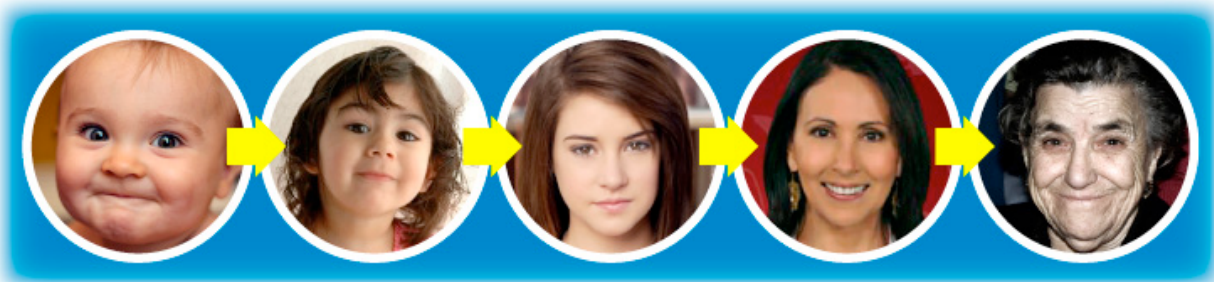


Tema 2. Comportamiento y desarrollo humano. Desarrollo infantil. La adolescencia. La edad adulta. La vejez



- 2.1 Primer año de vida.
- 2.2 Segundo año de vida.
- 2.3 Etapa preescolar.
- 2.4 Edad intermedia o fase de latencia.
- 2.5 Adolescencia.
- 2.6 Edad adulta.
- 2.7 Psicología de la vejez.



2.1 Primer año de vida

Se refiere al periodo que va desde el nacimiento del niño hasta que cumple un año.

1. Desarrollo intelectual y motor

En el primer trimestre de vida sólo cabe citar los reflejos, que son conductas innatas, no aprendidas. Entre ellos hay que reseñar:

- El reflejo de orientación. Cuando se le toca la mejilla, el niño mueve la cabeza hacia la parte tocada a la vez que abre la boca.
- Reflejo de succión. Cuando se le toca la boca, los labios, trata de sujetar el objeto y succionarlo. Este reflejo, como todos, tiene gran importancia diagnóstica, y si no se da hay que sospechar lesión cerebral. Tiene gran importancia también por su función en la alimentación y por tanto en la relación madre-hijo, y posee además una función exploratoria, de conocimiento, y de placer.
- Reflejo del tono del cuello. Al colocarlo en posición supina, la cabeza cae hacia un lado y el brazo y la pierna de ese lado tienden a extenderse y el del contrario a flexionarse.

Otros reflejos: reflejo prensor, reflejo de Moro, reflejo de Babinski, etc.

En el segundo trimestre, con la superación del reflejo tónico del cuello puede girar completamente la cabeza con lo que puede prestar atención a muchos más estímulos. Ya no sólo percibe los objetos sino que tratará de acercarse a ellos, tocarlos y cogerlos.

En el tercer trimestre ya prefieren estar sentados o de pie y se empiezan a trasladar, primero arrastrándose, luego gateando.

En el cuarto trimestre intentan andar y, al final del trimestre, muchos ya son capaces de ello y pueden iniciar ciertos juegos como el dar y tomar. Perciben ya prácticamente todo lo que percibe el adulto.

En el primer año de vida el niño es sensible a los cambios de luz y temperatura, al gusto de los alimentos, a los olores, y al nivel de oído, a la localización, frecuencia, duración y ritmo. Es decir, el niño registra ya prácticamente todo y hay que cuestionarse de qué estímulos auditivos, visuales, táctiles, etc. hay que rodearlo.

2. Vida afectiva

Lo que más se ha estudiado en este momento de la vida del niño son las emociones. Hay tres emociones innatas (Watson):

- El miedo (ante golpes fuertes o falta de orientación) > parpadeo, falta de aliento,...
- La ira (ante ser obstaculizado en su movimiento, por ejemplo) > lloro, gritos,...
- El amor (ante caricias, cosquilleo, arrullos,...) > tranquilidad, sonrisas,...

A nivel de la sexualidad infantil, la oralidad no se refiere sólo a la boca, abarca también la piel, el contacto físico en general, etc. Es fundamental, en este momento, el contacto físico.

A nivel de la socialización, se da un fenómeno muy importante en este momento, que es el apego, la vinculación afectiva a una figura, generalmente la madre. Y este fenómeno (Harlow y etólogos) no es aprendido, es innato. Se concreta en conductas afectivas hacia dicha figura, de respuesta emocional positiva ante su presencia (sonrisas, búsqueda de contacto, etc.) y negativa ante su ausencia (llanto).

Según los psicoanalistas, hay 3 fases de socialización a lo largo del primer año de vida:

1. **Narcisismo primario (hasta los 2 meses):** en este momento el niño no distingue sujeto y objeto. Hay una especie de simbiosis entre él y la realidad exterior, no tiene conciencia del yo.
2. **Preobjetal (a partir de los 2 meses y hasta los 8):** ya capta la presencia de otras personas y responde a ello, sonríe y sabe captar señales (la voz, la sonrisa, etc.). La sonrisa es un gesto de gratificación, de estar a gusto, más que de relación afectiva.
3. **Objetal (a partir de los 8 meses):** a los 8 meses ya distingue entre conocidos y desconocidos. Angustia de separación. Ya conoce a su madre y quiere estar con ella. No es que tema a los desconocidos, es que no son su madre, que es a quien él esperaba.

- Privación materna

Si no hay una afectividad adecuada en el primer año de vida, se va a ver seriamente amenazado el desarrollo de su personalidad, sobre todo afectivo, y va a haber una mayor predisposición a la enfermedad mental. Se llama privación materna a la falta de relación afectuosa, íntima (exclusiva) y continua o estable. No necesariamente se refiere a la madre sino a la figura de apego en general.

Esto puede deberse a la ausencia real de los padres (niños institucionalizados o abandonados), o a la incapacidad para establecer, por parte de los padres, una relación adecuada con el niño:

- Puede estar sólo gran parte del día por el trabajo de los padres.
- Puede haber una respuesta de repulsa de los padres hacia el hecho de tener hijos (no deseados).
- Sobreprotección. A veces como reacción a no querer tener hijos.
- Oscilaciones de la madre. Unos días es agresiva con el hijo y otros le quiere mucho. Cambios de humor constantes.
- Madres múltiples, sobre todo si no hay una principal.

Los resultados obtenidos en distintos experimentos (sobre todo se hacen con animales) (Conger, Harlow) se resumen en un síndrome de inseguridad, desconfianza, frialdad, retraimiento, falta de una verdadera conexión con la realidad, mayor agresividad y autoagresividad, peor desarrollo físico (menos peso), comportamiento sexual defectuoso (en los animales adultos), menos interés por la interacción y ésta es menos afectiva y menos gratificante. En ratas, se veía que las más estimuladas se desarrollaban mucho antes.

En una ausencia parcial de relación (privación parcial) aparece la depresión anaclítica, y en una privación total se da en marasmo: niños completamente pasivos, que no responden ni se inmutan, que miran al vacío, hacen movimientos indefinidos con las manos,...

Existen periodos críticos en la vida, y en el primer año de la misma, son críticos el 6º, 8º y 9º meses, por la definición objetal. Cuando la separación de la figura de apego es breve y no afecta a un periodo crítico, la recuperación es rápida y completa. Si es prolongada, el sujeto queda afectado en su socialización. Si es grave y afecta a una época crítica, los efectos son irreversibles tanto en lo afectivo como en lo intelectual.

A partir de los 3 años, la privación prolongada es reversible en los aspectos intelectuales, pero en los afectivos no.

Otros periodos críticos: fase edípica (sobre los 4 años), la adolescencia, y la ancianidad.

- **Importancia de la estimulación**

Es fundamental que el primer año de vida se estimule al niño: auditivamente, táctilmente, con la presencia, con el movimiento y con estímulos visuales. Una forma muy especial de estimulación completa es la lactancia materna.

Tanto a nivel intelectual como afectivo es fundamental la estimulación.



2.2 Segundo año de vida

Aunque pasa desapercibido entre el 1º y el preescolar, también es un momento importante:

- Por las capacidades motoras que le niño adquiere.
- Por el desarrollo en el lenguaje.
- Por la dependencia entre el yo y la realidad.
- Porque es el primer año conflictivo a nivel social: Normas, castigos, control de esfínteres.

El niño de esta edad ya comienza a caminar, con lo que esto comporta de toma de iniciativas y de descubrimiento del entorno. Adquiere gran importancia el juego con materiales de construcciones y plastilina. Ya pueden hacer torres, lanzar pelotas,...; aumenta su capacidad manipulativa.

En este momento comienza a definirse la lateralidad, ya que hay una preferencia clara manual y de pie. El dominio se establece definitivamente hacia los 6 años.

- Se la lateralización es clara, se debe permitir y fomentar, tanto si es diestra como zurda.
- Si es dudosa, indecisa, ayudarle a que se defina hacia el destrismo.

1. Socialización

Identificación muy clara de los objetos relacionales. Protesta por la ausencia de los padres, se manifiesta ansioso ante situaciones desconocidas, defiende su territorio (les gustan los espacios no muy abiertos), comienzan los sentimientos de vergüenza. Comienzan las prohibiciones: No rompas, no manches, no molestes,... y en el control de esfínteres. La maduración para esto ya se da hacia los 15 meses, pero lo ideal es esperar a los 24. Lo que pasa es que también hay un factor de socialización en ello, de aprendizaje, y muchas veces no es correcto. Es importante tener cierto grado de flexibilidad en la en la educación de los esfínteres, y no culpabilizar al niño si se le escapa, pero tampoco favorecer que se habitúen a estar sucios.

Clases de enuresis: primarias y secundarias, nocturna y diurna, continua e intermitente.

2. Desarrollo intelectual

Periodo sensomotor: no hay capacidad aún para manejar simbólicamente la realidad, las representaciones mentales. El niño la tiene que manejar actuando, y los problemas los puede solucionar manipulando; experiencia por acciones.

3. Desarrollo del lenguaje

En que aparezca más o menos pronto el lenguaje, influyen:

- La salud. La sordera afecta a su aparición. Otras enfermedades lo potencian por compensación, como la ceguera.
- La inteligencia. Se sabe que los niños que aprenden a hablar pronto y bien tienen un alto coeficiente intelectual, pero no viceversa.
- El ambiente familiar. Más o menos culto y estimulante.
- El nivel socioeconómico. Riqueza de vocabulario.

En el primer año de vida comienzan las primeras articulaciones (laleo, balbuceo, gorjeo), pero es en el 2º año de vida cuando va a comenzar el lenguaje propiamente dicho:

- Etapa monoverbal. (Hasta los 15 meses).
Se pronuncian las primeras palabras repetida y entrecortadamente. Adquieren primero las vocales (la primera es la "a"), luego las labiales y las dentales y las últimas son la "s", "r" y "ll".
Se dicen las primeras palabras, que a veces tienen el contenido de una frase entera. Tienen más contenido emocional que intelectual, y se suelen repetir mucho (ecolalia).
Se da el parloteo para sí mismo, no para comunicarse.
- Primer lenguaje. (Desde los 15 meses).
Ya las palabras empiezan a funcionar como significantes, no con un valor arbitrario, y el vocabulario aumenta rápidamente.



2.3 Etapa preescolar

De 2 a 5 años.

La psicomotricidad, tanto la gruesa (frenada, salto, carrera, etc.) como la más fina (plastilina, dibujos, construcciones, etc.) avanza considerablemente. Ya tiene capacidad de solucionarse sus propias necesidades, y hay que fomentarle la independencia, autoafirmación y seguridad. También llega a consolidarse del todo en el lenguaje: Incremento del vocabulario, pronunciación correcta de todos los fonemas y dominio de la afirmación-negación, órdenes e interrogaciones.

Primero se adquieren los nombres, luego los verbos, luego los adjetivos, luego los adverbios y luego las preposiciones y conjunciones. Comienza a preguntar. Ya tiene capacidad de representación simbólica de los objetos. Por eso distingue significante y significado (por ejemplo, tenía asociada la palabra madre a su madre, pero ahora puede generalizar a otras madres).

1. Inteligencia

Periodo preoperacional o simbólico. Ya es capaz de manejar la realidad mentalmente, simbólicamente. Esta capacidad de representación se da por dos vías: La imitación (acomodación a la realidad), por la cual reproduce modelos que en un primer momento están presentes pero luego no. Es el tránsito entre el periodo sensoriomotor y la capacidad intelectual de representación. Y por la vía del juego. Si la imitación era la acomodación a la realidad, el juego es la asimilación de la realidad. En este momento del desarrollo aparece ya el juego simbólico, cargado de significado.

El pensamiento aún es egocéntrico, porque el niño es incapaz de ponerse en el punto de vista de otro. Se caracteriza también por el centraje, él tiene una perspectiva y no la puede cambiar. Es estático: Maneja estados pero no observa las transformaciones. Es transductivo: Va de lo particular a lo particular, no como la deducción o la inducción. Es sincinético, confuso. Es animista (atribuye conocimientos e intencionalidad a las cosas, y es irreversible (no puede volver atrás en un proceso)).

2. Socialización

Comienza la dinámica grupal, con lo que esto conlleva de conflictos y rivalidad.

A partir de este momento hay además mayor presión social, se le exige más, tiene que entrar por el aro de la normativa social. Entra en conflicto con la autoridad, que es quien le puede castigar por el no cumplimiento de dicha normativa, y hay problemas de competencias afectivas: Rivalidad fraterna y rivalidad con los compañeros de guardería. El "Complejo de Caín" es importante para la socialización si se supera bien, pero si no, tiene un efecto desorganizador de la conducta (síntomas psicopatológicos), por ejemplo, si la agresividad es reprimida y culpabilizada.

Otro conflicto importante es el Complejo de Edipo, que también puede jugar un papel desorganizador en la conducta posterior.

Sobre las relaciones en clase, todavía el niño no actúa con normas propias, necesita un modelo, modelos afectivos. La pedagogía libertaria fue un error.

Desempeñan también un papel importante en este momento los cuentos, ya que resuelven frustraciones y situaciones reales.



2.4 Edad intermedia o fase de latencia

Desde los 6 años hasta la adolescencia.

Ahora la figura corporal es ya muy parecida a la del adulto y el desarrollo psicomotriz, completo (psicomotricidad fina). El lenguaje se libera de los contenidos más sensoriales y emocionales y pasa a ser más colectivo, más objetivo e intelectual, más abstracto y despersonalizado. Pasa de ser un lenguaje egocéntrico a ser un lenguaje comunicativo. Desaparecen prácticamente los monólogos y las repeticiones.

1. Desarrollo intelectual

Periodo de las operaciones concretas. Características: Descentración, se puede poner en diferentes puntos de vista y en distintas perspectivas, se adapta a cambios y transformaciones. Ya puede ir de lo general a lo particular (deducción), relacionar el todo con la parte y también hacer relaciones causa-efecto. Puede también hacer clasificaciones en base a distintos criterios de semejanza.

2. Socialización

Es un periodo de adaptación a la realidad y de tranquilidad psíquica. Ha renunciado a la posesión de la figura materna y ha interiorizado la normativa a través del Padre (Superyo).

A nivel de grupo, comienzan a darse relaciones más duraderas y un mayor sentido de la pertenencia a dicho grupo. Éstos son más estructurados y se da siempre un líder, con dotes organizativas y democráticas. Suelen ser niños con buenos rendimientos. Si el grupo es de chicas, la líder responde igualmente al estereotipo del líder masculino.



2.5 Adolescencia

Fase crítica del desarrollo, de extraordinaria importancia para el desarrollo de la personalidad, cuya resolución va a tener importantes repercusiones en el desarrollo del adulto y de la sociedad en general.

Formas:

- 10-12: preadolescencia.
- 13-14: 1ª fase.
- 15-16: 2ª fase.
- 17-18: 3ª fase.

En este periodo de vida, que es una transición entre la infancia y la edad adulta, se dan importantes cambios en todos los sentidos:

- Físicos: maduración sexual y crecimiento corporal.
- Intelectuales: se alcanza el pensamiento lógico-formal.
- Sociales: se alcanza la responsabilidad jurídica y ciudadana.
- Emocionales: fenómeno de la desvinculación, mayor importancia de los amigos, mayor autonomía moral y conductual.

Por lo tanto, el abordaje de esta etapa adolescente es muy disciplinaria: Educación (padres y colegio), Psicología-Neurología, Genética,...

Por todos los cambios citados, se desprende que hay una crisis inevitable en este periodo, que puede ser más o menos grave según haya sido la educación y los demás factores, y según la sociedad dé más o menos respuesta a las necesidades del adolescente (educación sexual, actividades y ocio, formación, atención a sus peculiaridades como el sueño más vespertino,...). El cerebro no llega a la madurez hasta los 25 años por lo que todavía son impulsivos y desorganizados, con falta de planificación.

1. Cambios físicos

La palabra "pubertad" significa comienzo de la edad adulta, y empieza con importantes cambios físicos como el "estirón", con un rápido aumento de peso –y en concreto del peso del corazón y pulmones–, fuerza y resistencia. El desarrollo de las *glándulas sexuales* y desarrollo de los genitales, con toda la trascendencia que esto conlleva de riesgo de embarazo, despertar sexual, búsqueda de vínculos fuera de la familia, 1ª relación de noviazgo, etc. La imagen corporal tan diferente puede dar lugar a problemas, sobre todo en las chicas, si no coincide con los cánones de belleza. Riesgo de TCA (anorexia y bulimia).

2. Cambios intelectuales

Según Piaget, se trata del periodo de las operaciones formales, caracterizado por:

- Capacidad de abstracción, pudiendo construir imágenes diferentes al hecho real. La realidad ya no es determinante, sino que se ve como una posibilidad más entre otras muchas.
- Puede pensar sobre su propio pensamiento.
- Pensamiento hipotético-deductivo: deducir a partir de hipótesis. Es el método científico y puede relacionar entre las distintas posibilidades e hipótesis.
- Su pensamiento es flexible, supera el centraje.
- Puede construir sistemas teóricos: filosofía, religión, política, etc.
- Autonomía moral, internalización de normas.
- Puede orientar su libido no sólo a personas sino a ideologías, valores, mitos, etc.

Todo esto choca con el adulto, que ve la realidad como la única posible.

3. Identidad

Según Erickson, el ser humano va creciendo tras sucesivos momentos críticos en que se logra un nuevo estado, y así como el bebé logra la confianza básica, el adolescente logra su identidad, que es un concepto estable del yo que incluye actitudes, orientación sexual, vocación, autoconocimiento, valores, etc. Hay una identidad prematura, inmadura, que se basa en los valores del líder o de los padres pero no todavía de uno mismo.

4. Socialización

1. Con los adultos hay mucha ambivalencia por ambas partes, sobre todo en el tema de la independencia y la autonomía. Los padres saben que tienen que irles dando alas, pero tienen miedo y les da pena que abandonen el nido, y los hijos se quejan tanto de que los padres están demasiado encima como de que no les hacen caso y no les comprenden. Todavía el adolescente necesita mucho de sus padres, les importan mucho y les atrae el mundo del adulto. Pero les critican y hasta se avergüenzan de ellos algunas veces. Si la relación familiar ha sido democrática no tiene por qué haber tantos conflictos. El problema es si la autoridad de los padres ha sido de autoritarismo o excesiva permisividad (s. del emperador), y sobre todo, en qué se producía o no dicho síndrome, influye la calidad del vínculo establecido en la niñez.
2. La amistad es el factor de socialización más importante y característico de este periodo. La relación con los iguales sustituye en importancia a la familiar. En la *primera fase de la adolescencia (12-13)*, la amistad está centrada en una actividad común. En la *segunda fase (14-16)*, la clave es la lealtad, seguridad, identificación. El amigo es el espejo donde mirarse y son relaciones exclusivistas, con celos de terceros, etc., sobre todo en las chicas. En la *tercera fase (17-18)*, sigue siendo importante, si sigue necesitando ese apoyo y aprobación, pero es una experiencia gratificante más relajada y empieza a dirigirse el afecto a los primeros "noviazgos".

Conclusiones

1. La adolescencia va a depender de la estructuración de la personalidad, educación, relaciones, etc., forjados en etapas anteriores.
2. Importancia de que tengan un grupo de amigos, juegos o deportes estructurado, no marginal.
3. Importancia de los rendimientos escolares, ya que el fracaso escolar es un factor de riesgo.
4. Orientar laboralmente hacia donde apuntan las aptitudes y capacidades del adolescente.
5. Importancia de la educación en temas como el consumo de tóxicos o la sexualidad.
6. Educar valores y metas, inteligencia emocional, conocimientos, capacidad de planificación y de autocontrol, etc.
7. Creación de recursos sociales, de ocio, etc. Para dar salidas más adaptativas a los adolescentes.



2.6 Edad adulta

Freud define en uno de sus más conocidos aforismos la madurez y la salud mental como la capacidad de trabajar y amar. Son el amor, el matrimonio, la formación de un familia y el trabajo las tareas específicas a las que se enfrenta el adulto en nuestra sociedad.

1. Matrimonio

(Referido a compartir la vida con alguien, sea con o sin la participación del clero o el proceso civil).

El matrimonio es una relación formalizada que reconoce responsabilidades únicas y obligatorias en las áreas del sexo, la intimidad y la participación conjunta. Es una forma de institucionalizar el amor. La decisión de compartir la vida con alguien es una decisión que sólo rivaliza en importancia con la elección de profesión, de ocupación.

- Razones por las que se casa la gente

1. **Amor.** La mayoría de la gente se casa por amor (en nuestra sociedad, en otras no). El amor se define por tres aspectos: Intimidad, pasión y compromiso. Estos tres ingredientes han de estar para que el amor exista, aunque en cada relación amorosa se dan en diferentes dosis. En unas predomina la pasión y el compromiso se da en menor cuantía, en otras predomina la intimidad, la amistad, etc. Pero si falta alguno de los ingredientes no podemos hablar de amor. El sexo es un elemento básico en el amor aunque no toda relación sexual conlleva amor. En el matrimonio suele ir evolucionando hacia la moderación, algo más calmado. El amor romántico puede ser una base pobre para el matrimonio, ya que supone un estado de pasión intensa pero transitoria. El amor marital es diferente, carece de esa intensidad pasional, pero es más profundo y duradero porque exige un compromiso, una responsabilidad firme y mutua en la tarea de establecer un hogar con una vida familiar y social.
2. **Complementación de la identidad propia.** Se puede lograr una sensación de ser más completo y adaptado a partir de la vida con otro, estabilizar el sentimiento de identidad y favorecer el propio desarrollo personal.
3. **Procreación.** El deseo de tener hijos puede ser una razón poderosa y básica para casarse, de ser padres en el sentido psicosocial y no sólo de disfrutar con el sexo. Un aspecto importante de la edad adulta es el logro de una fortaleza psicológica interna suficiente que le permita a uno ser un modelo adecuado para la identificación de los hijos.
4. **Sexualidad.** Deseo de dar salida a los impulsos sexuales. Esto actúa como factor positivo.
5. **Seguridad.** Deseo de que le cuiden a uno o de tener una posición económica.

6. **Escape.** La infelicidad del individuo en su ambiente puede provocar el deseo de huir, viendo el matrimonio como una salida.
7. **Presión social.** Sucede que la visión más ideal del ser humano es verle casado, por lo que la sociedad presiona a sus miembros hacia este estado, que es un valor social elevado, o en concreto la propia familia.
8. **Necesidades inconscientes.** Deseos de dependencia, de dominar, de vengarse, de proteger o de ser protegido.
9. **Embarazo.** Deseo de legitimar la descendencia.

El matrimonio puede ser o no exitoso. Un matrimonio bien avenido vendría definido por algunos parámetros, como por ejemplo: Un mínimo de tensión, la seguridad del cariño del cónyuge, la calidez constante del afecto, la sensación de apoyo mutuo ante las inevitables crisis de la vida, la gratificación recíproca, etc. Para lograrlo es preciso tiempo, esfuerzo, un buen nivel de comunicación,... Las parejas que poseen suficiente estabilidad interna no sólo proporcionan a sus hijos los elementos adecuados para el desarrollo de su personalidad sino que entre ellos mismos cumplen la misma función.

Pero a veces las cosas no salen bien por no estar atentos a las necesidades del otro, por tener metas discrepantes en la vida, por discrepancias en aspectos culturales o religiosos básicos, por patología mental, dificultades de convivencia, falta de comunicación,... Es preciso manejar los conflictos (que por otra parte son lógicos y normales en toda convivencia) a base de mucha comunicación y de expresar deseos y necesidades.

En ocasiones los conflictos son irresolubles y la pareja termina divorciándose, lo que suele ser vivido como fracaso por uno o ambos cónyuges. La mayor parte de los divorciados ($\frac{3}{4}$) vuelven a casarse en los cinco años siguientes, y más los hombres que las mujeres. Al igual sucede con viudos y viudas. Está sobre todo el problema de los hijos, que a veces son utilizados como armas de disputa en una continuación de los conflictos previos al divorcio. Los niños pueden verse atrapados en conflictos de lealtad que son exagerados por las luchas neuróticas de los padres. A veces el niño tiende a idealizar al padre que falta y a descargar la ira con el padre que queda con él, generalmente la madre. Es importante que el padre ausente no se sienta culpable y se muestre en exceso indulgente con el niño, accediendo a todos sus deseos, y que el padre presente no muestre enojo vengativo por la ira del niño. Hay que intentar seguir dando pautas firmes y uniformes al niño y explicarle la realidad de la situación, sin cargar demasiada agresividad contra el cónyuge ausente hablando mal al niño del mismo. *Síndrome de alineación parental*: fomentar la ruptura con el padre ausente con difamación, mentiras, etc., hasta conseguir el rechazo.

- **Matrimonio y salud**

Si bien estas parejas conflictivas se dan y son una fuente de estrés crónico para ambos cónyuges o de estrés agudo en caso de divorcio, hay bastantes estudios que demuestran que las personas casadas tienen mejor salud que las divorciadas, solteras o viudas. Los casados tienen un índice inferior a la mitad de los no casados de hospitalizaciones y muertes por padecimientos cardíacos, cáncer, accidentes o enfermedades infecciosas.

- **Salud mental**

En cuanto a la salud mental, hay 15 veces menos ingresos psiquiátricos en casados, si bien es cierto que en U.S.M. hay más consultas de mujeres casadas que de mujeres solteras, por el "síndrome del ama de casa", con síndromes ansioso-depresivos, y a las que hay que recomendar que se alejen un poco de las actividades domésticas, siendo ayudadas por sus esposos o por otra persona contratada y que se busque otras actividades gratificantes, ya que su vida es muy poco estimulante, especialmente cuando sus hijos se van de casa y ese vacío existencial se hace más evidente (síndrome del nido vacío, si bien en algunas familias esto es un alivio para la pareja).

En todo caso, no es una etapa en que se dé especialmente patología psiquiátrica de inicio, sino que suelen ser descompensaciones de patología ya existente en la niñez, adolescencia o primera juventud. No es una etapa crítica. (Los síndromes ansioso depresivos o psicósomáticos en personas sanas suelen venir por estrés laboral, familiar, pérdidas, enfermedades, etc. A ellos se les puede buscar soluciones adaptativas o desadaptativas). Sí lo es la menopausia y la vejez posterior.

En la *menopausia* existe una evidente influencia de las hormonas que provoca el llamado síndrome menopáusico, que además de tener aspectos fisiológicos (sofocos) y puramente físicos (osteroporosis), tiene aspectos psicológicos como por ejemplo: ansiedad, irritabilidad, insomnio, tristeza y apatía, astenia, pérdida de memoria y concentración o descenso del deseo sexual, entre otros. También pueden aparecer cuadros psiquiátricos más graves como la Depresión Involuntiva. En todo caso, la menopausia es algo que hay que integrar como una fase crítica, quitarle dramatismo e incluso cierto tono despectivo, y procurar compensar las dificultades con una vida lo más grata posible.

- **Matrimonio y sexualidad**

La sexualidad es un aspecto importante en la pareja en tanto comunicación y expresión de intimidad que hace diferente esta relación de otro tipo de relación humana. Cada pareja tiene su vida sexual con una frecuencia, ritmo o técnicas específicos, donde no hay nada anormal si ambos están de acuerdo. No hay por qué someterse a unos parámetros de normalidad o anormalidad estadística (es "normal" dos veces por semana, solo un 4% lo realiza a diario,...). Esto depende de cada pareja y de sus propias fase, edad, estado de ánimo, hijos o no,...

Vamos a analizar aquí únicamente algunos mitos o falacias frecuentes que pueden influir en las relaciones sexuales:

1. **Preocupación en torno a la relación sexual.** Muchas mujeres se muestran preocupadas por ser arrastradas por la intensidad de los sentimientos y perder el control o por ser demasiado activas. Muchos hombres se preocupan por su habilidad ya que se les atribuye una mayor responsabilidad, actividad y su sexualidad es tan evidente que es imposible fingir, por lo que pueden aparecer problemas de impotencia o eyaculación precoz que les impidan satisfacer a la mujer.
2. **El tamaño del pene.** No tiene ninguna relación con la satisfacción sexual ni de él ni de ella. Además, aunque en el pene flácido haya diferencia de unos a otros sujetos, en erección no hay apenas diferencia ya que el pequeño se expande más con la erección que el grande.
3. **Orgasmo vaginal.** Se ha hablado de la superioridad de éste sobre el clitorideo y, sin embargo, a raíz de M. Y Johnson, se ha demostrado que el proceso fisiológico es el mismo, se estimule una zona u otra: el orgasmo siempre consiste en contracciones rítmicas de la pared vaginal.
4. **Orgasmo simultáneo.** Es otro mito que tampoco tiene ninguna base ni fisiológica ni psicológica, ya que los ritmos de cada persona son diferentes y no hay por qué tratar de ajustar ambos.
5. **Posición superior del varón.** No es una prueba de superioridad en ningún sentido ni tiene base para disfrutar más. Al contrario, para la mujer es mejor encima porque tiene un contacto más amplio con el clítoris. La pasividad de la mujer conlleva un menor disfrute de ambos.
6. **Necesidad de orgasmo en la mujer.** Sí es bueno pero no imprescindible en la relación. El hombre tiene que tener deseo sexual para poder tener la relación, mientras que la mujer puede disfrutar por el hecho de ser abrazada aunque no consiga el orgasmo; no tiene por qué ser fuente de frustración. Todas las mujeres no llegan en alguna ocasión. Si se trata de una anorgasmia, sí conviene tratarse.
7. **Coito en la menstruación.** No es impuro ni nocivo para ninguno.

8. **Coito en el embarazo.** No hay por qué evitarlo salvo en dos circunstancias:
 - a) Riesgo de aborto o estado a término, ya que con las contracciones uterinas se puede precipitar el aborto o el parto.
 - b) La incomodidad que supone físicamente en los últimos estadios del embarazo.
9. **El sexo en la vejez.** Si una pareja ha sido sexualmente activa, puede ir disminuyendo la frecuencia de las relaciones sexuales, pero no necesariamente hay que interrumpirlas. Todo depende, pues, de etapas anteriores. Los trastornos sexuales más frecuentes son la anorgasmia, inhibición del deseo sexual, disparenmia y vaginismo en la mujer, y en el hombre, la impotencia y la eyaculación precoz. No hay problema si se dan como episodios aislados, pero si son crónicos conviene consultar con un psicosexólogo.
10. **Transtornos psicosexuales.** Disfunción eréctil, eyaculación precoz, disparenmia y vaginismo, anorgasmia, inhibición del deseo sexual.

2. Familia

La familia es la unidad básica del sistema social, en la que se modela y limita la conducta del niño y cuyo ambiente es el máximo responsable de la socialización del mismo.

La familia nuclear es la más característica en nuestra cultura por la movilidad social y geográfica de nuestra sociedad, pero pueden darse otros modelos como la familia extensa en la que la pareja al casarse no sale del núcleo familiar, de modo que se convive con abuelos, tíos, etc. El niño tiene más modelos, no sólo a su padre y a su madre, y las relaciones son menos dependientes tanto de los hijos respecto de los padres como de éstos entre sí.

Además de los hogares típicos cada vez se van dando más otro tipo de situaciones como las familias **monoparentales**, o familias de segundo matrimonio en que se juntan hijos de dos familias, por ejemplo. Y la sociedad va progresando hacia otras fórmulas como hijos adoptados por parejas **homosexuales**.

- Funciones de la familia

1. Satisfacción de necesidades físicas y emocionales.
2. Estructuración de la personalidad: la coalición firme de los padres en materia educativa va dando a los hijos pautas de conducta, actitudes, valores,...
3. Desarrollo de la autonomía personal y emancipación: la familia debe potenciar la desvinculación e independización de los hijos cara a que éstos lleven una vida adulta y madura.
4. Definición de roles adecuados al sexo, logro de la identidad sexual. Ya no son tan rígidos los roles en nuestra sociedad. Ya no sólo le corresponde al hombre la parte económica y social de la familia y a la mujer el hogar y las tareas afectivas.

3. Trabajo

En oposición a las actividades placenteras o agradables, hobbies, etc. el trabajo es una actividad instrumental –sea grata o no– en la que participa principalmente por sus consecuencias diferidas, no inmediatas. “Es lo que uno no haría si no le pagaran”. El trabajo adulto se caracteriza porque no es en esencia un intento de ganar amor, consideración o control sobre los demás, sino un intento por obtener dominio sobre el mundo físico u obtener dinero, que conduce a tal control.

El desarrollo de una identidad de trabajo significa integrar la percepción adulta de que el impacto de uno sobre el mundo debe ser una función del esfuerzo propio y no del ajeno (padres, familia o amigos). Así, el adulto ve que su esfuerzo no sólo es para sobrevivir él, sino para lograr seguridad y Satisfacción para otros.

Los conflictos emocionales dificultan el interfieren en el rendimiento laboral tanto como la enfermedades física. En un estudio de Riess se demuestra que los pacientes en psicoterapia incrementan sus rendimientos (salarios) en un 30%. En adultos con “rentosis”, la patología neurótica aparece al servicio del absentismo laboral, por lo que resulta especialmente difícil su tratamiento. En trastornos psiquiátricos graves (psicosis, o ciertos trastornos de personalidad, por ejemplo), la capacidad de trabajar se ve totalmente bloqueada. En definitiva, el hombre adulto, maduro, es el hombre capaz de desarrollar actividades laborales y amorosas sanas, y que es capaz de dar soluciones adaptativas a las dificultades inevitables de la vida.

- **Trastornos laborales**

- “*Bournout*” o síndrome “estar quemado”.
- “*Mobbing*” o acoso moral.

- **MOOBING** -

- Conducta reiterada de hostigamiento y castigo contra una persona con la intención de mermar su dignidad y dañar su imagen profesional. No se trata de un conflicto laboral, sino de un daño encaminado a la expulsión de la víctima de su actividad profesional.
- No hay causa justificada para el acoso. El proceso consiste en que el acosador elige a la víctima por motivos de rivalidad, celos y envidia profesional y posteriormente se busca una causa que lo justifique.
- Perfil de los implicados y su entorno: a) La víctima es profesionalmente eficaz y competente, honesta, independiente, no servil. b) El acosador tiene un perfil psicopatológico del tipo paranoide-persecutorio. c) La organización donde el mobbing avanza es una organización tóxica, enferma, caldo de cultivo de violencia y que funciona con el fenómeno del chivo expiatorio. El jefe o directivo, débil y psicopático, se justifica culpando a la víctima y entregando su cabeza, negando o no admitiendo la existencia de un acoso moral. El resto de los trabajadores callan, no ayudan y favorecen implícitamente la exclusión de la víctima.
- Mobbing como destrucción del capital intelectual que erradica a los mejores.

Extraído de “*Mobbing: Estado de la cuestión*” de Iñaki Piñuel. Editorial Gestión, 2000.

- VIOLENCIA DE GÉNERO -

El maltrato hacia la mujer por su pareja, que constituye en nuestra sociedad un grave problema por su alta prevalencia (10% al 40% en población general), hasta hace poco tiempo ha contado con escasa relevancia jurídica y clínica, tal vez por la separación tradicional entre ámbito privado y ámbito público, y por pertenecer la familia y todo lo que en ella suceda al primero de ellos. Aunque la figura de la mujer ha experimentado un fuerte cambio social, avanzando teóricamente en igualdad, en la práctica el hombre sigue ejerciendo mayoritariamente el poder.

El maltrato puede presentarse en forma de agresiones físicas y sexuales o en forma de abuso emocional. Aunque no todas las mujeres sufren todos los tipos de maltrato, sí es frecuente que se den de forma conjunta y muchos autores plantean este tipo de violencia como un medio de poder y de control sobre la víctima. El maltrato psicológico está presente en la práctica totalidad de los casos, unas veces como única forma de abuso y otras veces acompañado o precediendo al físico (golpes, puñetazos o cualquier otra forma de agresión). Con maltrato psicológico nos estamos refiriendo a las amenazas, intimidación, denigración (avergonzar, humillar, insultar,...), distanciamiento hostil y restricciones a la mujer en su crecimiento personal, relaciones sociales o manejo de dinero,... Este tipo de violencia, más difícil de visualizar, y por tanto menos atendida, cursa con “heridas” y secuelas que tardan más tiempo en curar y que repercuten en la salud mental y en el funcionamiento global de estas mujeres.

Resulta llamativo, y además complica el estudio de la violencia doméstica, el silencio por parte de la mujer, la escasez de denuncias, el que los detalles del maltrato no salgan del ámbito exclusivo de la pareja. En la literatura se estima que sólo entorno al 30% de las agresiones son denunciadas por las mujeres que las sufren (aunque los datos tienen un validez difícil de precisar) y que muchas de éstas denuncias acaban siendo retiradas por ellas mismas. Parece existir un pacto de silencio, una alianza, un “vínculo paradójico” de la mujer con su maltratador, que ha sido objeto de estudio en distintas investigaciones, siendo dos de los modelos postulados: Dutton y Painter hablan del desarrollo de un lazo traumático que une a la mujer con su maltratador a través de conductas de docilidad en una dinámica de dependencia. Y Graham plantea una especie de Síndrome de Estocolmo, producto de un estado disociativo en la mujer que por una parte la lleva a negar la parte violenta del comportamiento de su pareja y por otra la vincula a los aspectos más positivos de su agresor, negando sus propias necesidades en pro de las de él.

A. Montero propone un Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (S.A.P.V.D) consistente en varias fases: una 1ª fase *Desencadenante*, cuando la mujer sufre la primera expresión de violencia física. Una 2ª fase de *Reorientación*, en la que la mujer percibe incertidumbre donde antes había protección y vive un estado de amenaza impredecible con alto grado de ansiedad y ánimo deprimido, con autoculpación por la agresión recibida y haciendo reajuste cognitivo para evitar la disonancia con creencias como la fidelidad, el compromiso, la religión, etc. Una 3ª fase en la que sobre unas *Cogniciones Distorsionadas*, la mujer desplegaría una estrategia para “prevenir” agresiones, definida por el refuerzo positivo o castigo por parte del agresor. Y por último, una 4ª fase de *Adaptación*, donde la mujer –paradójicamente– se adapta a la violencia desde una posición de inferioridad que le hace dependiente, y sin esperanza de cambio por parte de él o de la situación en general. La víctima dirige sus mínimos recursos a proteger el autoconcepto desplazando la culpa al mundo externo, identificándose con el agresor, en una especie de alianza con él para tratar de afrontar una espiral de agresiones. El 75% de las mujeres maltratadas no perciben su relación como problemática, y atribuyen las causas de las agresiones a elementos externos (O’Leary).

Cabe preguntarse si hay rasgos de personalidad en las víctimas, factores culturales, sociales,... ; que puedan determinar el que la mujer acepte todo este proceso, se adapte y no denuncie. En la práctica clínica vemos que el silencio no siempre se da en mujeres económica o socialmente dependientes, ni aparece relacionado con lo cultural o con el tener o no tener hijos. ¿Cuáles serían entonces las claves para evaluar al agresor y a la víctima? Hay teorías “populares” y generalizadas como la del “masoquis-

mo” de la víctima, que no ha podido demostrarse experimentalmente en las investigaciones (Beck y cols.). Existe otra teoría, enunciada por Walker, y apoyada por otros estudios, que se refiere a la “*desvalidez aprendida*”, sobre el ciclo de violencia al que las mujeres se ven sujetas, en el que aprenden a ser indefensas y pasivas. Según este enfoque las mujeres maltratadas no tendrían unas características previas de personalidad sino que estas características serían la consecuencia de dicho proceso. El control es el elemento esencial sobre el que gira la relación abusiva. El agresor necesita ese control. Se trata de una relación perversa entre una mujer y un individuo con rasgos narcisistas y megalómanos, que tendría unos principios “morales” teóricamente intachables que salvaguardan su buena imagen. A menudo son percibidos como personas seductoras y brillantes, pero su seducción perversa no conlleva ninguna afectividad. No se interesan por los demás, el otro no existe, no lo ve, lo niega. En el proceso de seducción, según la autora Hirigoyen (1999), el agresor presta a la víctima una visión muy positiva: la víctima tiene cualidades muy buenas que él no posee, y que el incorpora en una especie de vampirización psicológica. El se presenta seductor pero carente, y la víctima entra en el juego bajo la premisa, de que en función de ella, el cambiará.

Distintos estudios, al comparar hombres que abusan de sus parejas con los que no lo hacen, han encontrado diferencias en niveles de agresividad, estilo cognitivo y atribucional. En los primeros también se han observado tasas más altas de depresión, ansiedad, consumo de tóxicos y trastornos de la personalidad, y es más probable que tengan historia de violencia en su familia de origen.

Por último, y respecto a la evaluación de la mujer maltratada ¿quién es?, ¿la que exhibe golpes y lesiones evidentes?, ¿la que tiene unos síntomas psicopatológicos?, ¿la que se declara maltratada psicológicamente? Según la psicóloga forense Blanca Álvarez, una mujer es maltratada cuando su identidad queda afectada a raíz de la relación con el agresor: el “no autorreconocimiento” y el cambio sustancial y significativo en el sentido de la desvalorización y baja autoestima, son algunas de las premisas que la identifican. Este cambio interno se va acompañando de un progresivo deterioro en su funcionamiento social y laboral que le llevan al total aislamiento. Respecto a la familia de origen, aparecen en la víctima sentimientos de vergüenza, y a veces de culpabilización hacia ella. En los hijos las repercusiones son claras, en el sentido de que son niños con más conductas agresivas, más tendencia a la ansiedad y depresión, peor manejo de sus emociones y expresión de sentimientos. Incluso, según indican algunas investigaciones (Feldman, McNeal y Amato, Fergusson y Horwood), los niños expuestos a la violencia entre sus padres tienen más probabilidad de problemas de salud mental, abuso de sustancias, delitos, repetición de esquemas de violencia con sus futuras parejas,... En definitiva, un peor ajuste socio-emocional en la edad adulta.

En una entrevista semiestructurada con la mujer maltratada, aparece esa falta de reconocimiento entre lo que ella era y lo que ahora es. Aparecen síntomas de ansiedad y depresión y una gran pérdida de seguridad y confianza en sí misma. El abordaje terapéutico consistirá en que recupere la autoestima, reasuma el control y la gestión de su vida y pueda establecer nuevas relaciones saludables en su futuro.



2.7 Psicología de la vejez

1. Generalidades

Es el 3º y último periodo del ciclo vital (desarrollo-madurez-involución), caracterizado por el progresivo deterioro físico y mental y desintegrándose en sentido inverso a su adquisición.

A lo largo del s. XX se ha pasado de una esperanza de vida de 40 años (como actualmente en algunos países como Nigeria) a otra de 80 años, en países desarrollados.

La mayor esperanza de vida de nuestra especie se calcula en 120 años. En breve en torno al 40% de la población tendrá más de 60 años.

La reacción de cada persona al envejecimiento depende de su personalidad previa, y no necesariamente es una etapa de desorganización. Muchas obras importantes para la humanidad se han hecho en la 3ª edad. Lo más importante es la calidad de vida (autonomía), no la cantidad. “Dar vida a los años” dicen los geriatras, no al revés. Tener muchos discapacitados no es el objetivo.

2. Modificaciones en el periodo involutivo

- Físicas.
- Cognitivas.
- Afectivas.

1. Lo **físico** está claro (déficits sensoriales, pérdida de neuronas, menor agilidad de movimientos,...), el pico es los 20 años y luego va decayendo.
2. Pero lo **cognitivo** no está claro, porque hay capacidades intelectuales que pueden mejora: hay una “inteligencia fluida” (Tiempo de reacción, memoria y razonamiento) que se deteriora, pero la “inteligencia cristalizada” (S. Fdez. Ballesteros) que es la cultura, el vocabulario, la sabiduría, puede mejorar. Recientemente se va investigando más en la plasticidad del sist. nervioso, y se está viendo que incluso en las demencias no cabe el derrotismo. Hay ancianos demenciados y otros excelsos. En el caso de las personas que no se cultivan en absoluto, sí se observa menor rendimiento cognitivo en memoria, capacidad de resolución de problemas, tiempo de reacción, etc.

3. En lo **afectivo**, el mayor factor de riesgo es la pérdida (de la salud, de las capacidades, del trabajo, de seres queridos) por lo que el anciano puede deprimirse. La depresión y el suicidio son dos diagnósticos de Psiquiatría que se pueden dar en el anciano. Sin embargo, en la última investigación realizada por la Dra. Ballesteros, se observa que no tiene más emociones negativas que los adultos porque:
- Evalúan la realidad bajo otros parámetros, asumiendo mejor las pérdidas y los achaques.
 - No tienen tantas expectativas, porque ya han cumplido sus metas.
 - Tienen menos estrés -> menos factores de riesgo.
 - A pesar de las carencias, dicen sentirse felices, la sabiduría es la consecución y logro de la vida. Incluye factores cognitivos, afectivos e interpersonales.

3. Salud mental y tercera edad: principales trastornos psicopatológicos en la vejez

Se trata de un periodo crítico de la vida, por lo que hay mayor vulnerabilidad: por el deterioro físico y por la actitud social generalizada de que no se valora la sabiduría sino la producción, el éxito, la juventud, etc. Al contrario que en culturas orientales, por ejemplo, que tienen un gran respeto por los ancianos.

Los principales trastornos psicopatológicos en la vejez son:

1. La Depresión por pérdidas.
2. El Paranoïdismo, por los sentimientos de minusvalía, los déficits sensoriales, etc. Muchos se vuelven recelosos y desconfiados, con la sensación de que les engañan o les roban.
3. El Alcoholismo, como evasión. En general, se descompensa uno según la estructura de la personalidad previa, y en esta etapa se acentúan los rasgos previos. Tranquilidad, irritabilidad, recelo, tóxicos,...
4. La Demencia: es un trastorno orgánico, no psicológico, pero afecta a la conducta, al carácter, a las relaciones, al rendimiento cognitivo, etc. Se trata del envejecimiento que afecta al cerebro y es la enfermedad más específica de la vejez, ya que raramente aparece antes. Empieza a manifestarse con pequeños síntomas de falta de memoria, cambios de carácter, ansiedad y depresión pero luego aparece una clara desorientación en el espacio y el tiempo, que es uno de los síntomas más característicos. En las últimas fases hay una desestructuración cognitiva lingüística y relacional completas. Mala evolución.