ser habilitados y dotados de la capacidad para permanecer activos, productivos e independientes en sus propias comunidades por el mayor tiempo posible. Como objetivo general, los “principios generales” ayudan a los adultos mayores a lograr un envejecimiento activo.

“Los principios generales están dirigidos a dos grupos principales:

1. Los creadores de políticas y las asociaciones profesionales, particularmente en los sectores de salud y asistencia social.
2. El personal clínico de atención de salud de base comunitaria, que abarca a médicos generales, enfermeras, trabajadores de salud comunitaria, personal administrativo de los centros de salud, trabajadores sociales y los parientes y cuidadores de los pacientes” (Hoskins, Kalache & Mende, 2005 p.446).

Los usuarios de los servicios de salud, de los cuales los adultos mayores son cada vez más numerosos, deben estar en capacidad de basar sus decisiones en información acerca de los servicios disponibles. La ausencia de toda discriminación es imprescindible para poder lograr la equidad en el tratamiento y prevenir abusos, tomando en cuenta la vulnerabilidad económica, social, psicológica y física de algunos adultos mayores.

La atención de salud de base comunitaria adaptada a los adultos mayores debe propiciar cambios de actitud y actividades de educación y capacitación, así como aplicarse en todos los servicios de atención de salud y asistencia social, a fin de lograr que estos sean integrales, accesibles, capaces de responder a las necesidades de sus usuarios y eficaces en función de su costo.



## **Bibliografía:**

- Hoskins, I.; Kalache, A.; & Mende, S. (2005). **Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad.** *Revista Panamericana de Salud Publica* 17 (5/6) pp.444-451.
- Morfi Samper, R. (2005). **La salud del adulto mayor en el siglo XXI.** *Revista Cubana de Enfermería.* Vol.3 (3) pp.1-2.
- Rangel Rivera, J.C. (2009). **Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor.** *Revista Cubana de Estomatología* 46 (1) pp.1-9.

## AFRONTAMIENTO POSITIVO

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Alvarez<sup>66</sup>.**

La vivencia de estrés es una experiencia subjetiva de sobrecarga (física, emocional, cognitiva) frente a una situación que rompe la estabilidad, y se prolonga en el tiempo. Lo que para una persona pudiera ser un obstáculo peligroso o insalvable, para otra pudiera ser parte de un ejercicio habitual.

El estrés es un hecho normal en la vida diaria actual, pero existen algunas estrategias que reducen sus efectos negativos y éstos reciben el nombre de **afrontamiento**.

Las estrategias de afrontamientos se definen como: esquemas mentales intencionales de respuesta (cognitiva, emocional o conductual) dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.

Hay enormes diferencias en cómo diferentes personas vivencian y afrontan un mismo conflicto, problema, situación, suceso, o acontecimiento vital más o menos grave y estresante.

Desde el marco teórico del modelo transaccional del estrés, Lazarus sugiere que ante una situación de estrés hay que tener en cuenta: a) la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores, b) las emociones y afectos asociados a dicha apreciación y c) los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores (Lazarus & Lazarus, 1994).

Ante un suceso potencialmente estresante, el individuo realiza dos tipos de valoraciones (Lazarus & Folkman, 1986). La primera consiste en analizar si el hecho es positivo, neutro o negativo y, además, valorar las consecuencias presentes (daños o pérdidas) y/o futuras (amenaza futura) del mismo, y el grado de reto potencial.

---

<sup>66</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

La segunda produce una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son los recursos y las capacidades del organismo para afrontarlo (evaluación de los recursos y opciones de afrontamiento) y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés.

Un suceso (interno o externo) es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal (considerando las presiones primarias percibidas, y los recursos de afrontamiento que se consideran disponibles y activables), sean cuales sean las características objetivas del mismo.

Por lo tanto, el afrontamiento puede estar orientado: 1) hacia la tarea, centrándose en resolver el problema de manera lógica, las soluciones y en la elaboración de planes de acción; 2) o hacia la emoción, centrándose en respuestas emocionales (ira, tristeza, etc.), en la evitación, preocupación y reacciones fantásticas o supersticiosas (Endler & Parker, 1990). Esta última estrategia de afrontamiento es la más desadaptativa en situaciones de estrés, ya que un método de afrontamiento incorrecto y pasivo puede aumentar la intensidad de la respuesta de estrés percibida y provocar repercusiones negativas en el aspecto emocional y en el rendimiento (Lazarus, 1990).

Existen una serie de factores que influyen en la adecuada elección de las estrategias de afrontamiento del estrés y que están interrelacionados con la IE (inteligencia emocional) (Kruger, 2009). Algunos de estos factores identificados son los siguientes: las creencias de autoeficacia, el uso de las emociones positivas y las redes de apoyo social. Este último aspecto es considerado una estrategia activa y apropiada en las relaciones sociales y en la resolución de problemas.

Las personas con niveles altos en IE utilizan estrategias de afrontamiento basadas en la aceptación y la participación en actividades con el resto de iguales (Chan, 2003), son más propensas a adoptar estrategias de afrontamiento basadas en la reflexión, evaluación de la situación y destacan por sus habilidades sociales/interpersonales, habilidades de organización y gestión del tiempo (Pau et al., 2004).

Efectivamente, numerosos estudios parecen señalar que la IEP (inteligencia emocional percibida) está relacionada con el afrontamiento al estrés y la regulación del estado de ánimo, siendo la dimensión de claridad emocional (la capacidad para identificar los sentimientos y para expresar) y la reparación, las variables que se relacionan con la regulación emocional y el afrontamiento adecuado en situaciones estresantes (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro y Gómez-Benito, 2004; Moreno-Jiménez, et al 2004; Velasco, Fernández, Páez y Campos, 2006). Así, la alta reparación emocional es un indicador de comunicación interpersonal, de realización personal, de salud mental y de regulación emocional. Del mismo modo, la claridad emocional o capacidad para identificar los sentimientos y para expresarlos o comunicarlos está asociada al bienestar psíquico y físico, el apoyo social, la realización personal y se relaciona con estrategias de afrontamiento de tipo instrumental (Extremera, Fernández-Berrocal y Durán, 2003; Fernández, Velasco y Campos, 2003; Saklofske, Austin, Galloway & Davidson, 2007).

La IEP no solamente facilita la mayor asimilación y adaptación en situaciones de estrés con estrategias activas de afrontamiento, sino que ayuda a la mayor comprensión, aceptación y adaptación en momentos de estrés continuo e intenso como son los procesos de dolor, enfermedad y muerte, reduciendo los niveles de ansiedad y de deterioro (Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2006; González, Ramírez-Maestre y Herrero, 2007). Así, las personas con altos niveles de IEP utilizan estrategias de adaptación para regular/atenuar las emociones negativas y mantener/potenciar las positivas (Mikolajczak, Nelis, Hansenne & Quoidbach, 2008), por lo que tiene una menor probabilidad de presentar autoculpabilidad y autolesionarse, estando esta relación mediada por la elección de estrategias de afrontamiento (Mikolajczak, Petrides & Hurry, 2009).

Los nivel bajos en cada una de las dimensiones de la IEP se correlacionan con identificar los problemas como una amenaza, responden impulsivamente o tener estrategias de evitación, basadas en los pensamientos rumiativos, supersticiosos, poco orientados a la objetividad (Christopher y Thomas, 2009; Matthews et al, 2006; Rogers, Qualter, Phelps & Gardner, 2006) y más a la emoción.

Por lo tanto, las personas con niveles bajos de EIP tienen dificultades en el manejo de estrategias compensatorias, lo cual supone el aumento de la probabilidad de obtener un resultado negativo en los intentos de resolución de conflictos sociales, culpabilidad y aparición de conductas autolesivas que se emplean para reducir las emociones negativas, conductas inadecuadas y una actitud negativa hacia los síntomas físicos, repercutiendo en su salud física y mental.

### **Bibliografía:**

- Kruger, J. (2009). Proceedings of the IADIS International Conference e-Learning 2009, Part of the IADIS Multi Conference on Computer Science and Information Systems, MCCSIS 2009, 1, 107-114.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (1994). Passion and reason: Making sense of our emotions. New York: Oxford University Press.

## NEUROLINGÜÍSTICA. SOBREADQUISICIÓN.

**Autor: Lic. Pedro Sebastián Álvarez<sup>67</sup>.**

### Neurolingüística.

La utilización de esta técnica y entrenamiento está dirigida a entender como las personas desarrollan sus competencias en ciertas áreas o campos de la vida y son capaces de transmitirlos o como se pueden hacer para enseñarlas a los otros.

A través de lo anterior, se utiliza el modelado con sus diversas técnicas, procedimientos y habilidades para que la persona pueda empezar a sobresalir con sus respuestas y resoluciones en la forma de resolver sus inconvenientes o potenciar sus recursos (Oconnor & Seymour, 2009). Los fines de esto es poder tener una comunicación más efectiva, alcanzar mayores niveles de desarrollo personal y acelerar los aprendizajes.

El Metamodelo es el primer modelo explicativo que Bandler y Grinder (1990) desarrollaron. Se basa en la idea de que cuando la persona habla, explica un modelo de lo que tiene interiorizado, la estructura profunda. El trabajo de la persona es extraer la información no expresada, es decir, la estructura profunda (Fundación Human, 2011).

Algunos fenómenos distorsionadores que ejemplifican la diferencia entre la estructura profunda y la superficial se expresan a través de usos lingüísticos como:

**-Nominalización:** convertir en un nombre una acción de naturaleza verbal. Este proceso congela y hace estáticos procesos que son dinámicos. Un ejemplo es la frase "la comunicación en esta organización no funciona". Comunicar es un verbo, así que la formulación adecuada sería pensar de qué modo se puede comunicar mejor, no hablar de comunicación en abstracto.

---

<sup>67</sup> Profesional asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

**-Comparativos sin referente:** son frases ambiguas del estilo de "lo tienes que hacer mejor". ¿Mejor comparado con qué? Si no hay un término de comparación claro, se está expresando inconscientemente un rechazo a toda la acción de la persona destinataria de la frase.

**-Presuposiciones y cuantificadores universales:** frases como "ella tampoco trabaja" o "esto nadie lo puede resolver" contienen un juicio de valor sobre tareas ajenas y conjuntos de personas muy heterogéneos. Denotan las creencias limitadoras del mapa mental.

En este aspecto es importante destacar el lenguaje corporal y el tono que la persona emplea en el momento de dialogar con alguien o cuando quiere decir algo. La forma como se exprese será determinante en el impacto y respuesta que tenga la otra persona a la cual le está llegando el mensaje; "no es tanto lo que digamos sino cómo lo digamos" (O'Connor & Seymour, 2009).

### Sobreadquisición.

La diversidad de factores que intervienen en el inicio, mantenimiento y finalización de una conducta específica confiere a la misma un carácter de complejidad. El comportamiento humano es directamente observable, no así los procesos psicológicos que se desencadenan antes, mientras o después de la ejecución del mismo.

La conducta humana se puede predecir atendiendo a factores psicológicos y sociales. Por lo que se refiere a los factores psicológicos, podemos diferenciar entre características afectivas (ej. estados de ánimo y emociones) y cognitivas (ej. creencias y expectativas). Por lo que se refiere a los factores sociales (ej. redes y normas sociales), éstos actuarán facilitando o inhibiendo la manifestación de una conducta dada. Todos los factores deben ser considerados a la hora de predecir la aparición, el mantenimiento o la extinción de una conducta en un contexto determinado.

Las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios. La conducta se aprende en la interacción del sujeto en un medio social. El análisis de la regularidad conducta - ambiente ofrece la explicación del mantenimiento (adquisición) de la conducta-.(Concha Fernández, 2015).

Cuando se hace referencia a la necesidad de conocer la actitud para poder predecir la conducta que la persona podría o no realizar, hay que determinar si dicha conducta es general o específica.

El objetivo de la TC es el cambio de la conducta desadaptada y (alternativamente) la implantación de conductas adecuadas a través de la modificación de la conducta objetivo (fisiológica, motor y/o cognitiva) y/o de los antecedentes y consecuentes que la mantienen y cuya finalidad última es establecer la conducta deseada por sus consecuencias naturales. Los objetivos y la planificación del tratamiento dependen del análisis funcional que procede formulando y contrastando hipótesis acerca de las condiciones que mantienen una conducta o situación. Énfasis en el papel activo del sujeto. El control del proceso y de los resultados requiere objetividad y análisis de datos. La evaluación y el tratamiento son interdependientes. La evaluación y el tratamiento se realizan siempre para cada caso particular (en oposición a la aplicación de técnicas estandarizadas para cada problema o tipo diagnóstico)

Los programas de modificación de conducta (PMC) son aquellos que están orientados tanto a la adquisición o el incremento de comportamientos adaptativos, como a la extinción o disminución de aquellos que no lo son - (Concha Fernández, 2015).

Se entiende como comportamientos adaptativos aquellos que le van a permitir a la persona integrarse a ciertos grupos sociales, ya sea en el ámbito educativo, social, afectivo o emocional. Estos comportamientos se regulan de acuerdo a las reglas tanto implícitas como explícitas que marca la sociedad como buenos o malos (Concha Fernández, 2015).

### **Bibliografía:**

- Concha Fernández, J. (2015). **Terapias para la modificación de las conductas**. Ed. CIPPA. España.
- Fundación Human (2011). **La programación neurolingüística**. En [www.fundacionhuman.com](http://www.fundacionhuman.com)
- Oconnor, J.; & Seymour, J. (2009). **Introducción a la programación neurolingüística**. Ediciones Urano.