

# DESARROLLO DEL ADULTO Y VEJEZ

TERCERA EDICIÓN



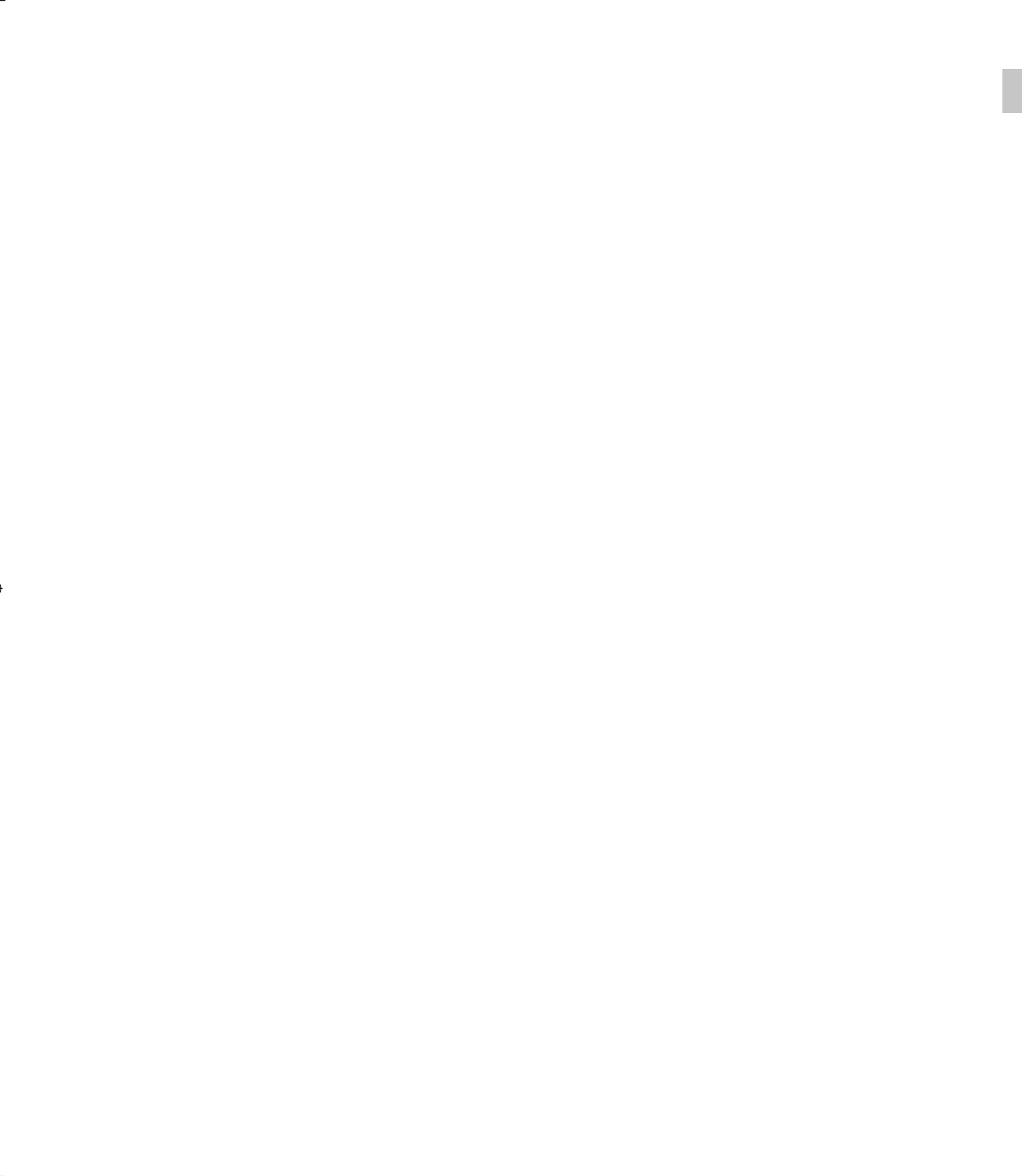
*Diane E. Papalia*

*Harvey L. Sterns*

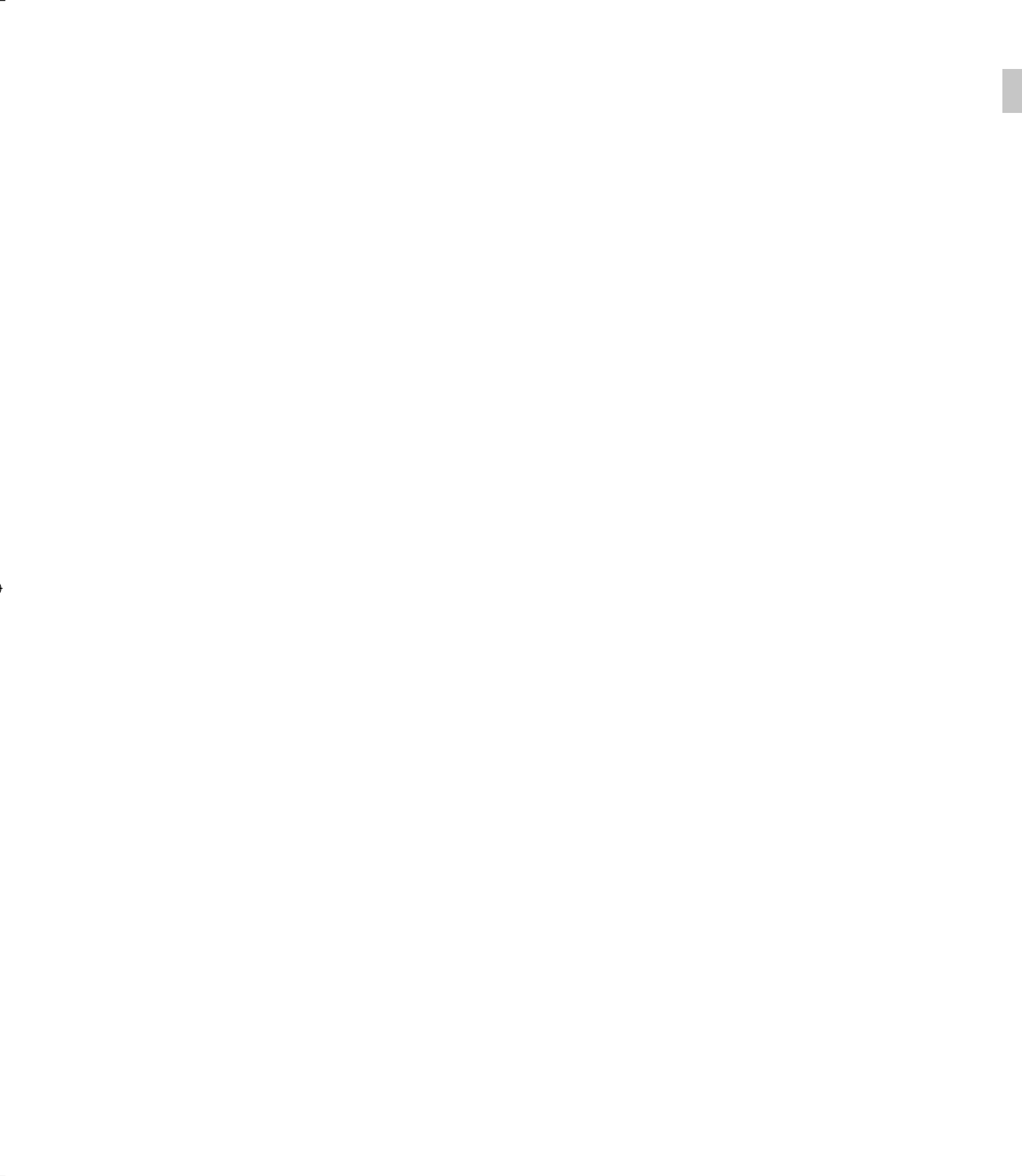
*Ruth Duskin Feldman*

*Cameron J. Camp*

**Mc  
Graw  
Hill**



# Desarrollo del adulto y vejez



TERCERA EDICIÓN

# Desarrollo del adulto y vejez

Diane E. Papalia  
Harvey L. Sterns  
Ruth Duskin Feldman  
Cameron J. Camp

Revisión técnica  
Alma M. Polo Velázquez

*Universidad Iberoamericana, Ciudad de México*



MÉXICO • BOGOTÁ • BUENOS AIRES • CARACAS • GUATEMALA • LISBOA • MADRID  
NUEVA YORK • SAN JUAN • SANTIAGO • AUCKLAND • LONDRES • MILÁN  
MONTREAL • NUEVA DELHI • SAN FRANCISCO • SINGAPUR • SAN LUIS • SIDNEY • TORONTO

**Director Higher Education:** Miguel Ángel Toledo Castellanos  
**Director editorial:** Ricardo A. del Bosque Alayón  
**Editor sponsor:** Noé Islas López  
**Coordinadora editorial:** Marcela I. Rocha Martínez  
**Editora de desarrollo:** Ana L. Delgado Rodríguez  
**Supervisor de producción:** Zeferino García García

**Traducción:** Víctor Campos Olgún

## **DESARROLLO DEL ADULTO Y VEJEZ**

**Tercera edición**

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra,  
por cualquier medio, sin la autorización escrita del editor.



# **Educación**

DERECHOS RESERVADOS © 2009 respecto a la primera edición en español por  
McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

*A Subsidiary of The McGraw-Hill Companies, Inc.*

Edificio Punta Santa Fe

Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A

Piso 17, Colonia Desarrollo Santa Fe,

Delegación Álvaro Obregón

C.P. 01376, México, D. F.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 736

**ISBN-13: 978-970-10-6963-9**

Traducido de la tercera edición de: *Adult Development and Aging*.  
Copyright © MMVII by The McGraw-Hill Companies. All rights reserved.

ISBN: 0-07-293788-2

1234567890

09765432108

Impreso en México

*Printed in Mexico*

# Acerca de los autores

Como docente, **Diane E. Papalia** dictó cátedra a miles de estudiantes de nivel superior en la Universidad de Wisconsin en Madison. Estudió psicología en el Vassar College y obtuvo tanto su maestría en desarrollo infantil y relaciones familiares como su doctorado en psicología del desarrollo del ciclo vital de la Universidad de Virginia Occidental. Ha publicado numerosos artículos en publicaciones profesionales, tales como *Human Development*, *International Journal of Aging and Human Development*, *Sex Roles*, *Journal of Experimental Child Psychology* y *Journal of Gerontology*. La mayoría de estos trabajos han tratado acerca del enfoque principal de sus investigaciones, el desarrollo cognitivo desde la infancia y hasta la vejez. Tiene especial interés en la inteligencia de la vejez y en los factores que contribuyen al mantenimiento del funcionamiento intelectual durante la adultez tardía. Es miembro del cuerpo docente y de la junta rectora de la *Gerontological Society of America* (Sociedad Gerontológica de América). Es coautora de *Desarrollo humano*, ahora en su décima edición, junto con Sally Wendkos Olds y Ruth Duskin Feldman; de *Adult Development and Aging* (Desarrollo adulto y envejecimiento), ahora en su tercera edición, con Harvey L. Sterns, Ruth Duskin Feldman y Cameron J. Camp; y de *Child Development: A Topical Approach* (Desarrollo infantil: un enfoque tópico) con Dana Gross y Ruth Duskin Feldman.



**Harvey L. Sterns** tiene tres décadas de experiencia enseñando a estudiantes de licenciatura y posgrado acerca del desarrollo del ciclo de vida y del desarrollo adulto y la vejez. Recibió el grado de licenciatura en el Bard College (con una doble especialidad en biología y psicología), el de maestría en psicología experimental de la State University of Nueva York at Bufalo, y se doctoró en psicología del desarrollo del ciclo de vida en la West Virginia University. Recibió entrenamiento adicional en gerontología en la University of Southern California y la Pennsylvania State University. Es profesor de psicología y director del Institute for Life-Span Development y Gerontology en la University of Akron. El doctor Sterns también es profesor investigador de gerontología y trabajó como codirector del Western Reserve Geriatric Education Center en el Northeastern Ohio Universities College of Medicine. Ha publicado más de 100 capítulos de libros y artículos en revistas especializadas, in-



cludidas *Journal of Gerontology*, *Journal of Vocational Behavior*, *Developmental Psychology*, *Experimental Aging Research* y *Applied Psychology: An International Review*. Obtuvo su licencia como psicólogo en Ohio y es miembro de la American Psychological Association, la American Psychological Society, la Gerontological Society of America y la Association for Gerontology in Higher Education. En el periodo 2002-2003 fue presidente de la Division 20, Adult Development and Aging, de la American Psychological Association. Es coautor, editor/coeditor de cuatro libros.

La investigación del doctor Sterns se enfoca en el mejoramiento del aprendizaje y la resolución de problemas de los adultos mayores; mejorar las habilidades relacionadas con la conducción de vehículos de las personas mayores; la intervención con la familia y los amigos de los conductores mayores; el mantenimiento de la competencia profesional; la capacitación y el desarrollo profesional; la personalidad y las opciones de alojamiento para los adultos mayores; y la investigación en la planeación de vida y el desarrollo curricular para los adultos y los adultos mayores con retraso mental y discapacidades como parte del Rehabilitation Research and Training Center on Aging and Mental Retardation. En 2005 recibió el premio Outstanding Gerontological Educator en Ohio por parte de la Ohio Association of Gerontology and Education. En 2004 obtuvo el premio M. Powell Lawton Distinguished Contribution en gerontología aplicada de la Division 20 de la American Psychological Association y de la Retirement Research Foundation.



**Ruth Duskin Feldman** es escritora y educadora ganadora de premios. Junto con Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds fue coautora de la cuarta, séptima, octava, novena y décima ediciones de *Desarrollo humano* y de la octava, novena, décima y onceava ediciones de *Psicología del desarrollo*. También es coautora de *Adult Development and Aging* y de *Child Development: A Topical Approach*. Como maestra, ha desarrollado materiales educativos para todos los niveles desde educación básica hasta universitaria y ha preparado componentes auxiliares para acompañar los libros Papalia-Olds. Es autora y coautora de cuatro libros dirigidos al público en general, incluyendo *Whatever Happened to the Quiz Kids? Perils and Profits of Growing Up Gifted* (¿Y qué fue de los *Quiz Kids*? Peligros y beneficios de crecer con aptitudes sobresalientes), republicado en el año 2000 como reimpresión del Author's Guild (Sindicato de Escritores de EUA) en iUniverse. Ha colaborado con diversos periódicos y revistas, ha dado múltiples conferencias y ha aparecido en diversos medios nacionales y locales a lo largo de EUA hablando acerca de la educación y de los niños dotados. Recibió su título de la Universidad Northwestern, donde se graduó con los mayores honores y donde se le eligió para *Phi Beta Kappa*.



**Cameron J. Camp** es un notable psicólogo especializado en investigación aplicada en gerontología. Es licenciado en psicología por la University of Houston, donde se graduó con la mención *summa cum laude*, y realizó la maestría y el doctorado en psicología experimental en la misma institución. Durante dieciséis años impartió cursos de licenciatura acerca del desarrollo adulto y vejez, así como de memoria, psicología general, desarrollo infantil y diseño experimental, primero en la Fort Hays University in Kansas, y después en la University of New Orleans. Es autor de numerosos artículos en revistas especializadas tales como *Psychology and Aging*,



*Journal of Gerontology, The Gerontologist, Experimental Aging Research, Human Development y Clinical Gerontologist.* Ha colaborado en libros sobre memoria y envejecimiento, resolución de problemas y desarrollo del ciclo de vida, y es coautor de un libro de texto universitario, *Human Sexuality Today*. En la actualidad es director e investigador experto en el Myers Research Institute del Menorah Park Center for the Aging en Cleveland, Ohio. Gran parte de su investigación involucra el desarrollo de intervenciones conductuales y cognitivas para ayudar a que las personas con demencia tengan vidas más independientes y plenas y para reducir la carga en los cuidadores. Es miembro de la Gerontological Society of America y de la división de desarrollo del adulto y vejez de la American Psychological Association.

## DEDICATORIA

*A nuestros padres,  
Edward y Madeline Papalia;  
Fred J. Sterns y Sarah H. Sterns;  
Boris y Rita Duskin;  
y Cameron, Frieda y Paula Camp;  
que alumbraron el camino  
y nos alentaron en las rutas que elegimos.*

*Y a nuestros compañeros de vida,  
Ronni Sterns,  
Gilbert Feldman  
y Linda Camp,  
que nos ayudaron en los momentos difíciles  
y se regocijaron con nuestros triunfos.*

*Y a nuestros hijos,  
Anna Victoria Finlay;  
Anthony, Randy y George Sterns;  
Steven, Laurie y Heidi Feldman;  
y Kathy, Karen y Jenson Camp;  
que continuarán el viaje  
en direcciones que sólo podemos imaginar.*

# Contenido

PREFACIO *xiii*

CAPÍTULO 1 • Desarrollo adulto y vejez en un mundo cambiante 1

Punto de partida: Betty Friedan 1

Aproximación al estudio del desarrollo adulto y la vejez: un panorama general 3

*¿Qué es el desarrollo adulto? • ¿Cómo ha evolucionado el estudio del desarrollo adulto y la vejez? • Estudio del desarrollo del ciclo de vida*

Conceptos básicos 7

*Aspectos del desarrollo • Periodos de la adultez • Significados de la edad • Influencias durante el desarrollo adulto y la vejez*

Imágenes y realidades cambiantes del envejecimiento 16

*Visiones culturales del envejecimiento • La demografía cambiante de la vejez • La población anciana: un perfil de diversidad • Retos y dilemas de un mundo que encanece • Nuevos roles para los adultos mayores*

Resumen y términos clave 31

CAPÍTULO 2 • Perspectivas metodológicas y métodos de investigación 33

Punto de partida: Erik H. Erikson 33

Metateorías 35

*Tres metateorías: mecanicista, organicista y contextual • Aplicación de las metateorías*

Métodos básicos de investigación 43

*Muestreo • Recolección de datos*

Diseños de investigación básicos 51

*Estudios de caso • Estudios de correlación • Experimentos*

Diseños cuasiexperimentales: el problema de la validez interna 58

*Estudios transversales • Estudios longitudinales • Estudio de series cronológicas • Diseños secuenciales*

Ética en la investigación 66

Resumen y términos clave 69

CAPÍTULO 3 • Longevidad y envejecimiento fisiológico 71

Punto de partida: John Glenn 71

El ciclo de vida y el proceso de envejecimiento 73

*Tendencias en la expectativa de vida • ¿Cuánto se puede prolongar el ciclo de vida humano? • Teorías del envejecimiento biológico • Predicción de la longevidad individual*

Apariencia física 84

Funcionamiento sensoriomotor 85

*Visión • Audición • Gusto y olfato • Tacto, dolor y temperatura • Funciones motoras*

Funcionamiento sexual y reproductivo	99
<i>El sistema reproductivo femenino • El sistema reproductivo masculino • Sexualidad y envejecimiento</i>	
Resumen y términos clave	107
CAPÍTULO 4 • Salud y sistemas corporales 110	
Punto de partida: Stephen Hawking	110
Salud y envejecimiento: enfoque del desarrollo del ciclo de la vida	112
Cambios en los sistemas corporales	117
<i>Sistema esquelético • Sistema cardiovascular • Sistema respiratorio • Sistema inmunológico • Sistema neurológico</i>	
“Enfermedades temibles” del envejecimiento	131
<i>Enfermedad de Alzheimer • Cáncer: una enfermedad que influye en muchos sistemas</i>	
Influencias indirectas sobre la salud	138
<i>Edad y género • Estatus socioeconómico, raza y etnicidad • Relaciones interpersonales</i>	
Factores para mantener y mejorar la salud	143
<i>Sustancias dañinas • Estrés • Dieta • Cuidado dental • Ejercicio</i>	
Resumen y términos clave	151
CAPÍTULO 5 • Memoria 153	
Punto de partida: Laurence Olivier	153
Estudio de los sistemas de memoria	155
El enfoque del procesamiento de información: software de la memoria	156
<i>Procesos: codificación, almacenamiento y recuperación • “Almacenes”: sensorial, a corto plazo y a largo plazo • Envejecimiento y memoria a largo plazo: ¿estabilidad o deterioro? • Resumen: memoria y edad</i>	
Enfoque biológico: el hardware de la memoria	169
<i>Estructuras que controlan la memoria consciente • Estructuras que controlan la memoria no consciente</i>	
Nuevas direcciones para la investigación	174

Aspectos de la memoria y el olvido en la adultez	175
<i>Errores de intrusión: recordar lo que no ocurrió • Memoria prospectiva: recordar hacer algo • Deficiencias en el desarrollo de las estrategias para recordar • Metamemoria: descubriendo nuestra propia memoria • Recursos mnemotécnicos: obteniendo lo mejor de una memoria cambiante • El olvido y sus sorprendentes beneficios</i>	
Resumen y términos clave	189

CAPÍTULO 6 • Inteligencia y creatividad 191	
Punto de partida: Akira Kurosawa	191
La inteligencia y su medición: el enfoque psicométrico	193
<i>¿Qué es inteligencia? • Pruebas de inteligencia y calificaciones • Pruebas de inteligencia y sesgo cultural • Influencias sobre el desempeño en las pruebas aplicadas a adultos mayores • Pruebas psicométricas: una evaluación preliminar</i>	
Desarrollo intelectual en la adultez: conflictos básicos	202
<i>¿La inteligencia es una habilidad o está conformada por muchas de ellas? • ¿La inteligencia aumenta o disminuye durante la adultez? • ¿Los cambios en la inteligencia varían? • ¿La inteligencia muestra plasticidad? • Resumen: inteligencia y edad</i>	
Creatividad	218
<i>¿Qué es la creatividad? • Creatividad e inteligencia • Estudio y medición de la creatividad • Creatividad y edad</i>	
Resumen y términos clave	228

CAPÍTULO 7 • Pensamiento maduro, sabiduría e inteligencia moral 230	
Punto de partida: Nelson Mandela	230
El papel de la experiencia	232
<i>Aplicación de la experiencia • Resolución de problemas cotidianos • Pensamiento integrativo</i>	
Más allá de Piaget: nuevas formas de pensar en la adultez	237
<i>Pensamiento reflexivo • Pensamiento posformal</i>	

Un modelo de ciclo de vida del desarrollo cognitivo 244

Sabiduría 245

*Sabiduría en el folclor, mitos y filosofía • Conceptos y evaluaciones psicológicas • Resumen: sabiduría y edad*

Desarrollo moral 254

*Teoría de Kohlberg: razonamiento moral • Teoría de Gibbs: desarrollo de juicio moral • Teoría de Gilligan: género y moralidad posformal*

Resumen y términos clave 266

CAPÍTULO 8 • Educación, trabajo, ocio y jubilación 269

Punto de partida: Jimmy Carter 269

Educación 272

*Universidad y estudios superiores • Aprendizaje durante toda la vida • Analfabetismo adulto*

Trabajo y ocio 278

*Elección vocacional y desarrollo de carrera • Cambio en los patrones ocupacionales • Edad y desempeño laboral • Estrés laboral • Desempleo • Trabajo, ocio y desarrollo intelectual*

Jubilación y otras opciones para la vejez 292

*Cómo ha cambiado la jubilación? • Jubilarse o no jubilarse • Financiamiento para la jubilación • Preparación para la jubilación • ¿Cómo usan su tiempo los jubilados? • ¿Cómo la jubilación afecta al bienestar? • ¿Cómo afecta la jubilación a la sociedad?*

Resumen y términos clave 308

CAPÍTULO 9 • Relaciones íntimas y estilos de vida 311

Punto de partida: Ingrid Bergman, actriz "infame" 311

Fundamentos de las relaciones íntimas 313

*Relaciones: una perspectiva del desarrollo • Amistad • Amor • Sexualidad*

Estilos de vida maritales y no maritales 322

*Soltería • Relaciones gays y lésbicas • Cohabitación • Matrimonio • Divorcio y segundas*

*nupcias • Consecuencias económicas del divorcio • ¿Qué hace que un matrimonio funcione?*

Vida familiar 339

*Cambio de estructuras familiares • La paternidad hoy • La paternidad como una experiencia del desarrollo • Cuando los hijos se alejan: el nido vacío • Paternidad, cambio de roles y satisfacción marital • Permanecer sin hijos*

Resumen y términos clave 353

CAPÍTULO 10 • Lazos de parentesco maduros y arreglos para el alojamiento 355

Punto de partida: Marian Anderson 355

La familia adulta: roles y relaciones cambiantes 359

*Hijos adultos jóvenes y padres en la adultez media • Hijos en la adultez media y padres ancianos • Hermanos • Familias multigeneracionales en la vida tardía*

Abuelos y bisabuelos 367

*El rol del abuelo • El rol del bisabuelo • Crianza de nietos y bisnietos*

Arreglos de alojamiento, servicios de cuidado y apoyo comunitario 373

*Hijos adultos en casa: el nido no tan vacío • Arreglos de alojamiento para ancianos • Servicios de cuidado de la familia • Cuidado de ancianos vulnerables: una perspectiva internacional*

Resumen y términos clave 390

CAPÍTULO 11 • Desarrollo de la personalidad 392

Punto de partida: Eva Perón 392

Definición y estudio de la personalidad 395

*¿Qué es la personalidad? • Medición de la personalidad • Orígenes de la personalidad: herencia y experiencia*

Modelos de la personalidad adulta: estabilidad o cambio 399

*Modelos de rasgos • Modelo del autoconcepto • Modelos de las etapas • Modelo de ocurrencia de los acontecimientos de la vida*

Género y personalidad 417	Perspectivas cambiantes acerca de la muerte y el proceso de morir 478
<i>Estereotipos, roles e identidad de género • Desarrollo de la personalidad de las mujeres: los estudios Mills</i>	<i>Aspectos biológicos, sociales y psicológicos de la muerte • El estudio de la muerte: tanatología y educación para la muerte • Cuidado de hospicio</i>
Síntesis de los enfoques del desarrollo de la personalidad adulta 427	Confrontar la muerte 482
Resumen y términos clave 428	<i>Actitudes hacia la muerte y el proceso de morir • Entender a la muerte</i>
CAPÍTULO 12 • Salud mental, afrontamiento y adaptación al envejecimiento 431	Confrontar las pérdidas 487
Punto de partida: Arthur Ashe 431	<i>Formas y patrones de la pena • Sobrevivir a un cónyuge • Pérdida de un padre • Pérdida de un hijo • Luto por un aborto espontáneo</i>
Modelos de afrontamiento 435	Temas controvertidos 505
<i>Modelos ambientales • Modelos conductuales • Modelos de estilos de afrontamiento • Modelo de la valoración cognitiva</i>	<i>Suicidio • Auxilio para morir: eutanasia y suicidio asistido • Suicidio asistido: pros y contras • Legalización del auxilio médico para morir</i>
“Envejecimiento exitoso” 444	Encontrar un significado y un propósito en la vida y la muerte 516
<i>Modelos normativos • Modelos de equilibrio • Visiones populares sobre el envejecimiento exitoso</i>	<i>Revisión de una vida • Superar el miedo a la muerte • Desarrollo: un proceso de toda la vida</i>
Patrones del comportamiento destructivo 450	Resumen y términos clave 520
<i>Trastornos por uso de sustancias • Violencia del compañero íntimo • Abuso infantil y negligencia • Abuso de los ancianos</i>	EPÍLOGO 522
Salud mental en la vejez: un enfoque del desarrollo del ciclo de vida 461	GLOSARIO G-1
<i>Salud mental y satisfacción con la vida • Trastornos mentales • Valoración de fortalezas</i>	BIBLIOGRAFÍA B-2
Resumen y términos clave 473	CRÉDITOS C-1
CAPÍTULO 13 • Lidiar con la muerte y las pérdidas 476	ÍNDICE DE NOMBRES ÍN-2
Punto de partida: Louisa May Alcott 476	ÍNDICE Í-2

# Prefacio

ESCRIBIR UN LIBRO SOBRE el desarrollo adulto y la vejez es un reto apasionante. Éste es un campo de estudio que se enfoca en una población vital, diversa y en crecimiento, y que se nutre de los hallazgos de muchas disciplinas académicas. El libro presenta una perspectiva temática más que cronológica, en donde se discute cada aspecto del desarrollo (físico, cognitivo, social y de personalidad) con relación a todos los periodos del ciclo de vida adulto, con especial énfasis en la vejez.

En esta obra se combinan la experiencia y el talento de una autora de libros de texto vanguardistas sobre el desarrollo del ciclo de vida, así como los de notables investigadores del desarrollo adulto y de la vejez con amplia experiencia pedagógica en el ámbito, aunados a la labor de un escritor profesional que ha producido libros de texto y material didáctico sobre psicología del desarrollo. Con todos estos elementos creemos haber conseguido no sólo un alto grado de precisión y profundidad, sino también un tono y un estilo de escritura frescos, vívidos, claros, cautivadores, desafiantes y accesibles.

Los autores de los libros somos personas reales, por lo que la selección del tema de estudio, así como los ejemplos y las interpretaciones están influidos de manera inevitable por nuestras experiencias y actitudes. Los cuatro autores constituimos un grupo diverso. Nuestras edades varían desde los cuarenta hasta los setenta años; nuestras experiencias de vida combinadas abarcan los periodos de la Gran Depresión durante la década de 1930 hasta el presente. Nuestros orígenes étnicos son italiano, judío de la Europa Oriental, irlandés, noruego y americano nativo. Todos somos padres y dos somos abuelos.

¿Qué diferencia a este libro de otros que tratan el mismo tema? ¿Cuáles fueron nuestras metas al escribirlo?

- Creemos que un aspecto esencial en el estudio del desarrollo adulto y la vejez es el hecho de que las personas tienen el potencial para desarrollarse durante toda su vida. Bajo tal idea intentamos presentar el desarrollo adulto desde una perspectiva muy humana. Cada capítulo comienza con una viñeta biográfica que nos habla de algún personaje de la vida real, hombres y mujeres bien conocidos (como Betty Friedan y Nelson Mandela), con distintos orígenes.

nes raciales, nacionales y étnicos, cuyas vidas sirven como punto de partida de temas importantes del capítulo correspondiente. Los estudiantes disfrutarán y se identificarán con estas historias, que conducen directa y fácilmente al contenido de cada capítulo.

- Creemos que los adultos viven en una gran diversidad de culturas que muestran la riqueza y complejidad de las aspiraciones y experiencia humanas. Por tanto, tomamos una perspectiva consistentemente transcultural. Un extenso material multicultural y multiétnico se entreteje con las discusiones temáticas a lo largo del libro. Además, una serie de recuadros titulados “El contexto multicultural” se enfoca en temas específicos, por ejemplo, el modo en que las creencias tradicionales influyen en el desarrollo de una enfermedad, si el comportamiento inteligente es el mismo en todas las culturas y la manera en que los malayos rurales enfrentan el cambio económico. Las fotografías refuerzan los temas de diversidad y equilibrio demográfico.
- Creemos que los adultos ayudan a dar forma a su propio desarrollo, y para mostrar cómo ocurre esto discutimos las tendencias y estilos de vida contemporáneos que pueden observarse en un mundo complejo y cambiante. El capítulo introductorio establece cuáles son las tendencias actuales para abordar el tema. Como parte integral de las discusiones acerca de las relaciones y la vida familiar, se tratan temas como los padres solteros, las familias con doble ingreso, la homosexualidad y los abuelos cuidadores.
- Expresamos una visión positiva, aunque realista, de la vejez; creemos que se trata de un proceso natural de desarrollo que incluye tanto pérdidas como ganancias. También pensamos que todos los periodos de la adultez son igualmente relevantes y que proporcionan oportunidades para el crecimiento. A lo largo del libro, señalamos los hallazgos a los que ha conducido una perspectiva del desarrollo del ciclo de vida y del enfoque multidisciplinario.
- Mantenemos un equilibrio entre las preocupaciones teóricas, empíricas y prácticas. Para enfatizar la naturaleza evolutiva del conocimiento científico y sus aplicaciones, una serie de recuadros, “Enfoques aplicados”, describen investigaciones innovadoras, pasadas y presentes. Otra serie, “El arte de envejecer”, presenta temas de investigación específicos, como las adaptaciones ambientales para satisfacer las necesidades de una población que envejece. Donde existe controversia, la exploramos. Presentamos el campo del desarrollo adulto como es: un área en desarrollo cuyos practicantes todavía tienen mucho por descubrir.

Diseñado principalmente para estudiantes de licenciatura que toman clases de desarrollo adulto y vejez, *Desarrollo del adulto y vejez* también se puede utilizar para niveles avanzados y de posgrado. Incluso es apropiado para cursos de desarrollo del ciclo de vida, en conjunto con un texto acerca de desarrollo infantil y adolescente. No es necesario poseer conocimientos de psicología, porque los conceptos y métodos básicos son explicados cuando es requerido.

Esta edición contiene material demográfico, además de incluir la información actual y relevante. Se ordenaron los trece capítulos del modo siguiente: los capítulos 1 y 2 incluyen un panorama introductorio del campo y una presentación sobre metateorías y métodos de investigación, respectivamente. Los capítulos del 3 al 7 cu-



bren temas como el desarrollo físico, cognitivo y moral. Los capítulos del 8 al 10 analizan temas como la educación, el trabajo, la jubilación y el ocio; las relaciones y los estilos de vida; y los arreglos de convivencia, el cuidado y apoyo comunitario. Los capítulos del 11 al 13 abordan el desarrollo de la personalidad, la salud mental y el enfrentamiento de situaciones, así como la muerte y el duelo. Creemos que organizar los temas más relevantes de esta manera permite un tratamiento claro y lógico del estudio del desarrollo adulto y la vejez. Para enriquecer el texto incluimos un epílogo, que resume temas actuales en el campo del desarrollo adulto y la vejez.

## AUXILIARES DE APRENDIZAJE

Como en la primera y segunda ediciones, este libro contiene algunos auxiliares pedagógicos para el estudiante:

- *Aperturas de capítulo.* Cada capítulo abre con un resumen que anticipa los temas principales, y una breve reseña biográfica que pone dichos temas en el centro de atención.
- *Preguntas de pensamiento crítico.* Las preguntas al margen en cada capítulo desafían el pensamiento crítico del estudiante acerca de la materia de estudio.
- *Resúmenes de capítulo.* Cada capítulo ofrece breves enunciados organizados en torno a los temas principales del capítulo, con el objetivo de repasar los conceptos importantes.
- *Recuadros.* El material en recuadros (Arte de envejecer, Enfoques aplicados, Contexto multicultural) presenta ejemplos actuales. Por ejemplo, en el capítulo 8 se incluyó material acerca de “Trabajo y jubilación en Japón”.
- *Ilustraciones, figuras y tablas.* Los dibujos, gráficas, esquemas y fotografías se escogieron cuidadosamente para resaltar puntos relevantes en el texto.
- *Términos clave.* Conforme se introduce cada término nuevo, se resalta y define en el texto. Al final de cada capítulo se mencionan los términos clave y las páginas en las que aparecen por primera vez.
- *Glosario.* Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en un glosario al final del libro.
- *Bibliografía.* Al final del libro aparece una lista completa de las referencias, ordenada de modo alfabético.

## RECONOCIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas que con gentileza revisaron el manuscrito de la tercera edición: S. Craig Campbell, Weber State University; Celia Wolk Gershenson, University of Minnesota; Leslee Pollina, Southeast Missouri State University; Jeannine M. Taylor, Kent State University; y Susan M. Troy, Northeast Iowa Community College.

Manifestamos el gran apoyo brindado por nuestro editor. Queremos expresar nuestro agradecimiento especial a los editores Mike Sugarman y Kate Russillo, cuyo constante apoyo ayudó al proceso de revisión; y a Rick Hecker, cuya participación fue de gran ayuda para trabajar sin contratiempos. De manera muy especial quere-

mos agradecer a Kelly Zacharias por todo su amplio trabajo en la revisión de esta tercera edición. También deseamos agradecer a Greta Lax y Kristen Granata por sus aportaciones a algunos capítulos. Todos ellos pertenecen al Institute for Life-Span Development and Gerontology, en la University of Akron, y brindaron un gran apoyo a lo largo del proceso de revisión.

Esperamos sinceramente que este libro fomente un interés por el estudio del desarrollo adulto y la vejez, esto es, el estudio de las personas que cambian constantemente en un mundo siempre cambiante. Como de costumbre, les damos la bienvenida y agradecemos los comentarios de los lectores, quienes nos ayudarán a continuar mejorando *Desarrollo del adulto y vejez*.

*Diane E. Papalia*

*Harvey L. Sterns*

*Ruth Duskin Feldman*

*Cameron J. Camp*

# Desarrollo adulto y vejez en un mundo cambiante

## Aproximación al estudio del desarrollo adulto y la vejez: un panorama general

- ¿Qué es el desarrollo adulto?
- ¿Cómo ha evolucionado el estudio del desarrollo adulto y la vejez?
- Estudio del desarrollo del ciclo de vida

## Conceptos básicos

- Aspectos del desarrollo
- Periodos de la adultez
- Significados de la edad
- Influencias durante el desarrollo adulto y la vejez

## Imágenes y realidades cambiantes del envejecimiento

- Visiones culturales del envejecimiento
- La demografía cambiante de la vejez
- La población anciana: un perfil de la diversidad
- Retos y dilemas en un mundo que encanece
- Nuevos roles para los adultos mayores



## PUNTO DE PARTIDA: BETTY FRIEDAN

*No hay nada permanente, excepto el cambio.*

—Heráclito, fragmento (siglo VI a.C.)

BETTY FRIEDAN\* con su metro cincuenta y cinco centímetros de estatura, luce llena de vida y no se acobarda ante una pelea. A los 42 años escribió *The Feminine Mystique* (1963), una llamada a las armas para el movimiento feminista en Estados Unidos. Tres décadas después, Friedan se convirtió en un estandarte para otras cruzadas con *The Fountain of Age* (1993), dirigido a liberar a los adultos mayores de una imagen restrictiva de la vejez. En el año 2000 escribió sus memorias, *A Life So Far*, en las que hace un recuento de las adversidades y triunfos que experimentó como líder activa en dichos movimientos. La participación de Friedan en ambas causas tuvo raíces profundas en su propia experiencia.



© Shelley Gazin/Corbis Images

\*Las fuentes para la información biográfica acerca de Betty Friedan son Carlson y Crowley (1992), Friedan (1963, 1976, 1981, 1993, 1994, 2000), Klagsbrun (1993) y *Who's Who in America* (2002).

La odisea de Friedan, que inició, en Peoria, Illinois, una pequeña ciudad en la zona central de Estados Unidos, dice mucho no sólo acerca de su desarrollo personal como adulto, sino también sobre el cambiante contexto social del desarrollo adulto y la vejez. Como no quería seguir los pasos de su madre, quien siempre se lamentó de haber abandonado su carrera por su matrimonio, la brillante y enérgica joven ingresó al Smith College, una prestigiosa escuela para mujeres al este de Estados Unidos. Se especializó en psicología, y se graduó con la mención *summa cum laude*; más tarde realizó trabajo de posgrado con líderes del ámbito tales como Kurt Lewin y Erik Erikson. También trabajó como reportera para un servicio obrero de noticias, pero fue reemplazada por un combatiente que regresaba de la Segunda Guerra Mundial; una situación frecuente entre las mujeres trabajadoras que fueron reclutadas para apoyar al ejército estadounidense, sólo para que después de la guerra se les mandara a casa “donde pertenecían”.

En 1947, Friedan se casó y dos años después fue despedida de su empleo en el periódico por estar embarazada. Como la mayoría de las mujeres jóvenes de su época se convirtió en ama de casa (como ella misma se describió) en busca de la satisfacción femenina que su madre no pudo lograr. Pero quería algo más. Durante la década de 1950, mientras criaba a sus tres hijos en un suburbio de Nueva York, escribió artículos para revistas nacionales femeninas y en secreto comenzó a trabajar en su trascendente libro, *The Feminine Mystique*.

“Nunca tuve la intención de escribir un libro para cambiar la vida de las mujeres, o para cambiar la historia”, recuerda Friedan en *A Life So Far*. “Para llegar más allá de la mística de la feminidad, para escarbar en sus orígenes y en los cimientos de su atractivo, tuve que ir más allá del mundo de las revistas femeninas. Tuve que cavar profundamente no sólo en mis raíces intelectuales en el campo de la psicología, sino también en la miseria y el misterio de la huída de mí misma” (Friedan, 2000, pp. 106, 111).

*The Feminine Mystique* —que hasta el momento ha vendido más de 3 millones de copias— expresó la

enorme frustración de Friedan en el contexto de una sociedad dominada por los hombres, en la que el “lugar” de una mujer estaba en la casa y cuya única identidad era la de “esposa y madre”. Su libro articuló la ira del desconocimiento, así como el vacío y la desesperación de millones de mujeres ante los lazos de la vida doméstica, en la que impotentes se sometían a las presiones sociales que les impedían tener una vida y un desarrollo profesional propios. El mensaje era amenazador para muchas mujeres, pero liberador para tantas otras.

Friedan se convirtió en la organizadora del movimiento feminista estadounidense, y en fundadora y primera presidenta de la National Organization for Women (NOW) y dirigente de la Comisión Política Nacional de las Mujeres. El 26 de agosto de 1970, un año después de su divorcio, convocó a una “Huelga de mujeres por la igualdad” y encabezó una marcha de aproximadamente 50 mil personas por la Quinta Avenida de Manhattan. Friedan (1976, 1981) gradualmente amplió su perspectiva y contribuyó a la formulación de nuevos enfoques sobre el divorcio, la reforma del aborto, el alojamiento, el empleo y la educación; para la igualdad en el matrimonio así como en los lugares de trabajo y para el otorgamiento de apoyos sociales a mujeres que buscaban un equilibrio entre profesión y maternidad.

En su octava década de vida, la mujer que despertó la conciencia de una generación de mujeres jóvenes y de edad media estaba determinada a hacer lo mismo por los adultos mayores. Antes de comenzar la investigación que duró 10 años y desembocó en *The Fountain of Age*, tuvo que romper con la negación psicológica hacia su propio envejecimiento. A final de cuentas, Friedan (quien tenía seis nietos y dos nietas adoptivas, y era profesora visitante en la New York University) se propuso “desenmascarar la ‘mística del envejecimiento’ que define a las personas ancianas como objetos de atención pasivos y... que les niega su ‘personalidad’, tal como la mística femenina niega a las mujeres la suya.” (Carlson y Crowley, 1992, pp. 20, 15.)

*The Fountain of Age* ha sido aclamado por algunos críticos, pero rechazado por otros que lo consi-

## PUNTO DE PARTIDA: BETTY FRIEDAN (continuación)

deran demasiado optimista. Busca cambiar la visión predominante del envejecimiento como un proceso de deterioro inevitable, desamparo y enfermedad, y de los ancianos como una carga y una sangría para la sociedad: una imagen que no coincide con la realidad de un gran número de adultos mayores. En lugar de definir la vejez simplemente como una pérdida de juventud, Friedan la ve como otra etapa del desarrollo con sus propias y aún no comprobadas

posibilidades y fortalezas, “como una aventura, no un problema”. (Carlson y Crowley, 1992). “Yo estaba determinada a romper con esa concepción del envejecimiento que sólo lo percibe como un deterioro y declive de la juventud, y construir una nueva, con base en lo que una gran parte de la población norteamericana estaba viviendo tan bien y dignamente.” (Friedan, 2000, p. 321). La señora Friedan murió el 4 de febrero de 2006, en su 85 aniversario.

LA VIDA ADULTA DE BETTY FRIEDAN Y su obra demuestran lo que aprendió de sus profesores de psicología: que los seres humanos se desarrollan en un contexto. Su historia es una muestra de cómo un adulto en particular puede afectar y ser afectado por condiciones sociales cambiantes. La insatisfacción de Friedan con su papel como esposa y madre de los suburbios en los años cincuenta del siglo xx encendió la chispa de un movimiento que cambió la vida de muchas mujeres estadounidenses, y también la suya. Ahora, con la generación “baby boom” —un tercio de la población norteamericana— que se acerca a la vejez, ocurre un cambio importante en la mentalidad de los adultos respecto de su propio desarrollo y la manera como lidian con éste.

Tal cambio se refleja en un creciente interés por el estudio del desarrollo adulto y de la vejez. Para introducir al lector en dicho estudio, comenzaremos con preguntas y conceptos básicos: ¿qué significa para un adulto desarrollarse? ¿Envejecer es más que un proceso de deterioro? ¿Cómo ha sido estudiado el desarrollo adulto? ¿Qué significados tiene envejecer? ¿Por qué algunas personas parecen envejecer de manera diferente a otras? ¿Qué tipo de influencias pueden alterar el curso del desarrollo adulto? Discutiremos ahora las visiones y realidades cambiantes del envejecimiento y describiremos, de manera breve, la variada composición de una población que envejece en Estados Unidos y en el mundo entero, y los retos y dilemas que esto plantea.

## APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DEL DESARROLLO ADULTO Y LA VEJEZ: UN PANORAMA GENERAL

Antes de abordar el estudio del desarrollo adulto y la vejez, necesitamos plantearnos una pregunta básica: ¿los adultos realmente *se desarrollan*, o los seres humanos alcanzan la madurez a principios de sus veinte años y luego comienza su declive? Hasta la mitad del siglo xx, la mayoría de los psicólogos habría dado la segunda respuesta. Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, vio la pubertad como el punto final del desarrollo. Los investigadores limitaron su atención a la niñez; incluso la adolescencia no se consideraba una etapa separada de la vida hasta comienzos de la centuria pasada. Sólo durante los últimos cincuenta años ha habido estudios científicos serios sobre el desarrollo adulto. Dichos estudios todavía se encuentran en una fase temprana, y muchos de sus descubrimientos son aún provisionales; pero los científicos del desarrollo plantean y exploran preguntas importantes.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué evidencia podrías aportar para apoyar la conclusión de que el desarrollo es continuo en el ciclo de vida?

## ¿Qué es el desarrollo adulto?

Se ha hablado de *desarrollo* pero, ¿qué significa precisamente este término? En el lenguaje ordinario, en diversos contextos se utiliza de formas distintas. Por ejemplo:

- Horacio desarrolló un resfriado.
- Las flores desarrollaron capullos.
- Muchas naciones en desarrollo rápidamente se vuelven industrializadas.

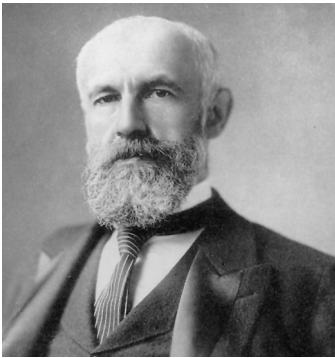
Obviamente, desarrollo implica cambio. Pero no todos los cambios implican desarrollo. Si una persona se cambia de ropa, o cambia las sábanas, difícilmente a eso se le llamaría *desarrollo*.

El **cambio** es simplemente una diferencia en algo o alguien de un momento a otro. Los cambios que experimenta una persona a lo largo del curso de la vida adulta son muy numerosos, diversos y con frecuencia aleatorios como para ser estudiados con algún provecho. El **desarrollo** es un proceso sistemático de cambio adaptativo en el comportamiento en una o más direcciones. Es *sistemático* en tanto que es coherente y organizado. Es *adaptativo* en el sentido de que permite lidiar con las condiciones de existencia, internas y externas, siempre cambiantes. El desarrollo tiende a progresar de formas simples a complejas (como en el desarrollo del lenguaje que va de palabras simples a frases cada vez más complejas). Puede tomar más de una ruta y puede o no tener una meta definida; pero hay una conexión entre los cambios con frecuencia imperceptibles de los que está compuesto. El niño que fuiste dio forma al adulto en el que te has convertido, y el adulto que eres hoy dará forma al adulto mayor en que te convertirás mañana. Los científicos del desarrollo estudian cómo cambian las personas, y también cómo *no* cambian, a lo largo del ciclo de vida.

El desarrollo puede deberse al **aprendizaje**: cambios duraderos en el comportamiento como resultado de la experiencia o bien puede ser resultado de la **maduración** del cerebro y de otros sistemas y estructuras físicos del organismo. Este despliegue de una secuencia de patrones de comportamiento biológicamente determinados incluye destrezas para dominar nuevas habilidades. Generalmente, el desarrollo implica una compleja interacción entre maduración y aprendizaje, como cuando un niño pequeño dice su primera palabra o su primera oración. Mientras que los niños pasan por patrones de desarrollo muy semejantes, las diferencias individuales son más evidentes conforme las personas envejecen y la experiencia se vuelve algo más que un simple factor. El desarrollo adulto puede no ser tan rápido o tan obvio como el desarrollo infantil, y supone tanto pérdidas como ganancias; pero incluso los adultos mayores pueden desarrollar nuevas habilidades, como aprender a usar computadoras.

## ¿Cómo ha evolucionado el estudio del desarrollo adulto y la vejez?

El primer trabajo relevante acerca del envejecimiento en Estados Unidos apareció en la segunda década del siglo xx. En 1922, a los 78 años, G. Stanley Hall, quien fue pionero en el estudio de la niñez y la adolescencia, publicó *Senescence: The Last Half of Life*. Seis años después, la Stanford University abrió la primera gran unidad de



Bettmann/Corbis Images

El psicólogo G. Stanley Hall (1846-1924) fue un pionero en el estudio del envejecimiento, así como de la infancia y la adolescencia. Fue fundador y primer presidente de la American Psychological Association. Creó la primera revista especializada de psicología en Estados Unidos y también el primer laboratorio de psicología.

investigación científica dedicada al envejecimiento. Pero no fue sino hasta una generación más tarde que esta área de estudio floreció. Hacia 1946, los Institutos Nacionales de Salud establecieron una unidad de investigación a gran escala, y organizaciones y revistas especializadas reportaban los últimos hallazgos.

Desde finales de 1930, algunos estudios longitudinales importantes se enfocaron en los adultos. El Gran Estudio del Desarrollo Adulto dio seguimiento a estudiantes de la Universidad de Harvard hasta la edad adulta. A mediados de los cincuenta, Bernice Neugarten y sus asociados en la Universidad de Chicago comenzaron a realizar estudios en personas de edad media, y K. Warner Schaie lanzó el estudio longitudinal Seattle, que todavía se encuentra en marcha, de inteligencia adulta. Paul Costa y Robert McCrae dirigieron una investigación sobre rasgos de personalidad, con base en datos que comenzaron a recopilar a finales de los años cincuenta y hasta mediados de los sesenta, con cientos de adultos de todas las edades en Boston y Baltimore.

Los estudios de ciclo de vida longitudinales en Estados Unidos surgieron a partir de programas diseñados para dar seguimiento al desarrollo de niños hasta la edad adulta. Un ejemplo de lo anterior, son los Estudios Stanford con Niños Sobredotados (que comenzaron en 1921 bajo la dirección de Lewis Terman) que fueron llevados a cabo para rastrear el desarrollo de las personas identificadas con una inteligencia sobresaliente en la niñez. Otras investigaciones importantes que comenzaron alrededor de 1930 (el Estudio Berkeley de Crecimiento, el Estudio de Crecimiento Oakland y el Estudio del Instituto de Investigación Fels) generaron información acerca del desarrollo durante el ciclo de vida.

Estos y otros estudios que se abordan en el presente libro proporcionaron diversas herramientas de investigación y aportaron mucho a la comprensión de la adultez. Sin embargo, todavía se conoce mucho más acerca de los niños y los adultos mayores de lo que se sabe de quienes se hallan en medio. En la investigación que realiza la MacArthur Foundation Research Network sobre el desarrollo exitoso en la vida media es evidente un creciente énfasis en los estudios acerca de jóvenes y adultos de edad media.

## Estudio del desarrollo del ciclo de vida

En la actualidad, la mayoría de los psicólogos acepta la idea de que el desarrollo humano dura toda la vida. Este concepto de desarrollo como un proceso de adaptación a lo largo de toda la existencia se conoce como **desarrollo del ciclo de vida**. El estudio científico de este último es la tarea principal de la **psicología del desarrollo del ciclo de vida**.

Paul B. Baltes (1987; Baltes y Smith, 2004; Baltes, Lindenberg y Staudinger, 1998), líder en el estudio de la psicología del desarrollo del ciclo de vida, identificó los principios clave de la investigación sobre aquél y un marco conceptual para su análisis (que se resume en la tabla 1.1). Algunos de los principios que plantea son:

- *El desarrollo dura toda la vida.* Cada periodo del ciclo de vida está influido por lo que ocurrió antes y afectará lo que viene. Cada periodo tiene sus propias características y valor únicos; ninguno es más o menos relevante que otro.
- *El desarrollo depende de la historia y el contexto.* Cada persona se desarrolla dentro de un conjunto específico de circunstancias o condiciones definidas

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo argumentarías la importancia de apoyar los estudios longitudinales del ciclo de vida en lugar de la investigación que sólo se enfoca en la etapa adulta y la vejez?

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué circunstancias históricas y contextuales experimentas que influirán en tu propio envejecimiento?

**TABLA 1.1**

*Características clave del desarrollo del ciclo de vida*

<b>Características</b>	<b>Explicación</b>
Multidireccionalidad	El desarrollo puede implicar aumento o disminución, ganancias y pérdidas, en rangos diversos y variables, dentro de una misma persona, grupo de edad o categoría de comportamiento.
Multidimensionalidad	El desarrollo puede afectar diversas capacidades o aspectos de una persona. Personalidad, inteligencia y percepción pueden cambiar al mismo tiempo.
Plasticidad	Es posible mejorar el funcionamiento a través del ciclo de vida, aunque hay límites acerca de cuánto puede mejorar una persona en cualquier edad.
Historia y contexto	Las personas se desarrollan dentro de un contexto físico y social, que varía en diferentes puntos en la historia. Los individuos no sólo reaccionan a su contexto, también interactúan con él y lo influyen de manera activa.
Causalidad múltiple	El desarrollo tiene múltiples causas. Puesto que ninguna perspectiva específica puede describir o explicar de manera adecuada las complejidades del desarrollo, el estudio del desarrollo del ciclo de vida requiere esfuerzos multidisciplinarios cooperativos de investigadores de diversos campos.

FUENTE: Adaptado de Baltes, 1987.

por tiempo y lugar. Los seres humanos influyen en, y son influenciados por, su contexto histórico y social. No sólo reaccionan ante sus entornos físico y social, sino que también interactúan con ellos y los cambian.

- *El desarrollo es multidimensional y multidireccional.* El desarrollo a lo largo de la vida implica un equilibrio entre crecimiento y declive. Conforme la persona gana en un área, puede perder en otra, y a tasas variables. El niño crece principalmente en una dirección, hacia arriba, tanto en tamaño como en habilidades. En la adultez el equilibrio cambia gradualmente. Algunas capacidades, como el vocabulario, continúan aumentando; otras, como la habilidad para resolver problemas no familiares, pueden disminuir; y también pueden surgir algunos nuevos atributos como la experiencia en un área determinada. Las personas buscan maximizar ganancias y minimizar pérdidas para aprender a manejarlas o compensarlas.
- *El desarrollo es flexible, o plástico.* La **plasticidad** es la capacidad de modificar el desempeño. Muchas habilidades, como la memoria, la fuerza y la resistencia, pueden mejorar significativamente con entrenamiento y práctica, aun en la etapa de adultez tardía. Sin embargo, incluso los niños no son infinitamente flexibles; el potencial para el cambio tiene límites.



La idea de que el desarrollo dura todo el ciclo de vida tiene muchas implicaciones sobresalientes. Sugiere que cada fase de la vida es influenciada por lo que ya ocurrió y afectará lo que viene. Por ende, cada parte del ciclo de vida tiene sus propias características y valor únicos, de lo que se desprende que ninguna es más o menos importante que otra.

## CONCEPTOS BÁSICOS

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. También es posible medir los efectos de varios factores que influyen en el desarrollo.

### Aspectos del desarrollo

El desarrollo adulto es complejo debido a que los cambios ocurren en muchos aspectos del yo. En este libro se habla de desarrollo físico, intelectual, de personalidad y social. Los cambios en los sistemas y estructuras *físicos* del cuerpo incluyen las capacidades sensoriales, el sistema nervioso y los órganos internos, salud y condición física, y habilidades motoras. Todos estos son aspectos del desarrollo *físico*. De alguna manera, el desarrollo físico puede estar genéticamente programado; pero ahora las investigaciones sugieren que las personas pueden controlar su propio desarrollo físico en mayor medida de lo que alguna vez se creyó posible. Los cambios en el funcionamiento mental (como memoria, inteligencia, resolución de problemas prácticos, razonamiento moral y sabiduría) son aspectos del desarrollo *intelectual* o *cognitivo*. El desarrollo de la *personalidad* se refiere a la forma única en que cada persona interactúa con el mundo y expresa pensamientos y emociones. El desarrollo *social* se refiere a los cambios que ocurren en el mundo social de un individuo con respecto a sus relaciones interpersonales, la elección del estilo de vida, el trabajo y el ocio.

Tanto los rangos como los resultados del desarrollo varían ampliamente. Las personas difieren en altura, peso y constitución corporal; en factores constitucionales como salud y nivel energético, y también en cómo sus cuerpos se adaptan al envejecimiento. Difieren también en sus habilidades intelectuales y reacciones emocionales; tanto en su trabajo, con respecto a su desempeño y su gusto por el mismo; como en los hogares y comunidades donde viven, las personas que frecuentan y las relaciones que establecen; y en cómo aprovechan su tiempo libre.

Aunque se habla por separado de desarrollo físico, intelectual, social y de personalidad, estos campos se encuentran interrelacionados, por lo que un cambio en alguno afecta a todos los demás. Las capacidades físicas e intelectuales, por ejemplo, contribuyen enormemente a la autoestima y pueden influir en la elección de ocupación, ambos elementos importantes del desarrollo social y de la personalidad. Las decisiones acerca del trabajo y la jubilación pueden afectar el funcionamiento físico e intelectual. La ansiedad que muchas veces produce contestar un examen puede

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo los adultos pueden mantener una calidad de vida alta aunque algunos aspectos de su desarrollo muestran declive? ¿Cómo lo harías tú?

afectar el desempeño físico o intelectual. Y la aflicción literalmente puede hacer que una persona se enferme.

## Periodos de la adultez

¿Cuándo se vuelve adulta una persona? ¿Cuándo se alcanza la adultez media o la vejez? Estas preguntas no son tan simples como parece. La delimitación de periodos del ciclo de vida varía con respecto a diferentes épocas y las diversas sociedades. Sin embargo, la mayor parte de la investigación divide la adultez en tres periodos: adultez joven (aproximadamente de 20 a 40 años de edad), adultez media (de 40 a 65 años de edad) y adultez tardía o vejez (65 años o más). Hoy en día en la mayoría de las sociedades occidentales, cada uno de estos periodos presenta acontecimientos y preocupaciones característicos (véase la tabla 1.2).

Los *adultos jóvenes* por lo general están en la cima de sus potencialidades físicas y de muchos aspectos de sus potencialidades intelectuales. Durante estos años hacen elecciones de carrera y forman relaciones íntimas que pueden durar toda la vida.

Los adultos *de edad media* pueden notar algún deterioro en la salud y las habilidades físicas, pero desarrollan patrones más maduros de pensamiento con base en la experiencia práctica. Algunas personas en la adultez media se encuentran en la cima de sus profesiones; otras llegan a callejones sin salida. Algunas desempolvan viejos sueños o persiguen nuevas metas. Muchas tienen hijos que han dejado el hogar. Una creciente conciencia de la inevitabilidad de la muerte puede producir cambios de personalidad y la exploración de nuevas oportunidades de crecimiento.

La mayoría de los *adultos mayores* son físicamente activos, relativamente saludables, independientes y mentalmente alertas, aunque pueden experimentar cambios en su salud. Pueden desarrollar condiciones crónicas, pero es posible controlarlas mediante intervención médica. Muchos adultos mayores tienen más tiempo para cultivar relaciones personales, pero deben lidiar con el declive de algunas de sus facultades, la pérdida de amigos y seres queridos, y la perspectiva de morir.

## Significados de la edad

Algunos dichos comunes sugieren que puede haber discrepancias entre la edad cronológica y cuán madura se siente y actúa una persona:

“¡Actúa de acuerdo con tu edad!”

“Sólo eres tan viejo como te sientes.”

“Más sabe el diablo por viejo, que por diablo.”

“Es muy maduro para su edad.”

Así como muchos estadounidenses se identifican a sí mismos como “clase media”, la mayoría de los adultos se considera como de “treinta y tantos”. Los adultos jóvenes por lo general se sienten acordes a su edad, pero los adultos de edad media y los ancianos suelen sentirse más jóvenes de lo que son (Montepare y Lachman, 1989). Las personas de la tercera edad con frecuencia tienden a sentirse más jóvenes y tienen una visión positiva sobre su propio estado de salud y, generalmente, son relativamente saludables e independientes (Rowe y Kahn, 1998). Con base en entrevistas con ancianos en un área metropolitana de California, un antropólogo acuñó el término **yo intemporal** para capturar la percepción de que el yo permanece igual a

### PENSAMIENTO CRÍTICO

De acuerdo con el enfoque de desarrollo del ciclo de vida de Baltes, ¿qué valor identificarías en cada periodo de la adultez?

**TABLA 1.2**

*Características del desarrollo en los tres periodos de la adultez*

<b>Periodo</b>	<b>Desarrollo físico</b>	<b>Desarrollo cognitivo</b>	<b>Desarrollo psicosocial</b>
<i>Adultez joven</i> (20 a 40 años)	<p>Cima de la condición física, luego declina ligeramente.</p> <p>Las elecciones del estilo de vida influyen en la salud.</p>	<p>Las habilidades cognitivas y los juicios morales implican una mayor complejidad.</p> <p>Se realizan elecciones educativas y profesionales.</p>	<p>Los rasgos de personalidad y los estilos de vida se vuelven relativamente estables, pero las etapas de vida y los acontecimientos pueden influir en los cambios de personalidad.</p> <p>Las decisiones se toman en torno a relaciones interpersonales íntimas y estilos de vida personales.</p> <p>La mayoría de las personas se casa y tiene hijos.</p>
<i>Adultez media</i> (40 a 65 años)	<p>Puede tener lugar algún deterioro en habilidades sensoriales, salud, resistencia y en destrezas y habilidades.</p> <p>Las mujeres experimentan la menopausia.</p>	<p>La mayoría de las habilidades mentales básicas alcanzan su cima; la experiencia y las habilidades prácticas de resolución de problemas son altas.</p> <p>La producción creativa puede declinar pero mejorar en calidad.</p> <p>Para algunos, el éxito profesional y el poder económico alcanzan su cima; pero otros, pueden sentir agotamiento o cambiar de carrera.</p>	<p>Continúa desarrollándose el sentido de identidad; puede ocurrir una transición estresante en esta adultez media.</p> <p>La doble responsabilidad de criar hijos y cuidar a los padres puede causar estrés.</p> <p>El crecimiento de los hijos deja el nido vacío.</p>
<i>Adultez tardía</i> (65 años y más)	<p>La mayoría de las personas son saludables y activas, aunque la salud y las habilidades físicas empiezan a declinar.</p> <p>El retraso en el tiempo de reacción afecta algunos aspectos del funcionamiento.</p>	<p>La mayoría de las personas está mentalmente alerta.</p> <p>Aunque la inteligencia y la memoria pueden deteriorarse en algunas áreas, la mayoría de las personas encuentra modos de compensación.</p>	<p>La jubilación puede ofrecer nuevas opciones para usar el tiempo, incluido nuevo trabajo de tiempo completo o 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>

pesar del envejecimiento cronológico y el cambio físico (Kaufman, 1986). Algunas personas muy ancianas se sienten como personas jóvenes que habitan un cuerpo viejo. Un hombre, a los 84 años de edad, todavía trabajaba como ingeniero y hablaba acerca de juntar dinero para sus años “crepusculares” y a otro, de 94 años, no le gusta ir al asilo porque “hay muchos ancianos”.

Todo esto sugiere que una persona puede envejecer de varias formas, que no necesariamente están “en sincronía”.\* La **edad cronológica** es simplemente la suma de cuántas veces un habitante de este planeta orbita el Sol. La minoría de edad limita la ingesta de bebidas alcohólicas, la conducción de automóviles, la emisión de voto e igual supone que la edad cronológica es un barómetro de la habilidad para realizar ciertas funciones. Sin embargo, esta suposición no necesariamente es precisa. El mero paso del tiempo no causa desarrollo. No sólo difiere el ritmo de desarrollo entre los individuos, la misma persona también puede desarrollarse más rápida o lentamente en ciertas áreas. Por ejemplo, un estudiante universitario que sea física y sexualmente maduro puede mostrarse inmaduro cuando tiene que interactuar con otros socialmente.

La **edad funcional** mide cuán bien una persona puede interactuar en un entorno físico y social en comparación con otras personas de la misma edad cronológica. Una persona de 70 años que sea “joven de corazón” puede ser funcionalmente más joven que una de 50 años que sienta abrumadores los cambios en la vida. Los **gerontólogos**, los científicos que se encargan del estudio de los adultos mayores y el proceso de envejecimiento, en ocasiones dividen a los adultos mayores de hoy en dos categorías. El *adulto mayor joven* (55 a 75 años), aquel que, sin importar la edad cronológica, es vital, vigoroso y activo. Los *adultos mayores ancianos* (75 años en adelante) pueden volverse más delicados o experimentar mayores cambios de salud y psicológicos (Neugarten y Neugarten, 1987). De este modo, aunque el libro (por conveniencia y en concordancia con gran parte de la literatura científica existente) se refiere a los adultos que caen en las categorías convencionales con base en la edad cronológica, en realidad tales divisiones son aproximadas y arbitrarias.

La edad biológica, la edad psicológica y la edad social conforman la edad funcional y pueden diferir enormemente. La **edad biológica** es una medida de cuánto ha progresado una persona a lo largo de un ciclo de vida potencial; se predice mediante la condición física de la persona. La edad biológica se puede medir al examinar el funcionamiento de los sistemas vitales, como el respiratorio y el circulatorio. Es probable que una persona de 50 años que hace ejercicio regularmente sea biológicamente más joven que una de 40 años cuyo ejercicio más extenuante sea presionar un control remoto. En cierta medida, es posible revertir la marcha de la edad biológica al realizar cambios saludables en el estilo de vida, como dejar de fumar. El tabaquismo (una perturbadora tendencia entre adolescentes y adultos jóvenes contemporáneos) puede aumentar la edad biológica de una persona, por lo que dejar el cigarro puede agregar años a la expectativa de vida.

La habilidad para lidiar con las demandas del entorno, como un embarazo inesperado, un accidente, una mudanza o un cambio en el empleo, dependen de la **edad psicológica**: cómo enfrenta una persona, en comparación con sus contemporáneos, los retos de su entorno. Una persona de 50 años que vive con sus padres, sin empleo

---

\*Esta discusión se retomó de Birren y Cunningham (1985), Birren y Renner (1977) y Birren y Schroots (1996).

y que no puede establecer una relación interpersonal significativa puede ser psicológicamente más inmadura que una de 20 años que sea independiente y ejerza control sobre sus decisiones de vida.

La **edad social** depende del grado en que el comportamiento se ajusta a las normas, expectativas y roles que se espera desempeñe en sociedad una persona de cierta edad cronológica. Una mujer que tiene su primer hijo a mediados de sus cuarenta adopta el papel de madre más tarde que la mayoría de sus pares; por tanto, ella tiene una edad social más joven. Del mismo modo, los adultos mayores que se inscriben a un curso universitario en arqueología son socialmente más jóvenes que la mayoría de sus pares. Una viuda de 23 años es relativamente mayor en edad social.

El concepto de edad social supone que el desarrollo social sigue un patrón típico con base en un conjunto de expectativas de una sociedad particular. (El recuadro 1.1 en la página 12 describe el significado de la edad social en dos tribus africanas.) Como muestra el estudio del desarrollo del ciclo de vida, la historia también es un factor en el desarrollo. Los roles sociales varían notablemente en diferentes periodos de tiempo. Por ejemplo, en un pasado no tan distante, los estadounidenses se casaban, por lo general, a una edad más temprana que en la actualidad. Este cambio del papel histórico ejemplifica uno de los principales tipos de influencias sobre el curso del desarrollo adulto, que ahora veremos.

## Influencias durante el desarrollo adulto y la vejez

El desarrollo está sujeto a muchas influencias. Algunas se originan con la **herencia**, la dotación genética innata que los seres humanos reciben de sus padres biológicos. Otras provienen del **ambiente** externo, el mundo que rodea a la persona. Pero esta distinción pronto se desvanece: las personas cambian su mundo al mismo tiempo que su mundo las cambia a ellas.

Al discutir cómo se desarrollan los adultos, se buscan las influencias que afectan a muchas o a la mayoría de las personas y también aquellas que afectan de manera diferente a las personas: género, raza, etnicidad, cultura, nivel socioeconómico (clase social, educación, ocupación e ingresos), estilos de vida, constelaciones familiares y la presencia o ausencia de trastornos físicos o mentales. Algunas influencias son meramente individuales, mientras que otras son comunes a ciertos grupos: grupos de edad, generaciones o personas que viven en o se criaron en sociedades particulares.

### INFLUENCIAS NORMATIVAS Y NO NORMATIVAS

Algunos investigadores distinguen entre influencias normativas y no normativas sobre el desarrollo (Baltes, Reese y Lipsitt, 1980).

Un acontecimiento es *normativo* cuando les sucede, de manera similar, a la mayoría de las personas en un grupo dado. Las **influencias normativas determinadas por la edad** son muy similares para las personas que son contemporáneas. Incluyen acontecimientos biológicos (como la menopausia y la disminución de potencia sexual) y acontecimientos culturales (como la jubilación). Las **influencias normativas históricas** son comunes a una **cohorte** particular: un grupo de personas que comparten una experiencia similar, en este caso que crecen al mismo tiempo en el mismo lugar. Algunos ejemplos son la depresión económica mundial de los años treinta, la guerra de Vietnam, las hambrunas masivas en África durante la década de

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo interactúan las influencias normativas y las no normativas, los contextos de influencia y el papel de la cultura para influir en el desarrollo? ¿Es posible que estas influencias actúen de manera independiente?



## *Significados de edad y familia en el desierto del Kalahari*

En el desierto del Kalahari de Botswana, en África del suroeste, viven dos tribus vecinas muy diferentes: los bosquimanos !Kung San y los Herero.

Desde la década de 1960, los !Kung abandonaron su estilo nómada tradicional y se asentaron en campamentos junto a pozos excavados por el gobierno. Así, comenzaron a almacenar el alimento que cazaban y recolectaban. Cada familia tiene una pequeña cabaña construida con ramas y hierba, la cual le sirve para marcar su territorio más que para habitarla, así como para conservar secas su comida, pieles y herramientas.

Los Herero, en contraste, son letrados y relativamente prósperos; crían ganado, cabras y ovejas. Construyen casas de adobe cubiertas de paja, con suaves paredes blancas decoradas con flores pintadas. El patriarca de la villa es dueño de todas las casas y del ganado, y tiene muchas esposas e hijos. Las mujeres visten trajes de colores brillantes con volantes y holanes.

En 1987, una pareja de esposos, Patricia Draper y Henry Harpending, de la Pennsylvania State University, se mudó con su familia a Botswana para vivir con estas tribus y descubrir qué pensaba cada una de estas etnias acerca del significado de la edad (Brown, 1990). La pareja había vivido con los !Kung antes. En esa ocasión Draper y Harpending fueron parte de un equipo de antropólogos que trabajaba en cuatro continentes. Cada investigador debía entrevistar a 200 personas, incluidos 50 adultos mayores.

Pronto se volvió evidente que una pregunta como “¿Cuál es su edad?” no tenía sentido para los !Kung. En esta cultura, las personas no llevan la cuenta del número de años que han vivido. Ni siquiera dan importancia al número de hijos que han tenido o a cuántas veces se han mudado. Una madre narraría que tuvo un hijo en cierto lugar y tiempo; podría recordar cada nacimiento perfectamente y qué ocurrió con cada hijo. Pero dejaría al investigador suponer cuántos hijos sumarían este recuento.

De hecho, los !Kung no consideran que la edad sea una información útil. Sólo saben quién es mayor o más joven, pero ignoran la edad específica de la persona. Cuando se les preguntó cómo llamaban a los individuos de diferentes edades, los !Kung mencionaban “individuos”. Aunque tienen palabras para *adolescente* y *adulto*, rara vez responden usando estos términos.

Más aún, los roles sociales de los adultos no están determinados por la edad. Las mujeres a los veinte y a los sesenta hacen las mismas cosas: atender jardines, extraer agua de los pozos y cuidar a los niños (tanto propios como ajenos).

Los Herero, por otra parte, son muy conscientes de la edad. Temen a la vejez, que equiparan con la incapacidad para trabajar; por ejemplo, sustituir un pilar podrido, o dar agua al ganado. Como muchas personas en los países occidentales, se preparan para el retiro y crean las condiciones con anticipación para contar con una vivienda y con niños para auxiliarlos.

los ochenta, la guerra del Golfo Pérsico de principios de la década de los noventa, y los violentos conflictos en Europa del este a finales de 1990 y principios de 2000. También en esta categoría hay aspectos culturales como los cambiantes roles de las mujeres y el impacto de la televisión y las computadoras.

Los **acontecimientos de vida no normativos** son eventualidades que tienen un gran impacto sobre las vidas individuales. Se trata de acontecimientos típicos que



© Marjorie Shostak/Anthro-Photo

*La edad puede tener distintos significados en diferentes culturas. Los !Kung San de Botswana en el África del suroeste no mantienen registro de su edad y no la consideran importante. Los roles sociales como cazar, recolectar y preparar alimentos recaen en adultos de todas las edades.*

Pero mientras el concepto de edad de los Herero es más parecido al de los países occidentales que el de los !Kung, su concepto de familia es diferente al que maneja la cultura norteamericana. En su cultura, el cuidado de los ancianos se valora del mismo modo que el cuidado y la nutrición de los niños en Estados Unidos; un gran elogio para una mujer no sería “¡Mira qué bien cuida a sus hijos!”, sino “¡Mira qué bien cuida a su madre!” Se espera que los niños jóvenes procuren a los adultos, en lugar de lo contrario: realizar encargos, acarrear leña y agua, cocinar y ayudar con otras faenas cotidianas.

La mayoría de los hombres y mujeres Herero no se casa por amor, y muchas mujeres regresan a sus propias familias después de algunos años de matri-

monio. Una esposa que no tuvo hijos puede disponer que la hija de alguien más tome su lugar. Cuando las mujeres no casadas se embarazan, las personas más viejas que no tienen hijos propios realizan “ofertas” para quedarse con los niños. Muchos estadounidenses considerarían chocante esta compra y venta de niños, pero este sistema parece funcionar para los Herero.

Claramente, los significados de edad y familia, y la forma en que una sociedad lidia con los adultos mayores, están enormemente influidos por la cultura. Observar culturas diferentes permite apreciar los valores y costumbres propios desde una perspectiva fresca. Éste es uno de los beneficios de la investigación transcultural.

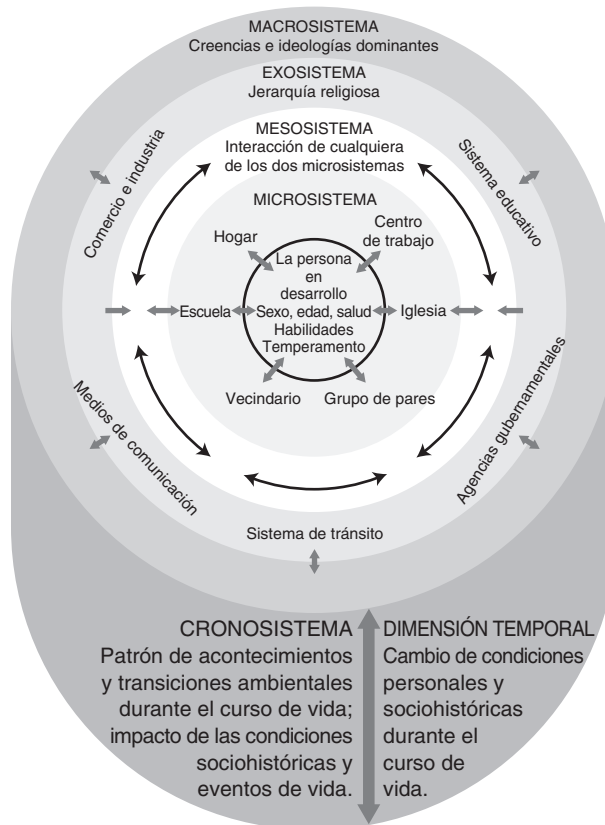
ocurren en un tiempo de vida atípico, como el convertirse en padre a los 60 años de edad, o de acontecimientos atípicos, como estar en un accidente de avión o ganar la lotería. Ya sea que un suceso sea positivo o negativo, es probable que cause tensión cuando una persona no lo espera o no está preparado para el mismo y pueda necesitar ayuda especial para adaptarse. Con frecuencia las personas crean sus propios acontecimientos de vida no normativos (por decir, solicitar un empleo desafiante o

realizar un pasatiempo riesgoso, como paracaidismo) y por tanto participan de manera activa en su propio desarrollo.

### LA INFLUENCIA DEL CONTEXTO: UN ENFOQUE BIOECOLÓGICO

Otra forma de clasificar las influencias es mediante la inmediatez de su impacto. El enfoque bioecológico de Urie Bronfenbrenner (1979, 1994, 2000) para el desarrollo identifica cinco niveles de influencia ambiental, y los clasifica de lo familiar a lo contextual: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema (véase la figura 1.1). Para entender la complejidad de las influencias sobre el desarrollo, es recomendable imaginar a una persona en el contexto de estos ambientes múltiples.

Un *microsistema* es el ambiente cotidiano del hogar, la escuela, el trabajo o el vecindario, incluidas las relaciones cara a cara con el cónyuge, los hijos, amigos, compañeros de clase, profesores, empleadores o colegas. ¿Cómo afecta a la vida de los padres la llegada de un nuevo bebé? ¿Cómo afectan las actitudes de los profesores varones el desempeño de una mujer joven en la universidad?



**FIGURA 1.1** *Teoría bioecológica de Bronfenbrenner.* Los círculos concéntricos muestran cuatro niveles de influencia ambiental sobre el individuo, desde el ambiente más íntimo (círculo más interno) hasta el más amplio, todos dentro de la dimensión del tiempo. *FUENTE:* Adaptado de Cole y Cole, 1989.



El *mesosistema* es el entramado de varios microsistemas, vínculos entre el hogar y la escuela, el trabajo y el vecindario. ¿Cómo afecta al desempeño laboral una amarga demanda de divorcio? ¿Cómo afecta a la relación entre padres e hijos la insatisfacción laboral?

El *exosistema* consiste en vínculos entre un microsistema y los sistemas exteriores o instituciones que afectan a una persona de manera indirecta. ¿Cómo afecta a las oportunidades de empleo el sistema de transporte público? ¿Qué papel juega el gobierno federal en la atención a la salud y en los servicios de atención a los adultos mayores?

El *macrosistema* consiste en un amplio espectro de patrones culturales, como creencias dominantes, ideologías y sistemas económicos y políticos. ¿Cómo afecta a una persona vivir en una sociedad capitalista o en una socialista?

Finalmente, el *cronosistema* agrega la dimensión del tiempo, es decir el cambio o la permanencia en la persona y el ambiente. Esto puede incluir cambios en la estructura familiar, lugar de residencia, o empleo, así como cambios culturales más grandes como guerras y ciclos económicos. El énfasis está colocado en los patrones de los sucesos y transiciones ambientales en el curso de un ciclo de vida.

Al observar los sistemas que afectan a los individuos dentro y más allá del seno familiar, el enfoque ecológico permite apreciar la variedad y complejidad de las influencias sobre el desarrollo adulto. La relevancia de cada sistema puede variar de una sociedad a otra y también de un grupo cultural a otro dentro de la misma sociedad. Ésta es una razón para realizar investigación transcultural. En el presente libro, estos niveles de análisis son útiles para centrarse en las influencias importantes sobre individuos cambiantes en un mundo cambiante.

## EL PAPEL DE LA CULTURA

En Liberia central se llevó a cabo una investigación con adultos de la tribu Kpelle. Se les pidió ordenar veinte objetos, y se observó que lo hacían siempre con base en categorías funcionales, por ejemplo, relacionaban un cuchillo con una naranja, una papa con un azadón, etc. Los psicólogos occidentales asocian el ordenamiento funcional con un bajo nivel de pensamiento; pero, ya que los participantes dijeron que ésa era la forma como lo haría un “hombre sabio”, el experimentador finalmente preguntó: “¿Cómo lo haría uno tonto?” Entonces los sujetos hicieron una clasificación de “orden superior”, que era la que originalmente se esperaba: cuatro pilas bien arregladas con alimento en una, herramientas en otra, etc. (J. Glick, 1975, p. 636).

Cuando se realiza investigación entre varios grupos culturales, los científicos del desarrollo pueden reconocer sesgos que con frecuencia no son cuestionados, “como el pez que supuestamente no es consciente de la importancia del agua hasta que se le saca de ella” (Rogoff y Morelli, 1989, p. 343). La investigación transcultural puede indicar cuáles aspectos del desarrollo son universales (y por tanto parecen ser intrínsecos a la condición humana) y cuáles son culturales. Este libro discute muchas teorías de influencia, desarrolladas a partir de estudios llevados a cabo en sujetos occidentales, que no se sostienen cuando se intentan probar en otras culturas, como teorías sobre roles de género, pensamiento abstracto, razonamiento moral y varios conceptos más. En cada capítulo, se observa a adultos pertenecientes a culturas distintas a la dominante en Estados Unidos y se muestra la estrecha correlación entre el desarrollo adulto y la sociedad y la cultura, al tiempo que se busca entender el desarrollo normal en varios escenarios.

## IMÁGENES Y REALIDADES CAMBIANTES DEL ENVEJECIMIENTO

Imagina que es el año 2030 y escuchas el siguiente comercial por la radio:

¿Estás cansado de verte más joven de lo que te sientes? ¿Quieres obtener el respeto que mereces? ¿Otras personas son ascendidas aun cuando no son mayores que tú? ¿Qué tienen ellos que tú no tengas? Es posible que usen DÍAS GRISES. Sí, DÍAS GRISES es un producto natural, utilizado por millones, que gradualmente brinda esa apariencia de sabiduría a tu cabello. Si lo usas una vez al día, esta fórmula incolora e inodora te hará ver como la persona experimentada y juiciosa que eres. Desde luego podrías esperar hasta que el gris llegue naturalmente a tu cabello, pero recuerda esto: ¡algunas personas no empiezan a mostrar el color del prestigio hasta los 50 años o incluso más tarde! No te arriesgues. Comienza ahora. Haz los cambios en tu vida que te colocarán en los puestos más importantes. No permitas que el cuidador de la puerta del bar te avergüence cuando te hace preguntas para probar que tienes edad suficiente para entrar. Deja que DÍAS GRISES te dé un empujón hacia los grandes días, ¡HOY!

Y, para lograr esa apariencia de “he vivido mucho tiempo”, prueba el nuevo ARRUGADOR. Sólo frótalo antes de dormir. En la mañana tu piel mostrará las líneas y arrugas de la madurez. La “apariencia natural de envejecimiento” del ARRUGADOR dura todo el día. Usa ARRUGADOR todos los días y nunca más serás llamado “cara de niño”. Muestra al mundo que has vivido y pagaste su costo. ¿Por qué esperar? Obtén ARRUGADOR y arrúgate, ¡AHORA!

Puede parecer poco probable que tales cambios ocurran en la actitud de la sociedad estadounidense. Aunque un vistazo a los retratos de George Washington y otros fundadores muestra que hubo una época cuando los hombres usaban pelucas empolvadas como marca de distinción (de hecho, los abogados y jueces en Gran Bretaña todavía portan pelucas hoy día). Los hombres que promulgaron la constitución estadounidense también establecieron límites de edad mínima para los candidatos a puestos públicos. Por ejemplo, una persona de menos de 35 años no puede ser presidente de Estados Unidos.

En el año 2030, más de la mitad de la población estadounidense tendrá más de 40 años, y una de cinco personas tendrá 65 años o más (Older Americans, 2000). ¿No es razonable predecir que la vejez podría llegar a ser más valorada que la juventud?

### Visiones culturales del envejecimiento

En la mayoría de los países occidentales, se considera descortés preguntar la edad de una persona. Pero en Japón, donde los ancianos tienen un alto estatus, es común que a los viajeros que se registran en los hoteles se les pregunte su edad para asegurarse de que reciben la atención adecuada. Un hombre que celebra su sexagésimo aniversario viste un chaleco rojo que simboliza un renacimiento a una fase avanzada de la vida (Kimmel, 1988).

En la cultura estadounidense contemporánea, el envejecimiento es considerado indeseable, a menos que uno considere otras perspectivas. Por ejemplo, al leer las tarjetas de felicitación en un anaquel, ¿la mayoría expresan sentimientos positivos o negativos acerca de llegar al cuadragésimo, quincuagésimo o sexagésimo aniversa-

rio? Aunque todo mundo quiere vivir mucho tiempo, difícilmente alguien deseará ser *anciano* o *mayor*, palabras que connotan fragilidad física, estrechez mental, incompetencia y pérdida de atractivo. A las personas de edad avanzada se les llama “adultos en plenitud”, “los de la edad dorada”, “añejos”, “senectos” o incluso “dotados cronológicamente”. Tal lenguaje es un esfuerzo por contrarrestar la **discriminación por motivos de edad**. Se dice que esta actitud discriminatoria surgió de “un profundo y marcado temor a envejecer” (Butler, 1987a, p. 22), de una necesidad para distanciarse uno mismo de los ancianos y del propio yo en el futuro.

Los medios de comunicación están llenos de estereotipos acerca del envejecimiento. Un artículo en la revista *Time* acerca de los programas de detectives contruidos alrededor de estrellas ancianas como Angela Lansbury se tituló “Murder, They Wheezed?” (“Asesinato, ellos aún respiran”). Los personajes centrales de “estos investigadores artríticos” se describían como “viejos excéntricos” o como “diletantes” que “deberían dormir la siesta”. La ilustración que acompaña al artículo muestra a estos combatientes del crimen como tembleques y decrépitos (Zoglin, 1994).

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. Estos estereotipos negativos ocasionan mucho daño. Un médico que no aborda los temas sexuales con un paciente de 75 años que sufre de alguna cardiopatía puede negarle una importante fuente de satisfacción. Un hijo sobreprotector puede alentar a un padre que envejece a volverse infantil. Es posible que un trabajador social que considere la depresión como algo esperado durante la vejez no atienda de manera adecuada a un anciano que presenta esta sintomatología.

La evidencia de la discriminación por edad se mostró en un análisis de cuarenta y tres estudios. Los ancianos fueron juzgados más negativamente que las personas más jóvenes en todas las características estudiadas, en especial acerca de la competencia y el atractivo (Kite y Johnson, 1988). 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 y 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, o como una segunda niñez descuidada que se pasa ociosamente en el campo de golf o la mesa de juego, no son más certeros o útiles.

La discriminación afecta también a los adultos de edad media. Durante este periodo se experimenta ansiedad por las facultades que comienzan a deteriorarse y por la pérdida de atractivo; esta situación se presenta especialmente entre las mujeres. Uno de los cumplidos más apreciados por una mujer es que se le diga que se ve más joven con respecto a su edad. En los hombres, el cabello gris, la piel áspera y las “patas de gallo” son indicadores de experiencia y maestría; en las mujeres, son signos de estar “en el ocaso”.

De acuerdo con la psicología evolutiva, este doble estándar tradicional del envejecimiento se remonta a la pulsión universal de perpetuar la especie. Puesto que las mujeres pierden su capacidad reproductiva antes que los hombres, la pérdida de la apariencia juvenil puede advertir a un hombre que una mujer ya no es deseable como compañera (Katchadourian, 1987). En la actualidad, cuando el valor de las relaciones no está directamente enlazado con el mandato biológico de la reproducción, un estándar social “que considere la belleza como la preservación exclusiva de la juventud [...] vuelve a las mujeres especialmente vulnerables ante el miedo de envejecer [...]. Las incansables presiones sociales por conservar una figura delgada y ‘aniñada’ hacen a las mujeres concientes acerca de sus cuerpos... [y] esto puede ir en detrimento del crecimiento personal y el sentido de autovalía de la mujer de edad media” (Lenz, 1993, pp. 26, 28).

Los esfuerzos por combatir la discriminación por edad han tenido frutos, en parte gracias a escritoras como Betty Friedan y Gail Sheehy, y en parte debido a la visibilidad de un creciente grupo de líderes activos, sanos, de edad media y ancianos norteamericanos. Sheehy (1995, 1998), por ejemplo, sugiere una reestructuración radical del curso de vida adulto en términos gráficos. Su más reciente modelo describe fases como la prueba de los veinte, los turbulentos treinta, los florecientes cuarenta, los llameantes cincuenta, los serenos sesenta, los sabios setenta, los desinhibidos ochenta, los nobles noventa y los conmemorativos centenarios.

En televisión, las personas mayores son representadas con menos frecuencia como “cómicas, tercas, excéntricas y tontas”, es más común, en cambio, verlas como “poderosas, opulentas, saludables, activas, admiradas y atractivas” (Bell, 1992, p. 305; Rowe y Kahn, 1998). Pero los estereotipos negativos persisten; e incluso los estereotipos positivos fracasan en el reconocimiento de la diversidad que se presenta entre los adultos mayores. Más aún, es muy raro que en televisión aparezcan mujeres ancianas, y cuando lo hacen, por lo general están subordinadas a los hombres. Mientras tanto, “los medios de comunicación continúan bombardeándonos con publicidad para cirugía cosmética, coloración de cabello, cremas antiarrugas, píldoras, pociones, tónicos y dietas que, aseguran, permitirán mantener por siempre nuestro atractivo juvenil” (Lenz, 1993, p. 26). En 2002, los consumidores estadounidenses gastaban 30 mil millones de dólares en productos para prevenir el envejecimiento. Entre 1997 y 2002, la cirugía plástica cosmética aumentó en 125 por ciento. En el pasado, los adultos mayores eran más propensos a someterse a cirugía plástica, pero se ha vuelto cada vez más común entre personas de edad media entre 45 y 54 años (Weiss, 2002).

Es necesario ver más allá de las imágenes distorsionadas del envejecimiento y prestar atención a su realidad polifacética; no mirar ni a través de cristales de color rosa ni de oscuros. 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.

## La demografía cambiante de la vejez

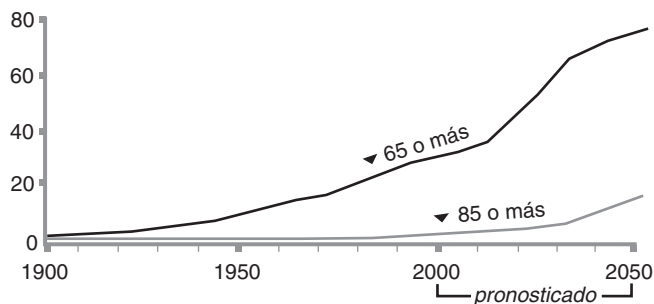
Nunca nacen personas de 45 años de edad, ni de 28 ni de 67. Por tanto, se puede tomar una muestra de personas de determinada edad y, con base en dicha muestra, proyectar cuántas personas estarán vivas en 2010, 2020, 2030, etc. Al utilizar datos censales, estudios de población internacional y otras fuentes, obtenemos descripciones muy precisas de la población actual y podemos predecir (salvo hambrunas u otros desastres) cuántas personas de determinada edad habrá en cierta fecha. Desde luego, es

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Por qué los estereotipos acerca de la población que envejece son más difíciles de sostener hoy que en el pasado?

### PENSAMIENTO CRÍTICO

Si tuvieses la opción, ¿preferirías vivir una vida larga? ¿Cómo te sentirías si, físicamente, ya no fueras capaz de hacer ciertas cosas? ¿Cómo reaccionarías ante cambios importantes en tus habilidades cognitivas?



**FIGURA 1.2** Número total de personas de 65 años o más, por grupo de edad, 1900 a 2050, en millones. En la actualidad la cifra de estadounidenses ancianos es diez veces mayor que en 1900; en 2030 la cifra se habrá duplicado. El porcentaje de la población de 65 años o más también está creciendo: de cuatro por ciento a principios del siglo xx a casi 13 por ciento a principios del siglo xxi. Se proyecta que el tamaño de la población anciana en la Unión Americana se duplicará durante los próximos 30 años, y crecerá a 70 millones hacia 2030. FUENTE: Older Americans, 2000.

mucho más difícil predecir qué se sentirá estar vivo en dicha época, o qué calidad de vida experimentarán personas de diferentes edades. Sin embargo, un punto es claro: la población está envejeciendo, tanto en Estados Unidos como a nivel mundial.

La población de Estados Unidos en la primera mitad del siglo xxi será muy diferente de la actual (figura 1.2). Hacia 2030, la edad media se elevará de 34 a 42, y un tercio de la población tendrá 55 o más años de edad. Hacia 2050, uno de cada cinco estadounidenses, más de 80 millones en total, y más del doble del número actual, tendrá 65 años de edad y más (Older Americans, 2000).

Por sorprendentes que parezcan estas predicciones, la población ha envejecido de un tiempo a esta parte. En 2000, en Estados Unidos había 35 millones de personas con 65 años de edad o más, lo que representa casi el 13 por ciento de la población total. El número de estadounidenses ancianos aumentó diez veces desde 1900, cuando había 3 millones de personas de 65 años o más que representaban el 4 por ciento de la población total. (Older Americans, 2000).

El envejecimiento de la población tiene varias causas: las altas tasas de nacimiento de finales de la década de 1800 y de principios hasta mediados de 1900, las altas tasas de inmigración del siglo xx, y el alargamiento de la vida debido al progreso médico (véase el capítulo 3). El aumento en la expectativa de vida durante el siglo xx fue un logro extraordinario. Si las tasas de mortalidad permanecen constantes, se espera que en la primera década del siglo xxi las personas de 65 años vivan, en promedio, otros 18 años, en comparación con las personas en 1900, que a los 65 años tenían una expectativa de vida de 12 años más. En 2011, la generación “baby boom” (los 78 millones de estadounidenses nacidos entre 1946 y 1964) comenzará a llegar a los 65, y para 2030, se proyecta que una de cada cinco personas tendrá 65 años o más (Older Americans, 2000). En 2003, cuatro millones de adultos cumplieron los 21 años de edad y forman parte de un grupo (generación Y) constituido por 72 millones de personas que nacieron entre 1977 y 1994 que llegarán a la adultez tardía a partir de 2042.

No sólo la población envejece, la población de adultos mayores en sí misma también lo hace. Entre 1990 y 2000, el número de personas que cumplieron 100 años o más aumentó un 35 por ciento, de 37 306 a 50 545. Se proyecta que el nú-

mero de centenarios crezca tan rápidamente que podría haber hasta 381 000 de ellos en 2030. En 2000, un estimado de 2 por ciento de la población (4 millones) tenía 85 años o más. Se proyecta que, para 2050, este grupo de edad estará representado por el 5 por ciento, aproximadamente, de la población estadounidense (alrededor de 19 millones) (Older Americans, 2000).

Los adultos jóvenes de hoy, entonces, pueden esperar pasar una gran parte de su vida adulta en la vejez, mucho más que sus propios abuelos. La “avalancha de envejecimiento” puede implicar cambios significativos en los ambientes físico y social en el que todos viven (véase el recuadro 1.2). En Estados Unidos, este fenómeno plantea serias preguntas sobre la capacidad para apoyar una población que envejece, y también en otros países tendencias similares preocupan a los políticos. Por estas razones, y dado que hay más datos disponibles acerca de las personas de 65 años o más que de cualquier otro grupo de edad adulto, observemos más de cerca la población adulta mayor estadounidense y luego analicemos el panorama global.

## La población anciana: un perfil de diversidad

Es útil, quizá incluso necesario, imaginar que hay un grupo definible llamado “los ancianos”. Pero toda concepción de este tipo inevitablemente fracasa.

Sólo es preciso decir que un grupo de la población ha vivido más tiempo que los otros, y que difieren enormemente entre ellos. (Kidder, 1993, p. 53)

¿Hay más hombres ancianos o más mujeres ancianas? ¿Los hombres o las mujeres tienen una mejor calidad de vida en la vejez? ¿Qué porcentaje de los ancianos estadounidenses es miembro de grupos minoritarios, y su experiencia de envejecimiento difiere del de la población blanca? ¿Qué probabilidad hay de que los adultos mayores vivan en asilos? ¿De que tengan un empleo? ¿De que sean pobres? ¿De que terminen la secundaria? ¿De que estén enfermos? En este libro se discutirán tales interrogantes con más profundidad. Ahora echemos un vistazo a la población que envejece en Estados Unidos.

### GÉNERO

Puesto que las mujeres por lo general viven más tiempo que los hombres, en Estados Unidos hay más mujeres ancianas que hombres ancianos, y la proporción de la población femenina aumenta con la edad (véase la figura 1.3 en la página 22). En 2000, las mujeres constituían el 58 por ciento de la población con edades de 65 años o más, y el 70 por ciento de la población de 85 años o más (Older Americans, 2000).

Es más probable que las ancianas enviuden con mayor frecuencia que los ancianos, que permanezcan solteras después de ello y que tengan más años de mala salud y menos años de vida activa e independiente. Las ancianas tienen más probabilidades que los ancianos de ser pobres, vivir solas y necesitar ayuda en las necesidades cotidianas como comer, vestirse, bañarse, cocinar, administrar dinero y salir a pasear (Older Americans, 2000).

### RAZA Y ETNICIDAD

Estados Unidos se conformó como una nación de inmigrantes. A partir de 1980, debido a leyes de inmigración más firmes, el flujo comenzó a disminuir poco a poco. Pero, como resultado del cambio en los *patrones* de inmigración, las altas tasas de



## *Nuevo panorama para una población que envejece*

Conforme la población envejece, se pueden esperar muchos cambios en el ambiente físico y en los productos que se utilizan. De entrada, los analgésicos, anteriormente empaquetados en envases a prueba de niños, que obstaculizaban a los adultos artríticos, se reempaquetan en contenedores más fáciles de abrir.

El gerontólogo Ken Dychtwald, en *Age Wave* (Dychtwald y Flower, 1990) y *Age Power* (Dychtwald, 1999), predice las formas en las que se rediseñará el entorno del siglo XXI para adaptarse a los cambios físicos que con frecuencia acompañan al envejecimiento. He aquí ejemplos, algunos que ya tienen lugar.

### **Auxiliares para la visión**

Las señales que ahora se dan visualmente también serán habladas. Habrá señales de salida parlantes, relojes parlantes, electrodomésticos parlantes que dirán cuándo están calientes, cámaras parlantes que advertirán cuándo la luz es muy baja, y automóviles parlantes que emitirán la voz de alarma cuándo se está a punto de chocar con algo. Los parabrisas ajustarán su movimiento de manera automática al clima variable y las condiciones de luz y estarán equipados con grandes pantallas de cristal líquido para informar sobre la velocidad y algunos otros asuntos (de modo que los conductores mayores no necesitarán quitar sus ojos del camino y reajustar su foco). Las luces de lectura serán más brillantes y los libros ostentarán letras más grandes. Los pisos tendrán alfombras o texturas, sin aparecer deslumbrantemente encerados.

### **Auxiliares auditivos**

Los sistemas de comunicación en áreas públicas y grabaciones se ajustarán al rango auditivo de un adulto mayor. Las bancas de los parques y sillones se sustituirán por asientos angulados o agrupados de modo que los adultos mayores puedan comunicarse cara a cara.

### **Auxiliares para destreza manual**

Para compensar las rígidas articulaciones envejecidas, cada vez será más común encontrar artículos tales como peines y cepillos con extensiones, agujetas elásticas, pestañas de velcro en lugar de botones, cepillos para limpiar la vajilla y herramientas de jardinería ligeros y motorizados, llaves de agua más grandes, escobas que alisen los pliegues en las alfombras, marcadores telefónicos activados por voz, cremalleras de mango largo y fáciles de asir, y cubertería contorneada.

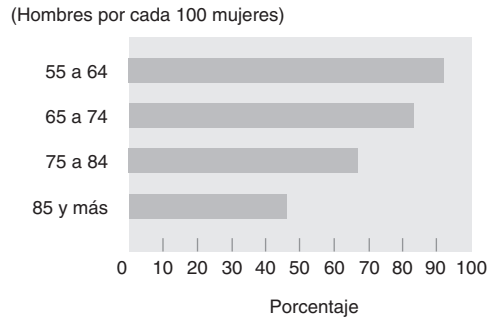
### **Auxiliares para movilidad y seguridad**

Las rampas serán más comunes, las palancas sustituirán a las perillas, los semáforos cambiarán más lentamente e islas de tráfico permitirán a los caminantes lentos tener pausas y descansar. Los anaqueles de los clósets y las plataformas de autobús serán más bajas, así como las ventanas, para las personas que estén sentadas. Los reguladores evitarán que se caliente demasiado el agua del grifo. “Tinas suaves” evitarán resbalones, ayudarán a la comodidad y evitarán que el agua del baño se enfríe rápidamente. Los automóviles estarán programados para operar ventanas, radio, calefacción, luces, limpiadores e incluso el encendido mediante órdenes verbales.

### **Ajustes de temperatura**

Puesto que los cuerpos de los adultos mayores tardan más en ajustarse a los cambios de temperatura y tienen más problemas para mantenerse calientes, los hogares y hoteles tendrán calefacción y termostatos calientes en cada habitación. Algunas personas vestirán ropa cálida e ingerirán alimentos que proporcionen calor al organismo.

Tales innovaciones harán la vida más sencilla y más conveniente para todos. Un ambiente diseñado para los ancianos y no sólo para los adultos más jóvenes puede ser más amigable para todos los grupos de edad.

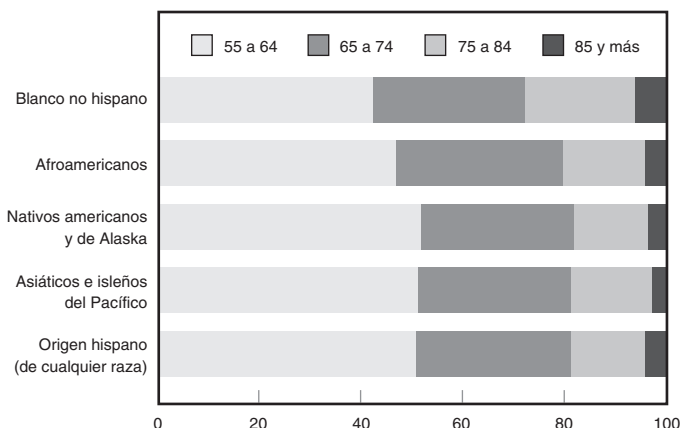


**FIGURA 1.3** *Conforme la población envejece, declina la proporción de hombres por cada 100 mujeres.* Un resultado es que las ancianas tienen más probabilidad que los ancianos de vivir solas y de necesitar ayuda de sus familias y de la sociedad. FUENTE: U.S. Census Bureau, Annual Demographic Supplement to the March 2002 Current Population Survey; Smith, 2003.

nacimiento de las minorías, y el declive en los nacimientos entre la mayoría blanca, la población estadounidense se volvió mucho más diversa tanto racial como étnicamente. En 2002, los blancos no hispanos representaban el 69 por ciento de la población total. Sin embargo, esta proporción varió con respecto a la edad: 66 por ciento de la población por debajo de los 55 años de edad en comparación con un 81 por ciento de 55 años en adelante (véase la figura 1.4 para un desglose detallado de edad y etnicidad). Se proyecta que, para 2050, los blancos no hispanos constituirán sólo el 64 por ciento de los estadounidenses ancianos, mientras que el porcentaje de ancianos hispanos será más del doble de 16 por ciento, con pequeños aumentos para negros no hispanos (del 12 por ciento) y asiáticos e isleños del Pacífico (del 7 por ciento). Por tanto, la población anciana aumentará entre todos los grupos raciales y étnicos; se proyecta que la población anciana hispana crezca más rápidamente. De hecho, se pronostica que, para 2028, la población hispana de 65 años en adelante superará en número a la población negra no hispana en dicho grupo de edad (Older Americans, 2000).

Muchos miembros de grupos minoritarios que envejecen se encuentran en situación de riesgo debido a la pobreza, las condiciones desiguales de trabajo y educación, y la inadecuada atención a la salud. Los ancianos afroamericanos e hispanos tienden a poseer menor nivel educativo y a tener menos ingresos que la población blanca (AARP, American Association of Retired Persons, 1994). También es más probable que mueran más jóvenes (véase el capítulo 3). Aunque sus necesidades de servicios sociales y médicos son mayores, con frecuencia viven en áreas donde la disponibilidad de los servicios es deficiente. Las personas ancianas de varios grupos étnicos, en especial aquellas que nacieron en otros países, a menudo no pueden aprovechar los servicios comunitarios y gubernamentales porque carecen de información acerca de ellos, porque son muy orgullosos para aceptar ayuda o porque se sienten incómodos al lidiar con el personal de la agencia que no conoce sus costumbres (Gelfand, 1982). En vez de ello, los adultos de los grupos minoritarios con frecuencia recurren a los miembros de su familia. Las familias afroamericanas e hispanoamericanas tienen grandes redes de parentesco, con altos niveles de interacción y fuertes lazos emocionales (Taylor y Chatters, 1991). Las generaciones por lo general se ayudan mutuamente con dinero, cuidado infantil, consejos y otras formas de apoyo (Gibson, 1986; Mindel, 1983).





**FIGURA 1.4 Distribución porcentual de personas de 55 años y más, por raza, origen hispano y edad: 2002.** Los blancos no hispanos tenían la población más anciana en 2002, con 42.1 por ciento en el grupo de 55 a 64 años de edad, y 6.2 por ciento de 85 años en adelante. Los nativos de Estados Unidos y de Alaska, los asiáticos e isleños del Pacífico, y los hispanos tenían la población más joven, con 51.7, 51.1 y 50.6 por ciento, respectivamente, en el grupo de 55 a 64 años de edad, y sólo 3.6, 2.9 y 4.1 por ciento en el grupo de 85 años en adelante. FUENTE: U.S. Census Bureau, Annual Demographic Supplement to the March 2002 Current Population Survey, Smith, 2003.

## CÓMO, DÓNDE Y CON QUIÉN VIVIR

Las imágenes negativas del envejecimiento sugieren que la mayoría de los ancianos viven solos o en asilos. En realidad, en 2000 sólo 4.5 por ciento de la población estadounidense con 65 años o más (aproximadamente 1.56 millones de personas) vivía en asilos. Éste es un porcentaje más bajo que a mediados de 1980 y se debe a un mayor énfasis en los servicios de cuidado doméstico. Sin embargo, quienes vivían en asilos eran más proclives a padecer serias limitaciones funcionales, como incontinencia, dificultad para comer o movilidad limitada (Older Americans, 2004). La mujeres tienen mucho más probabilidades que los hombres de vivir en asilos (AARP, 1999). Aproximadamente 3 de cada 10 adultos mayores que no están internados en alguna institución\* viven solos: 39.7 por ciento de ancianas, pero sólo 18.8 por ciento de ancianos (Older Americans, 2004).

## NIVEL SOCIOECONÓMICO Y TRABAJO

Los estereotipos muestran a los adultos mayores como demasiado achacosos para trabajar o bien como despreocupados que disfrutan una vida de ociosidad. Aunque un 64 por ciento de las personas de 65 años o más reporta estar completamente retirada, el 14 por ciento se describe a sí misma como no retirada, y 13 por ciento se describe como retirada y trabajando (Cutler, Whitelaw y Beattie, 2002). Los hombres de 55 años de edad y más tienen mayores probabilidades que las mujeres de estar activos laboralmente; la proporción declina con la edad para ambos sexos. En 2002, 77 por ciento

\*A menos que se anote de otro modo, los datos sobre arreglos de alojamiento, nivel socioeconómico, educación y salud se refieren a adultos mayores no institucionalizados.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo la pobreza ejemplifica el impacto de las influencias normativas y no normativas, de los contextos de influencia y del papel de la cultura sobre el desarrollo humano?

de los hombres de 55 a 59 años de edad tenían un empleo, en comparación con el 63 por ciento de las mujeres. Entre las personas de 60 a 64 años, estas proporciones fueron de 57 por ciento para hombres y de 44 por ciento para mujeres. Entre personas de 65 años y más, el 18 por ciento de los hombres y el 10 por ciento de las mujeres estaban trabajando. Entre las personas de 55 y más, 3.8 por ciento estaba desempleado (Smith, 2003). Aunque la mayoría de los adultos mayores son descritos como jubilados, muchos de ellos tienen estilos de vida activos y productivos. Los ancianos jubilados también realizan aportaciones valiosas a otras generaciones, como cuidar a los nietos.

Otras imágenes de los ancianos sugieren que la mayoría son pobres y viven exclusivamente de la seguridad social. En realidad, en 2002, los beneficios de la seguridad social constituyeron el principal ingreso para sólo un tercio de los adultos de 65 años y más. Los bienes, pensiones y ganancias representaban el otro ingreso (Older Americans, 2004). Para las personas de 85 años y más, la seguridad social y los bienes representaban una mayor proporción del ingreso total, y las ganancias y pensiones una proporción menor, que para las personas de 65 a 69 años de edad (Older Americans, 2000).

La mayoría de los ancianos tiene una seguridad financiera relativa y poseen más bienes que los adultos más jóvenes. Entre 1984 y 1999, el ingreso neto medio entre los hogares encabezados por personas de 65 años o más aumentó en 69 por ciento, mientras que el ingreso neto medio para los hogares administrados por personas de 45 a 54 años declinó en 23 por ciento. En 1999, el ingreso neto medio entre los hogares de ancianos afroamericanos se estimó en aproximadamente 13 mil dólares, en comparación con aproximadamente 181 mil para los hogares de ancianos blancos (Older Americans, 2000).

En 2005, aproximadamente 10.2 por ciento de los ancianos vivía en la pobreza (Older Americans, 2004); en 1959, 35 por ciento era pobre. La seguridad social proporcionó más del 80 por ciento del ingreso para los ancianos estadounidenses con los niveles más bajos de ingresos. Para quienes figuran en la categoría de ingreso más alto, la seguridad social representó aproximadamente el 20 por ciento del ingreso total. Quienes tienen más probabilidad de ser pobres son las mujeres (en especial las viudas), los afroamericanos, los hispanos, los solteros, las personas que viven solas o con personas a quienes no les une ningún parentesco, las personas que no terminaron la secundaria, antiguos obreros sin especialización y los enfermos o discapacitados (AARP, 1994; Hurd, 1989; U.S. Bureau of the Census, 1992b, 1995; Older Americans, 2000).

Los individuos con múltiples factores de riesgo tienen más probabilidad de ser pobres. Por ejemplo, 44 por ciento de las mujeres afroamericanas ancianas que viven solas son pobres (AARP, 1994). Por tanto, aunque la mayoría de los ancianos no vive en condiciones de pobreza, algunos están en riesgo extremo.

#### EDUCACIÓN

La generación actual de ancianos estadounidenses tiene un nivel educativo mayor que los grupos previos de personas ancianas, y tal tendencia continuará. En 1998, aproximadamente 11 por ciento de las mujeres y 20 por ciento de los hombres eran graduados universitarios (Older Americans, 2000). A pesar del aumento global en el nivel educativo entre los ancianos estadounidenses, todavía existen sustanciales diferencias educativas entre grupos raciales y étnicos. En 1998, aproximadamente 72 por ciento de la población blanca no hispana de 65 años y más terminó la secundaria, en comparación con el 65 por ciento de la población anciana no hispana, asiática

e isleña del Pacífico; el 44 por ciento de la población anciana no hispana afroamericana y 29 por ciento de la población anciana hispana. En 1998, 16 por ciento de los ancianos estadounidenses blancos no hispanos tenía un grado de bachiller o superior, en comparación con el 22 por ciento de los no hispanos asiáticos e isleños del Pacífico (Older Americans, 2000).

## SALUD

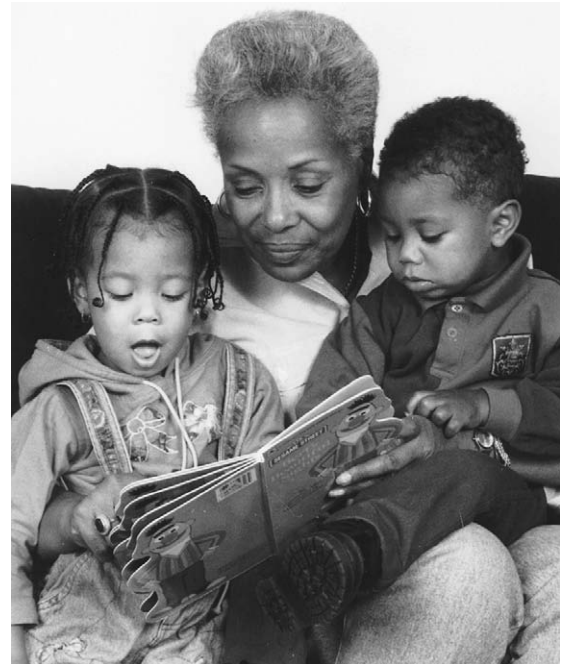
Se solicitó a un grupo de ancianos de 65 años o más que proporcionaran una valoración de su salud. De sus respuestas se obtuvieron los siguientes datos: de excelente a muy buena salud (47 por ciento) y de buena-aceptable-pobre (53 por ciento). Un 29 por ciento de los adultos que residen en la comunidad dice estar limitados en actividades diarias debido a razones de salud o discapacidad (Cutler, Whitelaw y Beattie, 2002). El predominio de condiciones crónicas varía de acuerdo con la raza y la etnicidad. Los afroamericanos son más proclives a padecer diabetes, accidentes cerebrovasculares e hipertensión que los blancos no hispanos o los hispanos (Older Americans, 2000). La mayoría de los ancianos sufren una o más condiciones crónicas, como artritis, hipertensión, cardiopatías, cataratas, sinusitis, diabetes, zumbido en los oídos y trastornos visuales, auditivos u ortopédicos. Aproximadamente tres de cada cuatro adultos mayores pueden arreglárselas sin ayuda; la proporción cae espantosamente con la edad (AARP, 1994; véase la figura 4.1 del capítulo 4).

Puesto que muchos adultos siguen siendo vigorosos y activos en sus setenta, ochenta y más, es más difícil decir dónde termina la adultez media y comienza la vejez. De hecho, un autor llama a los años entre 50 y 75 “una segunda edad media” (Bronte, 1993). Como se verá en el capítulo 4, muchos problemas de los ancianos se deben a factores del estilo de vida o problemas de salud que pueden o no acompañar al envejecimiento. La investigación en gerontología y **geriátrica**, la rama de la medicina que se ocupa del tratamiento y manejo de enfermedades relacionadas con el envejecimiento, subraya la necesidad de servicios de apoyo para los ancianos vulnerables, quienes agotaron sus ahorros y no pueden pagar su propio cuidado. (En el recuadro 1.3 de la página 26 se echa un vistazo a “los más ancianos”.)

Es claro que los adultos mayores se encuentran en un grupo heterogéneo. Como las personas de todas las edades, son individuos con necesidades, deseos, habilidades, estilos de vida y antecedentes culturales variados. Conforme transcurre el siglo XXI y la sociedad se vuelve cada vez más anciana y más diversa, lidiar con esta población que envejece requerirá una gran cantidad de conocimiento, sofisticación y flexibilidad.

## Retos y dilemas de un mundo que encanece

El envejecimiento de la población no es un fenómeno exclusivo de Estados Unidos (Kinsella y Velkoff, 2001). A nivel mundial, la población adulta anciana crece más rápido que cualquier otro grupo de edad y casi el doble de rápido que la población



© Erika Stone/Photo Researchers

*La mayoría de los ancianos estadounidenses considera que goza de buena a excelente salud. Esto les posibilita un amplio rango de actividades, incluido el pasar tiempo con los nietos. La longevidad permite a muchas familias interactuar con cuatro o más generaciones.*



## Los más ancianos

Dado que el número de personas saludables y vigorosas mayores de 65 años crece rápidamente, es posible que pronto se comience a hablar de que la vejez comienza a los 85. Este grupo de edad, el segmento de crecimiento más rápido de la población estadounidense, contaba con 4 millones en 2000 (Vierck y Hodges, 2003). Esta cifra representaba un estruendoso aumento de 274 por ciento desde 1960, un periodo durante el cual la población total creció sólo en 45 por ciento. Para mediados del siglo XXI, dicho grupo podría constituir casi un cuarto de la población anciana (Older Americans, 2000).

¿Quiénes son los ancianos más grandes? ¿Dónde y cómo viven? ¿Qué tan saludables son? ¿Qué les gusta hacer? Algunas de las respuestas, de acuerdo con datos censales de 1990, son predecibles, pero otras son inesperadas.

Debido a la menor expectativa de vida de los varones, hay menos de 46 hombres por cada 100



© PhotoDisc

*El grupo de los ancianos activos ha aumentado de manera espectacular. Algunos de ellos tienen patrones de participación de toda la vida; otros comienzan a realizar nuevas actividades más tarde.*

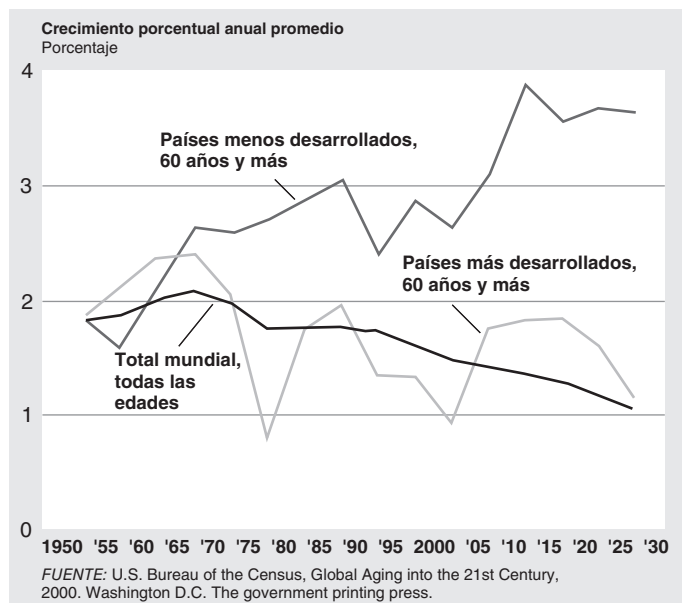
mujeres de 85 años de edad y más (Older Americans, 2000; véase la figura 1.3). Es tres veces más probable que las mujeres sean pobres en comparación con los hombres, en gran parte porque enviudaron. Cuando las esposas mueren, los viudos tienden a casarse de nuevo rápidamente, una opción rara vez disponible para las mujeres porque hay menos hombres.

La mayoría de las personas de más de 85 años viven en hogares propios, y un 30 por ciento viven solas. Una cuarta parte vive en asilos, hospitales u otras instituciones, y uno de cada seis es pobre. Muchas personas no cursaron más allá de segundo de secundaria. Sin embargo, las futuras generaciones recibirán una mejor educación así como mayores recursos (Longino, 1988; Older Americans, 2000).

La mayoría de las personas en el grupo de edad de 85 años pasa tiempo con otras personas. Más de la mitad de una muestra de Iowa pertenece a grupos profesionales, sociales, recreativos o religiosos, y van a servicios religiosos al menos una vez a la semana. Tres de cada cuatro ven a sus hijos u otros parientes cercanos una vez al mes (Meer, 1987).

Un cantidad sorprendentemente grande de estos ciudadanos mayores necesitan poca atención médica, pero muchos tienen problemas de salud. Casi diez por ciento de los que no son institucionalizados están discapacitados o aislados (incapaces de usar transporte público) y cincuenta por ciento necesitan asistencia con las actividades cotidianas (Older Americans, 2000). Se espera que aumenten los costos de la atención a la salud para los “más ancianos”; en 2040, los costos de Medicare pueden aumentar seis veces (Schneider y Guralnik, 1990). El control de los costos dependerá de la habilidad para evitar o curar los trastornos de la vejez que representan las mayores necesidades para atención de largo plazo.

Entonces, incluso en la última etapa de la vida, es un equívoco hacer generalizaciones acerca de las personas. Lo que surge es un cuadro no de “la ancianidad”, sino de seres humanos individuales, algunos necesitados y frágiles, pero la mayoría independientes, saludables y participativos.



**FIGURA 1.5 Crecimiento poblacional en los países desarrollados y en desarrollo.** La tasa de crecimiento en la población anciana del mundo ha aumentado espectacularmente. En los países en desarrollo, la tasa de crecimiento de la ancianidad aumentó de manera pronunciada y es sustancialmente mayor que la de la población mundial de todas las edades. Las naciones en desarrollo como un todo envejecen mucho más rápido que las naciones más desarrolladas.

como un todo (véase la figura 1.5). Se espera que el número de adultos de 60 años o más, aproximadamente 550 millones en 1996, se aproxime a 1.2 mil millones hacia el año 2025. Debido al declive en la fertilidad y al aumento en la expectativa de vida, en la mayoría de los países la población anciana crece más rápido que la población como un todo.

Sin embargo, la tendencia hacia el envejecimiento poblacional es más avanzada en los países en desarrollo. En números absolutos, las poblaciones de ancianos de las regiones económicamente desarrolladas de hoy (Estados Unidos, Japón, Europa, Australia, Nueva Zelanda y la antigua Unión Soviética) no será tan grande. Sin embargo, para 2025, el grupo de edad de 60 años en adelante representará un cuarto de las personas en dichas partes del mundo, en comparación con el 12 por ciento de las regiones en desarrollo (Chawla, 1993).

Esta explosión demográfica impone serios retos para los países desarrollados y en desarrollo. Como ejemplo, observemos a la cambiante situación en Asia; luego se considerarán algunos temas económicos.

## ENVEJECIMIENTO EN ASIA

Es difícil generalizar sobre los países asiáticos. La expectativa de vida al nacer en Japón y Singapur alcanza los 80 años, la más alta de todos los países del mundo (la expectativa de vida al nacer en Estados Unidos es de 77.1) (Kinsella y Velkoff, 2001). En Nepal, una nación muy pobre, la mujer promedio vive sólo 52 años, y el hombre pro-



© Dave Bartruff/Image Works

*El respeto para los ancianos es tradicional en las culturas asiáticas. Aquí se ven tres generaciones de una familia en Okinawa, Japón, que se visten para una fiesta.*

el ámbito laboral, hacen menos factible el cuidado en casa de los padres ancianos. Aunque la mayoría de los asiáticos quiere ayudar a cuidar a los miembros ancianos de la familia, hacerlo se está convirtiendo en una tarea difícil. En Corea, una encuesta de 1981 encontró que sólo el 7 por ciento de los adultos cree que sus hijos los cuidarán durante la vejez; 64 por ciento esperaba cuidarse a sí mismo.

Para detener este decremento en el cuidado de los ancianos, China, Japón y Singapur aprobaron leyes que obligan a las personas a cuidar a los padres ancianos, y Japón y Singapur proporcionan exenciones fiscales a quienes den ayuda financiera a los padres. En Japón, en las rifas para la asignación de un lugar en albergues públicos se privilegia más a los hogares con un miembro de 60 años o más teniendo éstos una oportunidad 10 veces mayor de ganar. La institucionalización todavía se ve como un último recurso, sólo para quienes están desamparados o no tienen familias, en parte porque existen pocas instituciones dedicadas al cuidado de ancianos. La proporción de ancianos que vive en asilos varía de 0.33 por ciento en China a 2.5 por ciento en Singapur.

\*A menos que se indique de otro modo, esta discusión se basa en Martin (1998).

medio 55 (Central Bureau of Statistics, 1992). Existe por lo menos un vínculo entre las diversas naciones asiáticas: un gran respeto por los ancianos y la expectativa de que, cuando los ancianos ya no se puedan cuidar por ellos mismos, sus familias los procurarán. Pero en la actualidad, aunque ambos patrones prevalecen más que en Occidente, comienzan a desintegrarse bajo la presión de un aumento en la población anciana.\*

Desde la década de 1940, Asia ha sido la región más exitosa del mundo en reducir las tasas de fertilidad. En China, por ejemplo, el gobierno introdujo políticas que alientan una edad tardía para el matrimonio y un tamaño de familia más pequeño. Si China mantiene sus niveles de fertilidad presentes, relativamente bajos, su tasa de nacimientos continuará declinando y su tasa de crecimiento continuará cayendo, de cerca de 1 por ciento en 1998, a aproximadamente un quinto de dicha tasa dentro de 25 años (U.S. Bureau of the Census, 1999).

Mientras tanto, los mayores estándares de vida, mejor sanidad y programas de inmunización extienden el ciclo de vida adulto. Como resultado, se proyecta que, para 2025, los ancianos en China, Hong Kong, Singapur y Sri Lanka constituirán más del 10 por ciento de la población; en Japón, constituirán más del 20 por ciento.

Aunque aproximadamente tres cuartos de los ancianos asiáticos viven con sus hijos, tienen menos probabilidad de hacerlo que la que tuvieron los ancianos en el pasado. Junto con el cambio del equilibrio entre ancianos y jóvenes, tendencias tales como la urbanización, la migración y un aumento en la proporción de mujeres en

Este limitado acceso al cuidado institucional impone severas restricciones en la familia tradicional. En Japón, donde el suicidio entre las ancianas es más común que en cualquier otra parte del mundo (MacAdam, 1993), los ancianos que viven en hogares de tres generaciones tienen más probabilidad de quitarse la vida que quienes viven solos.

Una gran controversia en Asia, como en Occidente, es si el alojamiento, la atención a la salud y otros servicios sociales se deben ofrecer con base en la edad. Los adultos jóvenes con hijos pequeños se preocupan de que, con la finalidad de financiar servicios para los ancianos, los gobiernos puedan retirar el poco bienestar social que existe para los jóvenes. En Japón, Corea, Indonesia, Filipinas, Singapur y Tailandia, los ancianos se unen a clubes de ciudadanos mayores, que pueden fortalecer su poder político. El establecimiento del Día de Respeto para los Ancianos (15 de septiembre) en Japón y el Día Nacional de la Vejez (13 de abril) en Tailandia reflejan este creciente “poder gris”. Pero la necesidad de tal simbolismo enfatiza el declive de la tradición de reverenciar al anciano.

Sin embargo, de alguna manera, esta tradición todavía separa a Japón de las otras naciones industriales. Sólo 10 por ciento de los ancianos en Japón vive solo (5.2 por ciento de hombres y 14.8 por ciento de mujeres), en comparación con 23.9 a 42.3 por ciento en cuatro países occidentales (Kinsella y Velkoff, 2001). Los ancianos en Estados Unidos y Canadá tienen menos probabilidad de obtener ayuda de sus familias cuando están enfermos o necesitan dinero. Aún así, aproximadamente seis de cada diez ancianos en esos dos países están muy satisfechos con sus vidas, en comparación con sólo el 28 por ciento en Japón (Commonwealth Fund Commission on Elderly People Living Alone, 1992). Otra manera para evaluar la satisfacción de las personas con sus propias vidas es mediante el estudio del bienestar subjetivo. Cómo uno siente (afectivo) y piensa (cognitivo) acerca de la experiencia de vida personal es lo que muchos investigadores entienden por bienestar subjetivo. Diener y asociados (1999) evaluaron el afecto placentero, afecto displacentero y la satisfacción. Una encuesta realizada a 60 mil adultos de 40 naciones (Diener y Suh, 1998) reportó que el afecto placentero declinó con la edad, mientras que la satisfacción de vida y el afecto displacentero no cambió. Estos hallazgos no parecen estar influidos por periodos de rápido crecimiento económico (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

## DESARROLLO ECONÓMICO Y ENVEJECIMIENTO

Los conflictos que se observan en una población que encanece son ligeramente diferentes en las naciones desarrolladas y en las que están en vías desarrollo. Los planificadores y políticos en casi todas las naciones industrializadas temen que el costo de apoyar un creciente contingente de jubilados impondrá una insoportable carga sobre un reducido grupo de adultos trabajadores (Crown, 1993). En Estados Unidos, algunos analistas temen que el costo de la atención médica para los ancianos llevará a la bancarrota al sistema de atención a la salud y reducirá la calidad del cuidado disponible para los adultos jóvenes y sus familias (Binstock, 1993). Una solución drástica, sugerida en algunos círculos, sería una “renegociación” del “contrato social” implícito que pide a los adultos más jóvenes apoyar a los trabajadores jubilados y discapacitados (Adamchak, 1993, p. 6).

La clave para apoyar a una población que envejece puede ser una economía capaz de enfrentar el reto demográfico. Si los ingresos aumentan con mayor rapidez que los impuestos necesarios para financiar los programas sociales para los ancianos, la carga actual sobre los trabajadores puede no aumentar: “La posibilidad de costear

de una población que envejece estará dictada principalmente por el futuro crecimiento económico” (Crown, 1993).

Es probable que esta situación también se observe en países en vías de desarrollo. En República Dominicana, Sri Lanka y Tailandia, donde gran número de adultos debe continuar trabajando para subsistir (Kaiser, 1993), las preocupaciones que giran en torno a los beneficios de la jubilación y la atención a la salud financiada por el gobierno, aunque aún en planeación, son medidas que posiblemente se pongan en práctica en un futuro próximo (MacAdam, 1993). Algunos observadores predicen que, conforme la mano de obra pierda sus lazos con la tierra y dependa de una economía de mercado, será necesaria alguna forma del estado de bienestar al estilo occidental (Schulz, 1993a). Otros plantean a los países en desarrollo encontrar soluciones enraizadas en sus culturas y tradiciones centradas en la familia.

En los países en desarrollo, los conflictos del crecimiento económico y el envejecimiento se hallan vinculados de manera estrecha. El envejecimiento de la población es un resultado directo de la mejora económica y el progreso en el combate de la pobreza, el hambre y la enfermedad. Pero esta “historia de éxito” con frecuencia se ve como una carga en vez de como una ventaja: ¿los ancianos agotarán los escasos recursos, lo que impedirá mayor desarrollo (Chawla, 1993; Kaiser, 1993)?

La Asamblea General de las Naciones Unidas estableció 1999 como el Año Internacional de los Adultos Mayores “en reconocimiento a la maduración demográfica de la humanidad” y con la promesa “de desarrollar proyectos sociales, económicos, culturales y espirituales” (United Nations General Assembly, 1992). Conforme los planificadores internacionales comienzan a resaltar la dimensión humana del crecimiento económico, las sociedades en desarrollo necesitan encontrar formas para reducir la dependencia al expandir las habilidades productivas de los ancianos. Este concepto de **envejecimiento productivo** “considera a los ancianos como recursos humanos potencialmente ilimitados que contribuyen a los bienes, servicios y productos disponibles para ellos mismos y la sociedad” (Kaiser, 1993, p. 66). En Zambia, los ancianos desamparados aprenden labores agrícolas básicas y luego reciben pequeñas granjas en las que pueden producir granos y aves para alimentar a sus familias (Kerschner, 1992). En Bogotá, Colombia, un grupo de ancianos abrió una repostería y utilizó las ganancias para proporcionar servicios médicos y de otra índole a los ancianos pobres y sin apoyo institucional (Checkoway, 1992). Tales ejemplos sugieren formas en las que una creciente población anciana puede representar “una oportunidad en lugar de una crisis; una solución en lugar de un problema; un bien en lugar de una carga; un recurso en lugar de un agotamiento de recursos” (Kerschner, 1992, p. 4).

## Nuevos roles para los adultos mayores

Un énfasis en el envejecimiento productivo, ya sea en los países desarrollados o en desarrollo, puede ayudar a resolver los dilemas económicos impuestos por una población global que envejece. También encaja con el pensamiento actual acerca del desarrollo adulto y el envejecimiento.

Los roles sociales de los adultos más jóvenes y de edad media, aunque más flexibles ahora de lo que fueron en el pasado, por lo general permanecen bastante claros: esposo, trabajador, padre, abuelo. Pero, conforme el ciclo de vida aumenta y se viven más años después de la jubilación, ¿qué nuevas expectativas tendrá la sociedad para



los ancianos? ¿Habría mayor libertad para que jueguen diversos roles sociales y maximicen el control sobre sus propias vidas?

Ken Dychtwald, es gerontólogo y autor de *Age Wave*. Dividió el ciclo de vida humano, y la historia humana, en tres “edades” (Dychtwald y Flower, 1990). La primera edad, desde el nacimiento hasta aproximadamente los 25 años, representa casi el ciclo de vida promedio en los tiempos premodernos, cuando las tareas primarias de la vida eran el desarrollo físico, el aprendizaje básico y la sobrevivencia. La segunda edad, de los 26 a los 60 años aproximadamente, representa el ciclo de vida normal antes de la mitad del siglo xx, cuando las preocupaciones adultas se centran en el trabajo, la familia y la paternidad. La tercera edad, que sólo ahora adquiere vida propia, es el periodo desde los 60 años en adelante, un periodo en el cual muchas de las tareas de la segunda edad ya están realizadas. Ésta puede ser una época de menos presión externa y más desarrollo interno, una época “para retribuir a la sociedad las lecciones, recursos y experiencias acumuladas y articuladas durante toda una vida” (p. 347).

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

### *Aproximación al estudio del desarrollo adulto y la vejez: un panorama general*

- La idea de que el adulto se desarrolla es relativamente reciente. En la actualidad la mayoría de los psicólogos cree que el desarrollo humano dura toda la vida.
- El enfoque de desarrollo del ciclo de vida de Paul Baltes enfatiza la multidireccionalidad, la multidimensionalidad, la plasticidad, las influencias históricas y culturales, y la investigación multidisciplinaria.

**cambio (p. 4)**  
**desarrollo (p. 4)**  
**aprendizaje (p. 4)**  
**maduración (p. 4)**

**desarrollo del ciclo de vida (p. 5)**  
**psicología del desarrollo del ciclo de vida (p. 5)**  
**plasticidad (p. 6)**

### *Conceptos básicos*

- Es útil visualizar el desarrollo adulto como producto de múltiples fuerzas concurrentes que actúan sobre un sistema complejo. Cada aspecto del desarrollo abarca un amplio rango de diferencias individuales.
- Los periodos de la adultez (adultez joven, adultez media y adultez tardía o vejez) se delimitan de manera un tanto arbitraria, pero la mayoría de las personas pasa por una secuencia de desarrollo bastante típica.
- La edad cronológica no necesariamente es un indicador de la edad funcional. La edad funcional tiene tres dimensiones: biológica, psicológica y social. No necesariamente están sincronizadas.
- Tanto la herencia como el ambiente influyen al desarrollo. Algunos investigadores distinguen entre influencias normativas por grupo de edad, influencias normativas históricas y eventos de vida no normativos. El enfoque bioecológico de Bronfenbrenner identifica niveles de influencia ambiental.
- La investigación transcultural puede indicar si ciertos aspectos del desarrollo son universales o culturales.

**yo intemporal (p. 8)**  
**edad cronológica (p. 10)**  
**edad funcional (p. 10)**  
**gerontólogo (p. 10)**  
**edad biológica (p. 10)**  
**edad psicológica (p. 10)**  
**edad social (p. 11)**  
**herencia (p. 11)**  
**ambiente (p. 11)**

**influencias normativas por grupo de edad (p. 11)**  
**influencias normativas históricas (p. 11)**  
**cohorte (p. 11)**  
**acontecimientos de vida no normativos (p. 12)**  
**enfoque bioecológico (p. 14)**

### *Imágenes y realidades cambiantes del envejecimiento*

- Las actitudes culturales hacia el envejecimiento contrastan de manera contundente a través tanto del tiempo como del espacio.
- En Estados Unidos y en varios países se experimenta un “envejecimiento de la población”.
- En Estados Unidos, las mujeres viven más que los hombres y tienden a presentar más dificultades en la vejez. La población adulta se vuelve más diversa racial y étnicamente.
- Sólo cinco por ciento de los ancianos vive en instituciones. Muchos ancianos trabajan, y la mayoría tienen una seguridad financiera relativa. Sin embargo, aproximadamente uno de cada cinco ancianos es pobre o casi pobre.
- Los ancianos estadounidenses actuales tienen mayor nivel educativo y la mayoría (los “ancianos jóvenes”) poseen de buena a excelente salud. Los “ancianos más grandes” son la minoría más vulnerable que necesita servicios de apoyo.
- A nivel mundial, el crecimiento más dramático en la población anciana se da en los países en vías de desarrollo. Este crecimiento, que puede imponer grandes restricciones sobre las instituciones sociales como la familia, y sobre la economía, condujo a un énfasis en el envejecimiento productivo. En las naciones desarrolladas, las preocupaciones se centran en las jubilaciones y en los beneficios a la salud para una población que envejece.

**discriminación por edad (p. 17)**  
**geriatria (p. 25)**

**envejecimiento productivo (p. 30)**

# Perspectivas metodológicas y métodos de investigación

## Metateorías

- Tres metateorías: mecanicista, organicista y contextual
- Aplicación de las metateorías

## Métodos de investigación básicos

- Muestreo
- Recolección de datos

## Diseños de investigación básicos

- Estudios de caso
- Estudios de correlación
- Experimentos

## Diseños cuasiexperimentales: el problema de la validez interna

- Estudios transversales
- Estudios longitudinales
- Estudios de series cronológicas
- Diseños secuenciales

## Ética de la investigación



## PUNTO DE PARTIDA: ERIK H. ERIKSON

*Existe una cosa incluso más vital para la ciencia que los métodos inteligentes, y es el sincero deseo para encontrar la verdad, cualquiera que ésta sea.*

—Charles Sanders Pierce, *Collected Papers*, vol. 5

ERIK H. ERIKSON,\* uno de los primeros investigadores en ampliar el estudio sistemático del desarrollo de la personalidad hacia la adultez, escribió: “Aprendí [...] de las historias de vida que todo lo que es nuevo y vale la pena decir [...] tiene un aspecto enormemente personal” (Erikson, comunicación personal, en Coles, 1970, p. 181). La propia vida y el trabajo de Erikson demuestran su argumento.

Uno de los conceptos clave introducidos por Erikson fue la *crisis de identidad*, un periodo desestabilizador, por lo general en la adolescencia o la adultez joven, en el que



UPI/Corbis Images

\*Las fuentes del material bibliográfico acerca de Erikson son Coles (1970), Hall y Lindzey (1978), P. H. Miller (1983), Roazen (1976), Stevens (1983) y el obituario de Erikson en *The New York Times*, 13 de mayo de 1994, p. C16.

las personas buscan el sentido del yo y el significado de sus vidas. En su búsqueda, Erikson encontró constantemente ecos de su propia crisis de identidad prolongada, que incluía lidiar con la ausencia de su padre, crecer entre pares que lo consideraban un extraño, dar traspies en su ruta profesional a mediados de sus veinte años y luego, a mediados de sus treinta, establecerse en una nueva tierra y aprender otro idioma.

Los temas de “confusión de identidad” y alienación pueden encontrarse a lo largo de la historia de vida de Erikson, desde las circunstancias inciertas de su nacimiento. Nació en 1902 cerca de Francfort, Alemania (su madre fue una mujer judío-danesa) y nunca conoció a su padre. El esposo de su madre era danés, y al parecer lo dejó antes del nacimiento de Erikson, cuando descubrió que el padre era otro hombre. Su segundo esposo, un pediatra de nombre Theodor Homburger, dio su apellido al niño y lo crió como judío.

Erikson fue un extranjero tanto entre sus compañeros de escuela alemanes antisemitas, como entre sus pares judíos no nórdicos. Dejó la escuela a los 18 años de edad, se interesó superficialmente por el arte y vagabundó por Europa durante siete años, “intentando capturar a mí mismo” (Coles, 1970, p. 15). A los 25 años, fue contratado como tutor de niños en Viena y ayudó a fundar una pequeña escuela progresista para niños, cuyos padres se encontraban involucrados en el creciente movimiento psicoanalítico de Sigmund Freud. (El *psicoanálisis* es un método terapéutico diseñado para liberar a los pacientes de las perturbaciones emocionales, rastreando los recuerdos tempranos de experiencias traumáticas que fueron hace mucho tiempo reprimidas.) Con el tiempo Herr Erik se formó como psicoanalista (aunque carecía de los antecedentes médicos usuales, pues sólo tenía un diploma de secundaria) y se convirtió en miembro del círculo de Freud.

En 1933, cuando Hitler llegó al poder, el joven psicoanalista, su esposa canadiense y sus dos hijos se mudaron a Estados Unidos. En 1939, al obtener la ciudadanía estadounidense, adoptó el nombre Erikson (hijo de Erik), acaso por identificación con el descubridor noruego de su país adoptivo, pero también como una insinuación de que él era hijo de sí mismo, que su identidad era su propia creación.

Aunque Erikson era psiquiatra de niños por entrenamiento y profesión, sus mayores aportaciones están relacionadas con sus hallazgos iluminadores acerca del mundo interno del adulto. Sus propias experiencias de desarraigo e inmigración como adulto joven lo convencieron de que Freud estaba equivocado al creer que el desarrollo de la personalidad se detenía en la pubertad. La amplia investigación de Erikson entre veteranos de guerra estadounidenses, adolescentes normales y perturbados, nativos americanos e hindúes en India, así como sus estudios de las vidas de Martin Luther King y Mahatma Gandhi, lo condujeron a dar más importancia a las influencias de la sociedad y la cultura que Freud, cuya teoría psicoanalítica se conformó a partir del trabajo clínico con una limitada clientela vienesa. En sus últimos años, Erikson, con la creencia de que el desarrollo continúa a lo largo de la vida, buscó una comprensión más profunda de la adultez media y la vejez, a diferencia de Freud, quien no consideró trabajar con ancianos en absoluto. Los últimos trabajos de un octogenario Erikson, escritos con su esposa, Joan, explican con detalle su visión de que las personas en la vida tardía logran desarrollar la virtud de la sabiduría con base en la resolución positiva de las crisis emocionales más tempranas.

Erikson murió en 1994, a los 91 años. Como publicó el *New York Times*, “reformó profundamente” la visión del desarrollo humano, y en particular la del desarrollo adulto.

LA HISTORIA DE ERIK H. ERIKSON resalta muchos puntos relevantes sobre el estudio del desarrollo humano y el envejecimiento. En primer lugar, la investigación acerca de los seres humanos no es árida, abstracta o esotérica sino que se relaciona con la vida real.

En segundo lugar, la teoría y la investigación son hebras entrelazadas en el tejido sin costuras del estudio científico. Una **teoría** es un conjunto coherente de conceptos relacionados, que buscan organizar y explicar los **datos**, es decir, información que fue recopilada durante una investigación. Conforme se agrega investigación meticulosa, poco a poco, al cuerpo del conocimiento, conceptos teóricos como el de “crisis de identidad”, propuesto por Erikson, ayudan a dar sentido y a establecer conexiones entre los datos aislados. Las teorías, a su vez, inspiran mayor investigación y predicen resultados. La investigación puede indicar si una teoría es precisa en sus predicciones, pero no puede comprobarla de manera concluyente. Los científicos siempre deben estar listos para cambiar sus teorías con la finalidad de explicar nuevos e inesperados datos.

Por último, la ciencia del desarrollo no puede ser completamente objetiva. Las teorías y la investigación acerca del comportamiento del hombre se basan en individuos humanos, cuyas pesquisas e interpretaciones se hallan inevitablemente influidas por sus propios valores y experiencias. Como Erikson observó, esta dimensión personal puede producir una comprensión muy enriquecedora; pero también puede generar puntos ciegos. Al luchar por mayor objetividad, los investigadores deben escrutar cómo ellos y sus colegas realizan su trabajo, las suposiciones de las que parten y cómo llegan a sus conclusiones.

A lo largo de este libro se analizarán muchas teorías, con frecuencia contradictorias. Al valorarlas, es importante tener en mente que reflejan los puntos de vista de las personas que las crearon. En la primera parte de este capítulo se presentan tres perspectivas básicas que resaltan el trabajo teórico y de investigación acerca del desarrollo adulto y el envejecimiento, así como sobre otros campos de la ciencia. En el resto del capítulo, se observa cómo los investigadores recopilan información, de modo que podrás juzgar mejor la validez de sus métodos.

## METATEORÍAS

Imagina que un chamán (sanador espiritual) de la India entra a una convención donde una profesora universitaria estadounidense presenta una ponencia acerca de cómo la edad afecta el recuerdo de historias. La profesora reporta que los adultos mayores y los adultos más jóvenes son igualmente capaces de recordar los puntos principales de una historia, pero, a diferencia de los mayores, los más jóvenes recuerdan muchos más detalles. Sugiere que quizás el uso de algunas técnicas para mejorar la memoria puedan ayudar a solucionar este problema. Al escuchar esto, el chamán dice: “Entiendo su preocupación, pero sus propios datos le dan motivo de esperanza. Los jóvenes superarán su problema sólo con el paso de los años.”

¿Por qué la profesora y el chamán hacen interpretaciones opuestas de los mismos datos y cuál es la correcta? El hecho es que el chamán y la profesora ven el desarrollo humano desde diferentes perspectivas, ambas igualmente válidas porque parten de diferentes suposiciones y se enfocan en diversos problemas.

La profesora enfatiza el **desarrollo cuantitativo**: los cambios en número o cantidad. Observa un problema en la disminución del número de detalles que los adultos

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Por qué piensas que es relevante contar con varias metateorías y sus respectivas teorías individuales para apoyar los trabajos científicos en ámbitos específicos de la investigación humana?

mayores pueden extraer de una historia y recordar. Concibe el envejecimiento como una época de declive; un adulto mayor no puede recordar tanto como un adulto joven. Supone que los ancianos necesitan ayuda para compensar esta deficiencia cuantitativa.

El chamán, por otra parte, enfatiza el **desarrollo cualitativo**: los cambios en los *tipos* de cosas que pueden hacer los adultos mayores y los adultos más jóvenes, o cómo las hacen. Entiende la situación en términos de habilidad para *volver a contar* una historia. La habilidad para recordar detalles se puede obtener en el camino; los detalles frescos extraídos de la experiencia personal agregan viveza e inmediatez. El chamán concibe el envejecimiento como una parte de una serie de desarrollos progresivos a lo largo de la vida. Supone que la experiencia eventualmente hará de un adulto joven un cuentacuentos más efectivo.

Para el chamán, la profesora intenta, inexplicablemente, que un anciano actúe como un adulto más joven. Para la profesora, el chamán tiene una visión muy poco realista del envejecimiento.

Las perspectivas desde las cuales las personas, incluidos los científicos, ven los fenómenos como el envejecimiento se llaman *metateorías*. Una **metateoría** es una hipótesis amplia, o explicación tentativa, acerca de cómo funciona el mundo (Pepper, 1942, 1961). Es como una lente a través de la cual una persona ve el universo: un conjunto de suposiciones y valores que filtran percepciones y enfocan la visión propia de la realidad. Una metateoría es una “teoría acerca de una teoría”. Cuando la ciencia trabaja en varias de sus ramas, las agrupa formando teorías con enfoques similares (aunque algunas teorías parecen caer en más de un campo metateórico). La metateoría puede influir críticamente en un diseño de investigación. Puede dar forma a las preguntas que plantea el investigador, los temas que considera importante estudiar, los métodos que utiliza, los tipos de evidencia que busca y la forma en que interpreta sus resultados.

En el centro de las diferencias entre las teorías de desarrollo adulto y las del envejecimiento existen temas fundamentales en relación a cómo los seres humanos cambian conforme pasa el tiempo e interactúan con su ambiente. ¿El desarrollo es principalmente cuantitativo o cualitativo? ¿Es continuo o comienza y se detiene? ¿Progresar en una serie de etapas universales o es idiosincrásico? ¿Se mueve en una dirección o en más de una? Las posiciones que los investigadores toman sobre estos temas reflejan su orientación metateórica. Diferentes pensadores, al mirar a través de distintas lentes, llegan a diversas explicaciones acerca de cómo se comporta la gente. Y dichos científicos pueden tener tantos problemas de comunicación unos con otros, como el chamán y la profesora.

### Tres metateorías: mecanicista, organicista y contextual

Observemos tres metateorías y algunas teorías y modelos de desarrollo que se desprenden de ellas. (Un **modelo** es una imagen concreta o representación estructural de relaciones teóricas.) Ninguna de estas metateorías es necesariamente mejor o más verdadera que cualquiera de las otras. Cada una ofrece una perspectiva singular que puede arrojar luz acerca tanto del desarrollo adulto y el envejecimiento como de otros fenómenos naturales. Cada una tiene una metáfora básica que es una imagen central o analogía que captura su carácter esencial. La tabla 2.1 resume las principales características de las tres metateorías: mecanicista, organicista y contextual.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Si examinaras el desempeño exitoso que ha obtenido durante dos décadas un atleta, ¿cuál metateoría usarías para explicar el proceso de desarrollo y por qué?

**TABLA 2.1**

*Comparación de tres metateorías*

	<b>Mecanicista</b>	<b>Organicista</b>	<b>Contextual</b>
Metáfora básica	Máquina	Organismo en desarrollo (por ejemplo, embrión)	Desarrollo como un acto en marcha en un determinado contexto
Visión del desarrollo	Continua (sin etapas)	Discontinua (etapas)	Continua y discontinua (cambia metas y contextos)
Énfasis en el tipo de cambio	Cuantitativo	Cualitativo	Cuantitativo y cualitativo
Visión de causalidad	Ambiente interno y externo	Interna; dirigida hacia punto final óptimo	Metas individuales dentro de oportunidades y restricciones contextuales
Predictibilidad	Muy alta	Moderada a alta	Baja a moderada
Dirección del cambio	Unidireccional; declive o declinación con compensación	Unidireccional; cada vez más integrada y adaptativa	Multidireccional; gana y pierde en cada etapa de vida
Valoración de la vejez	Baja	Neutra a alta	Neutra

**LA PERSPECTIVA MECANICISTA**

La **perspectiva mecanicista** concibe todas las cosas en la naturaleza, incluidos los seres humanos adultos, como si fuesen máquinas (Pepper, 1942, 1961). Una máquina es la suma de sus partes. Para entenderla, podemos desmembrarla en componentes más pequeños y luego volver a armarla.

Las máquinas no operan por voluntad propia; reaccionan automática y pasivamente a las fuerzas físicas o estímulos externos. Llenas un automóvil con gasolina, enciendes la marcha, presionas el acelerador y el vehículo se moverá. En la visión mecanicista, el comportamiento humano es en gran parte lo mismo: resulta de la operación de los componentes biológicos en respuesta a estímulos externos o internos. En principio, si se sabe lo suficiente acerca de cómo está ensamblada la “máquina” y acerca de las fuerzas que la impulsan, su comportamiento será perfectamente predecible. Desde luego, tal como un automóvil no puede arrancar en temperaturas bajo cero o una parte se puede romper por efecto de una tensión excesiva, asimismo condiciones especiales externas o internas pueden afectar las respuestas humanas.

Los teóricos mecanicistas (como la profesora mencionada con anterioridad) se ocupan del estudio del desarrollo desde una perspectiva cuantitativa, por ejemplo, cuánto o cuán rápidamente una persona puede recordar, en lugar de qué es la memoria o cómo opera. Ven el desarrollo como continuo y moviéndose en una sola dirección a la vez. Tal visión unidireccional, y por ende tradicional, del desarrollo

explica la adultez y el envejecimiento como un continuo declive físico e intelectual: la idea es que las personas, como las flores, se desarrollan en una dirección positiva de manera estable hasta que maduran y luego experimentan un declive constante. Una visión opuesta del desarrollo apoya la idea de que el comportamiento se puede modificar mediante intervenciones que pueden evitar el declive o mejorar el desempeño de quienes han experimentado algún tipo de deterioro.

La **teoría del procesamiento de información**, que representa la visión mecanicista, explica cómo funciona la mente humana. Descompone los complejos procesos de pensar y recordar en sus partes componentes. Los investigadores de procesamiento de información estudian los procesos por los que pasan las personas para procesar la información y resolver problemas. En este modelo, los seres humanos, como las computadoras, registran la información entrante, la codifican y la almacenan, y luego la recuperan cuando se presionan las “teclas” correctas. En gran medida, como las partes de una máquina se desgastan, el procesamiento de información parece volverse más lento con la edad. La “máquina” humana alcanza su cima de eficiencia en la adultez joven y luego declina. Por tanto, los investigadores de procesamiento de información diseñan *intervenciones*, técnicas para estimular el funcionamiento de los adultos mayores. Sin embargo, las teorías del procesamiento de información no son necesariamente mecanicistas puras. Muchos psicólogos que estudian el procesamiento de información piensan que características no mecánicas, como las emociones y las motivaciones, juegan un papel en el pensamiento y la memoria.

Aunque el mecanicista analiza los fenómenos mediante su descomposición en elementos más simples, las otras dos perspectivas, la organicista y la contextual, sintetizan datos. Para ellas, un fenómeno es más que la suma de sus partes. El significado de una relación de familia, por ejemplo, va más allá de lo que se puede aprender del estudio de sus miembros individuales y sus interacciones cotidianas. Además, en las otras dos metateorías las personas juegan un papel más activo en su propio desarrollo.

#### LA PERSPECTIVA ORGANICISTA

La **perspectiva organicista** concibe a las personas como organismos en desarrollo (Pepper, 1942, 1961). Como los embriones, son seres que crecen y maduran con patrones internos de desarrollo. Provocan situaciones, no sólo reaccionan ante éstas. Las influencias ambientales no causan o alteran significativamente el desarrollo, aunque pueden acelerarlo o hacerlo más lento.

Para los organicistas, el desarrollo tiene una estructura ordenada subyacente, aunque puede no ser obvia todo el tiempo. Conforme las células del óvulo fertilizado se desarrollan en embrión y luego en feto, éste sufre una serie de cambios cualitativos que no pueden deducirse de manera clara a partir de su origen. Los abultamientos en la cabeza se vuelven ojos, orejas, boca y nariz. El cerebro comienza a coordinar la respiración, la digestión y la eliminación. Se forman los órganos sexuales. De igual forma, los organicistas describen el desarrollo después del nacimiento como una secuencia progresiva de etapas, que se mueven en una dirección: hacia la maduración completa.

Una **etapa** es un patrón de comportamiento típico de cierto periodo de desarrollo, que conduce a un patrón diferente, por lo general más avanzado. (Como el estado



de ánimo malhumorado de los adolescentes que parece ser una regresión a un comportamiento menos maduro, pero que prepara el camino para una reanudación del movimiento hacia adelante.) En cada etapa, las personas enfrentan diferentes tipos de problemas y desarrollan diversos tipos de habilidades. Las transiciones entre etapas tienden a ser abruptas, pero también hay continuidad; cada etapa se construye con base en la anterior y tiende los cimientos para la siguiente. Los organicistas ven el despliegue de esta estructura de desarrollo como universal: todas las personas pasan por las mismas etapas en el mismo orden, aunque varía la temporalidad precisa.

Puede parecer lógico que los organicistas consideren la vejez como el clímax del desarrollo en lugar de un tiempo de declive. Sin embargo, las teorías clásicas de etapas, como las de Freud y el teórico cognoscitivo suizo Jean Piaget, colocaron el término normal de la maduración alrededor de la pubertad. Erik Erikson fue uno de los primeros pensadores influyentes en ver la adultez y la vejez como etapas únicas de la vida con sus propios conflictos a resolver. (La tabla 2.2 menciona las etapas en

**TABLA 2.2**

*Etapas de desarrollo humano: tres grandes teorías*

**Etapas psicosexuales (Freud)**

*Oral (nacimiento a 12-18 meses).* La principal fuente de placer del bebé son las actividades relacionadas con la boca, como chupar y comer.

*Anal (12-18 meses a 3 años).* El niño deriva gratificación sexual a partir de retener y expulsar heces.

*Fálica (3 a 6 años).* El niño se identifica con el padre del otro sexo; más tarde, con el padre del mismo sexo.

*Latencia (6 años a pubertad).* Tiempo de relativa calma entre etapas más turbulentas.

**Etapas psicosociales (Erikson)**

*Confianza básica frente a desconfianza (nacimiento a 12-18 meses).* El bebé desarrolla la sensación de confianza en el mundo. Virtud: esperanza.

*Autonomía frente a vergüenza y duda (12-18 meses a 3 años).* El niño desarrolla un equilibrio entre independencia y duda y vergüenza. Virtud: voluntad.

*Iniciativa frente a culpa (3 a 6 años).* El niño desarrolla iniciativa cuando intenta nuevas cosas y no se abruma por el fracaso. Virtud: propósito.

*Industria frente a inferioridad (6 años a pubertad).* El niño debe aprender habilidades de la cultura o enfrentar sentimientos de inferioridad. Virtud: competencia.

**Etapas cognitivas (Piaget)**

*Sensoriomotora (nacimiento a 2 años).* El infante pasa, de responder principalmente a través de reflejos, a organizar actividades en respuesta al ambiente. Utiliza habilidades sensoriales y motrices para comprender el mundo.

*Preoperativa (2 a 7 años).* El niño desarrolla un sistema representativo y usa símbolos como palabras para representar personas, lugares y eventos.

*Operaciones concretas (7 a 12 años).* El niño puede resolver problemas de manera lógica, si se enfoca en el aquí y ahora.

**TABLA 2.2** (continuación)

### *Etapas de desarrollo humano: tres grandes teorías*

**Etapas psicosexuales (Freud)**

*Genital (pubertad a la adultez).*  
Época de sexualidad adulta madura.

**Etapas psicosociales (Erikson)**

*Identidad frente a confusión de identidad (pubertad a adultez joven).* El adolescente debe determinar el propio sentido del yo. Virtud: fidelidad.

*Intimidad frente a aislamiento (adultez joven).* La persona busca realizar compromisos con otros; si no tiene éxito, puede sufrir de aislamiento y ensimismamiento. Virtud: amor.

*Generatividad frente a estancamiento (adultez media).* El adulto maduro está preocupado por establecer y guiar a la siguiente generación o de otro modo siente poca valía personal. Virtud: cuidado.

*Integridad frente a desesperanza (vejez).* Los ancianos logran un sentido de aceptación de la propia vida, o de otro modo caen en la desesperanza. Virtud: sabiduría.

**Etapas cognitivas (Piaget)**

*Operaciones formales (12 años a la adultez).* La persona puede pensar en términos abstractos, lidiar con situaciones hipotéticas y pensar acerca de posibilidades.

NOTA: Todas las edades son aproximadas.

cada una de estas teorías.) En la actualidad, muchos teóricos creen que nuevas etapas de desarrollo se presentan a través de la adultez, especialmente en los aspectos cognitivos y de personalidad.

La teoría de desarrollo psicosocial de Erikson ilustra una relevante característica del desarrollo organicista: la integración impulsada por el conflicto. En cada etapa, la resolución de una “crisis” o punto de conflicto depende del logro de un equilibrio saludable entre rasgos opuestos (como intimidad frente a aislamiento); esta resolución resulta en el desarrollo de una “virtud” (como el amor). Si una crisis no se resuelve de manera adecuada, la persona continuará luchando con ella, lo que impedirá un desarrollo sano.

#### LA PERSPECTIVA CONTEXTUAL

La idea central de la **perspectiva contextual** es el estudio de la conducta en su contexto: un evento dinámico en un escenario que siempre fluye. Una conducta nunca

está aislada. Su contexto inmediato surge del pasado y afecta al futuro. Con el propósito de facilitar su estudio, puedes observar un suceso aislado en un momento dado, pero tal es una separación artificial que distorsiona la realidad.

Tanto en el paradigma contextual, como en el organicista, las personas construyen activamente su propio desarrollo. Sin embargo los contextuales ponen más énfasis en la interacción con el ambiente. Cada conducta es producida y cambia, de manera irrevocable, tanto al actor como al contexto, lo que crea nuevas condiciones para el desarrollo (como ocurre, en gran medida, en una guerra de precios: cada ronda de reducciones de precio altera las circunstancias dentro de las que ocurre la siguiente ronda. La persona cambiante actúa sobre el ambiente y lo transforma, y el ambiente cambiante actúa sobre la persona y la cambia.

Los individuos establecen metas en un contexto particular dependiendo de cómo lo perciben, y luego seleccionan nuevas metas en un nuevo contexto. Por tanto, aunque el desarrollo es continuo de un momento al siguiente, también es discontinuo, conforme las metas y el contexto cambian. Más aún, el contexto no sólo “está ahí” ya que incluye las aspiraciones, creencias e interpretaciones de la persona. Los individuos influyen y reciben influencia del contexto del cual son parte.

Charlotte Bühler (1933, 1968a, 1968b) fue una de las primeras teóricas que habló sobre el desarrollo centrado en el establecimiento y logro de metas personales. Basándose en más de 200 estudios biográficos y años de entrevistas intensas, concluyó que la autorrealización es la clave para el desarrollo sano y depende del logro de las metas autodefinidas, aunque las personas no siempre puedan estar conscientes de ellas en el momento.

Los contextuales ven al desarrollo como cuantitativo y cualitativo; observan tanto los cambios que hacen las personas como lo que pueden hacer para cambiar. A diferencia de los organicistas, los contextuales no ven el desarrollo como dirigido hacia un punto final específico. En vez de ello, enfatizan las diferencias individuales. Las personas se desarrollan en muchas direcciones, y ninguna ruta es intrínsecamente superior. El éxito se articula dependiendo de qué tan apropiado es el comportamiento en relación con el contexto. Por ejemplo, la fabricación de botes para pescar puede ser muy adecuada en una isla hasta la llegada de una fábrica, cuya descarga contaminante mata a los peces.

En el modelo del “espacio vital activado” (Sansone y Berg, 1993), un ejemplo actual de la perspectiva contextual sería que cada persona tiene un conjunto único de experiencia y habilidades; y cada actividad ocurre dentro de un contexto único, que puede incluir un escenario físico, presiones sociales, recompensas, retroalimentación y otras características. Al intentar resolver un problema, un individuo “activo” utiliza sólo aquellos recursos personales y características contextuales dentro de su “espacio vital” que parezcan relevantes en el momento. En diferentes épocas de la vida, una persona puede retomar diferentes experiencias y habilidades para sobrellevar una tarea en diferentes contextos. Un anciano que no puede resolver problemas matemáticos en una prueba cronometrada puede ser capaz de resolver un problema similar mientras está de compras.

Aunque el enfoque de desarrollo del ciclo de vida (Baltes, 1987; Baltes y Graf, 1996) que se discutió en el capítulo 1 mezcla aspectos de las tres metateorías, muchas de sus características clave (historia y contexto, múltiples rutas de investigación

y desarrollo multidireccional) encajan dentro del paradigma contextual. El enfoque de ciclo de vida cobra importancia en una época en la que los adultos mayores se vuelven más numerosos y diversos, y cuando las innovaciones tecnológicas permiten a los investigadores en diferentes campos comunicarse rápida y eficazmente.

De hecho, desde una perspectiva contextual, las metateorías mismas aterrizan en condiciones sociales, políticas y económicas particulares (Riegel, 1977). La perspectiva mecanicista se desarrolló sobre todo en Estados Unidos y Gran Bretaña, sociedades enormemente competitivas en las que “el criterio principal para la excelencia intelectual y personal era la cantidad de información acumulada, de la misma forma como el criterio de respetabilidad social se relacionaba con la cantidad de bienes y propiedades adquiridos” (p. 71). La perspectiva organicista surgió en las sociedades europeas continentales estratificadas, en las que los diferentes grupos de edades jugaban roles determinados. El paradigma contextual parece reflejar un mundo contemporáneo en el que las nociones de progreso ordenado se alteraron, el universo (dice la ciencia) está en flujo, el planeta Tierra se convierte en una aldea global interdependiente y las elecciones de vida de las personas son dinámicas, siempre cambiantes y enormemente individuales.

## Aplicación de las metateorías

¿Cómo abordarían los representantes de las tres perspectivas metateóricas el mismo problema de investigación? Piensa de nuevo en la profesora y el chamán. La profesora representa una perspectiva mecanicista. Ella se enfoca en las diferencias cuantitativas con respecto a la cantidad de detalles que los adultos mayores y más jóvenes pueden recordar. Dado que la “maquinaria” de un adulto viejo parece funcionar menos eficientemente, ella propone intervenciones para acelerarla. El chamán representa una perspectiva organicista. Él ve los hallazgos de la profesora como reflejo del curso natural de desarrollo cualitativo que no requiere intervención. Cada grupo de edad actúa como puede y debe.

Un investigador contextual que se encuentre en el auditorio podría comentar que el estudio estaba incompleto. Podría sugerir mayor investigación para comparar a los adultos mayores y jóvenes en varias situaciones: trabajando solos, laborando con otra persona o trabajando con un grupo de personas. Dado que con frecuencia el recordar tiene lugar en un contexto social, puede predecir que algunos individuos mayores estarían más motivados y mejor preparados para recordar detalles con la cooperación de otros.

Conforme leas este libro, pregúntate: ¿qué perspectiva metateórica representa esta teoría, hallazgo de investigación o interpretación? ¿Cuál es *mi* perspectiva metateórica acerca de este tema? Todo mundo emplea metateorías. La actitud hacia tu propio desarrollo, la forma en que lidias con el inevitable proceso de crecer cada vez más, depende de la metateoría con la que operes. Recuerda que ninguna metateoría constituye la verdad absoluta y exclusiva. Puedes elegir un enfoque metateórico para un tipo de problema y uno diferente para otro. De hecho, algunos estudios del desarrollo sostienen que la habilidad para seleccionar la perspectiva metateórica más adecuada acerca de una situación particular es una señal de pensamiento maduro.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Crees que cada metateoría es igualmente válida para explicar el desarrollo humano durante la adultez media y la adultez tardía?

## MÉTODOS BÁSICOS DE INVESTIGACIÓN

El propósito de la investigación es extraer conclusiones confiables y válidas acerca del mundo y los seres humanos que lo habitan: **válidas** en cuanto a que las conclusiones se aplican de manera adecuada a los fenómenos y a poblaciones bajo estudio, y **confiables** en cuanto a que los resultados son razonablemente consistentes a lo largo del tiempo. Por ejemplo, una prueba de inteligencia es válida si realmente mide las habilidades que afirma medir. Es confiable si las calificaciones de una persona no varían enormemente de una prueba a la siguiente aplicación de la misma.

Ahora revisaremos los métodos básicos que utilizan los investigadores; más adelante, en la siguiente sección, haremos lo propio con algunos proyectos, o diseños básicos, de investigación. En la sección final de este capítulo examinaremos ciertos problemas específicos que enfrentan los especialistas para realizar investigación referente al desarrollo adulto y el envejecimiento.

Dos temas clave en el comienzo de cualquier investigación son cómo se elegirá a los participantes y cómo se recopilarán los datos. Tales decisiones dependen frecuentemente de las preguntas que pretende responder el investigador. Todas estas cuestiones juegan un papel importante en un proyecto o diseño de investigación.

Los investigadores en desarrollo adulto trabajan dentro de dos tradiciones metodológicas: *cuantitativa* y *cualitativa*.\* La **investigación cuantitativa** se ocupa de los datos “duros”, objetivamente mensurables; por ejemplo, cuánto miedo o ansiedad sienten los pacientes antes de una cirugía, de acuerdo con la medición a través de pruebas estándar, cambios fisiológicos o análisis estadístico. La **investigación cualitativa** se encarga de los datos “subjetivos” acerca de la naturaleza o cualidad de las experiencias subjetivas, sentimientos o creencias de los participantes; por ejemplo, cómo los pacientes describen sus emociones antes de la cirugía (Morse y Field, 1995).

La investigación cuantitativa se basa en el **método científico**, un proceso global que por lo general caracteriza la investigación científica en cualquier campo. El uso cuidadoso de este método permite a los investigadores llegar a conclusiones contundentes acerca del desarrollo humano. Los pasos usuales en el método son:

- *Identificación de un problema* de estudio, con frecuencia sobre la base de una teoría o de investigación previa.
- *Formulación de la hipótesis* que se buscará comprobar por medio de la investigación.
- *Recopilación de datos*.
- *Análisis de los datos* para determinar si apoyan o no la hipótesis.
- *Difusión de los hallazgos* para que otros observadores puedan comprobar, aprender, analizar, repetir y construir sobre los resultados.

La investigación cualitativa toma una ruta exploratoria más abierta. En lugar de generar hipótesis a partir de investigación previa, los investigadores cualitativos reúnen datos y luego los examinan para obtener hipótesis o teorías. La investigación cualitativa es enormemente interpretativa; no puede producir conclusiones genera-

---

\*A menos que se indique de otro modo, la discusión en esta sección y la siguiente se basa en Papalia, Olds y Feldman (2003).

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Por qué crees que la información recopilada a través del método científico es superior a la que se acopia mediante las observaciones de las personas en escenarios naturales?

les, pero puede ser una rica fuente de discernimientos en las actitudes y comportamiento de los individuos.

La selección de métodos cuantitativos o cualitativos depende de varios factores: el tema de estudio, qué tanto se sabe sobre éste, la experiencia y orientación teórica del investigador, y el escenario. La investigación cuantitativa a menudo se realiza en escenarios de laboratorio, donde condiciones controladas pueden producir resultados replicables (repetibles). La investigación cualitativa es más adecuada en escenarios sociales cotidianos, para investigar temas acerca de los que en la actualidad se sabe poco. La investigación cualitativa puede tomar mucho tiempo y ser muy costosa.

Los investigadores pueden combinar los dos métodos. En muchas ocasiones la investigación cualitativa produce hallazgos que sirven de base para la investigación cuantitativa. Por ejemplo, las descripciones que los pacientes hacen de sus experiencias pueden sugerir medios para reducir el estrés antes de la cirugía, que luego se pueden poner a prueba y comparar para efectividad (Morse y Field, 1995; Shadish, Cook y Campbell, 2002).

## Muestreo

¿Qué tan parecido eres a los otros miembros de tu familia? ¿A tus vecinos? ¿A las personas con las que vas a la escuela o al trabajo? ¿A las personas que tienen más dinero que tú? ¿A las que tienen menos dinero que tú? ¿A las que tienen los mismos antecedentes étnicos? ¿A las que tienen diferentes antecedentes étnicos? ¿A las personas de tu género? ¿A las del otro género? ¿Qué tan cómodo te sentirías si los resultados de un estudio sobre ti se aplicaran a cada uno de estos grupos? ¿Qué tan cómodo te sentirías si sus resultados se aplicaran a ti?

Tus respuestas pueden depender en parte del tipo de preguntas que se estudian y del diseño de la investigación. Pero una forma de *asegurarse* de que los resultados de un estudio tengan **validez externa** (que se puedan aplicar a personas distintas a las del estudio) es a través de un control sobre quién participa en el estudio. Desde luego, si toda una población (todos los miembros del grupo a estudiar) se pudieran estudiar, cualquier hallazgo sería válido para ellos; pero estudiar a toda una población por lo general es muy costoso y tardado. Por tanto, los investigadores cuantitativos seleccionan una **muestra**, que es un grupo más pequeño dentro de la población. Sólo si la muestra es verdaderamente representativa los resultados se pueden generalizar de manera adecuada a toda la población.

Los investigadores garantizan la representatividad mediante la **selección aleatoria**, que da a cada persona en una población una oportunidad igual de ser elegida. El resultado de la selección aleatoria es un **muestreo aleatorio**. Una forma de seleccionar una muestra aleatoria de los estudiantes en una clase de desarrollo adulto, por ejemplo, sería poner todos sus nombres en un sombrero, agitarlo y luego extraer cierto número de nombres. Una muestra aleatoria, especialmente una grande, es probable que represente bien a la población; esto es, que muestre características y comportamientos relevantes en la misma proporción en la que se encuentran en toda la población.

Un ejemplo reciente de muestreo aleatorio en la investigación proviene del trabajo que evalúa algunos de los efectos de la tragedia del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos. Para saber cómo los ataques terroristas del 11 de septiembre

afectaron la salud mental de los residentes de Manhattan, se investigaron 1 008 hogares mediante la digitación aleatoria del número telefónico, realizándose entrevistas al adulto de la casa cuyo cumpleaños fuese más reciente. En las entrevistas, que se realizaron después de dos meses de los ataques, 9.7 por ciento de la muestra reportó síntomas de depresión y 7.5 por ciento pareció sufrir de trastorno por estrés postraumático (TEPT). Entre los adultos que vivían cerca del World Trade Center, 20 por ciento reportó síntomas de TEPT. Después, los investigadores generalizaron los hallazgos para estimar la medida de dichos trastornos entre la población de Manhattan (Galea *et al.*, 2002).

Para asegurarse de que la muestra incluye porcentajes representativos de ciertos subgrupos, como mujeres, minorías y adultos mayores, las organizaciones encuestadoras con frecuencia hacen una selección aleatoria dentro de cada uno de estos subgrupos. Este tipo de muestreo se denomina *muestreo aleatorio estratificado*.

Aunque la estratificación precisa no siempre es necesaria, es importante que una muestra no deje fuera o sea muy poco representativa de grandes segmentos de la población. Por ejemplo, en el recuadro 2.1 de la página 46, se discuten los problemas de muestreo en los estudios pioneros de sexualidad de Alfred Kinsey.

Asimismo, se debe tener cuidado con respecto a la generalización de los resultados de los estudios realizados en una cultura a otras más que puedan tener diferentes características (véase el recuadro 2.2 en la página 48 y la figura 2.1 en la página 49). Además, si una proporción significativa de una muestra elegida de manera aleatoria se rehúsa a participar, la representatividad de la muestra puede ser poco confiable.

En la investigación cualitativa, las muestras tienden a ser pequeñas y no necesitan ser aleatorias. Los participantes en este tipo de investigación se pueden elegir por su habilidad para comunicar la naturaleza de su experiencia (por decir, qué se siente ir a cirugía) o porque experimentaron un tipo particular de cirugía.

## Recolección de datos

Las formas típicas de recopilar información incluyen autorreportes (reportes verbales de los pensamientos, sentimientos o acciones propios de una persona), pruebas y otras medidas del comportamiento y observación. Los investigadores pueden usar una o más de estas técnicas de recolección de datos en cualquier diseño de investigación.

### AUTORREPORTES: DIARIOS, ENTREVISTAS Y CUESTIONARIOS

La forma más simple de autorreporte es un diario o bitácora. A las personas se les puede pedir, por ejemplo, que registren su dieta diaria, los tiempos en que se sienten deprimidos o los momentos del día cuando olvidan algo. Otros tipos de autorreportes son las entrevistas y los cuestionarios.

En una *entrevista*, un investigador hace preguntas acerca de las actitudes, opiniones o comportamiento de una persona. Las preguntas pueden hacerse cara a cara o por teléfono; las entrevistas telefónicas pueden llegar a un mayor número de personas de manera más efectiva. En una *entrevista estructurada*, cada participante tiene el mismo conjunto fijo de preguntas o tareas. En una *entrevista abierta*, el entrevistador tiene más flexibilidad con respecto a la determinación de los temas y el orden de las preguntas, y puede plantear nuevas preguntas en función de las respuestas

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿En cuál procedimiento de recolección de datos confiarías más si tuvieras que decidir cómo reducir el aislamiento de los ancianos?



## Primeros estudios de sexualidad

¿Qué porcentaje de hombres y mujeres estadounidenses ha tenido experiencias homosexuales? ¿Qué porcentaje ha tenido sexo fuera del matrimonio? ¿Qué porcentaje es impotente o infértil?

Las respuestas a tales preguntas están ampliamente disponibles en la actualidad. Pero los datos científicos acerca del comportamiento sexual humano virtualmente no existían en 1938, cuando Alfred C. Kinsey, un profesor de zoología en la Universidad de Indiana, comenzó a entrevistar estudiantes acerca de qué tipos de actividades sexuales mantenían, cuándo y con qué frecuencia. Kinsey pronto cambió de cuestionarios a entrevistas en persona, que le permitieron más flexibilidad y detalle. A final de cuentas, él y sus colegas entrevistaron a 5 300 hombres y casi 6 mil mujeres en todo el país y produjeron dos reportes sorprendentes: *El comportamiento sexual en el macho humano* (1948) y *El comportamiento sexual en la hembra humana* (1953). En este último, publicó, entre otras cosas, que el 62 por ciento de las mujeres se masturbaba, lo cual era especialmente polémico en una época cuando las necesidades sexuales de la mujer no eran ni ampliamente reconocidas ni abiertamente discutidas; el reporte de investigación fue atacado pues se le consideró “ofensivo... inmoral, antifamiliar e incluso con tintes de comunismo” (Masters, Johnson y Kolodny, 1988, p. 20).

Los críticos fueron rápidos para puntualizar las fallas metodológicas. El problema más serio fue que la *muestra* de Kinsey, el grupo de participantes elegido para representar a la población, de hecho era no representativo. Por ejemplo, la muestra original contenía muy pocas personas afroamericanas;



Bettmann/Corbis Images

Alfred C. Kinsey y su esposa llegan a París en octubre de 1955 llevando la traducción francesa de su innovador libro, *El comportamiento sexual en la hembra humana*. A pesar de algunas fallas metodológicas, la obra de Kinsey se convirtió en el cimiento del estudio científico de la sexualidad humana.

también los ancianos estaban poco representados. También se cuestionó el hecho de que los participantes fuesen voluntarios ya que esto pudo haber distorsionado los hallazgos.

Sin embargo, un comité de la Asociación Estadística Americana dio al reporte Kinsey una calificación global favorable (Cochran, Mosteller y Tukey, 1953). En retrospectiva, William H. Masters y Virginia E. Johnson atribuyen las críticas metodológicas a la obra de Kinsey principalmente a “un intento por desacreditar la credibilidad de los con-

obtenidas. Algunas entrevistas combinan los dos enfoques. Por ejemplo, un entrevistador puede pedir a un grupo de adultos completar una serie de oraciones como “Lo que más me desagrada de mi empleo es...”. Luego el entrevistador puede sondear aún más: “Usted dice que no le agrada su jefe. ¿Qué es lo que no le gusta de ella o



trovertidos hallazgos de Kinsey” (Masters *et al.*, 1988, p. 31).

Aunque el propio estudio de Masters y Johnson acerca de los procesos físicos de la excitación sexual humana, *Respuesta sexual humana* (1966), apareció en una época cuando las actitudes sociales hacia la sexualidad se volvían más liberales, también dio pie a una furiosa controversia. Si las preocupaciones referentes a la metodología de Kinsey pudieron enmascarar los vituperios hacia el objeto de estudio de su investigación, las objeciones a la obra de Masters y Johnson se centraron en los métodos mismos. En una marcada desviación de las entrevistas relativamente simples de Kinsey, Masters y Johnson durante once años observaron y registraron directamente las respuestas físicas de 382 mujeres y 312 hombres involucrados en varios tipos de actividad sexual en su laboratorio en la Washington University Medical School en St. Louis. Además de aparatos para medir el ritmo y la tasa cardíacos y la tensión y contracciones musculares, su equipo incluyó un pene artificial que podía filmar cambios vaginales durante un acto sexual simulado.

Una crítica hacia la investigación fue que las personas que estuvieron dispuestas a participar en tales estudios no eran representativas de la población. Sin embargo, Masters y Johnson entrevistaron a los participantes potenciales para valorar su estabilidad emocional y sus motivaciones. Además, argumentaron que, por lo general, no se requiere de un verdadero corte transversal de la población para la investigación de las funciones corporales normales, “en tanto la muestra sea tanto diversa como saludable” (Masters *et al.*, 1988, p. 40). La muestra también incluyó un reducido número de adultos mayores, y algunos de los hallazgos encontrados en

la investigación exploraron la capacidad sexual en ancianos, hombres y mujeres.

Otra de las críticas fue que las respuestas de los participantes pudieron ser afectadas por lo artificial del escenario. Pero, para ayudar a las parejas a sentirse cómodas, los investigadores primero se involucraban en una “sesión de práctica” no observada, sin el equipo. Además, los investigadores acondicionaron un laboratorio a prueba de sonidos y cambiaron las sesiones a la tarde, cuando menos curiosos deambulaban por ahí.

Finalmente, Masters y Johnson justificaron el valor de su trabajo en la aplicación exitosa de sus hallazgos para el diseño de anticonceptivos, la consultoría sobre la infertilidad, la educación sexual y, particularmente, para la terapia sexual, una profesión que surgió de sus estudios clínicos reportados en *Insuficiencia sexual humana* (1970).

Estas innovadoras incursiones en el campo de la sexualidad humana demuestran la importancia de la metodología en la investigación científica. El progreso de los métodos utilizados por Kinsey y posteriormente por Masters y Johnson, que va desde la utilización de cuestionarios y entrevistas pasando por observación de laboratorio hasta llegar a un diseño de tratamiento clínico, muestra cómo puede evolucionar la investigación para satisfacer las metas cambiantes o prever problemas y resultados. Sin embargo la controversia sobre estos reportes demuestra cómo la debilidad metodológica puede poner en peligro la aceptación de una investigación que profundice en temas culturalmente “tabú” o que utilice métodos no ortodoxos.

*NOTA:* A menos que se indique de otro modo, esta discusión sobre las primeras investigaciones de la sexualidad humana se basa en Masters *et al.* (1988).

él?” En los *grupos focales* se pueden entrevistar conjuntos de personas y discutir las preguntas de investigación. Estos grupos pueden aclarar los temas, determinar las reacciones a los tópicos o productos, o proporcionar las bases para cuestionarios de investigación más estructurados.



### *Cómo evitar el sesgo cultural en la investigación*

Muchos estudios encuentran que, conforme las personas se vuelven mayores, su audición, especialmente para sonidos altos, gradualmente se deteriora, por lo que necesitan usar auxiliares auditivos. ¿La pérdida de audición es un fenómeno completamente fisiológico del envejecimiento, o también influyen en ésta factores ambientales y culturales?

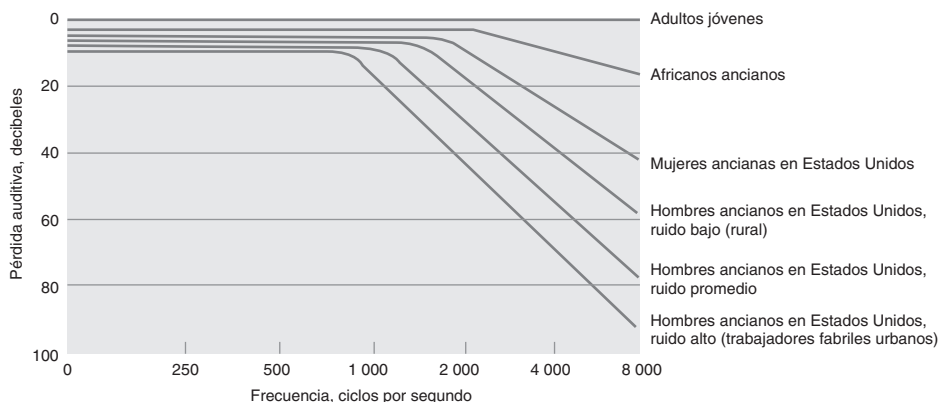
Para descubrirlo, un grupo de investigadores (Baltes, Reese y Nesselroade, 1977) compararon muestras de adultos mayores en áreas rurales y urbanas estadounidenses y también entre los Mabaans, una tribu en la nación africana de Sudán que vive en un ambiente especialmente libre de ruido (véase la figura 2.1). Los ancianos Mabaans mostraron menos pérdida auditiva que *cualquiera* de las muestras estadounidenses de hombres o mujeres. Los hombres en Estados Unidos mostraron más pérdida auditiva que las mujeres; y, entre los hombres, el grado de deterioro auditivo se relacionó con cuánto ruido escuchan en sus ambientes cotidianos. Los hombres del campo, quienes escuchan menos ruido a lo largo de sus vidas que los trabajadores fabriles urbanos, experimentaron menos pérdida auditiva en la adultez tardía que los trabajadores fabriles.

Hallazgos como éstos ilustran cómo la investigación transcultural puede proporcionar *validez externa*. Un estudio que use sólo una muestra estadounidense (en especial una muestra que se conforme sólo con hombres estadounidenses u hombres urbanos estadounidenses) podría sobrestimar la cantidad de pérdida auditiva asociada con el envejecimiento fisiológico normal. Claramente, tal estudio no podría generalizarse a las mujeres estadounidenses o a los Mabaans en Sudán, o acaso también a otras culturas. Al observar a personas de varios grupos culturales y étnicos, los investigadores pueden aprender cuáles aspectos del desarrollo parecen ser universales (y por tanto una parte del proceso de envejecimiento en cualquier parte), y cuáles son culturales.

Así como los viajeros que regresan del extranjero pueden ver aspectos familiares de su propio mundo desde una nueva luz, el aprender acerca de las ideas y prácticas de otras culturas puede darte una nueva perspectiva de la tuya. A lo largo de este libro se presentan muchos ejemplos de investigación transcultural. Tales estudios demuestran cuán cercanamente el desarrollo adulto se liga a la sociedad y la cultura y cuán enormemente el desarrollo “normal” puede variar en diferentes escenarios culturales.

Los *cuestionarios* son instrumentos escritos, que se aplican personalmente o por correo. Puesto que es más sencillo registrar y sumar los cuestionarios que las entrevistas, con frecuencia son más utilizados en encuestas a gran escala.

Cualquier tipo de autorreporte puede ser proclive a la imprecisión. La memoria de los participantes puede ser defectuosa, o bien, una persona puede modificar consciente o inconscientemente sus respuestas para hacerlas más aceptables. La forma en que se plantee una pregunta puede afectar la respuesta. Un ejemplo de lo anterior fue la encuesta Roper publicada por el American Jewish Committee en 1993. Los resultados originales fueron sorprendentes: 22 por ciento de los adultos encuestados dijo que parecía “posible” en vez de “imposible” que el holocausto (el aniquilamiento nazi de judíos durante la Segunda Guerra Mundial) nunca hubiera ocurrido (Siano, 1993; T. W. Smith, 1995; “Testing Awareness of the Holocaust”, 1993). Sin embargo, cuando la encuesta se repitió por segunda ocasión planteando la pregunta



**FIGURA 2.1** Diferencias transculturales en la pérdida auditiva mostradas en un estudio que comparó a hombres y mujeres estadounidenses expuestos a niveles de ruido variables en sus ambientes cotidianos, con ancianos en una tribu sudanesa expuesta a niveles de ruido inusualmente bajos. Estos hallazgos sugieren que la pérdida auditiva no es meramente fisiológica, sino que tiene influencia ambiental. FUENTE: Balts, Reese y Nesselroade, 1977.

con más claridad, sólo de 1 a 3 por ciento dijo que parecía posible que el holocausto no hubiera ocurrido (T. W. Smith, 1995). En ocasiones la identidad del encuestador también puede marcar una diferencia. En una encuesta de una universidad del noroeste de Estados Unidos, los hombres tuvieron el doble de probabilidad de admitir haberse involucrado en hostigamiento sexual en el centro de trabajo cuando les preguntó un hombre, que cuando fue una mujer (Secter, 1995).

Los autorreportes ocupan un lugar relevante en la investigación psicológica, pero están limitados por su subjetividad. Dependen en gran medida del conocimiento que se tenga de los procesos que pueden ser parcial o totalmente conscientes y que inevitablemente se filtran a través de la pantalla interpretativa de cada participante. Para muchos tipos de investigación, los investigadores buscan mayor objetividad a través de medidas que no dependen de reportes verbales.

#### MÉTODOS CONDUCTUALES: PRUEBAS Y OTRAS MEDIDAS

Una medida conductual como una prueba de inteligencia *muestra* algo acerca de una persona en lugar de pedirle a ésta que *diga* algo sobre sí misma. Es posible usar tests y otras medidas conductuales y neuropsicológicas, incluidos dispositivos mecánicos y electrónicos, para valorar habilidades, capacidades, conocimientos, competencias o respuestas fisiológicas.

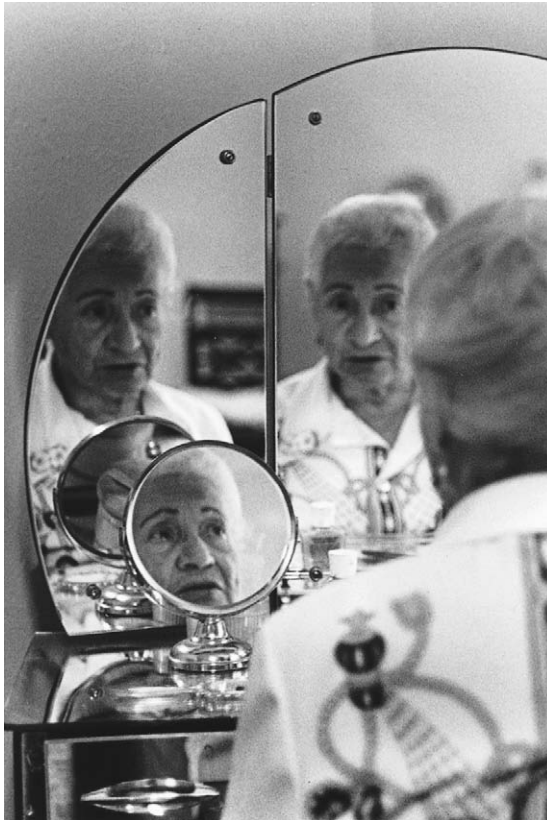
#### OBSERVACIÓN

Un científico debe [...] ser absolutamente como un niño. Si ve una cosa, debe decir que lo ve, ya sea que fuese lo que pensó que iba a ver o no. Ve primero, piensa después, luego pon a prueba. Pero siempre ve primero. De otro modo sólo verás lo que esperabas. (D. Adams, 1985, pp. 164-165.)

*Ver* es una palabra común por lo que los científicos la sustituyen por lo que ellos llaman *observación*. La observación puede tomar dos formas: observación naturalista y observación de laboratorio.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué estrategias usarías para realizar una observación naturalista que fuese tan sistemática y sin sesgo como sea posible?



© Joel Gordon

*Muchos cuidadores observan el “fenómeno del espejo”, en el que una persona con enfermedad de Alzheimer reacciona a su propio reflejo como si fuese otra persona. Tales observaciones naturalistas pueden sugerir preguntas para un estudio más profundo y completo.*

“fenómeno del espejo”. La madre, con vacilación, fue al espejo y apuntó hacia su propio reflejo. Algunos cuidadores han reportado este “fenómeno del espejo”, en el que los pacientes con demencia reaccionan a su propio reflejo como si fuese otra persona. ¿Tienen algo que ver con este fenómeno las características particulares de la situación o el grado de demencia? Las respuestas pueden provenir de la **observación en el laboratorio** (que puede o no tener lugar en un laboratorio real) en el que los investigadores observan a un grupo de personas bajo condiciones idénticas y controladas. Al manipular el ambiente, los investigadores pueden observar cualquier diferencia en el comportamiento.

En un estudio en un centro geriátrico francés (Biringer, Anderson y Strubel, 1988), dieciocho mujeres que representaban tres distintas fases de deterioro de la enfermedad de Alzheimer, (fases 5, 6 y 7), se sentaron, por turnos, frente a un espejo. Los investigadores observaron a cada mujer desde la habitación contigua durante 5 minutos con el propósito de ver si actuaría como si supiese que enfrentaba su propio reflejo. A continuación, un investigador entraba a la habitación y, mientras reordenaba el cabello de la mujer (un procedimiento común en el centro), ensuciaba su frente con hollín de un corcho quemado. El investigador salía entonces de la habitación y observaba a la mujer durante 5 minutos. Finalmente, el investigador regresaba de nuevo y ponía una marca en la mano de la mujer, la cual podía ver sin mirarse en el espejo, y luego la observaba durante 5 minutos más.

La **observación naturalista** tiene lugar en escenarios de la vida real. Los investigadores no manipulan el ambiente o las actividades de los participantes. Simplemente registran lo que observan.

La observación sistemática y prolongada puede revelar información que se pierde a través de la observación casual. Un ejemplo de lo anterior se pone en evidencia en un estudio realizado a residentes de asilos. En estas instituciones el personal había reportado vagabundeos en los residentes por lo que se decidió pedirles que utilizaran dispositivos electrónicos en los tobillos que automáticamente activaban videograbadoras. Los miembros del personal vieron las videocintas e identificaron los patrones de movimiento de los residentes. Aproximadamente un 81 por ciento del movimiento de éstos, reportados en un principio como “vagabundeos” (en comparación con 94 por ciento de los “no vagabundeos”), evidenció ser un viaje con un propósito definido de un lugar a otro. Aparentemente, mucho de lo que los miembros del personal ordinariamente interpretaban como vagabundeo sin dirección en realidad era movimientos eficientes (Martino-Saltzman, Blasch, Morris y McNeal, 1991).

En ocasiones, la observación naturalista da lugar a preguntas que no pueden ser respondidas de manera concluyente. Una mujer de 68 años de edad, con enfermedad de Alzheimer, se agitó y rechazó entrar al baño, pues afirmaba que adentro había un extraño. Su hija gentilmente la condujo al baño y le dijo: “muéstrame al extraño”.

La mayoría de las mujeres en una etapa menos avanzada de la enfermedad (fase 5) se reconocían ellas mismas en el espejo durante el primer periodo de observación, y cada una de ellas mostró comprensión de que la marca en la frente del reflejo en el espejo en realidad estaba en su propia frente. Algunas de las mujeres en la fase 6 pudieron reconocerse a sí mismas y responder de manera adecuada a las marcas en sus frentes mientras que otras no lo lograron. Sin embargo, todas estas mujeres respondieron adecuadamente a las marcas en sus manos, lo que sugiere que la falta de respuesta a una marca en la frente no se debe simplemente a la falta de interés en marcas extrañas en el cuerpo. En la fase 7, todas las mujeres fallaron para responder a las marcas en sus reflejos, y todas, menos una, fallaron en responder a marcas en sus manos.

La observación puede producir mucha información descriptiva útil. Pero, incluso bajo condiciones controladas de laboratorio, la observación por sí misma no puede explicar el comportamiento. Los estudios descritos anteriormente no te dicen por qué los pacientes con enfermedad de Alzheimer avanzada parecen perder la habilidad para reconocerse a sí mismos antes de extraviar la habilidad de notar una marca en sus manos. Dos medidas precautorias adicionales: primero, la presencia de un observador puede afectar el comportamiento. Si los adultos saben que son observados, pueden actuar de manera diferente. Los investigadores pueden ser capaces de obtener una imagen clara y precisa sólo a través de la observación a largo plazo, en la que gradualmente dejan de ser percibidos por la habituación al estímulo, o cuando la observación se realiza de manera tan discreta que la persona observada no se percata de ello. Segundo, la validez de la observación puede estar limitada por el **sesgo del observador**: una tendencia a malinterpretar o distorsionar los datos observados para ajustarlos a las expectativas del observador, acaso mediante el énfasis de algunos aspectos y la minimización de otros.

## DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN BÁSICOS

Un diseño de investigación es un plan para llevar a cabo una investigación: qué preguntas se deben responder, cómo se selecciona a los participantes, cómo se recopilan e interpretan los datos, y cómo se pueden extraer conclusiones válidas. En la investigación del desarrollo se emplean tres diseños básicos: los estudios de caso, los estudios correlacionales y los experimentos. Cada diseño tiene ventajas e inconvenientes, y cada uno es adecuado para ciertos tipos de problemas de investigación (véase la tabla 2.3).

### Estudios de caso

Un **estudio de caso** es el estudio de un solo individuo. Algunas teorías, como las de Freud y Erikson, surgieron de estudios de casos clínicos, algunos modificados o revisados posteriormente por otros tipos de investigación. Tanto Freud como Erikson realizaron estudios de caso utilizando materiales biográficos, autobiográficos y documentales. Mediante los estudios de caso se puede lograr mayor profundidad y amplitud al explorar las fuentes del comportamiento y desarrollar y poner a prueba tratamientos para los problemas.

Una ventaja de un estudio de caso es la flexibilidad. El investigador es libre de explorar rutas de cuestionamiento que surjan durante el curso del estudio. Una de las autoras de este libro (R. D. Feldman, 1982) llevó a cabo entrevistas abiertas

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Si fueses responsable de descubrir cómo lograr una vida larga y feliz, ¿qué método de investigación usarías para obtener la respuesta?

**TABLA 2.3**

*Diseños de investigación básicos*

<b>Tipo</b>	<b>Características principales</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Desventajas</b>
Estudio de caso	Estudio a profundidad de individuos solos.	Flexibilidad; proporciona un cuadro detallado del comportamiento y el desarrollo de una persona; puede generar hipótesis.	Puede no generalizarse a otros; las conclusiones no se pueden probar de manera directa; no se puede establecer causa y efecto.
Estudio etnográfico	Estudio a profundidad de una cultura o subcultura.	Puede ayudar a superar sesgos en la teoría y la investigación basados en la cultura; puede probar la universalidad de fenómenos del desarrollo.	Sujeto a sesgo del observador.
Estudio correlacional	Intento por encontrar una relación positiva o negativa entre variables.	Permite predecir una variable sobre la base de otra; puede sugerir hipótesis acerca de relaciones causales.	No puede establecer causa y efecto.
Experimento	Procedimiento controlado en el que un experimentador controla la variable independiente para determinar su efecto sobre la variable dependiente; se puede realizar en el laboratorio o el campo.	Establece relaciones causa y efecto; es estrictamente controlada y puede ser repetida por otro investigador; el grado de control es más grande en el experimento de laboratorio.	Los hallazgos, en especial cuando se derivan de experimentos de laboratorio, no se pueden generalizar a situaciones fuera de aquél.

con hombres y mujeres de edad media quienes, como ella, habían sido panelistas frecuentes en *Quiz Kids*, un popular programa de preguntas de radio y televisión que presentaba a jóvenes precoces. Una de ellos, Claude Brenner, era una ingeniera de 52 años con una variada carrera que iba de la tecnología espacial a la conservación de energía. Después de reflexionar ampliamente acerca de los efectos de *Quiz Kids* sobre su vida personal y profesional, Brenner concluyó:

Así que la pregunta se remite a la medida en la que fuimos influidos, controlados, gobernados y conformados por la experiencia *Quiz Kids*. Yo respondería enormemente, más no exclusivamente. Yo atribuía todas mis dificultades emocionales a dicha experiencia, y no es justo. Hubo otros factores que influenciaron nuestras vidas, como nuestras familias, aunque éstas también fueron inevitablemente afectadas por nuestra experiencia *Quiz Kids*. Existe un entrecruzamiento de causa y efecto que se volvió una red sin costuras [...] Nunca sabremos si fuimos *Quiz Kids* debido al tipo de personas que éramos



Cortesía de Quiz Kids, Inc.

*En los años cuarenta, Claude Brenner (extrema derecha) fue panelista en Quiz Kids, un popular programa de concursos de radio que presentaba niños sobredotados. A los 52, Brenner fue una de los muchos Quiz Kids que participaron en estudios de caso realizados por su colega panelista Ruth Duskin Feldman (centro), coautora de este libro. Otro antiguo Quiz Kid, James Dewey Watson (segundo desde la izquierda) ganó un premio Nobel en 1962 por el descubrimiento de la estructura del ADN, la sustancia que determina características hereditarias.*

o si éramos el tipo de personas que éramos porque fuimos *Quiz Kids*. (R. D. Feldman, 1982, p. 135.)

El comentario de Brenner ilumina una importante limitación de los estudios de caso: no producen información inequívoca acerca de relaciones causales porque no hay una forma de poner a prueba la validez de una explicación. Además, los estudios de caso son particularmente proclives al sesgo del observador. En un caso notorio, Freud reprendió a una chica de 18 años, quien se quejaba de las insinuaciones sexuales de un amigo de la familia, por su rechazo “histórico” a seguir lo que Freud consideraba era su verdadero deseo de tener sexo con el hombre (Lakoff y Coyne, 1993). Finalmente, aunque un estudio de caso puede ofrecer una rica descripción de un solo individuo, es cuestionable cómo la información se aplica a las personas en general.

Sin embargo, y a pesar de sus limitaciones, los estudios de caso pueden proporcionar valiosa información acerca de la personalidad y el comportamiento individual y pueden sugerir hipótesis para que otra investigación las ponga a prueba. En un famoso estudio de caso, un epiléptico conocido como H. M. perdió la memoria de los eventos recientes, mas no su habilidad para aprender nuevas destrezas, como resolver rompecabezas, después de que su hipocampo y estructuras cerebrales vecinas se extirparon con la intención de detener sus convulsiones (Kalat, 1992). Los estudios de caso como éste han estimulado la investigación acerca de las diferencias entre la memoria factual y la procedimental, y las estructuras cerebrales que parecen estar involucradas en cada una.

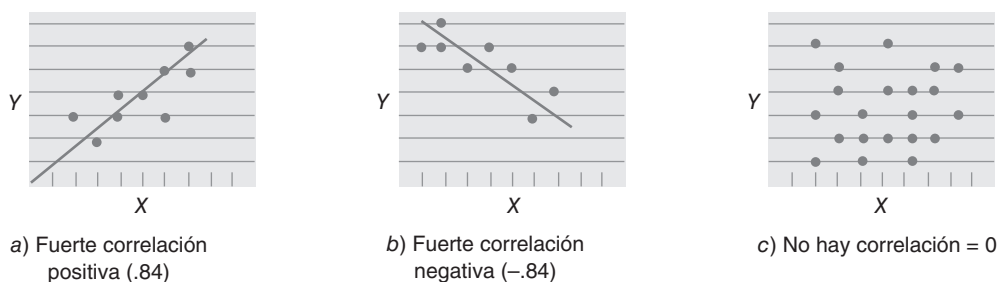
## Estudios de correlación

Supón que quieres investigar si la presión sanguínea tiene algo que ver con el riesgo de un ataque cardíaco. Al medir cuidadosamente ambos fenómenos, es posible encontrar que las personas con presión arterial alta tienen más probabilidad de padecer ataques cardíacos que las personas con presión arterial baja. Si es así, se encontró una *correlación*, o relación, entre presión arterial y ataques cardíacos.

Los investigadores con frecuencia se interesan en identificar relaciones entre **variables**, fenómenos que cambian o varían entre las personas. (Las *constantes* son cosas que no cambian o no varían.) Los investigadores están particularmente interesados en encontrar variables (como la presión arterial y el riesgo de ataque cardíaco) que cambien juntas, esto es, que se relacionen mutuamente.

Un **estudio correlacional** se diseña para descubrir si se puede calcular una correlación estadística que muestre la dirección y fuerza de una relación entre variables. Puede mostrar si dos variables se relacionan *positivamente* (esto es, ambas aumentan o disminuyen juntas, como la presión arterial y los ataques cardíacos) o *negativamente* (conforme una aumenta, la otra disminuye), y en qué grado. Una correlación negativa *no* significa “no correlación”. Significa que los dos factores cambian en direcciones opuestas. Por ejemplo, estudios en varios países muestran una correlación negativa entre el nivel educativo y el riesgo de demencia debida a enfermedad de Alzheimer. En Shangai, las personas mayores de 75 años con poca o ninguna educación tienen el doble de probabilidad de desarrollar demencia, que quienes tienen alguna escolaridad. En otras palabras, *menos* escolaridad se asocia con *más* demencia (Katzman, 1993).

Las correlaciones numéricas varían de +1.0 (una relación positiva perfecta, o directa) a -1.0 (una relación negativa perfecta, o inversa). Desde luego, las correlaciones perfectas son raras. Mientras más cerca de +1 o -1 esté la correlación, más fuerte es la relación, ya sea positiva o negativa. Una correlación de cero significa que las variables no tienen relación (véase la figura 2.2).



**FIGURA 2.2** Los estudios de correlación pueden encontrar correlaciones positivas o negativas o ninguna correlación. a) En una correlación positiva, los datos colocados sobre una gráfica se agrupan alrededor de una línea que muestra que una variable ( $X$ ) aumenta conforme la otra variable ( $Y$ ) aumenta. b) En una correlación negativa, una variable ( $X$ ) aumenta conforme la otra variable ( $Y$ ) disminuye. c) Cuando los aumentos y disminuciones en dos variables no muestran una relación consistente, no existe correlación (correlación cero; esto es, los datos en una gráfica no muestran ningún patrón).



Las correlaciones permiten a los investigadores realizar predicciones, pero no extraer conclusiones acerca de la causa y el efecto. El canto de un gallo anuncia, mas no trae, el amanecer. Una fuerte correlación positiva sugiere, pero no puede decir con certeza, que la presión arterial alta causa ataques cardiacos. Las cardiopatías (y, acaso, también la presión arterial alta) pueden resultar de un tercer factor desconocido. De igual modo, la correlación negativa entre educación y el grado de demencia puede deberse a otra variable, como al nivel socioeconómico, que puede explicar *tanto* los más bajos niveles de escolaridad *como* los niveles más altos de demencia. En comparación con las personas que pueden acceder a una escolaridad avanzada, las personas que no pueden hacerlo quizá tengan dietas más pobres, mayor exposición a toxinas ambientales, menos atención apropiada a la salud, u otras privaciones que contibuyan a una mayor probabilidad de deterioro mental. Si un estudio encontrase una correlación entre educación y desarrollo cerebral, sería un fuerte indicio de que la actividad intelectual puede proteger contra la demencia, pero todavía no podría establecer de manera definitiva una conexión causal. Sólo un experimento podría hacer eso. (Sin embargo, en este caso, tanto por razones prácticas como éticas que serán enunciadas más adelante, tal experimento no podría llevarse a cabo.)

## Experimentos

Un **experimento** es un procedimiento rigurosamente controlado en el que el experimentador manipula sistemáticamente una o más variables para ver si tal manipulación causa cambios en otras variables no controladas. Dicha manipulación es lo que permite a los experimentadores establecer la causa y el efecto. Los experimentos deben realizarse y reportarse en tal forma que otros investigadores puedan replicarlos (repetirlos) para verificar los resultados y conclusiones.

### DISEÑO DE UN EXPERIMENTO

Imagina que ves un anuncio comercial para una píldora que se supone mejora la visión. ¿Cómo puedes diseñar un experimento para probar tal afirmación?

**Variables y grupos** El primer paso es identificar las variables. Una **variable independiente** es algo sobre lo cual el experimentador tiene control directo, en este caso, ingestión de píldoras para la visión. Una **variable dependiente**, en este caso la agudeza visual, es algo que puede o no cambiar como resultado de transformaciones en la variable independiente; es decir, puede o no depender de la variable independiente. El experimentador manipula la variable independiente (las píldoras) para ver si y cómo afectan a la variable dependiente (visión). Esta manipulación de la variable independiente (la cosa que el experimentador quiere estudiar) se llama **tratamiento**.

Después de identificar las variables, el experimentador debe dividir a los participantes en dos grupos: un **grupo experimental**, al que se le dará el tratamiento, y un **grupo control**, que no lo recibirá. Un grupo control es un elemento esencial para la realización de un experimento; está conformado por personas similares al grupo experimental que se exponen a todo lo que el grupo experimenta, excepto al trata-

miento. Un grupo control muestra cómo serían las personas que no seguirán el tratamiento manteniendo todas las otras variables constantes.

En el experimento, el grupo experimental tomaría las píldoras para la visión, mientras que el grupo control tomaría un placebo, que es exactamente igual a la píldora para la visión pero sin los ingredientes activos. Ninguno de los participantes sabría qué tipo de píldora ingeriría. A esto se le llama *prueba ciega*. De manera ideal, las personas que dan las pastillas tampoco tendrían que estar al tanto del propósito del estudio y no sabrían a cuáles participantes se les proporcionan las píldoras para la visión y a cuáles el placebo. A tal procedimiento comúnmente se le denomina *doble ciego*.

Antes de dar el tratamiento al grupo experimental, se podría examinar a ambos grupos para asegurarse de que su agudeza visual es aproximadamente la misma. Después de que ambos grupos tomen igual número de píldoras, se les pondría a prueba nuevamente, una vez o más, para medir el efecto del tratamiento. (De nuevo, idealmente, la persona que administra la prueba no sabría quién tomó cuál píldora, o incluso por qué se realiza la prueba.) Se compararía cualquier cambio en el rendimiento promedio de los grupos y se determinaría si son estadísticamente significativos, esto es, si la diferencia es mayor que la atribuible a la casualidad.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Por qué no es práctico establecer control experimental mediante la asignación aleatoria en la investigación del desarrollo adulto?

**Asignación aleatoria** En el experimento de las píldoras para la visión, si del desempeño de los grupos experimental y control surge una diferencia significativa, ¿podríamos concluir válidamente que las píldoras fueron la causa? No necesariamente. Tendríamos que asegurarnos de que, en un inicio, los dos grupos eran similares en todas las variables relevantes, no sólo en agudeza visual.

Ya se discutió cómo el muestreo aleatorio puede asegurar la validez externa: la generalización de los resultados más allá de la muestra de estudio. La pregunta ahora es referente a la **validez interna** para la muestra en sí: asegurar que el resultado se debía al tratamiento y solamente a éste. ¿Cómo puedes estar seguro de que las píldoras de visión, y no algún otro factor (como cambios físicos que coincidentemente puedan haber ocurrido durante el curso del estudio), causaron la diferencia en el desempeño de los dos grupos?

La respuesta se vincula con el grado de control que se tiene de quien obtiene el tratamiento. Los experimentadores logran este control a través de la **asignación aleatoria** de los participantes en los grupos experimentales y de control. Esto significa que todos los miembros de una muestra tienen la misma oportunidad de hallarse en el grupo que recibe el tratamiento. Si la muestra es lo suficientemente grande, la asignación aleatoria garantiza que las diferencias en factores como edad, sexo, raza y nivel socioeconómico estarán distribuidas de manera equitativa por el azar, de modo que los grupos experimental y de control sean tan parecidos como sea posible en todos los aspectos, excepto en uno: recibir el tratamiento. La asignación aleatoria controla todas las otras variables, y evita que éstas afecten los resultados, de modo que el resultado del experimento reflejará sólo el impacto de la variable independiente (el tratamiento).

En el estudio de la píldora para la visión, se podría lograr validez interna si, después de seleccionar la muestra, de manera alternada se extraen nombres para los grupos experimental y control. Desde luego, en vez de ello deliberadamente se podría intentar emparejar todos los factores que pudieran tener un efecto en los grupos experimental y control. Pero sin importar cuán cuidadosamente se emparejen los

grupos en ciertas características, probablemente se perderían otras que pudieran evidenciar ser igualmente relevantes. La mejor forma de controlar tales factores imprevistos es asignar a los participantes aleatoriamente a los grupos experimental y control. En conjunto, el muestreo y la asignación aleatorios pueden dar a un experimento tanto validez externa como interna.

Lo que hace a una investigación científica tan fascinante es que los investigadores nunca pueden estar seguros, por adelantado, de los resultados de un estudio. Aunque los científicos con frecuencia tienen corazonadas o hipótesis acerca de lo que puede ocurrir en un experimento, la naturaleza siempre parece estar lista para dar sorpresas. Por ejemplo, el experimento que se expuso anteriormente, si en realidad se realiza, puede mostrar que las píldoras para la visión *reducen* la agudeza visual. Entonces se tendría que buscar, y poner a prueba, una nueva hipótesis para explicar tal resultado inesperado.

### EXPERIMENTOS DE LABORATORIO, DE CAMPO Y EN ESCENARIOS NATURALES

Los métodos como la asignación aleatoria se utilizan más frecuentemente en los *experimentos de laboratorio*, en los que los investigadores tienen control total y pueden aislar a los grupos y las variables para su estudio. No todos los estudios pueden ser claramente llevados a cabo dentro de un laboratorio. Sin embargo es posible lograr la validez interna en experimentos fuera de éste, si los investigadores controlan quién obtiene el tratamiento. Un *experimento de campo* es un estudio controlado que se realiza en un escenario (como un supermercado, un bar para solteros o un asilo) que es parte de la vida cotidiana.

En ocasiones, por razones prácticas o éticas, es imposible llevar a cabo un experimento puro (aunque, como se discute al final de este capítulo, los científicos en alguna época realizaron experimentos que en la actualidad se considerarían poco éticos). Por ejemplo, un experimento que ponga a prueba si la educación tiene un efecto protector contra la demencia tendría que privar de la educación al grupo control.

Sin embargo, la naturaleza puede proporcionar los datos crudos para un *experimento en un escenario natural*. Aquí el investigador compara a las personas que se dividieron en diferentes grupos por circunstancias de la vida: un grupo que haya sido expuesto a padecer hambre, una enfermedad venérea, un defecto de nacimiento o una educación avanzada; y otro grupo que no haya sido expuesto. Los experimentos en escenarios naturales, puesto que no permiten la manipulación de variables o el control en la asignación a grupos, en realidad son estudios de correlación.

### CONFLICTOS EN LA VALIDEZ DE CONSTRUCTO Y LA INVARIANZA FACTORIAL

Un niño recibe un carro de juguete activado por voz para su quinto cumpleaños. El carro viajará por el piso cuando el niño diga “¡Ve!” Después de un momento, el niño decide quitar las ruedas al carro y ver qué ocurre. Cuando dice “¡Ve!”, el carro se queda quieto. “Mira”, dice el niño a su madre, “si le quitas las ruedas al carro, se queda sordo”.

¿Qué está mal en la afirmación del niño? Claramente, el tratamiento (quitar las ruedas) produjo el efecto que identificó (fracaso para moverse cuando se le ordena). Si tuviese que comprobar experimentalmente su conclusión, al quitar las ruedas de un

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué tipos de investigación son más adecuados para un escenario de laboratorio y cuáles para un escenario de campo? Proporciona ejemplos.

grupo experimental, seleccionado y asignado aleatoriamente, de carros de juguete activados por voz y no a los de un grupo control, los carros en el grupo control se moverían al ordenarles, y los del grupo experimental no lo harían. Por tanto, el experimento tendría validez interna y externa. Más aún, los resultados serían fáciles de replicar.

El problema es que el niño no estudia la cosa que él cree estudiar. Él piensa que se ocupa de la pérdida de audición cuando en realidad estudia la movilidad física. Su experimento carece de **validez de constructo** porque las manipulaciones y medidas que usó no fueron adecuadas para el *constructo*, el fenómeno que se encuentra bajo estudio.

Los investigadores aseguran la validez del constructo en dos formas: primero, al definir con precisión el constructo; segundo, al encontrar más de una forma de producirlo o medirlo. El niño sólo usó un criterio: el fracaso del carro para moverse cuando se le ordenaba. Otra medida (como el observar si los ejes todavía giran cuando el niño dice “¡Ve!”) puede sugerir una conclusión diferente.

Un problema relacionado en la investigación con el desarrollo adulto y el envejecimiento es la **invarianza factorial**. Puede no ser adecuado emplear el mismo instrumento para medir un constructo (fenómeno) en diferentes grupos de edad. Por ejemplo, las respuestas afirmativas a enunciados como “Siento muchos achaques y dolores” y “No tengo tanto energía como solía” pueden ser indicadores válidos de depresión en adultos jóvenes. Una forma de comprobar la invarianza factorial es descubrir si dos o más preguntas en un cuestionario muestran correlaciones similares en todos los grupos de edad. Por ejemplo, las preguntas acerca de los dolores y la energía se pueden relacionar positivamente con preguntas acerca de sentirse triste en casi todos los adultos jóvenes, pero no todos los adultos mayores.

## DISEÑOS CUASIEXPERIMENTALES:

### EL PROBLEMA DE LA VALIDEZ INTERNA

Si quieres saber cómo la edad afecta algún aspecto del desarrollo, planteas una pregunta acerca de una relación causal; por tanto, el diseño de investigación adecuado parecería ser un experimento. Desafortunadamente, no se puede realizar un experimento puro acerca de los efectos del envejecimiento porque el “tratamiento” bajo estudio es la edad cronológica, y la edad no está sujeta a ningún tipo de control.

En realidad, el paso del tiempo por sí mismo no cambia nada. Cuando los investigadores se plantean indagar sobre los efectos de la edad, lo que en realidad estudian son los efectos de los procesos asociados con el envejecimiento, como por ejemplo los efectos a largo plazo de la exposición a los rayos solares, que puede causar arrugas. Pero estos procesos varían entre los individuos, y los investigadores no pueden asignar aleatoriamente personas a grupos de edad para controlar las variaciones; un experimentador no puede decir a un participante “hoy tendrás 45 años de edad”. Sin la asignación aleatoria, no puedes estar seguro de que la edad es la *única* diferencia relevante entre grupos. Por tanto, la mayoría de los estudios de los efectos de la edad (así como los estudios de otras condiciones inalterables, como el género) utilizan un tipo especial de diseño de correlación llamado *cuasiexperimental*.

Un **cuasiexperimento** se parece a un experimento. Puede medir diferencias entre grupos, o los cambios que siguen a un tratamiento. Pero (como el experimento en un escenario natural) carece de una característica crucial de todos los experimentos

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué observaciones personales has realizado que ejemplifiquen el enunciado “El paso del tiempo por sí mismo no cambia nada”?

puros: el control con base en la asignación aleatoria. Sin la capacidad de asignar aleatoriamente quién obtiene el tratamiento, el investigador no puede generalizar con confianza las explicaciones alternativas sobre el resultado obtenido. Entonces, los cuasiexperimentos tienen problemas de validez interna. Observa varios tipos de diseño cuasiexperimental que se usan en la investigación acerca del desarrollo adulto y el envejecimiento.

## Estudios transversales

Los investigadores que quieren estudiar los efectos del envejecimiento, por decir, en la memoria o la fuerza física, por lo general comparan la habilidad para recordar una cadena de números o levantar cierto peso en grupos de adultos más jóvenes o más viejos. Este diseño de investigación, en el que las personas de diferentes edades se valoran en una ocasión, es un **estudio transversal**, el diseño más utilizado en la investigación en el desarrollo adulto y el envejecimiento.

Las ventajas de la investigación transversal incluyen rapidez y economía; los datos se pueden recopilar muy fácilmente en un gran número de personas. Un estudio transversal puede medir diferencias de edad entre grupos de adultos jóvenes y tardíos, pero, al carecer de la asignación aleatoria de edades, un investigador no puede concluir que el envejecimiento *causa* dichas diferencias.

Un investigador tiene que identificar las circunstancias que pueden afectar la validez interna en su investigación, por ejemplo el muestreo selectivo (las personas seleccionadas pueden ser más o menos capaces), la sobrevivencia selectiva (las personas que viven más tiempo pueden diferir de las personas que ya han muerto) y el cambio debido a la edad (las personas cercanas a la muerte pueden mostrar cierto declive en algunas habilidades). Otra amenaza para la validez interna es que los participantes de diferentes edades pertenecen a distintas *cohortes*. Una **cohorte** es un grupo de personas que comparte una experiencia común, en este caso, la experiencia de crecer aproximadamente al mismo tiempo. Las personas en diferentes cohortes son afectadas por diversos eventos culturales formativos (como guerras, crisis en el mercado de valores, el asesinato de un presidente o la llegada de las computadoras). Por ejemplo, la guerra en Vietnam fue una influencia formativa para la cohorte que creció de mediados de los sesenta a mediados de los setenta, así como la Gran Depresión lo fue para la cohorte que creció en la década de 1930.

Entonces, cuando se intenta comparar grupos de personas más jóvenes y más viejas, ¿cómo sabes si atribuir las observaciones a diferencias de edad o de cohorte (generacional) o a ambas? Los efectos de la edad y de cohorte se pueden *confundir* (mezclar). Esta confusión de los efectos de edad y cohorte es un fallo intrínseco de



© Edward Holub/Corbis Images

*Ir a un café toma un nuevo significado con la aparición de los cybercafé. Las oportunidades para vivir nuevas experiencias están disponibles para personas de todas las edades, pero pueden ser más influyentes para una cohorte particular.*

la investigación transversal. Otro reto es el conflicto de la validez externa (generalizar hacia otros estudios transversales). ¿Los resultados que involucran edades y cohortes son los mismos que los obtenidos para las mismas edades con diferentes cohortes? Identificar los conflictos de la validez interna y externa es importante en la investigación del ciclo de vida. Esto te hace más sensible para identificar las diferencias reales debidas a la edad cronológica y los factores socioculturales relacionados con experiencias específicas de cohorte (históricas).

Los estudios transversales a veces se malinterpretan como fuentes de información acerca de los cambios en el desarrollo, información que puede ser engañosa, como señala el gerontólogo Robert Kastenbaum en la siguiente observación irónica:

Ocasionalmente he tenido la oportunidad de conversar con ancianos que viven en las comunidades cercanas del Cushing Hospital. No puedo evitar observar que muchas de estas personas hablan con un acento italiano. También charlo con adultos jóvenes que viven en esas mismas comunidades. Ellos *no* hablan con acento italiano. Como estudioso del comportamiento y el desarrollo humano... me complazco de mi pensamiento profundo y llego a la siguiente conclusión: conforme la gente envejece, desarrolla un acento italiano. (Citado en Botwinick, 1984, p. 381.)

¿Y si, en lugar de observar una diferencia en acentos, Kastenbaum notara rasgos de personalidad más rígidos entre los ancianos que entre los adultos más jóvenes? ¿Podría atribuir válidamente dicha diferencia al envejecimiento? Tal inferencia puede parecer más razonable, y en ocasiones se hace; pero todavía puede ser falsa. Los adultos mayores que son más rígidos que los adultos más jóvenes también pudieron ser más inflexibles en su juventud. No se puede saber a menos que se les hubiese estudiado entonces, y esto habría requerido un diseño longitudinal.

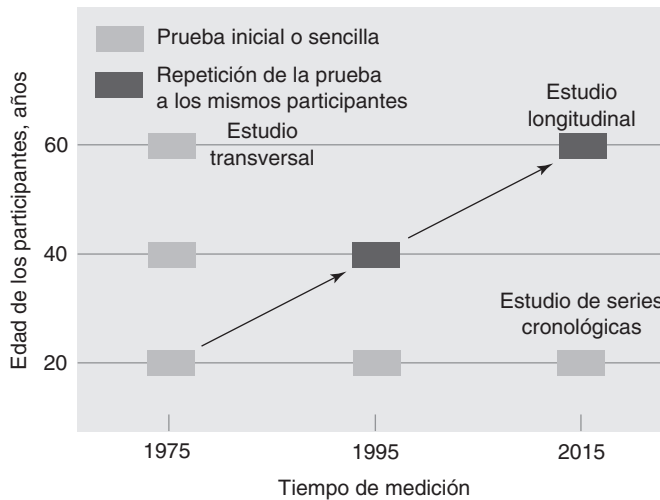
## Estudios longitudinales

Mientras que una investigación transversal proporciona información acerca de las *diferencias* entre grupos de edades, un **estudio longitudinal** muestra *cambios* en la misma persona o personas (véanse la figura 2.3 y el recuadro 2.3). En la investigación longitudinal, los participantes se estudian más de una vez durante un periodo de tiempo, a veces con años de separación. Los investigadores pueden medir una característica (como coeficiente intelectual, altura, agresividad o cantidad de vocabulario) o muchas otras variables. Es por lo expuesto anteriormente, que los estudios longitudinales pueden rastrear el desarrollo individual a largo plazo. Sin embargo, toman más tiempo y son más costosos que los estudios transversales y están sujetos a conflictos de validez interna como los siguientes: los participantes pueden morir (sobrevivencia selectiva) o abandonar el estudio (retiro). Otro probable problema es el sesgo de muestreo (muestreo selectivo): las personas que se registran como voluntarios para tales estudios (y especialmente quienes permanecen en ellos) tienden a estar por arriba del promedio en inteligencia y nivel socioeconómico. Otro problema es poner a prueba los efectos de práctica: las personas que se someten a pruebas de manera repetida tienden a desempeñarse mejor debido a la familiaridad con las preguntas o con los procedimientos. Una amenaza adicional para la validez interna es el cambio con el paso del tiempo.

Los estudios longitudinales también pueden presentar problemas de validez externa. Las conclusiones de un estudio de una cohorte particular (por decir, personas

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo pueden diferir los resultados de una investigación sobre la fuerza y la flexibilidad en la adultez, si se utiliza un estudio transversal en lugar de uno longitudinal?



**FIGURA 2.3 Tres diseños para estudiar el desarrollo humano.** En un estudio transversal, adultos de diferentes edades son valorados al mismo tiempo para obtener datos acerca de *diferencias* en el rendimiento relacionadas con la edad. En el estudio graficado, grupos de 20, 40 y 60 años de edad se pusieron a prueba en 1975. En un estudio longitudinal, un grupo de adultos es evaluado más de una vez para mostrar *cambios* relacionados con la edad en el rendimiento individual. En el estudio graficado, adultos jóvenes fueron valorados primero en 1975, cuando tenían 20 años de edad. Se les volvió a examinar en 1995, a los 40, y se les examinará de nuevo en 2015, a los 60. En una *comparación de series cronológicas*, que muestra influencias históricas, diferentes grupos de personas son evaluados en diferentes momentos, cuando tienen la misma edad. Aquí, un grupo de 20 años de edad fue examinado en 1975; otro grupo de 20 años de edad, en 1995; y un tercer grupo será examinado en 2015.

nacidas en 1930) pueden no aplicarse a otras cohortes (por ejemplo, personas nacidas en 1980).

Más aún, tal como los estudios transversales confunden los efectos de la edad y los de cohorte, los estudios longitudinales confunden los efectos de la edad y los del tiempo de medición: cambios culturales que ocurren entre los momentos cuando se toman las mediciones. Por ejemplo, las calificaciones en pruebas de inteligencia en Estados Unidos aumentaron entre la Primera y la Segunda Guerras Mundiales. ¿Esto se debió a que las personas se volvieron más inteligentes conforme envejecieron, o a que se ampliaron las oportunidades educativas? Al carecer de un grupo control que no envejezca, un estudio longitudinal no puede establecer con certeza que los cambios que revela son efectos del envejecimiento.

### Estudio de series cronológicas

Erland Nelson (1954), en un estudio longitudinal de estudiantes de bachillerato, intentó desligar la edad de los efectos del tiempo de medición. Primero, examinó las actitudes de los estudiantes hacia una amplia variedad de temas. Cuando volvió a examinar a los participantes 14 años después, encontró que sus actitudes eran más liberales. ¿Esto significa que el liberalismo aumenta durante la adultez joven? Tal conclusión puede parecer probable, excepto que, al mismo tiempo que examinó a su muestra original, Nelson examinó una *nueva* muestra de estudiantes de bachillerato



### ¿Qué pueden aportar los estudios longitudinales?

En 1932, Stuart Campbell, de 11 años de edad, se convirtió en uno de los más de 500 niños reclutados para tres estudios conocidos colectivamente como Estudios Longitudinales Berkeley. Stuart efectivamente era huérfano (su madre murió y su padre alcohólico lo abandonó) y fue criado casi en la pobreza por una severa pero amorosa abuela. La investigación en la que Stuart se enlistó fue el Estudio de Crecimiento Adolescente (Oakland), que se diseñó para valorar el desarrollo social y emocional a través de los años de secundaria. Veinte años después, comenzó un estudio de seguimiento a gran escala. Una sucesión de entrevistas y pruebas permitieron a los investigadores rastrear la vida de Stuart hasta los 63.

#### Medidas

Todos los participantes fueron sometidos a exámenes médicos, y sus historias familiares y situaciones de vida actuales se registraron. Realizaron pruebas de inteligencia y psicológicas periódicas, incluidos inventarios de personalidad (instrumentos que arrojan calificaciones psicométricas, o cuantitativas, de ciertos rasgos o grupos de rasgos). Sobre la

base de los datos y las entrevistas registrados, los investigadores desarrollaron historias de vida detalladas (estudios de caso) de 60 participantes.

Con el tiempo la investigación comenzó a enfocarse en un constructo teórico (fenómeno) que los inventarios de personalidad designan como *competencia para la planeación*, una combinación de autoconfianza, compromiso intelectual y desempeño responsable. De los 60 participantes para quienes se desarrollaron los estudios de caso, Stuart Campbell tuvo la mayor calificación para tal competencia.

#### Hallazgos

El sociólogo John A. Clausen (1993), al analizar los resultados de dicho estudio longitudinal, concluyó que la competencia para la planeación ayuda a las personas a movilizar recursos y enfrentar las dificultades. La competencia no *garantiza* el éxito, ni su ausencia asegura el fracaso. Pero evidencia ser la influencia más poderosa sobre el curso de vida de una persona. La persona competente hace buenas elecciones en la adolescencia y la adultez temprana, que con frecuencia conduce a oportunidades prometedoras (becas, buenos empleos y cónyuges com-

con la misma edad que tenía la muestra original cuando se examinó por primera vez. Esta nueva muestra fue tan liberal como la que se volvió a examinar y más liberal de lo que había sido el grupo original 14 años antes, lo que no es de sorprender porque los años de 1940 a 1954 fueron un periodo de liberalismo creciente en la sociedad estadounidense. Nelson concluyó que este cambio histórico probablemente fue la mayor influencia en el cambio en las actitudes de los participantes originales.

Un **estudio de series cronológicas** (lo que Nelson hizo al comparar los dos grupos de estudiantes), mide diferentes cohortes en distintos momentos, cuando tienen la misma edad (véase la figura 2.3). Los padres con frecuencia realizan comparaciones informales de series cronológicas (“Cuando tenía tu edad...”). Aunque las comparaciones de series cronológicas evitan confundir la edad con otros efectos, sí confunden la cohorte y el tiempo de medición. Ambos efectos resultan de importantes influencias culturales en tiempos particulares en la historia; pero los efectos de



petentes); los adolescentes menos competentes toman decisiones tempranas más pobres y luego tienden a encaminarse a vidas con crisis continuas.

Stuart Campbell, por ejemplo, a los 17 años sabía que quería ser médico. Se convirtió en pediatra, se casó temprano en la vida, pasó por un divorcio amigable, se casó de nuevo (esta vez felizmente), tuvo cinco hijos y estableció un hogar y una sólida reputación profesional y cívica en una comunidad de clase media alta. Fue un fuerte hombre de familia, un hombre con el que se podía contar. A los 61, era una persona segura, intelectualmente comprometido y responsable, así como extrovertido, cálido, agradable y modestamente asertivo, cualidades todas que había mostrado desde la adolescencia temprana.

### Conflictos metodológicos

“Los estudios longitudinales no se aproximan a la precisión cuidadosa de un diseño de investigación bien concebido”, dice Clausen. “En ciertas formas, son desordenados y tienen cabos sueltos [...] Las vidas humanas también son de esa manera” (p. 35).

Por ejemplo, la competencia para la planeación inicialmente era una variable dependiente. Los investigadores querían ver si y en qué medida estaba

influenciada por variables independientes como prácticas paternas, calificaciones en pruebas de inteligencia y clase social. Más tarde, durante la fase adulta del estudio, dicha competencia se convirtió en variable independiente; los investigadores midieron su influencia sobre el éxito en la vida.

El reporte de estos estudios se titula *American Lives*, pero en realidad es un reporte de sólo algunas vidas estadounidenses. Los participantes fueron una cohorte nacida en la década de 1920, en una parte del país (el área de la bahía de San Francisco). La muestra (que refleja a la población que vivía ahí en la época) era casi completamente blanca, principalmente nativa, cristiana y de clase media. Por tanto, los hallazgos pueden carecer de validez externa. Además, de los aproximadamente 200 participantes que se retiraron, un número desproporcionado era de familias con problemas financieros o interpersonales, lo que sesgó la muestra final hacia quienes tenían menos problemas.

Aún así, con estas fallas metodológicas, los hallazgos pueden ser útiles como un indicador de la persistencia de los rasgos de personalidad hasta la adultez y de cómo los seres humanos pueden ayudar a conformar sus propias vidas.

cohorte, a diferencia de los efectos de tiempo de medición, pueden haber ocurrido antes del periodo bajo estudio. (La tabla 2.4 compara el diseño de series cronológicas con los transversales y longitudinales.)

## Diseños secuenciales

Algunos investigadores desearían tener una máquina del tiempo, que les permitiera regresar a una muestra representativa de adultos mayores al momento en que eran más jóvenes y examinar, por ejemplo, su funcionamiento cognitivo. Luego la máquina los transportaría de vuelta al presente. Si un segundo examen mostrara mejora o declive, sería claro que la edad era la causa, pues nada más habría cambiado. En realidad, desde luego, es imposible examinar al mismo grupo de personas en el mismo día en diferentes edades; y “los experimentos que se realizan en la vida real

**TABLA 2.4**

*Tres diseños cuasiexperimentales*

<b>Diseño</b>	<b>Mide</b>	<b>Mantiene constante</b>	<b>Confunde validez interna</b>
Tranversal	Diferencias entre grupos de edades	Tiempo de medición	Efectos de cohorte con la edad, muestreo selectivo, sobrevivencia selectiva y cambio con el paso del tiempo
Longitudinal	Cambios con la edad	Cohorte	Tiempo de medición con edad, efectos de práctica, retiro selectivo, muestreo selectivo, sobrevivencia selectiva y cambio con el paso del tiempo
Series cronológicas	Influencias históricas	Edad	Tiempo de medición y cohorte

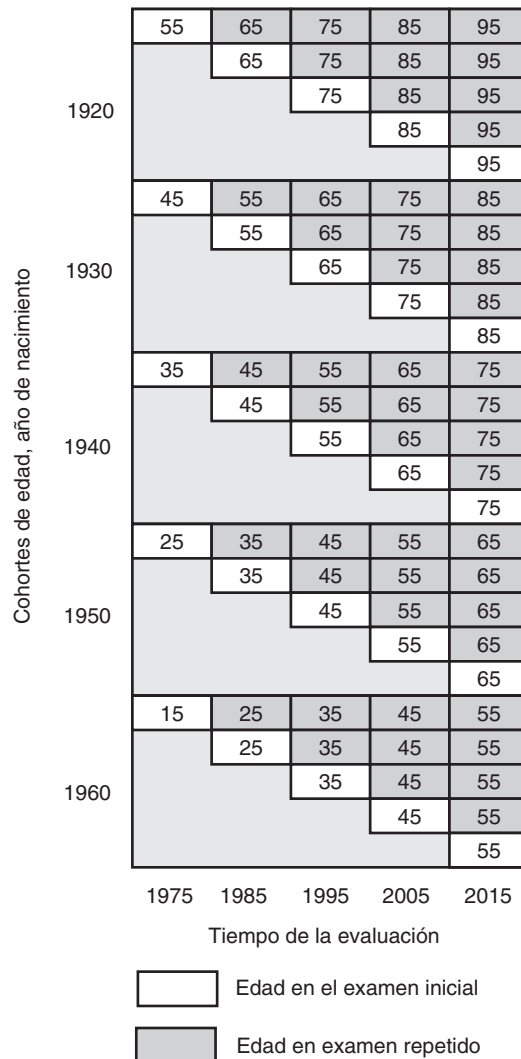
son esfuerzos para aproximarse, tan cerca como sea posible, a este estado casi ideal del fenómeno” (Lachman, Lachman y Taylor, 1982, p. 282).

K. Warner Schaie (1965) proporcionó un nuevo enfoque metodológico al análisis de los datos sobre el desarrollo. Propuso a partir de los diseños transversales, longitudinales y de series cronológicas, tres diseños secuenciales. El *diseño secuencial de cohorte* separa los efectos de edad y cohorte y sus interacciones al replicar un estudio longitudinal con dos o más cohortes. Los efectos de tiempo de medición se supone son mínimos. El *diseño secuencial en el tiempo* separa edad y tiempo de medición y su interacción. Este diseño implica la réplica de un estudio transversal en uno o más tiempos de medición. Los efectos de cohorte se supone son mínimos. El *diseño secuencial transversal* separa cohorte y tiempo de medición y sus interacciones utilizando el método de series cronológicas. Los efectos de edad se supone son mínimos.

Supón que comienzas con una comparación transversal en 1975, cuando cinco cohortes (grupos de edad) que van de los 15 a los 55 años, realizan una prueba de inteligencia (véase la figura 2.4). Posteriormente examinas a estas personas cada diez años hasta el 2015, lo que proporciona datos longitudinales para cada cohorte. Además, llevas a cabo comparaciones de series cronológicas entre cohortes; por ejemplo, puedes comparar a los de 25 años nacidos en 1950 y examinados en 1975 con los de 25 años nacidos en 1960 y examinados en 1985. En cada nueva evaluación, agregas nuevos participantes de cada cohorte para detectar mejoras debidas a los efectos de una evaluación repetida (práctica). Por ejemplo, puedes comparar las calificaciones de las personas examinadas por segunda (o tercera o cuarta o quinta) vez en, por decir, 1995, con las calificaciones de las personas de la misma cohorte que se examinaron por primera vez ese mismo año.

**PENSAMIENTO CRÍTICO**

¿Qué diferencias en las características personales puedes identificar entre tú, un padre y un abuelo que pueda resultar de efectos de cohorte? ¿Qué datos, recopilados en un diseño secuencial, compararías para investigar tu hipótesis con grupos de personas en estos grupos de edad?



**FIGURA 2.4** El diseño de estudio secuencial “más eficiente” es el de Schaie que combina diseños transversales, longitudinales y de series cronológicas. Los participantes en cinco cohortes (grupos de edad) se miden cinco veces sucesivas, con 10 años de separación. Cada vez, se agregan nuevos participantes en cada cohorte, para controlar los efectos de la evaluación repetida (mejoras en desempeño con examinación repetida). Las comparaciones entre cohortes al mismo tiempo de la evaluación muestran diferencias transversales. Cada cohorte también se sigue longitudinalmente, lo que muestra los cambios a través del tiempo. Las diferencias obtenidas por las evaluaciones de series cronológicas son posibles al comparar, por ejemplo, personas de 55 años examinadas en 1975 con personas de 55 años (en otras cohortes) examinadas en 1985, 1995, 2005 y 2015.

Tal diseño permite muchos otros tipos de comparaciones que ayudan a sortear algunos de los efectos antes mencionados. Por ejemplo, puedes comparar cambios en las calificaciones de una cohorte entre, por decir, las edades de 55 y 68, con cambios en otras calificaciones de cohorte entre estas mismas edades. Si los cambios durante este periodo de diez años son similares para las dos cohortes, entonces es más probable que tales cambios se deban a diferencias de edad que a diferencias de cohorte. Pero si las diferencias transversales (diferencias entre calificaciones de cohortes examinadas al mismo tiempo) son mayores que los cambios longitudinales (diferencias en calificaciones sucesivas para la misma cohorte), entonces los efectos relacionados con la edad pueden ser menos significativos de lo que sugerirían los datos transversales solos.

La mayor parte de la investigación secuencial se enfoca en la inteligencia. Los estudios secuenciales proporcionan evidencia clara de efectos de cohorte sobre el desempeño intelectual (Schaie, 1990a; véase el capítulo 6). Sus mayores inconvenientes, y éstos pueden ser desalentadores, implican tiempo, esfuerzo y complejidad. Los diseños secuenciales requieren gran número de participantes y la recopilación y análisis de grandes cantidades de datos durante un periodo de muchos años. Interpretar sus hallazgos y conclusiones puede demandar un alto grado de dificultad.

## ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN

¿Se debe alguna vez realizar investigación que pueda dañar a sus participantes?  
¿Cómo puedes equilibrar los posibles beneficios para la humanidad contra el riesgo de un daño intelectual, emocional o físico a los individuos?

A finales de 1940 y principios de 1970, el gobierno de Estados Unidos patrocinó experimentos en los que adultos y niños que no sabían de la investigación fueron alimentados o inyectados con sustancias radiactivas para probar los efectos de la radiación ante la posibilidad de un ataque nuclear. La impactante divulgación del gobierno estadounidense acerca de estos estudios a finales de 1993 provocó comparaciones con los experimentos “médicos” que los nazis realizaron con los judíos durante la Segunda Guerra Mundial. La investigación en radiación también trajo escalofriantes recuerdos de otro infame estudio apoyado por el gobierno estadounidense durante aproximadamente el mismo periodo: un estudio de 40 años de los efectos de la sífilis no tratada en hombres afroamericanos (Jones, 1981).

En 1932, cuando comenzó dicho estudio, la sífilis (una enfermedad crónica de transmisión sexual que eventualmente puede producir parálisis, ceguera, locura, gran daño cardíaco, y que conduce finalmente a la muerte) se esparcía rápidamente entre la población pobre, principalmente afroamericana, en la zona rural del condado de Macon, Alabama. Los métodos de tratamiento disponibles en esa época eran de dudosa seguridad y efectividad. Los oficiales del servicio de salud pública estadounidense, en cooperación con el respetado Tuskegee Institute (que se ubicaba en el área) y agencias de salud estatales y municipales, aprovecharon la oportunidad de estudiar la evolución natural de la enfermedad en 399 hombres afroamericanos que nunca fueron tratados. Pruebas de sangre y exámenes médicos gratuitos, almuerzos calientes y promesas de beneficios de sepelios gratuitos indujeron a los participantes a someterse a periódicas y dolorosas punciones espinales con la intención de determinar cómo progresaba la enfermedad.

Los patrocinadores encubrieron la naturaleza y propósito del estudio a los participantes principalmente analfabetas, a quienes falsamente se les dijo que las punciones

espinales eran tratamientos. Tampoco se les informó que se les excluiría de cualquier tratamiento futuro que pudiera estar disponible. La meta era “llevarlos a la autopsia” (Jones, 1981, p. 132). Después del descubrimiento de la penicilina en la década de los cuarenta, se les ocultó la información acerca de la medicina y quienes se enteraron de su existencia fueron desalentados activamente para no tomarla. En la visión de los patrocinadores, el uso creciente de esta “medicina maravillosa” hizo del estudio Tuskegee una oportunidad final para estudiar un grupo no tratado de sífilíticos. En realidad, los defectos metodológicos, como una falta de cualquier grupo control de sífilíticos tratados, y el hecho de que muchos de los participantes gestionara la obtención de tratamiento por cuenta propia, hizo que los hallazgos del estudio fueran inútiles.

Aunque los reportes del estudio Tuskegee se publicaron poco a poco en revistas médicas, no surgió objeción sino hasta mediados de los 1960. Después de que la prensa publicara la historia en 1972, hubo una investigación del Congreso que condujo a la terminación del estudio. Los sobrevivientes demandaron al gobierno federal y lograron un acuerdo fuera de la corte.

En la actualidad es casi inconcebible que tal estudio se hubiese realizado. Desde la década de 1970, en escuelas, universidades y otras instituciones se establecieron comités organizados federalmente para revisar la investigación propuesta desde un punto de vista ético. Los lineamientos de la American Psychological Association cubren puntos tales como la protección ante el daño y la pérdida de dignidad de los participantes en la investigación, garantías de privacidad y confidencialidad, consentimiento informado, evitación de decepción, el derecho a declinar o retirarse de un experimento en cualquier momento, y la responsabilidad de los investigadores para

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué pasos se deben tomar para proteger a los ancianos y a otras personas vulnerables del daño que les puede provocar la participación en investigación humana?



National Archive, Southeast Region

*Las visitas a los domicilios por una enfermera, Eunice Rivers, fueron parte del estudio Tuskegee del curso de sífilis no tratada, un ejemplo clásico de la necesidad de consentimiento informado en la investigación. Los participantes principalmente eran hombres analfabetos pobres en la zona rural del condado de Macon, Alabama, como este agricultor de algodón. Cuando estuvo disponible un tratamiento seguro y efectivo, éste se les negó. El estudio, que comenzó en 1932, terminó 40 años más tarde, después de una investigación del Congreso. Los estándares éticos en efecto actualmente prohibirían una investigación de esa naturaleza en seres humanos.*

corregir cualquier efecto indeseable (APA, 2002). Aun así, los investigadores pueden enfrentarse a problemáticas preguntas éticas.

Uno de los aspectos más perturbadores tanto de los estudios de radiación como el de Tuskegee es la falta de consentimiento informado. El consentimiento informado existe cuando los participantes acuerdan participar de manera voluntaria y están plenamente conscientes de los riesgos, así como de los beneficios potenciales. Los estándares éticos requieren que los participantes sean competentes para dar consentimiento y no ser explotados. Pero los estudios que buscan causas y tratamientos para, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer, necesitan participantes cuyo estado mental puede evitar que estén total o incluso parcialmente conscientes de comprender en qué se están involucrando. ¿Cuándo, si alguna vez, es adecuado para una persona con demencia ser parte de un estudio que pueda ser benéfico para las personas con dicha condición? (Un ejemplo sería el estudio citado anteriormente que involucra mujeres con enfermedad de Alzheimer que se examinaron para ver si podían reconocer manchas en sus frentes.) ¿Y si una persona da su consentimiento y más tarde olvida haberlo hecho? Si los cuidadores dan consentimiento, ¿cómo puedes asegurarte de que actúan de acuerdo con los intereses del paciente? La práctica actual, para estar seguro de lo anterior, es pedir consentimiento *tanto* a los participantes *como* a los cuidadores.

Obviamente, el consentimiento informado no puede existir cuando a los participantes se les engaña acerca de la naturaleza de un estudio. Un polémico experimento en la Yale University ejemplificará lo anterior: Stanley Milgran (1963) sondeó qué tan lejos llegarían los estadounidenses ordinarios para obedecer órdenes que lastimaran a una persona inocente. Los participantes fueron reclutados para un “experimento de aprendizaje”, pero en realidad se examinaba su voluntad para seguir instrucciones para aplicar “choques eléctricos” aparentemente dolorosos, cada vez más fuertes, a un “aprendiz” no exitoso oculto detrás de una pantalla. En retrospectiva, Lawrence Kohlberg (1974b), quien propuso una teoría sobre el desarrollo moral, observó el estudio, llamándolo “un experimento moralmente dudoso” (p. 42) debido al efecto que provocaba sobre la sensibilidad moral de los participantes. Investigaciones como ésta, que es intrínsecamente engañosa, pueden agregarse al conocimiento, pero a costa del derecho a saber de los participantes en qué se involucran.

Puede ser que las precauciones en cuanto al consentimiento informado hayan ido tan lejos como para funcionar *contra* el bienestar de un paciente en algunas instancias. En pruebas recientes, una nueva bomba parecida a un émbolo mostró ser más efectiva que los métodos tradicionales para restaurar la circulación sanguínea inmediatamente después de un ataque cardíaco. Pero, dado que los pacientes inconscientes no estaban en posición para dar consentimiento informado, la Food and Drug Administration estadounidense suspendió el estudio, aun cuando la técnica parecía mejorar significativamente las tasas de sobrevivencia y recuperación (Hurley, 1994).

¿Los adultos se deben sujetar a la investigación que pueda dañar su autoestima? Los estudios acerca de los límites de la memoria, por ejemplo, se basan en el concepto de “factor de fallo” intrínseco que se refiere a que el investigador plantea preguntas hasta que el participante no puede responder. ¿Este fallo inevitable puede afectar la autoestima de un participante? ¿La publicación de estudios en los que adultos jóvenes son evaluados más alto que los ancianos puede crear profecías autocumplidoras, que afecten las expectativas sociales y el desempeño de los adultos mayores?

¿Qué hay acerca del derecho a la privacidad? ¿Es ético utilizar espejos semirreflejantes y cámaras ocultas para observar a las personas sin su conocimiento?

¿Cómo se puede proteger la confidencialidad de la información personal que los participantes puedan revelar en entrevistas o cuestionarios (por ejemplo, acerca del ingreso o relaciones familiares, o incluso acerca de actividades ilegales, como fumar marihuana o robar en tiendas)?

A pesar de las estrictas reglas y de un contexto ético enormemente mejorado que prevalece en la actualidad, situaciones específicas con frecuencia requieren juicios severos. Todos en el campo del desarrollo adulto y el envejecimiento deben aceptar la responsabilidad de intentar hacer el bien y, a final de cuentas, no causar daño.

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

### *Metateorías*

- Una metateoría abarca teorías y modelos con características similares en varias ramas de la ciencia. Los científicos con diferentes perspectivas metateóricas pueden estudiar diferentes problemas, emplear diferentes métodos e interpretar datos de manera distinta.
- Tres metateorías importantes son las perspectivas mecanicista, organicista y contextual.
- La perspectiva mecanicista ve al comportamiento como una máquina y analiza los fenómenos al descomponerlos en partes más simples. Los mecanicistas ven el desarrollo como cuantitativo y al envejecimiento como una época de declive. Un ejemplo es la teoría de procesamiento de la información.
- La perspectiva organicista ve a los adultos como organismos que se desarrollan en un orden sistemático y controlado internamente. El desarrollo ocurre a través de una serie universal de etapas cualitativas. Un ejemplo es la teoría de desarrollo de personalidad de Erikson.
- La perspectiva contextual concibe al comportamiento como un acto en marcha en un contexto fluido. Los contextuales enfatizan las diferencias individuales y ven el desarrollo como adaptativo, como producto de la interacción entre el individuo y el ambiente. Son ejemplos la teoría de establecimiento de metas de Bühler y el modelo de “espacio vital activado” de Sansone y Berg.
- El enfoque de desarrollo del ciclo de vida extrae información de las tres metateorías, en particular de la contextual.

**teoría (p. 35)**

**datos (p. 35)**

**desarrollo cuantitativo (p. 35)**

**desarrollo cualitativo (p. 36)**

**metateoría (p. 36)**

**modelo (p. 36)**

**perspectiva mecanicista (p. 37)**

**teoría del procesamiento de la información (p. 38)**

**perspectiva organicista (p. 38)**

**etapa (p. 38)**

**perspectiva contextual (p. 41)**

### *Métodos básicos de investigación*

- La investigación puede ser cuantitativa o cualitativa.
- La investigación con base en el método científico puede extraer conclusiones válidas y confiables acerca del mundo y sus habitantes.
- La selección aleatoria de una muestra de investigación puede asegurar validez externa. La estratificación de una muestra aleatoria puede garantizar la representación de subgrupos dentro de la población.
- La investigación transcultural permite cuestionar la generalización de los resultados experimentales de una cultura a otra.
- Las formas de recolección de datos incluyen autorreportes (diarios, entrevistas estructuradas o abiertas, y cuestionarios), pruebas y otras medidas conductuales, y observación natu-

ralista o de laboratorio. La validez de los autorreportes está limitada por la subjetividad; la validez de la observación se limita por sesgos del observador.

**válido (p. 43)**

**confiable (p. 43)**

**investigación cuantitativa (p. 43)**

**investigación cualitativa (p. 43)**

**método científico (p. 43)**

**validez externa (p. 44)**

**muestra (p. 44)**

**selección aleatoria (p. 44)**

**muestreo aleatorio (p. 44)**

**observación naturalista (p. 50)**

**observación de laboratorio (p. 50)**

**sesgo de observador (p. 51)**

### *Diseños de investigación básicos*

- Los tres diseños básicos usados en la investigación del desarrollo son: estudios de caso, estudios de correlación y experimentos.
- Sólo los experimentos pueden establecer relaciones causales. Los estudios de caso y los estudios de correlación pueden proporcionar hipótesis o predicciones para ser puestas a prueba mediante la investigación experimental.
- Los experimentos deben controlarse rigurosamente de modo que sean válidos y confiables. La asignación aleatoria de los participantes a los grupos experimentales o de control asegura la validez interna.
- En los experimentos de laboratorio, los investigadores tienen pleno control y pueden aislar variables para su estudio. También, los experimentos de campo controlados pueden lograr validez interna.
- Los experimentos en escenarios naturales, que en realidad son estudios de correlación, pueden ser útiles en situaciones donde los experimentos puros serían imprácticos o no éticos.
- Para asegurar la validez de constructo, un investigador debe definir con precisión el fenómeno a estudiar y utilizar más de una forma de medirlo.

**estudio de caso (p. 51)**

**variables (p. 54)**

**estudio de correlación (p. 54)**

**experimento (p. 55)**

**variable independiente (p. 55)**

**variable dependiente (p. 55)**

**tratamiento (p. 55)**

**grupo experimental (p. 55)**

**grupo control (p. 55)**

**validez interna (p. 56)**

**asignación aleatoria (p. 56)**

**validez de constructo (p. 58)**

**invarianza factorial (p. 58)**

### *Diseños cuasiexperimentales: el problema de la validez interna*

- Puesto que la edad está más allá del control del investigador, la mayoría de los estudios acerca de los efectos de la edad son cuasiexperimentos, que presentan problemas de validez interna.
- Los diseños transversales confunden los efectos de edad con los de cohorte. Los estudios longitudinales confunden los efectos de edad con los de tiempo de medición. Las comparaciones a través de las series cronológicas confunden cohorte con tiempo de medición. Los diseños secuenciales combinan los tres diseños cuasiexperimentales.

**cuasiexperimento (p. 58)**

**estudio transversal (p. 59)**

**cohorte (p. 59)**

**estudio longitudinal (p. 60)**

**estudio de series cronológicas (p. 62)**

### *Ética de la investigación*

- La forma ética de conducirse en la investigación del desarrollo incluye consentimiento informado, decepción, autoestima y privacidad de los participantes.



# Longevidad y envejecimiento fisiológico

## El ciclo de vida y el proceso de envejecimiento

- Tendencias en expectativa de vida
- ¿Cuánto se puede prolongar el ciclo de vida humano?
- Teorías del envejecimiento biológico
- Predicción de la longevidad individual

## Apariencia física

### Funcionamiento sensoriomotor

- Visión
- Audición
- Gusto y olfato
- Tacto, dolor y temperatura
- Funciones motoras

### Funcionamiento sexual y reproductivo

- El sistema reproductor femenino
- El sistema reproductor masculino
- Sexualidad y envejecimiento



## PUNTO DE PARTIDA: JOHN GLENN, PIONERO ESPACIAL

*La verdad es que los antiguos estereotipos ya no encajan, si acaso alguna vez lo hicieron. Los ancianos son cada vez más activos. Mientras que los procesos que yo iba a estudiar en el espacio tendían a limitar a las personas conforme envejecían, la longevidad creciente y el mejoramiento de la salud significan que más personas realizan más cosas que antes.*

—John Glenn, *John Glenn: A Memoir*, 1999.

CUANDO JOHN H. GLENN, Jr.\* (n. 1921) despegó del Centro Espacial Kennedy en Cabo Cañaveral el 29 de octubre de 1998 como un especialista de carga en el transbordador *Discovery*, se convirtió en un pionero espacial por segunda ocasión. En 1962, a los 40 años de edad, Glenn fue el primer estadounidense en orbitar la Tierra. Lo que lo convirtió en pionero en 1998, cuando vistió el traje anaranjado, fue que tenía 77 años de edad, la persona con mayor edad en ir al espacio exterior.

A lo largo de su vida adulta, Glenn ganó medallas y estableció



NASA

\*Las fuentes de información acerca de John Glenn fueron Cutler (1998), Eastman (1965) y artículos del *New York Times* y otros periódicos.

récords. Como piloto de combate durante la guerra de Corea, ganó cinco Distinguished Flying Crosses. En 1957 realizó el primer vuelo supersónico a través del país. En 1962, cuando su cápsula espacial, la *Friendship 7*, dio vueltas al globo tres veces en menos de 5 horas, instantáneamente se convirtió en héroe nacional.

Glenn fue electo senador de Estados Unidos por Ohio en 1974 y cumplió cuatro periodos. Como miembro del Special Comité on Aging (Comité especial sobre el envejecimiento) del Senado, y también como abuelo de dos nietos, su interés en el tema del envejecimiento lo impulsó a ofrecerse como conejillo de indias en la misión *Discovery* de 9 días.

Glenn descubrió mientras hojeaba un libro de medicina que las condiciones de gravedad cero de los vuelos espaciales imitan a rapidez acelerada lo que normalmente ocurre al cuerpo conforme envejece. Por tanto, Glenn pensó que enviar a un anciano al espacio podría dar a los científicos una idea de los procesos del envejecimiento. Al estudiar cómo la ingravidez afectaba tanto sus huesos, músculos, presión sanguínea, ritmo cardíaco, equilibrio, sistema inmunológico y ciclos de sueño, como su habilidad para recuperarse después del vuelo en comparación con astronautas más jóvenes, los investigadores médicos podrían obtener información que posteriormente pudiera tener aplicaciones más amplias. Los datos, desde luego, no proporcionarían hallazgos concluyentes; pero, como en cualquier estudio de caso bien realizado, los hallazgos podrían generar hipótesis para ponerse a prueba mediante investigación ulterior, con grupos de participantes más repre-

sentativos. El vuelo también tendría un importante efecto colateral: demoler los estereotipos comunes acerca del envejecimiento.

El viaje espacial es un reto incluso para los adultos más jóvenes con una buena condición física. No todos pueden ser astronautas; los candidatos tienen que pasar rigurosas pruebas físicas y mentales. Debido a su edad, Glenn se sometió a estándares físicos incluso más severos. Ávido levantador de pesas y gran caminador, estaba en una condición física excelente. Aprobó los exámenes brillantemente y luego se sometió a casi 500 horas de entrenamiento.

Fue en un claro día de octubre, sin nubes, cuando, después de dos demoras llenas de suspenso, el transbordador *Discovery* despegó llevando a bordo lo que el comentarista del conteo describió como “una tripulación de seis astronautas héroes y una leyenda estadounidense”. Tres horas y diez minutos después, a 550 km sobre Hawaii, un radiante Glenn repitió sus históricas palabras transmitidas 36 años antes: “Cero G, y me siento bien”. El 7 de noviembre, el *Discovery* tocó Cabo Cañaveral y John Glenn, aunque débil y mareado, salió del transbordador por su propio pie. En 4 días recuperó completamente su equilibrio y regresó por completo a la normalidad.

El logro de Glenn probó que, a los 77 años, todavía tenía “lo necesario”. Su heroica proeza capturó la atención pública alrededor del mundo. Como lo plantea Stephen J. Cutler, presidente de la Sociedad Gerontológica de Estados Unidos, “... es difícil imaginar una mejor demostración de las capacidades de los adultos mayores y de las aportaciones productivas que pueden hacer” (Cutler, 1998, p. 1).

**J**OHAN GLENN PERSONIFICA UNA NUEVA visión acerca del envejecimiento, que desafiaba la persistente imagen anterior de la vejez como una época de inevitable deterioro físico y mental. En total, las personas en la actualidad viven más tiempo y con mayor calidad de vida que en cualquier otra época de la historia. En Estados Unidos, los ancianos como grupo son más saludables, más numerosos y más jóvenes de corazón que nunca antes. Con hábitos de salud y atención médica mejorados, se vuelve más difícil dibujar la línea entre el final de la adultez media y el comienzo de la adultez tardía. Muchas personas de 70 años actúan, piensan y sienten en gran medida como lo hacían las personas de 50 años de edad, una o dos décadas antes.

En la actualidad, los avances médicos permiten a muchas personas vivir más tiempo y con mayor calidad de vida que en cualquier época previa en la historia humana, y cada vez más adultos comunes desafían la edad al correr maratones, levantar pesas, escalar montañas, jugar deportes competitivos y vivir vidas activas y productivas a lo largo de sus 80 años y más. Desde luego, no todos los adultos mayores son modelos de vigor y entusiasmo. De hecho, el logro de Glenn es impresionante precisamente porque es inusual. Como verás a lo largo de este libro, los adultos mayores varían enormemente en salud, educación, ingreso, ocupación y estilos de vida. Como las personas de todas las edades, son individuos con diferentes necesidades, deseos, habilidades y estilos de vida que se desarrollan en diversos contextos culturales.

En este capítulo, y en el siguiente, observarás el desarrollo físico a través de la adultez. Comenzaremos con las influencias sobre la duración de la vida y las teorías que explican el porqué envejecen los cuerpos. Se describirán los cambios fisiológicos que con frecuencia se asocian al envejecimiento: cambios graduales en apariencia, habilidades sensoriales y motoras, y capacidades sexuales y reproductivas. En el capítulo 4 se discuten los cambios en los sistemas corporales internos y los factores que contribuyen a la salud y la enfermedad.

## EL CICLO DE VIDA Y EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

*¿Cuánto viviré? ¿Por qué tengo que envejecer? ¿Quiero vivir por siempre?* Los seres humanos se han hecho estas preguntas durante miles de años.

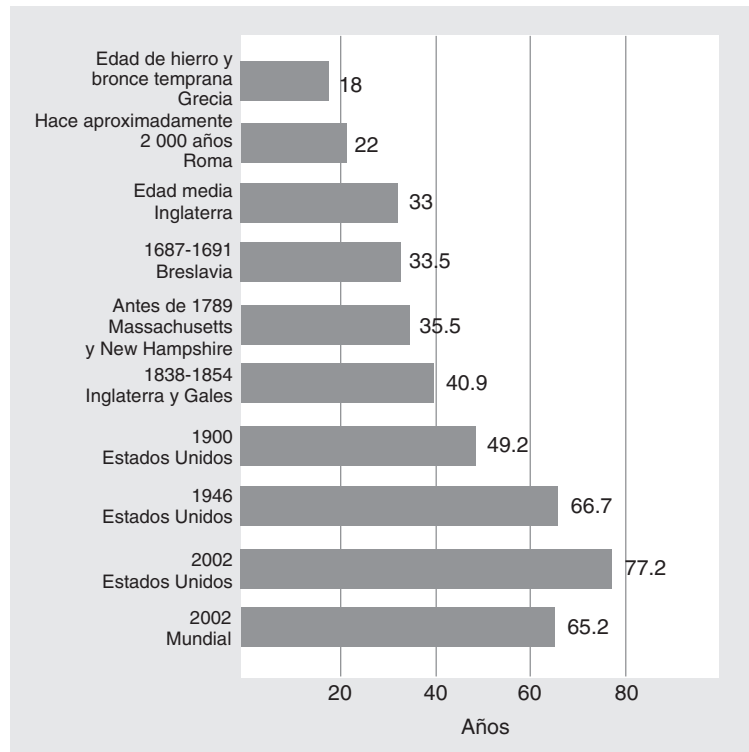
La primera pregunta involucra dos conceptos diferentes pero relacionados: la **expectativa de vida**, los años que de acuerdo con las estadísticas es probable que viva una persona nacida en un lugar y época determinados; y la **longevidad**, realmente cuántos años vive una persona específica. La expectativa de vida se basa en la longevidad promedio, o ciclo de vida, de los miembros de una población. La segunda pregunta expresa un tema típico de la vejez: el anhelo por encontrar la fuente o la poción de la juventud. Detrás de este anhelo hay un miedo, no tanto con respecto a la edad cronológica, sino con el envejecimiento biológico asociado a la pérdida de salud y potencia física. De igual modo, la tercera pregunta expresa una preocupación no sólo por cuánto sino por cómo se vivirá.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué evidencia apoya el argumento de que nuestra sociedad está pasando de la fascinación por la juventud, a la valoración de la adultez media y tardía?

## Tendencias en la expectativa de vida

En la actualidad, la mayoría de las personas esperan llegar a la vejez y con frecuencia hacerlo con mayor edad. Una persona que nació en Estados Unidos en 2000 podría esperar vivir 76.9 años, aproximadamente 30 años más que una persona nacida en 1900 (Vierck y Hodges, 2003). A nivel mundial, la expectativa de vida promedio se elevó 37 por ciento desde 1955, de 48 años a 66, y se proyecta que llegue a 73 años hacia 2025 (World Health Organization, WHO, 1998). Tal longevidad, sin precedente en la historia humana (véase la figura 3.1), se relaciona directamente con el envejecimiento de la población. Refleja un agudo declive en las tasas de mortalidad (las proporciones de una población total, o de ciertos grupos de edad, que mueren en un año dado). El ciclo de vida más prolongado en la actualidad se deriva principalmente de la reducción drástica de la mortalidad en recién nacidos y los niños; menos muertes de adultos jóvenes, particularmente de mujeres en el parto; nuevos tratamientos para muchas enfermedades alguna vez fatales; y una población



**FIGURA 3.1 Cambios en expectativa de vida de la época antigua a la moderna.** FUENTE: Adaptado de Katchadourian, 1987; 1998 datos de Martin *et al.*, 1999, y WHO, 1998, 2003.

con mayor educación y más consciente de su salud que recibe atención médica más efectiva en la adultez media y tardía (Rowe y Kahn, 1998).

En Estados Unidos, las tasas de mortalidad por cardiopatías (la principal causa de muerte en la adultez tardía) se redujeron a la mitad desde 1970, entre las personas de 65 a 84 años, y disminuyeron en un 21 por ciento entre los de 85 años en adelante (National Center for Health Statistics, NCHS, 1999a). Las otras causas principales de muerte en la vida tardía, en orden descendente, son cáncer, accidentes vasculares, enfermedades pulmonares, accidentes, diabetes, influenza, neumonía y enfermedad de Alzheimer (CDC, 2006).

Mientras más vive la gente, mayor probabilidad tiene de desear seguir viviendo. Los estadounidenses que llegaron a los 65 en 1998 podrían esperar llegar casi a 83, aproximadamente 6 años más que la expectativa de vida de un infante nacido en 1998 (R. N. Anderson, 1999). Si las tasas de mortalidad permanecieran constantes, las personas de 65 años y más en 2000 vivirán un promedio de 18 años más, 6 más que las personas que tenían 65 en 1900, que tenían una expectativa de vida restante de 12 años (Older Americans, 2000). La expectativa de vida al nacer es menor en Estados Unidos que en muchos otros países industrializados que tienen menores tasas de mortalidad infantil; pero la brecha se cierra para edades muy avanzadas, posiblemente debido a mayores niveles educativos o mayores inversiones en aten-

ción a la salud en aquella nación (Manton y Vaupel, 1995). Las personas con menores niveles educativos tienden a tener enfermedades y discapacidades más serias, y por tanto tasas de mortalidad más altas (Amaducci *et al.*, 1998).

La raza y el género son factores que también influyen en la expectativa de vida. Los estadounidenses blancos constituían el 84 por ciento de la población con 65 años y más en 2000, una proporción que se espera decline a 64 por ciento para 2050. En promedio, los estadounidenses blancos viven aproximadamente 6 años más que los afroamericanos, y las mujeres viven aproximadamente de 5 a 6 años más que los hombres (Martin *et al.*, 1999). Se estimó que, en el año 2000, 58 por ciento de las personas con 65 años y más, y el 70 por ciento de las personas con 85 y más, serían mujeres (Older Americans, 2000).

## ¿Cuánto se puede prolongar el ciclo de vida humano?

En 1986, un hombre japonés llamado Shigechiyo Izumi murió de neumonía a los 120 años, y en 1997 Jeanne Calment, de Francia, murió a los 122. En 2005, la persona viva más anciana conocida habitaba en Brasil, y tenía 125 años (véase su fotografía en la p. 76). Hasta donde se sabe, las suyas son las vidas humanas más largas auténticamente documentadas. Numerosos gerontólogos desde hace mucho tiempo sostienen que el límite superior de longevidad humana era de 110 a 120 años, pero la investigación hecha en varias instituciones desafía la idea de un límite genéticamente inalterable para cada especie. Los científicos han extendido el ciclo de vida saludable de gusanos, moscas de la fruta y ratones a través de ligeras mutaciones genéticas (Ishii *et al.*, 1998; T. E. Johnson, 1990; Kolata, 1999; Lin, Seroude y Benzer, 1998; Parkes *et al.*, 1998; Pennisi, 1998). En los seres humanos, el control genético de un proceso biológico puede ser mucho más complejo. Sin embargo, en la actualidad, los científicos reconsideran la idea de un límite fijo de vida. ¿Es posible que los seres humanos vivan hasta los 130, 150 o incluso 200 años? Con progreso médico continuo, ¿hay algún límite a cuántos años podría vivir una persona?

Al menos parte de la clave para un prolongado ciclo de vida para cada especie parece estar en los *genes*: piezas de ácido desoxirribonucleico (ADN), conectadas a los cromosomas, que gobiernan las características hereditarias de todo ser viviente. El ADN tiene el “programa”, único de cada individuo, que dice a cada célula qué funciones realizar y cómo.

Leonard Hayflick (1974; 2003) estudió células de varios animales y encontró un límite en el número de veces que una célula se divide, aproximadamente 50 veces en células humanas; a esto se le llama **límite de Hayflick**. Las células se dividen al duplicar su ADN y proteínas asociadas, incluidos los cromosomas. Cuando los cromosomas se duplican, la célula se divide. Cada cromosoma tiene un telómero (una secuencia de ADN que captura cromosomas) en el extremo, y es el telómero lo que los investigadores actualmente consideran como el elemento crucial en la determinación de cuándo una célula dejará de dividirse. Con cada división celular, el telómero se acorta y, cuando se vuelve muy corto, la célula ya no se puede dividir más. Por tanto, parece haber un reloj biológico que limita el ciclo de vida de las células humanas y por ende, de la vida del hombre. De acuerdo con Hayflick, si todas las enfermedades y causas de muerte se eliminaran, los humanos permanecerían saludables hasta aproximadamente los 110 años de edad. Entonces el reloj celular se detendría y morirían, en gran medida como se apaga el reloj biológico que controla el ciclo menstrual, por lo general entre los 45 y 55 años de edad.



© George Gobet/AFP/Getty Images

*Maria Olivia da Silva, de Astorga, Brasil, es la persona viva conocida más anciana del mundo. Nació en 1880, y celebró su cumpleaños 125 el 28 de febrero de 2005.*

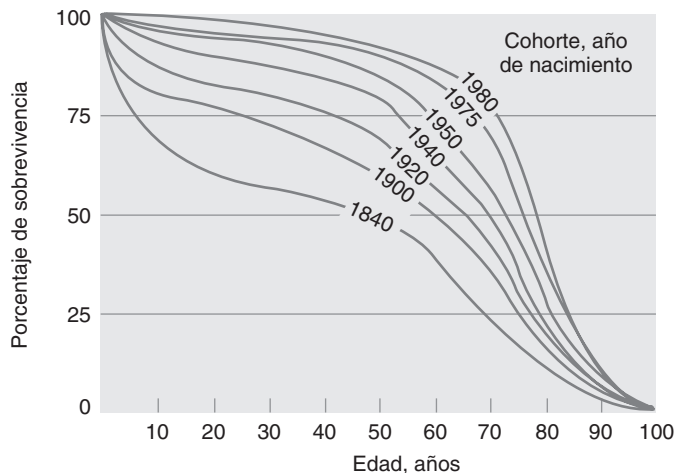
Estudios recientes ponen en duda dicha idea. Los investigadores aislaron genes que afectan la longevidad en levadura, gusanos y moscas de la fruta. Se identificó un gen mutante que extiende el periodo de vida de los gusanos redondos en 60 por ciento, de 26 días a 60, mientras permanecían biológicamente jóvenes (T. E. Johnson, 1990). Las moscas de la fruta se criaron selectivamente a casi el doble de su ciclo de vida normal (Rose, citado en National Institute on Aging, NIA, 1993).

Probablemente la línea de investigación más prometedora es en la restricción de calorías (RC), que limita estrictamente la ingesta calórica para prolongar el ciclo de vida (véase el recuadro 3.1 en p. 78). Los estudios de RC que se han realizado en gusanos, ratones, ratas y perros, han prolongado la vida en cada una de las especies. En estudios de ratas y ratones, la RC extendió la vida hasta un 40 por ciento más, mientras redujo la incidencia de enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes, osteoporosis y deterioro neurológico (Okie, 2001).

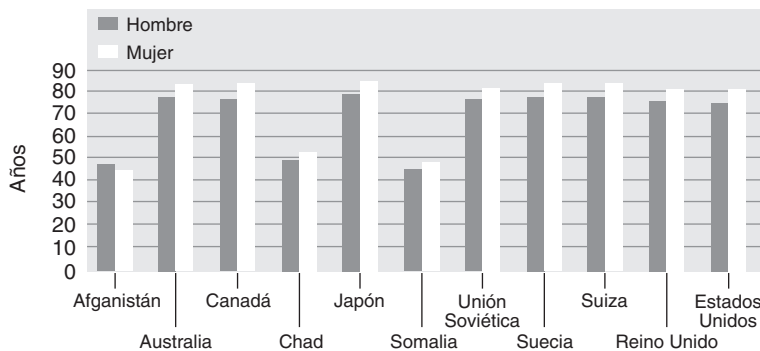
¿Qué puede aportarnos esta investigación acerca del ciclo de vida humano? En 1987, el National Institute on Aging (NIA) inició un estudio longitudinal en primates (que todavía está en marcha) para determinar si la RC será efectiva en especies de orden superior. Los primates en RC elevan los niveles de colesterol bueno, disminuyen los niveles de triglicéridos y bajan la presión sanguínea, todo lo cual reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, así como de desarrollar diabetes

(Goddard, 2002; NIH, 1997). Estos hallazgos encajan con las teorías que consideran la tasa de metabolismo, o uso de energía, como el determinante crucial del envejecimiento (Masoro, 1985, 1988, 1992; Sohal y Weindruch, 1996). La restricción calórica también parece reducir la producción de radicales libres, facilitar la reparación de ADN y preservar la habilidad del sistema inmunológico para combatir enfermedades (Walford, citado en Couzin, 1998).

La investigación acerca del crecimiento de la población centenaria destroza creencias hace mucho tiempo establecidas acerca de la salud y el envejecimiento, y acerca de los límites de la vida humana. Las **curvas de sobrevivencia**, los porcentajes de miembros de una especie que sobreviven durante varias edades, apoyan la idea de un límite biológico del ciclo de vida, con más y más miembros que mueren al acercarse a dicho límite (véase la figura 3.2). Internacionalmente, las expectativas de vida promedio en los países industrializados rondan entre los 74 y 83 años, a pesar de las diferencias en dieta y estilo de vida (véase la figura 3.3). No obstante, ahora parece que el patrón cambia después de los 100 años: las tasas de mortalidad comienzan a disminuir. Es menos probable que las personas a los 110 años mueran en un momento determinado como lo podrían hacer otros en sus 80. Lo mismo es cierto para las moscas de la fruta, avispas y gusanos parásitos: en cierto punto más tardío en el ciclo de vida, las tasas de muerte alcanzan un pico y luego caen (Vaupe *et al.*, 1998). En otras palabras, los individuos con suficiente vitalidad para alcanzar cierta edad es probable que vivan todavía un poco más. ¿Pero cuánto más? Ésta es la pregunta central que busca responder la investigación sobre la forma en que se puede prolongar la vida.



**FIGURA 3.2** Curvas de supervivencia que muestran el porcentaje de personas nacidas en Estados Unidos, en años seleccionados, que sobreviven, o se espera sobrevivan, a cada edad. Las curvas de supervivencia se han vuelto cada vez más "rectangulares", conforme la expectativa de vida aumenta debido a avances médicos. Pero, mientras un mayor porcentaje de la población sobrevive a edades más avanzadas, las curvas todavía caen a cero hacia aproximadamente los 100 años, lo que sugiere que puede haber un límite genéticamente determinado para la vida humana. FUENTE: Katchadourian, 1987.



**FIGURA 3.3** Las personas en países industrializados ricos, como Suiza y Japón, viven más que las personas en los países en desarrollo, como Afganistán y Somalia, donde más personas mueren prematuramente debido a enfermedades infecciosas, hambre y otros males. Pero hay poca variación en la expectativa de vida entre los países industrializados. Por ejemplo, Japón (que tiene una dieta baja en grasa) y Suiza (que come una buena cantidad de grasa) tienen virtualmente la misma expectativa de vida, lo que sugiere que puede haber un límite a la posibilidad de prolongar potencialmente la vida a través de la dieta, la atención a la salud y otros factores referentes al estilo de vida. FUENTE: People Facts-Population Life Expectancy (9 de abril de 2001), <http://www.os-connect.com/pop/p1.htm>.



## ¿Podemos prolongar las fronteras de la vida?

A un hombre de 100 años se le preguntó: “¿Qué pueden hacer las personas para lograr vivir tanto como usted?” El centenario pensó un momento y luego respondió: “Bueno, primero asegúrense de no morir”.

¿Existen formas de aplazar el proceso de envejecimiento y demorar la muerte? El novelista Tom Robbins, en *Jitterbug Perfume* (1984), da algunas respuestas fantásticas, pero basadas en investigaciones, a dicha pregunta. La novela gira en torno a dos personajes que encuentran un modo de vivir cientos de años sin envejecer. Su secreto se basa en los principios relacionados con los cuatro “elementos” antiguos: *aire* (respirar profundamente y de manera estable), *fuego* (sexo frecuente), *agua* (baños calientes, seguidos por enfriamiento) y *tierra* (comer pequeñas porciones y ayunar periódicamente). ¿En qué medida la investigación apoya los cuatro puntos de Robbins?

La primera técnica para prolongar la vida, respiración profunda y rítmica, se supone reduce los estragos del estrés y de los radicales libres producidos durante el metabolismo del oxígeno, que daña el tejido celular. Los personajes en *Jitterbug Perfume* creen que la respiración adecuada reducirá el nivel de radicales libres en el cuerpo. La investiga-

ción para apoyar esta idea es escasa o no concluyente. Sin embargo, la respiración profunda y rítmica *se usa* ampliamente en yoga y otras técnicas de meditación o relajación para alejar el estrés. Y el estrés (como se estudia en el capítulo 4) es una amenaza que afecta de una manera particular a los ancianos.

En cuanto a la segunda técnica de prolongación de la vida, las relaciones sexuales frecuentes, la mayoría de las investigaciones encuentran una relación directa entre la actividad sexual y la salud; y las personas que son sexualmente activas en la adultez media es más probable que permanezcan sexualmente activas en la vejez (Katchadourian, 1987). Pero, ¿la actividad sexual realmente puede extender el ciclo de vida normal? Tal efecto no está bien documentado, aunque acaso los aspectos emocionales de una vida sexual sana con un compañero dispuesto y comprensivo crean beneficios psicológicos, como reducción de estrés, que puede influir en la longevidad.

En un cuerpo que envejece, el sistema inmunológico tiende a atacar las propias células del cuerpo, porque las confunde con organismos invasores (véase el capítulo 4). La tercera técnica para la prolongación de la vida se basa en la creencia de que un

Los efectos potenciales de la investigación sobre la prolongación sistemática de la vida humana son asombrosos. Dichos estudios hacen surgir esperanzas sobre la realización del antiguo sueño de una “fuente de la juventud”; pero también dan lugar a preguntas éticas acerca de lo correcto de “manipular” la vida humana y la preocupación sobre los costos que implica el sostener una población anciana mucho más numerosa que la actualmente proyectada.

Una pregunta clave sobre aumentar la longevidad es si tal ampliación estaría acompañada por la desaparición o aplazamiento de las enfermedades relacionadas con la edad (Banks y Fossel, 1997). El lema de la Gerontological Society of America es “Agregar vida a los años, no sólo años a la vida”. La meta de la investigación no sólo es prolongar la vida, sino también incrementar los años vigorosos y producti-



contraste súbito entre calor y frío controlará esta tendencia al enfriar la sangre y disminuir la temperatura corporal. La técnica consiste en una serie de baños calientes, cada uno seguido por uno frío que permite enfriarse. Sin embargo, ninguna investigación apoya todavía esta idea.

Por último, la cuarta técnica de Robbins: comer menos. Aquí él puede estar en un terreno un poco más firme. Como se reporta en este capítulo, al reducir drásticamente la ingesta calórica a roedores, peces, gusanos y otras especies, mientras se les dan las vitaminas y otros nutrientes necesarios, aumenta dramáticamente su ciclo de vida mientras conservan apariencia juvenil y salud.

Roy Walford fue uno de los pioneros en estudiar los efectos de una dieta de restricción calórica (RC) y cómo puede prolongar y mejorar la calidad de vida. Comenzó su investigación con ratas y luego inició RC él mismo. Comenzó por recortar su ingesta alimenticia diaria promedio a 1 500 y 2 000 calorías (principalmente vegetales y granos), en comparación con las 2 500 para el hombre promedio, y redujo su peso en 25 por ciento. También tomó muchas vitaminas y se mantuvo físicamente activo para permanecer en forma.

“No hay duda de que el ciclo de vida de los animales se puede prolongar en más del 50 por ciento por medios dietéticos, lo que corresponde a que los humanos vivan 150 o 160 años”, escribió Walford (1986, p. 18). Predijo que las personas que adopten un estilo de vida como el suyo pueden duplicar su expectativa de vida restante (Angier, 1990) mientras conservan apariencia más juvenil y vigor (Weindruch y Walford, 1988). Nacido en 1925, Walford esperaba continuar su experimento hasta 2065 cuando, si su hipótesis se sostenía, tendría 140.

Pero, en abril de 2004, Walford murió de esclerosis lateral amiotrófica (ELA, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig) a los 79 años, lo que puso fin al experimento sobre sí mismo. La ELA es una enfermedad genética incurable, lo que hace la muerte inevitable, y no se relaciona con RC. Los defensores sugieren que la RC ayudó a Walford a vivir bien por arriba del ciclo de vida considerablemente corto de alguien con ELA, pero esta conjetura no se puede probar. En la actualidad, un pequeño grupo de personas busca prolongar el ciclo de la vida practicando RC con la esperanza de evitar los efectos del envejecimiento y vivir vidas más largas.

vos. Sin embargo, dadas las crecientes tasas de condiciones crónicas como obesidad, alta presión arterial, diabetes y asma entre generaciones más jóvenes, los economistas sugieren que los ciclos de vida prolongados aumentarán estos riesgos, así como el costo de atender a los ancianos (Lehrman, 2001).

Incluso si la ciencia llega a descubrir la cura de todas las enfermedades y la totalidad de los adultos mayores permanece sana hasta que llegue a su fin genéticamente predeeterminado, ¿la sociedad tendrá un lugar para todos ellos? De acuerdo con una estimación, hacia el año 2050 los jubilados superarán en número a los trabajadores en 100 a 36 (Lehrman, 2001). ¿Pueden las economías nacionales crecer lo suficientemente rápido para enfrentar estos retos sin colocar una carga insostenible sobre un reducido número de adultos trabajadores (Binstock, 1993; Crown, 1993; WHO, 1998)?

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué elementos consideras esenciales para mantener una alta calidad de vida para el individuo que envejece?  
¿Qué elementos son esenciales para la sociedad como un todo?

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué teorías pueden explicar las diferencias entre personas que envejecen adecuadamente, frente a quienes parecen deteriorarse con rapidez?

## Teorías del envejecimiento biológico

Las preguntas sobre la longevidad y la calidad de vida están íntimamente relacionadas con lo que le ocurre al cuerpo conforme éste envejece. Un adulto joven común es un espécimen con un físico aceptable; su fuerza, energía, agilidad, resistencia y salud están en la cima; los sentidos se agudizan y los sistemas corporales funcionan a su máxima potencia. Desde la adultez joven hasta la adultez media, las pérdidas físicas por lo general son tan pequeñas y tan graduales que apenas se notan. Pero, conforme la persona envejece, sus diferencias físicas aumentan. La llegada de la *senectud*, el periodo de la vida marcado por un obvio deterioro en el funcionamiento corporal, y que por lo general se asocia con el envejecimiento, varía enormemente. Mientras que un hombre de 80 años de edad puede oír cada palabra de una conversación susurrada; otro de la misma edad no puede escuchar el timbre de una puerta. Una mujer de 70 años corre maratones; otra no puede caminar alrededor de la cuadra.

¿Por qué la senectud llega antes para algunas personas que para otras? Y, ¿por qué las personas envejecen biológicamente? La mayoría de las teorías acerca del envejecimiento biológico se ubican en dos categorías generales: *teorías de programación genética* y *teorías de tasa variable* (véase la tabla 3.1).

### TEORÍAS DE PROGRAMACIÓN GENÉTICA

Las *teorías de programación genética* sostienen que los cuerpos envejecen de acuerdo con un desarrollo normal programado en los genes. Dado que cada especie tiene su propia expectativa de vida y patrón de envejecimiento, tal patrón debe ser predeterminado e innato, sujeto sólo a modificaciones menores.

La teoría de programación genética es coherente con la idea de un ciclo de vida máximo determinado genéticamente. La sugerencia de Hayflick (1981; 2003) de que las células humanas en un cultivo de laboratorio pasan a través del mismo proceso de envejecimiento que dentro del cuerpo implica que las influencias ambientales juegan poco o ningún papel en el envejecimiento (Gerhard y Cristofalo, 1992; Hayflic, 2003). Y que el cuerpo humano, como una máquina, está biológicamente programada para fallar en cierto punto, incluso si se mantiene en óptima condición. La falla puede venir a través de la *senectud programada*, en la que genes específicos se “apagan” en momentos cuando las pérdidas relacionadas con la edad (por ejemplo, en visión, audición y control motor) se vuelven evidentes. O el reloj biológico puede actuar a través de genes que controlan *cambios hormonales*, o que causan problemas en el *sistema inmunológico*, lo que deja al cuerpo vulnerable a enfermedades infecciosas.

Una variante de la teoría de programación genética es que los genes están programados para permitir a los humanos vivir lo suficiente para reproducirse. Como una estación de propulsión, que no tiene más función que la de poner un satélite en órbita y eventualmente se quema, los adultos pueden continuar viviendo después de los años de crianza infantil, pero el programa genético ya no puede ayudarlos más e incluso puede lastimarlos.

Si los genes controlan el envejecimiento, ¿arreglar el programa genético podría superar el declive biológico programado y extender la vida? Es necesario recordar que el control genético de un proceso biológico puede ser extremadamente complejo. Aproximadamente doscientos genes parecen estar involucrados en la regulación del envejecimiento humano (Schneider, 1992), con genes específicos que controlan diferentes procesos, como los de los sistemas endocrino e inmunológico. La *terapia génica* (sustitución o inserción de genes para corregir un defecto, mejorar el funcionamiento

**TABLA 3.1**

*Teorías de envejecimiento biológico*

**Teorías de programación genética**

*Senectud programada.* El envejecimiento es resultado del encendido y apagado secuencial de ciertos genes, donde la senectud se define como la época cuando se manifiestan los deterioros asociados con la edad.

*Teoría endocrina.* Los relojes biológicos actúan a través de hormonas para controlar el ritmo del envejecimiento.

*Teoría inmunológica.* Un declive programado en las funciones del sistema inmunológico conduce a un aumento en la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas, y por tanto al envejecimiento y la muerte.

**Teorías de tasa variable**

*Desgaste por el uso.* Las células y tejidos tienen partes vitales que se desgastan.

*Radicales libres.* El daño acumulado causado por los radicales del oxígeno provoca que las células, y eventualmente los órganos, dejen de funcionar.

*Tasa de vida.* A mayor tasa de metabolismo basal de oxígeno de un organismo, más corto es el lapso de vida.

*Error catastrófico.* El daño a los mecanismos que sintetizan proteínas resulta en proteínas defectuosas, que se acumulan a un nivel que causa daño catastrófico en células, tejidos y órganos.

*Mutación somática.* Las mutaciones genéticas ocurren y se acumulan a medida que pasan los años, lo que hace que las células se deterioren y funcionen mal.

*Entrecruzamiento.* Una acumulación de proteínas entrecruzadas daña células y tejidos, lo que frena los procesos corporales.

FUENTE: Adaptado de NIH/NIA, 1993, p. 2.

o demorar la senectud) no se recomienda en el presente, pues los estudios clínicos no han sido efectivos. Muchos factores evitan que la terapia génica se convierta en un tratamiento exitoso, incluidos el corto lapso de vida del gen tratado, la respuesta automática del sistema inmunológico para atacar objetos extraños, la falta de un portador confiable del gen tratado, y el hecho de que la mayoría de las enfermedades comunes no provienen del mismo gen (Human Genome Project, 2003).

**TEORÍAS DE TASA VARIABLE**

Las **teorías de tasa variable**, a veces llamadas *teorías del error*, conciben el envejecimiento como resultado de procesos que varían de persona a persona y reciben influencia tanto del ambiente interno como del externo. En la mayoría de las teorías de tasa variable, el envejecimiento implica daño debido a posibilidades de error en, o agresiones ambientales sobre, los sistemas biológicos de las personas. Otras teorías de tasa variable se centran en procesos internos como el metabolismo (el proceso mediante el cual el cuerpo convierte el alimento y el oxígeno en energía), que puede influir de manera más directa y continua en el índice de envejecimiento (NIA, 1993; Schneider, 1992).

La *teoría de desgaste por el uso* sostiene que el cuerpo envejece como resultado del daño acumulado al sistema, como un automóvil que presenta un problema después de otro conforme sus partes se desgastan. Este proceso de desgaste ocurre más rápidamente bajo estrés. En la actualidad, la mayoría de los teóricos no creen que el desgaste normal sea una explicación adecuada para el envejecimiento. Por una razón: un ser humano (a diferencia de un automóvil) es capaz de autorrepararse y puede compensar el daño al sistema.

La *teoría de los radicales libres* se enfoca sobre los efectos dañinos de los **radicales libres**, átomos o moléculas enormemente inestables que se forman durante el metabolismo, que reaccionan con y pueden dañar las membranas celulares, las proteínas celulares, grasas, carbohidratos e incluso el ADN. El daño de los radicales libres se acumula con la edad y se asocia con enfermedades tan diversas como artritis, distrofia muscular, cataratas y cáncer (Stadtman, 1992). Se ha sugerido que las moléculas defectuosas (posiblemente resultado de una lesión inducida por los radicales libres) pueden causar diabetes de inicio tardío y trastornos neurológicos como enfermedad de Parkinson (Wallace, 1992). Popularmente se cree que los complementos “antioxidantes” de las vitaminas C y E y el betacaroteno detienen la actividad de los radicales libres, pero la investigación sobre sus efectos no es concluyente. Además, no es claro si la acumulación de radicales libres (u otros “errores”) es una *causa* o un *efecto* del envejecimiento.

La *teoría de tasa de vida* sugiere que el cuerpo sólo puede hacer determinado trabajo, y eso es todo; mientras más rápido trabaje, más rápido se desgasta. De acuerdo con esta teoría, la rapidez del metabolismo determina la duración de la vida. Por ejemplo, el pez cuyo metabolismo se reduce al ponerlo en agua fría vive más de lo que lo haría en agua caliente (Schneider, 1992). La investigación acerca de la restricción dietética en roedores también parece apoyar esta teoría. Una dieta baja en calorías parece atenuar los efectos dañinos a largo plazo de la glucosa, o el azúcar en la sangre (incluida la formación de radicales libres), y baja la tasa de metabolismo (Masoro, 1985).

La *teoría de error catastrófico* y la *teoría de mutación somática* se basan en el hecho de que, conforme las células corporales se dividen, ocurren errores (destrucción o cambios en estructura celular). Los estresores externos e internos, como la exposición a sustancias tóxicas y luz ultravioleta, pueden alterar la composición de las células y los tejidos en el cerebro, hígado y otros órganos; y conforme envejecen, son menos capaces de repararse a ellos mismos. De acuerdo con esta teoría, con el tiempo una acumulación de estos fenómenos erróneos produce deterioro de los órganos, un mal funcionamiento y la muerte.

La *teoría del entrecruzamiento* atribuye errores a enlaces, o ligas, que se forman entre las proteínas celulares. Por ejemplo, el entrecruzamiento del colágeno proteico hace la piel menos flexible. Existe alguna evidencia reciente de que altos niveles de azúcar en la sangre, como en la diabetes, entrecruzan proteínas en el cristalino del ojo y en los riñones y vasos sanguíneos, lo que causa la muerte. (Schneider, 1992).

#### COMPARACIÓN DE LAS TEORÍAS DE PROGRAMACIÓN GENÉTICA Y DE TASA VARIABLE

Si los seres humanos están programados para envejecer a cierto ritmo, pueden hacer poco para retardar el proceso, excepto, quizá, buscar controlar genes e intentar alterarlos. Pero si el envejecimiento es variable, entonces el estilo de vida y las prácticas saludables pueden influirlo.

Las teorías de tasa variable parecen más capaces de explicar las amplias variaciones en el envejecimiento fisiológico. Sin embargo, puede ser que cada una de estas perspectivas ofrezca parte de la verdad. La programación genética puede limitar la máxima duración de vida, pero los factores ambientales y de estilo de vida pueden influir en qué tanto se acerca una persona al límite máximo de vida y en qué condición. Por ejemplo, las personas que limitan su exposición al sol pueden ser capaces de minimizar las arrugas y evitar el cáncer de piel.

Algunos gerontólogos hacen una distinción entre envejecimiento *primario* y *secundario*. El **envejecimiento primario** es un proceso inevitable, gradual, codificado en los genes, de deterioro corporal que comienza temprano en la vida y continúa a través de los años. El **envejecimiento secundario** consiste en enfermedades, abuso y desuso, factores que con frecuencia son evitables y que las personas pueden controlar (Busse, 1987; Horn y Meer, 1987). Al comer con sensatez y mantenerse físicamente aptos, muchos ancianos pueden y de hecho rompen los efectos secundarios del envejecimiento.

## Predicción de la longevidad individual

¿Es posible predecir cuánto vivirá una persona en particular, por ejemplo, tú mismo? Las compañías de seguros de vida realizan tales predicciones cuando establecen las tasas de primas sobre la base de variables que parecen correlacionarse con la longevidad. Por ejemplo, antes de que la práctica se prohibiera como discriminatoria, los hombres por lo general pagaban tasas más altas que las mujeres, porque las mujeres tendían a vivir más.

La buena salud se relaciona positivamente con la vida larga. También guardan relación con una vida prolongada el ejercicio, la nutrición, la educación, la inteligencia, el nivel socioeconómico, la satisfacción con el trabajo, padres y abuelos longevos, una actitud positiva hacia la vida y la habilidad para lidiar con la adversidad. Las variables que se relacionan negativamente con una vida larga incluyen sobrepeso, pobreza, analfabetismo, enfermedad crónica o soltería; fumar; criar hijos después de los 35; y tener presión sanguínea alta, muchos hijos, perturbaciones psiquiátricas como esquizofrenia o depresión, o una historia familiar de enfermedades como cáncer o diabetes (Botwinick, 1984).

Pero, aunque dichas variables predicen la expectativa de vida para cierto tipo de personas, no pueden predecir el ciclo de vida de un individuo. Más aún, los análisis de correlación no pueden decir qué *causa* una vida larga. El hecho de que la longevidad tienda a presentarse en ciertas familias, por ejemplo, no indica si la causa es la herencia, el ambiente o ambos. Algunos predictores de longevidad tienden a agruparse. Las personas con empleos bien pagados también tienen probabilidad de tener un nivel educativo e ingresos superiores y mejor acceso a atención médica que las personas con empleos de paga baja. ¿Pero alguno de estos factores en realidad hace que las personas vivan más? De nuevo, no se sabe.

Algunos científicos, con la intención de identificar procesos biológicos que realmente determinan el ciclo de vida de un individuo, buscan **biomarcadores** del envejecimiento: medidas específicas universalmente válidas de envejecimiento biológico. Es poco probable que un biomarcador específico prediga el ciclo de vida de una persona. Los investigadores buscan un conjunto de atributos físicos, como capacidad pulmonar, tamaño del corazón, fortaleza de prensión y tiempo de reacción, que juntos puedan ser razonablemente precisos para predecir cuánto ha dejado de vivir una persona

(Sprott y Roth, 1992; Walford, 1986). La mayoría de los datos recopilados hasta el momento han sido obtenidos a través de investigaciones transversales y por lo tanto no pueden medir los cambios en el mismo individuo. Ahora, se están desarrollando estudios longitudinales de varios cambios fisiológicos en primates no humanos.

Aunque sería prematuro extraer conclusiones, al menos dos posibles biomarcadores parecen ser buenos candidatos: el declive en el funcionamiento del sistema inmunológico y en los niveles sanguíneos de la hormona dehidroepiandrosterona (DHEA), que producen las glándulas adrenales (Sprott y Roth, 1992). La mayoría de las personas de 70 años tienen sólo un décimo de DHEA de la que tenían a los 25 (August, 1995). Los bajos niveles de DHEA se asocian con deficiencia inmunológica, inflamación, creciente riesgo para ciertos tipos de cáncer, cardiopatías (en el hombre) y osteoporosis (Greenwell, 2001).

Es importante tener en mente que los biomarcadores del envejecimiento y los biomarcadores de longevidad no necesariamente son los mismos. Por ejemplo, se ha observado que un deterioro importante en el funcionamiento cognitivo antes de la muerte (véanse los capítulos 6 y 13) puede indicar que una persona morirá pronto, pero no cuán rápidamente envejece el cuerpo (Sprott y Roth, 1992). Y el aumento en la longitud de la vida no es idéntico al incremento en la longitud de tiempo que el cuerpo permanece biológicamente joven. Aún así, en la investigación acerca de restricción calórica, los roedores de larga vida parecen mantener su vitalidad y desarrollar enfermedades relacionadas con la edad más tarde de lo normal.

Aún falta mucho camino por recorrer para poder definir los marcadores biológicos que son capaces de predecir con precisión el ciclo de vida humana individual. Incluso si los científicos triunfan en encontrar dichos marcadores, ¿en qué podría ayudar esa información? ¿Afectaría el costo y la disponibilidad de seguros de salud y beneficios de pensión? ¿Querrías saber cuánto es probable que vivas? ¿Dicho conocimiento cambiaría tu forma de vivir?

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué edad predices que alcanzarás, con base en las variables clave identificadas a través de los análisis de correlación?

## APARIENCIA FÍSICA

No hay un “adulto típico”. A cualquier edad, los adultos presentan muchos tamaños y formas. Difieren en fortaleza, resistencia y otras habilidades físicas. Tienen diferentes estilos de vida. Sus sistemas corporales envejecen a diferentes ritmos y su salud varía. La apariencia externa también cambia; uno de 30 puede parecer más como de 40 años, y algunos adultos mayores parecen adultos medios. Aún así, es posible bosquejar los cambios en apariencia física que usualmente tienen lugar con la edad, cambios que pueden afectar cómo son tratados los adultos y cómo se sienten acerca de ellos mismos.

Los adultos jóvenes por lo general poseen piel suave y tensa, y su cabello es abundante y tiene color y brillo. Hoy los jóvenes de 20 años tienden a ser más altos que sus padres debido a una *tendencia secular* en crecimiento que tuvo lugar durante el siglo pasado en los países desarrollados. Los jóvenes en Estados Unidos, Europa Occidental y Japón alcanzan la altura adulta y la madurez sexual más temprano que en las generaciones pasadas, aparentemente debido a una mejor nutrición y atención a la salud (Chumlea, 1982; Eveleth y Tanner, 1976).

La mayoría de los adultos jóvenes se preocupan mucho por su apariencia. El ideal de un físico delgado satura el mercado de dietas y fomenta la aparición de trastornos alimenticios como anorexia (autoinanición) y bulimia (atracones y purgas). Sin em-

bargo, muchos adultos jóvenes son muy obesos; el riesgo de tener sobrepeso, que amenaza no sólo la apariencia sino la salud, es mayor de los 25 a los 34 años (Williamson, Kahn, Remington y Anda, 1990). (En el capítulo 4 se discutirán dieta, obesidad y ejercicio.)

“La adultez media”, dice el comediante Bob Hope, “es cuando tu edad comienza a mostrarse alrededor de tu cintura”. Especialmente en los hombres que tienen vidas sedentarias, el peso en la adultez media aumenta notablemente hasta edades aproximadas de 55 a 60 años, conforme la grasa sustituye al músculo. Las expresiones faciales habituales establecen líneas de “carácter” (Katchadourian, 1987).

Hacia la adultez tardía, los cambios físicos se vuelven más obvios. La piel tiende a volverse más pálida y manchada; toma una textura apergaminada, pierde elasticidad y cueлга en pliegues y arrugas. Las venas varicosas de las piernas son más comunes. Tanto en hombres como en mujeres, el cabello se vuelve blanco y más delgado, y en ocasiones brota en nuevos lugares: en la barbilla de las mujeres, o en los oídos de los hombres. La estatura de las personas puede disminuir conforme se atrofian los discos entre sus vértebras, y pueden parecer incluso más pequeñas debido a una postura encorvada. En algunas mujeres el adelgazamiento de los huesos (véase el capítulo 4) puede provocar un “joroba de viuda” en la parte trasera del cuello.

Puesto que nuestra sociedad otorga un gran valor a la juventud, los adultos medios y mayores pasan gran cantidad de tiempo, esfuerzo y dinero intentando mantener una apariencia juvenil. Aunque muchos tratamientos “antiedad” son inútiles, las cremas y lociones emolientes ofrecen mejoría temporal en el tono y humectación de la piel. El daño a la piel, como las arrugas y las manchas de la edad, que se cree están asociadas con el envejecimiento, en realidad resultan de una vida de exposición a la luz solar. La mejor forma de proteger la piel de tal daño es minimizar el tiempo en el sol y siempre usar protector solar (NIA, 2000).

La popularidad de los tratamientos antiedad es una muestra del extendido deseo por ocultar la apariencia del envejecimiento. Si tu “yo ideal” tiene el cuerpo de un joven de 20 años, entonces con cada año que pase será necesario hacer mayores esfuerzos (ya sea mediante cosméticos, cirugía plástica o un amante más joven) para negar lo que ocurre. La autoestima se ve afectada cuando las personas devalúan su ser físico. Pero incluso ante las poderosas fuerzas sociales que refuerzan un culto a la juventud, muchos adultos pueden, y de hecho aprenden a, aceptar los cambios que tienen lugar en ellos mismos.

## FUNCIONAMIENTO SENSORIOMOTOR

A partir de mediados de los veinte y hasta aproximadamente los 50 años de edad, los cambios en las capacidades sensoriales y motoras son graduales y por lo general imperceptibles y enormemente particulares. A los 45 años, quien nunca haya usado gafas descubre que no puede leer el directorio telefónico y necesita lentes para lectura. Otro que usó lentes desde la juventud necesita una mayor graduación. Una mujer de 55 años debe admitir que su juego de tenis no es tan rápido como solía ser. Otra jugadora de su edad es casi tan ágil como lo era en años anteriores.

La mayoría de las personas en la adultez media compensan bastante bien cualquier cambio que experimentan, y algunas buscan activamente hacer algo al respecto, como programas de ejercicio para aumentar la fuerza y evitar pérdida muscular. Otras personas en la adultez media no hacen nada para compensar los cambios que experimentan por el envejecimiento.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué influencia podrán tener los cambios que ocurren en las funciones sensoriomotoras de los adultos en los servicios que proporcionan los centros comunitarios y otras agencias e instituciones?



© Bob Daemrlich/Stock Boston

*Las habilidades sensoriomotoras son resultado de procesos complejos que involucran el sistema nervioso. Cada persona tiene un nivel único de habilidad en cada área de actividad sensorial y motora, e incluso una persona con una discapacidad puede desarrollar formas de compensar las habilidades perdidas de modo que pueda seguir practicando sus actividades favoritas.*

se describen los cambios típicos según avanza la edad,\* que cada persona tiene un nivel único de habilidad en cada área de actividad sensorial y motora.

## Visión

Ted Williams, un jugador de béisbol que está en el Salón de la Fama, dio una exhibición de bateo en su adultez media. En aquella época, se dice, todavía podía ver a simple vista exactamente dónde su bat encontraba una rápida bola curva cuando la bateaba.

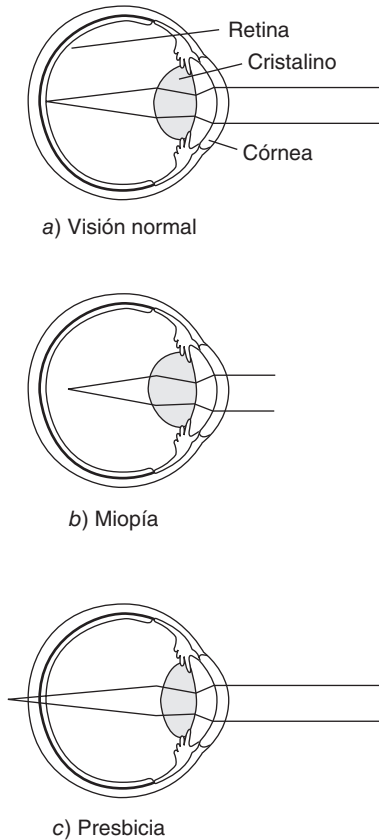
Como con todos los aspectos del envejecimiento, hay grandes diferencias individuales en la habilidad visual. Algunas personas en sus ochenta o más años no necesitan anteojos, mientras que algunos adultos jóvenes sí los requieren. La mayoría de los problemas visuales relacionados con la edad ocurren en cinco áreas: visión dinámica (lectura de signos en movimiento), visión cercana, sensibilidad a la luz, búsqueda visual (por ejemplo, localizar un signo) y rapidez de procesamiento de información visual (Kline *et al.*, 1992; Kosnick, Winslow, Kline, Rasinski y Sekuler, 1988; Schieber, 2006). Los lentes correctivos o el tratamiento médico o quirúrgico, incluidas algunas nuevas tecnologías (véase el recuadro 3.2 en la p. 88 y la figura 3.4), con frecuencia pueden ayudar a las personas con problemas visuales moderados.

### CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL OJO

El envejecimiento por lo general implica una pérdida en la **agudeza visual**, habilidad para distinguir detalles. La agudeza visual, que se mide cuando observas una gráfica

\*La discusión de los cambios sensoriales en las siguientes secciones se basa principalmente en Spence (1989).





**FIGURA 3.4 Visión normal, miopía y presbicia.** a) En la visión normal, los rayos de luz enfocan sobre la retina en la parte posterior del ojo. b) En la miopía (“visión corta”), el globo ocular es muy largo, o la curvatura del cristalino o la córnea es muy grande, de modo que los rayos de luz se enfocan enfrente de la retina. c) En la presbicia, una forma de “visión lejana” que con frecuencia se desarrolla con el envejecimiento, el cristalino se engruesa y pierde elasticidad, de modo que no se puede curvar lo suficiente para enfocar la luz de los objetos cercanos sobre la retina; en vez de ello, la imagen se enfoca detrás de la retina. FUENTE: Adaptado de Donn, 1985, p. 649.

optométrica en el consultorio del médico o cuando solicitas una licencia de conducir, es aguda aproximadamente a los 20 años de edad y comienza a declinar hacia aproximadamente los 50 años. Para los 85 años, algunos adultos pierden hasta el 80 por ciento de la agudeza visual que tenían en la adultez joven. Sin embargo, a pesar del dramático declive en la agudeza promedio, la mayoría de los adultos mayores mantiene una “buena” visión corregida durante sus ochentas (Schieber y Baldwin, 1996).

La **agudeza visual dinámica** es la habilidad para ver claramente objetos en movimiento. Esta habilidad —incluso más que la agudeza visual necesaria para observar objetos fijos— declina con la edad. Por tanto, la información que se presenta en movimiento, como los créditos que aparecen en una película o pantalla de televisión, son mucho más difíciles de seguir para los adultos mayores que para los adultos más jóvenes (Kline y Scialfa, 1996).



## *Nuevos métodos para mejorar la visión y la audición*

Los avances recientes en la tecnología hacen posible nuevos tratamientos quirúrgicos para miopía, astigmatismo y cataratas, y nuevos métodos para auxiliar la audición.

### **Visión**

La cirugía ocular láser se ha convertido en una opción popular en años recientes para corregir ciertos problemas visuales. Estas operaciones también se llaman cirugías refractivas porque intentan corregir los errores de refracción en la córnea. Para crear una imagen sobre la retina, la luz primero debe pasar a través de la córnea, luego, con ayuda del cristalino, enfoca la imagen sobre el tejido fotosensible en la parte posterior del ojo, constituido por bastones y conos. Los errores de refracción (doblado y enfoque de la luz) ocurren cuando la córnea, cristalino o el ojo no tienen la forma correcta. Como resultado de lo anterior, las imágenes en la retina son borrosas o fuera de foco.

La cirugía ocular LASIK (*queratomileusis in situ* asistida por láser, por sus siglas en inglés) involucra el uso de un láser para remover parte de la córnea y así cambiar su forma, lo que por tanto mejora la habilidad para enfocar la luz. La cirugía LASIK se utiliza para corregir miopía, hipermetropía y astigmatismo. Recientemente se han aprobado nuevas técnicas quirúrgicas para tratar la presbicia; en la actualidad se evalúan los resultados a largo plazo. Los precursores de la cirugía LASIK fueron la queratectomía fotorrefractiva (PRK, por sus siglas en inglés) y la queratotomía radial (RK, por sus siglas

en inglés). La misma técnica láser se puede usar en las tres cirugías, para operar en diferentes partes de la córnea (FDA, 2004).

Después de la cirugía algunas personas pueden experimentar dolor ligero e incomodidad, quemadura o comezón, o lagrimeo u ojos acuosos durante un par de días. La sensibilidad a la luz, visión nebulosa o borrosa, ojos secos, destellos o dificultad para conducir de noche pueden persistir un poco más y, en algunos casos, pueden requerir cirugía ulterior. La fluctuación en la visión puede durar de tres a seis meses (FDA, 2004). A pesar de los potenciales efectos adversos colaterales, las tasas de éxito de la cirugía láser son buenas; de acuerdo con la American Academy of Ophthalmology, 70 por ciento de los pacientes logran visión 20/20 (FTC, 2000).

La cirugía correctiva para cataratas es muy común en la actualidad. Para remover el cristalino nublado y sustituirlo con uno artificial se usan varias técnicas quirúrgicas. Puesto que los puntos de sutura requeridos para cerrar la incisión hecha en la bolsa que contiene la córnea pueden causar astigmatismo, el método que utiliza un punto de sutura (o sin punto) gana popularidad. Otros avances, como la anestesia tópica, la cirugía LASIK para corregir astigmatismo y nuevos diseños de lentes han contribuido a elevar la tasa de éxito al 98 por ciento en las cirugías de cataratas (NEI, 2006). El procedimiento ambulatorio usualmente dura treinta minutos y produce muy poca incomodidad. Por lo general, las actividades normales se pueden reanudar dentro de uno a siete días (Brint, 1989).

Quizás el problema visual más común después de los 40 años es una forma de hipermetropía llamada **presbicia** (véase la figura 3.4), que obliga a muchas personas a usar lentes de lectura o cambiar a lentes mixtos o bifocales. La presbicia surge de cambios estructurales en el cristalino del ojo. El cristalino, a diferencia de la mayoría de las estructuras corporales, sigue creciendo a lo largo de la vida. Conforme nuevas células se acumulan en la parte exterior del cristalino, las fibras (células) más viejas

## Audición

Cuando los adultos mayores se quejan de que las personas a su alrededor cuchichean, por lo general es porque perdieron su audición para consonantes de alta frecuencia, aunque todavía pueden escuchar vocales, que son de menor frecuencia. Los auxiliares auditivos son la herramienta más común utilizada para mejorar la calidad de la audición, y los usuarios pueden elegir de varios tipos. El tipo de auxiliar auditivo elegido puede depender de la severidad de la pérdida auditiva, así como del nivel de sofisticación deseado. Los auxiliares auditivos se pueden colocar en el canal auditivo, en el oído o detrás de éste o llevarse puestos en el cuerpo. Los auxiliares auditivos que se llevan dentro del canal auditivo deben ser muy pequeños y por tanto no muy poderosos. Conforme el tamaño aumenta, la potencia y opciones disponibles también se incrementan. Los auxiliares analógicos/ajustables por lo general son los menos costosos y se diseñan para las necesidades de audición del usuario en un laboratorio. Un auxiliar auditivo analógico/programable se establece mediante una computadora y se puede programar con diferentes opciones para ajustarse a diferentes ambientes de escucha, e incluir un control remoto para permitir al usuario cambiar las opciones conforme surjan las necesidades. Un tercer tipo es digital/programable; usa un chip de computadora para dar al usuario la mayor cantidad de flexibilidad. En este caso, el individuo se pone a prueba mediante un programa automatizado. Entonces el audiólogo utiliza la salida de la computadora para programar el

auxiliar auditivo y hacerlo coincidir exactamente con el perfil audiológico de la persona. Es enormemente individualizado y tiende a ser el más costoso de los tres tipos (NIDCD, 2004).

Para las personas con profunda pérdida auditiva, los **implantes cocleares** pueden lograr una diferencia espectacular. Estos dispositivos electrónicos transforman el sonido en señales eléctricas y las envían a las células nerviosas receptoras de la *cóclea* en el oído interno, que luego canaliza los impulsos hacia la *corteza auditiva* del cerebro. Los electrodos se deben implantar quirúrgicamente en la cóclea. El paciente porta un procesador de habla, que analiza y codifica los sonidos antes de transmitirlos al implante. Las personas que tienen un implante coclear deben participar en programas de rehabilitación auricular, que incluye ajuste del procesador de habla, capacitación en la producción vocal, y asesoría informativa o personal (Gagné, Parnes, LaRocque, Hassan y Vidas, 1991; ASHA, 2004).

La mayoría de los receptores de implantes cocleares mejoran la habilidad para leer labios, y de dos terceras a tres cuartas partes pueden entender el habla sin claves visuales. Con las actividades diarias más fáciles de realizar y la conversación menos estresante, muchos también experimentan mejoría en salud psicológica, social y emocional (Gagné, 1992). Como con cualquier cirugía, puede haber complicaciones, pero los cirujanos experimentados en implantación coclear por lo general no se topan con tales problemas (Cohen *et al.*, 1993; NIDCD, 2004).

del cristalino se presionan juntas y empujan hacia el centro. Hacia los 70 años de edad, el cristalino puede ser al menos 3 veces más grueso de lo que era originalmente. Por lo anterior es que se endurece, aplanar y se vuelve menos elástico y menos capaz de cambiar de forma para enfocar los objetos cercanos (véase la figura 3.4). Este continuo proceso a lo largo de la vida por lo general se vuelve notorio por primera vez en la adultez media, cuando la habilidad del ojo para acomodar, o ajustar su foco,

también se lentifica (Schieber y Baldwin, 1996). Las mujeres usualmente desarrollan presbicia alrededor de 3 a 5 años antes que los hombres (Kline y Schieber, 1985).

Inicialmente, la mayoría de las personas intenta compensar la presbicia al sostener los libros, periódicos o cualquier texto que lean cada vez más lejos de la cara, hasta que está tan alejado que las letras son demasiado pequeñas para distinguirlas. Algunas personas a esta edad no necesitan nada más que lupas. Otras necesitan lentes bifocales, que tienen una longitud focal para leer y otra para la visión distante. La presbicia usualmente se estabiliza hacia los 60 y con lentes correctivos la mayoría de los ancianos puede ver bastante bien.

El cristalino también puede comenzar a ponerse amarillo y filtrar luz verde, azul y violeta (Kline y Scialfa, 1996). Por tanto, estos colores no se deben usar para objetos, como medicinas, que los ancianos tengan necesidad de distinguir. Una persona mayor fácilmente puede mezclar dos píldoras idénticas si la única diferencia es que una es violeta y la otra azul.

También se puede observar otro cambio en el tamaño de la *pupila*, la abertura oscura en el centro del *iris*, la porción coloreada del ojo. Si observas los ojos de un niño de 5 o 6 años de edad, notarás que sus pupilas son más grandes que las de un adulto joven. Si observas las pupilas de una persona de 75 años, es probable que sean más pequeñas que las de un adulto joven. Esto es así porque los músculos en el iris que dilatan la pupila en lugares oscuros (como los cines) para dejar entrar más luz, se vuelven más débiles en la adultez media, y la pupila ya no se dilata tanto. Como resultado, los adultos medios necesitan aproximadamente un tercio más de brillantez que los adultos jóvenes para compensar la pérdida de luz que llega a la retina (Schieber y Baldwin, 1996). Esta tendencia puede aumentar en la vejez, de modo que los adultos mayores necesitan incluso más luz para leer o identificar objetos. En parte por la misma razón, la función visual de los adultos mayores puede ser más lenta y menos capaz para adaptarse a la oscuridad.

La percepción de la profundidad puede disminuir con la edad avanzada, por lo que algunos adultos mayores tienden a tropezar con las cosas, o a perder su paso en los escalones o bordes de las aceras. Los ancianos también se vuelven más sensibles a los destellos. Y, puesto que pierden sensibilidad al contraste visual, tienen problemas para leer caracteres o muy pequeños o muy grandes (Akutsu, Legge, Ross y Schuebel, 1991; Kline y Scialfa, 1996).

## TRASTORNOS Y ENFERMEDADES VISUALES

Algunos de los deterioros visuales ya discutidos antes, como la sensibilidad a los destellos y el contraste, se agravan por las **cataratas**. Más de la mitad de los ancianos desarrollan estas áreas nubladas u opacas en el cristalino, que evitan que la luz pase a través de él y producen visión borrosa (USDHHS, 1993a). La cirugía para remover cataratas (véase el recuadro 3.2) es la operación más común entre los estadounidenses mayores de 65 años (Steinberg *et al.*, 1993); en 1993 se realizaron más de 1.3 millones de operaciones de cataratas (Research to Prevent Blindness, 1994). Comer alimentos altos en vitamina A (brócoli, zanahorias y espinacas) por lo menos cinco veces a la semana puede reducir enormemente el riesgo de cataratas, de acuerdo con un estudio que duró 8 años y se hizo a gran escala. Tomar suplementos de vitamina A no tuvo necesariamente el mismo efecto (Hankinson *et al.*, 1992).

Las cataratas son la causa más frecuente de ceguera evitable en el mundo; pero la **degeneración macular relacionada con la edad** (AMD, por sus siglas en inglés), en la

que la *mácula*, la parte central de la retina, gradualmente pierde la habilidad para distinguir detalles finos, es la principal causa de *ceguera funcional* en estadounidenses mayores de 60 años (NEI, 2004a). Afecta a 10 millones de estadounidenses de 65 años o más (NEI, 2004a), en especial a mujeres blancas, a fumadores y a quienes tienen ojos claros (Stuen y Faye, 2003). Aunque no se limita por completo a adultos mayores, es más común que este trastorno aparezca a una edad avanzada; una dieta alta en carotenoides, como espinacas, repollos verdes y zanahorias supuestamente reduce el riesgo.

Existen dos tipos de AMD: seca y húmeda. La AMD seca es mucho más común; abarca aproximadamente el 90 por ciento de todos los casos de AMD (Mezger, 2000). La AMD seca es resultado de una gradual descomposición de las células fotosensibles en la mácula, lo que deja a una persona con visión ligeramente borrosa que puede empeorar con el tiempo (NEI, 2004a). Existen tres etapas de la AMD seca: temprana, intermedia y avanzada. La única opción de tratamiento disponible en las etapas temprana e intermedia es el uso de lentes especiales y lupas (Mezger, 2000). Un estudio realizado por The National Eye Institute (2004a) encontró que altas dosis de antioxidantes y cinc lentificaron la progresión de la enfermedad y redujeron el riesgo del estado avanzado de AMD.

La AMD húmeda es más severa que la seca y puede ocurrir súbitamente como resultado del rompimiento de pequeños vasos sanguíneos anormales bajo la retina. Para quienes tienen AMD húmeda, están disponibles dos tratamientos: cirugía láser y terapia fotodinámica. La cirugía láser, también llamada fotocoagulación, usa un láser para destruir los vasos sanguíneos anormales. Sin embargo, muy pocas personas pueden tratarse con este método y, además la cirugía puede ocasionar más daño y pérdida de visión. En la terapia fotodinámica, un medicamento sensible a la luz se inyecta en el cuerpo, y el ojo afectado se trata con un láser. Este tratamiento frena el crecimiento de los vasos sanguíneos anormales, y esto ayuda a evitar mayor pérdida de visión (NEI, 2004a; Stuen y Faye, 2003).

El **glaucoma** se presenta cuando dentro del ojo se incrementa la presión de fluido debido a un drenaje inadecuado, que daña al nervio óptico. La enfermedad afecta a 3 millones de estadounidenses, muchos de los cuales no están al tanto de ella hasta que causa severo daño a su visión. Al glaucoma se le puede llamar el “silencioso” o “furtivo” ladrón de la visión, porque, generalmente, al principio no hay síntomas o dolor, y la visión es normal (NEI, 2004b). Conforme los síntomas comienzan a aparecer (después de causar un daño significativo en el nervio óptico), pueden incluir visión borrosa, ver anillos de color alrededor de fuentes de luz (como un halo rojo alrededor de una bombilla), severos dolores de cabeza y dolor y goteo del ojo. Un síntoma temprano de la forma más común de glaucoma (glaucoma de ángulo abierto) es una gradual pérdida de visión periférica. El glaucoma de ángulo cerrado es una forma más seria de la enfermedad y abarca aproximadamente el 10 por ciento de todos los casos. Llega súbitamente, y la ceguera total puede ocurrir en horas, si no se trata de inmediato (Rosenfeld, 2002).

Cuando se detecta temprano, el glaucoma se puede tratar y controlar con gotas oftálmicas, medicina, tratamientos láser o cirugía. Cada uno de los tratamientos está diseñado para ayudar a drenar fluido del ojo. Los exámenes oculares se recomiendan cada dos años para adultos mayores de 40 años, en especial afroamericanos. El riesgo de glaucoma aumenta para todas las razas después de los 60 años, en particular para los mexicanos que radican en Estados Unidos. Otros factores de riesgo incluyen la historia familiar, el ser diabético o tener una lesión previa en los ojos (NEI, 2004b; Rosenfeld, 2002).

La **enfermedad corneal** ocurre cuando la córnea, la superficie frontal del ojo, se nubla, raya o distorsiona por lesiones, enfermedad o defectos hereditarios. Los implantes corneales artificiales se han vuelto un procedimiento común conforme las tasas de éxito mejoraron debido a los avances tecnológicos. El National Eye Institute (2001) patrocina investigación, incluidos estudios genéticos y transplantes celulares, para ayudar a los médicos a comprender y tratar la enfermedad corneal.

### CÓMO LIDIAR CON LAS PÉRDIDAS VISUALES

Cuando el pintor francés Edgar Degas empezó a perder la vista a finales de sus sesenta años, comenzó a elaborar esculturas de cera, con lo que sacó ventaja del sentido del tacto (McMullen, 1984). Pero incluso aquellos ancianos que no tienen serios trastornos con frecuencia tienen problemas para hacer cosas que dependen de la visión y necesitan encontrar formas de compensarlas. La reducida habilidad para adaptarse a la luz escasa, tolerar los destellos y ubicar y leer signos pueden volver particularmente difícil e incluso peligroso la conducción de vehículos (en especial de noche). También puede ser difícil para los ancianos leer o realizar trabajos que requieran mucha atención, e incluso efectuar tareas cotidianas como ir de compras y cocinar. Después de los 65 años, los problemas visuales serios no sólo pueden restringir las actividades cotidianas, sino a veces causar accidentes tanto dentro como fuera de casa (Branch, Horowitz y Carr, 1989; Tideiksaar, 2002). La pérdida de habilidades visuales puede tener serias consecuencias psicológicas cuando priva a los ancianos de actividades, vida social e independencia.

Existen formas sencillas para ayudar a las personas a permanecer activas, con seguridad e independencia. Asegúrate de que la iluminación en las áreas de trabajo y de lectura sea lo suficientemente brillante y dirigida de manera eficiente. Una buena lámpara fluorescente (amarillenta, no azul) puede proporcionar un alto nivel de iluminación con bajo destello. Deshazte de los objetos innecesarios en alacenas y libreros, y resalta los objetos de uso frecuente con marcadores de colores brillantes. Los accesorios útiles incluyen lentes de sol, de modo que se necesite menos ajuste cuando se entre a interiores; una lámpara de bolsillo para leer menús y programas de teatro; una lupa de bolsillo o que pueda sostenerse con una cadena; y material de lectura con grandes letras. Dado que los ojos de los ancianos necesitan contrastes más marcados, haz que los peldaños de las escaleras sean de un color diferente de los escalones, y los bordes de los mostradores y mesas de un color distinto de las partes superiores; pinta las agarraderas de los baños para contrastar con las paredes. Las alfombras y otros materiales texturizados pueden evitar los destellos deslumbrantes. (La tabla 3.2 menciona sugerencias adicionales para evitar caídas.)

### Audición

Tanto la audición como la visión están en su máximo potencial alrededor de los 20 años. Una pérdida gradual de la audición por lo general comienza antes de los 25 y se vuelve más aparente después de dicha edad. La mayoría de las personas no nota su pérdida de audición durante la adultez joven y la adultez media, porque no afecta las frecuencias que se usan en el habla normal. No es hasta los setenta que la mayoría de los adultos dejan de escuchar palabras en la conversación (Katchadourian, 1987). Los adultos deben examinar su audición si encuentran difícil entender palabras; se quejan de que otras personas “mascullan”; no pueden escuchar un grifo que gotea o notas altas en la música; tienen un silbido o campanilleo en los oídos; o no

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué teoría de envejecimiento biológico explica mejor los procesos de desarrollo que se observan en la visión y la audición?

**TABLA 3.2**

*Lista de revisión de seguridad para evitar caídas en casa*

Escaleras, pasillos y caminos.	Libres de desorden. Buena iluminación, especialmente en lo alto de las escaleras. Interruptores de luz, arriba y abajo de las escaleras. Pasamanos firmemente sujetos a ambos lados y en toda la extensión de la escalera. Alfombras firmemente unidas y no raídas; tiras de textura rugosa o abrasiva para asegurar la pisada.
Baños.	Asideros convenientemente ubicados dentro y fuera de las tinas y regaderas y cerca del excusado. Materiales antiderrapantes, tiras abrasivas o alfombra en todas las superficies que se puedan mojar. Lámparas de noche.
Recámaras.	Teléfonos y lámparas de noche o interruptores de luz con fácil acceso desde las camas.
Todas las habitaciones.	Cordones eléctricos y alambres telefónicos fuera de las rutas de tránsito. Tapetes bien asegurados al suelo. Inspeccionar en busca de riesgos, como clavos expuestos y bordes de adornos sueltos. Muebles y otros objetos en lugares familiares y no en el camino; bordes de mesas redondeados o acolchados. Sillones y sillas con altura adecuada para entrar y salir con facilidad.

FUENTE: Tideiksaar, 2002.

disfrutan de fiestas, televisión o conciertos porque no escuchan mucho de lo que sucede (NIA, 1993; Weinstein, 2003).

**CAUSAS DE PÉRDIDA AUDITIVA**

La pérdida auditiva es la tercera condición crónica más común en los adultos mayores, superada sólo por la artritis y la hipertensión (Schneider y Pichora-Fuller, 2000). La mayor parte del deterioro auditivo relacionado con la edad se debe a degeneración de las estructuras en el oído interno. Existen muchos tipos de pérdida, y dependen de las partes del oído interno que resulten afectadas.

La **pérdida auditiva sensorineural** es el tipo número uno de pérdida auditiva en personas mayores de 65 años. Implica daño en los nervios del oído interno, el nervio auditivo o las vías auditivas en el cerebro. Se puede producir por envejecimiento, infección, exposición a ruido fuerte, herencia, tumores, problemas circulatorios o trauma craneal (NIA, 2002a). Es permanente y se puede tratar sólo a través del uso de un auxiliar auditivo.

El tipo más común de pérdida auditiva sensorineural es la **presbiacusia**. Al principio, la pérdida auditiva está limitada a sonidos de tono alto y progresa más rápidamente en hombres que en mujeres (Schieber y Baldwin, 1996; NIDCD, 2004). La presbiacusia es muy común en la vida tardía, aunque por lo general no es severa; aproximadamente de 30 a 35 por ciento de las personas entre los 65 y los 74 años, y casi la mitad de los de 75 y más, la padecen en cierto grado. Mientras que un niño puede escuchar frecuencias tan altas como 20 000 ciclos por segundo, es poco probable que un adulto mayor escuche algo por arriba de 8 000 ciclos por segundo. Escuchar algunos sonidos de alta frecuencia puede ser de una relevancia crucial, por ejemplo, un anciano puede ser incapaz de oír el tono alto de una alarma contra incendios, sin importar qué tan sonoro sea; tal como soplar fuerte en un silbato para perros, cuyo sonido está por arriba del rango de frecuencias del oído humano, no hará más fácil que una persona lo escuche.

La **pérdida auditiva conductiva** es otro tipo común de enfermedad auditiva ocasionada por un bloqueo del sonido en el oído exterior o medio. El bloqueo puede ocurrir como resultado de la acumulación de cerilla, crecimiento anormal de hueso, una perforación en el tímpano o una infección en el oído medio. Como resultado de la pérdida auditiva conductiva, una persona puede experimentar una reducción en los niveles sonoros globales y tener dificultad para escuchar sonidos débiles. Este tipo de pérdida auditiva por lo general se trata médica o quirúrgicamente. Una combinación de pérdida auditiva sensorineural y conductiva se llama **pérdida auditiva mixta**. Al igual que cuando los tipos de pérdida auditiva ocurren por separado, la pérdida conductiva se puede tratar, mas no la pérdida sensorineural.

La audición también puede dañarse por la exposición constante a ruido intenso. Las personas que están especialmente en riesgo de sufrir este tipo de pérdida son quienes ejercen sus profesiones en granjas, minas, construcciones, fábricas, transporte, la milicia y la música (NIOSH, 2004). El lugar de residencia de la persona no produce diferencias en las tasas de pérdida auditiva; ya que tanto las personas en las áreas rurales como en las urbanas están expuestas al ruido diariamente, por lo que existe una potencial pérdida auditiva en ambos casos (NIDCD, 2004).

Casi 10 por ciento de los adultos mayores tienen **tinnitus**, un tintineo o zumbido persistente en los oídos. El tinnitus puede ocurrir en cualquier punto de la adultez, pero el número de casos se incrementa conforme aumenta la edad. No hay certeza de por qué ocurre el tinnitus, pero probablemente se deba a la exposición a ruido intenso, la pérdida auditiva, la ingesta de ciertos medicamentos o problemas de salud. Puede ser permanente o puede ir y venir (NIA, 2002a). Parece ocurrir más frecuentemente en mujeres, y personas que tomen grandes dosis de aspirina pueden presentar este síntoma temporalmente, junto con una pérdida auditiva temporal. El tinnitus crónico puede ser extremadamente estresante. Puede tratarse médicamente o mediante el uso de un dispositivo electrónico que hace el tintineo menos persistente (NIA, 2002a).

### CÓMO LIDIAR CON LA PÉRDIDA AUDITIVA

Los auxiliares auditivos, que amplifican el sonido, pueden compensar la pérdida auditiva leve en cierta medida. Sin embargo, pueden ser difíciles de ajustar, pues amplifican ruidos de fondo así como los sonidos que el usuario quiere escuchar. Más aún, muchas personas sienten que utilizar un auxiliar auditivo es como traer un letrero que dice “Me estoy volviendo viejo”. Los auxiliares auditivos más nuevos usan



tecnología de microchip que proporciona una calidad sonora mejorada (véase el recuadro 3.2). El tratamiento médico, la capacitación especial y la cirugía son otras formas de lidiar con el deterioro auditivo.

Las personas que hablan a ancianos con audición defectuosa pueden seguir algunos pasos simples para mejorar la comunicación (Hull, 1980; NIDCD, 2002). Cuando hables con alguien que tenga problemas auditivos, asegúrate de que estás en buena luz, donde la otra persona te pueda ver, de modo que el movimiento de tus labios y gestos los pueda usar como pistas para tus palabras. Habla desde una distancia de 1 a 2 metros, nunca hacia el oído de la persona. No mastiques, comas o cubras tu boca mientras hablas, y apaga el radio y la televisión. Habla un poco más fuerte de lo usual, pero no grites. Habla claramente y no muy rápido. No exageres la articulación, la exageración puede distorsionar tanto los sonidos como las pistas visuales. Si el que escucha no entiende lo que dices, no sólo lo repitas; vuelve a decirlo en oraciones simples y cortas.

## Gusto y olfato

El gusto y el olfato por lo general comienzan a declinar en la vida media, pero las diferencias individuales son enormes.

Puesto que las papilas gustativas se vuelven menos sensibles, los alimentos que pueden ser muy sabrosos para las personas más jóvenes parecen insípidos a la misma persona en la adultez media (Troll, 1985; Saxon y Etton, 2002). Una mujer puede perder su gusto por lo dulce, su marido puede encontrar que sus martinis no son lo suficientemente amargos. Una persona podría volverse menos sensible a las comidas saladas, otra a los alimentos dulces, agrios o amargos. Y la misma persona puede permanecer más sensible a algunos de estos sabores que a otros (Stevens, Cruz, Hoffmann y Patterson, 1995; Whitbourne, 1999). Muchas personas compensan las pérdidas en el gusto al comer alimentos que están mucho más sazonados. Algunos salan sus comidas, lo que posiblemente contribuye a la presión sanguínea alta. Otros comen menos y pueden llegar a desnutrirse. La investigación intenta lograr una mejor comprensión de los mecanismos básicos del gusto y de las formas para mejorar este sentido en los ancianos (Schiffman, 1995; Saxon y Etton, 2002).

Con frecuencia, el gusto depende del olfato. Cuando los ancianos encuentran que sus alimentos ya no saben bien, esto podría ser no sólo porque tienen menos papilas gustativas en la lengua, sino también porque tienen menos receptores olfatorios para transmitir olores al cerebro. Como con el gusto, la pérdida de receptores olfatorios ocurre más rápidamente en algunos ancianos que en otros (Stevens, Cain, Demarque y Ruthruff, 1991), y la habilidad para detectar ciertos olores tiende a deteriorarse más rápido en unos que en otros (Wysocki y Gilbert, 1989). Algunos adultos mayores pueden tener dificultad para detectar por el olor si la comida está echada a perder.

Estos cambios pueden relacionarse con enfermedad, envejecimiento, tabaquismo, la ingesta de algunos medicamentos o contaminación ambiental (American Academy of Otolaryngology, 1986). Los individuos también pueden diferir en su habilidad cognitiva para reconocer olores y sabores (Whitbourne, 1999).

## Tacto, dolor y temperatura

La piel en la punta de los dedos puede volverse menos sensible con la edad (Stevens, 1992). Para la mayoría de las personas, esta reducción de agudeza táctil tiene poco

impacto, pero para los discapacitados visuales puede interferir con la habilidad para leer braille.

¿Los ancianos se vuelven menos sensibles al dolor? Los estudios no son concluyentes (Harkins, 1995). Algunos ancianos parecen volverse menos sensibles al dolor, pero también pueden volverse menos capaces de tolerarlo. Como resultado, muchos ancianos encuentran el dolor más estresante que antes (Katchadourian, 1987). Aun así, aunque el dolor crónico es un reto importante en la atención geriátrica, las personas mayores de 70 años tienden a ser una muestra poco representativa en las clínicas de tratamiento del dolor. La intervención y el control del dolor ahora se han convertido en uno de los principales focos de la atención geriátrica.

El cuerpo de un anciano se ajusta más lentamente al frío y se enfría más fácilmente que el de una persona más joven. La exposición al frío exterior y a interiores pobremente calentados puede bajar la temperatura corporal, lo que implica un serio riesgo para los adultos mayores. Asimismo tampoco pueden enfrentar bien el calor. Los mecanismos de enfriamiento normales del cuerpo (sudoración y bombeo de sangre a la piel) no tienen tan buen desempeño como en las personas más jóvenes. En climas cálidos, o después del ejercicio, los ancianos necesitan beber mucha agua para sustituir la pérdida de fluidos corporales (M. J. Holland, 1990).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué tiene un mayor impacto en el funcionamiento motor durante la adultez, la genética o el ambiente? Explica por qué.

## Funciones motoras

La mayoría de los atletas profesionales se retiran hacia los 40 años, aunque algunos, como el pitcher Nolan Ryan, permanecen en la cúspide de su juego después de haber pasado dicha edad. John Glenn, mucho después de su retiro, todavía podía desempeñarse como astronauta. ¿Qué ocurre en la adultez que causa el declive del funcionamiento motor, y por qué tal declive es más rápido en algunas personas que en otras?

Por alguna razón, el tejido que conecta los músculos con las articulaciones se engrosa, lo que hace a las articulaciones menos flexibles. La destreza manual por lo general se vuelve menos eficiente después de mediados de los treinta (Vercruyssen, 1997), aunque algunos pianistas, como Vladimir Horowitz, continúan interpretando brillantemente a sus ochenta años. La artritis (degeneración de las articulaciones) puede cobrar su factura (véase el capítulo 4).

La fibras musculares son cada vez menos y contienen menos proteína, lo que disminuye la potencia muscular, la rapidez y (en menor medida) la resistencia. Pero las diferencias individuales son grandes y se vuelven mayores con cada década que pasa (Spiriduso y MacRae, 1990; Vercruyssen, 1997). “Úselo o piérdalo” es el lema de muchos adultos de edad media, que se involucran en trotar, frontenis, tenis, baile aeróbico y otras formas de ejercicio. Incluso algunos adultos en sus setenta todavía compiten en maratones y triatlones. Las personas que llevan vidas sedentarias o tienen una salud deficiente tienden a perder tono muscular y energía, mientras que quienes son activos conservan más fuerza, vigor y resistencia.

No obstante, con el tiempo, si una persona vive lo suficiente, los cambios fisiológicos limitan la actividad motora (Spiriduso y MacRae, 1990). Por lo general, los ancianos pueden hacer la mayoría de las cosas que hacen los jóvenes, pero más lentamente (Birren, Woods y Williams, 1980; Salthouse, 1985). No son tan fuertes como solían ser y no pueden transportar cargas pesadas. La edad también trae cambios en la coordinación y el tiempo de reacción, lo que afecta habilidades tales como conducir vehículos. Observemos algunos de estos cambios.



© Suzanne Haldane/Stock Boston



© Elizabeth Crews



© Spencer Grant/Stock Boston

## FUERZA MUSCULAR Y RESISTENCIA

La mayoría de los adultos son más fuertes durante sus veinte y treinta años (Spirduso y MacRae, 1990). Gradualmente pierden alrededor del 10 al 20 por ciento de su fortaleza hacia los 70 años; después de eso, la pérdida se vuelve mayor. Algunos ancianos sólo tienen la mitad de la fuerza que tenían a los 30 (Spence, 1989). Los músculos de la parte superior del cuerpo conservan mejor su fuerza que los músculos de la parte inferior (Spirduso y MacRae, 1990). La mayoría de las personas notan primero un debilitamiento en los músculos de la espalda, al entrar a los cincuenta, y luego en los brazos y hombros, ya bien entrados los sesenta (Katchadourian, 1987).

La razón de tal debilidad es una pérdida de masa muscular. Entre los 30 y los 80 años, hasta 30 por ciento de la fibra muscular se puede atrofiar, dependiendo de factores como la herencia, la nutrición y en especial cuánto uso tienen los músculos. Las fibras perdidas no se pueden reemplazar ellas mismas; en vez de ello, se sustituyen por grasa (Spence, 1989). Hacia los 65, el cuerpo de un hombre por lo general es 30 por ciento grasa, lo mismo que el de una mujer, pero casi tres veces el porcentaje que tenía a los 20, incluso si su peso no cambia (Katchadourian, 1987).

Un programa de ejercicio durante toda la vida puede evitar o incluso revertir muchos de los cambios físicos anteriormente asociados con el “envejecimiento normal”. El ejercicio regular prolonga la vida y puede ayudar a evitar o reducir los declives relacionados con la edad (Mazzeo *et al.*, 1998; Rakowski y Mor, 1992). El ejercicio aumenta significativamente la condición física, el tamaño muscular y la fuerza en los individuos ancianos. Además de rejuvenecer los músculos, los ejercicios de resistencia (“hacer pesas”) también mejoran la fuerza ósea, lo que limita el riesgo de osteoporosis y fracturas de la cadera, columna vertebral y muñeca. El ejercicio también mejora el equilibrio; por tanto reduce el riesgo de caídas, un problema común y amenazante de la vida en los ancianos (Rowe y Kahn, 1998). En estudios controlados con personas entre sus sesenta y noventa años, programas de entrenamiento en peso y resistencia, que duran de 8 semanas a 2 años, aumentaron la fuerza, tamaño y movilidad musculares y también mejoraron la rapidez y la resistencia (Ades, Ballor, Ashikaga, Utton y Nair, 1996; Fiatarone *et al.*, 1990; Fiatarone, O’Neill y Ryan, 1994; McCartney, Hicks, Martin y Webber, 1996). En otro estudio, el entrenamiento de ejercicio y baile aeróbico de bajo impacto e intensidad moderada condujo a ganancias en ingesta de oxígeno, fuerza muscular en piernas y vigor (Engels, Drouin, Zhu y Kazmierski, 1998).

Este hallazgo en la plasticidad incluso entre los más ancianos, coherente con el enfoque de desarrollo de ciclo de vida, es relevante porque las personas cuyos músculos se atrofiaron tienen más probabilidad de sufrir caídas y fracturas y de necesitar ayuda con las tareas de la vida cotidiana.

*Aunque el funcionamiento motor declina un poco después de la adultez joven, los adultos medios tardíos que siguen activos pueden conservar más destreza manual, fuerza y resistencia que quienes no lo son.*

La resistencia se refiere a cuánto tiempo una persona puede hacer su máximo esfuerzo antes de fatigarse, y con frecuencia se conserva mucho mejor que la fuerza. Probablemente, es por eso por lo que muchos corredores, nadadores y ciclistas competitivos cambian de carreras cortas a largas conforme envejecen. Los atletas mayores pueden desempeñarse mejor en eventos de resistencia, como correr un maratón, que en un evento que depende de la fuerza, como el lanzamiento de bala (Spirduso y MacRae, 1990).

### TIEMPO DE REACCIÓN Y COORDINACIÓN

Los adultos mayores se desempeñan más lentamente que los adultos jóvenes en casi todo tipo de tareas; en general, mientras más compleja sea la tarea, mayor es la diferencia con la edad. El tiempo de reacción simple, que involucra una sola respuesta a un solo estímulo (como presionar un botón cuando una luz se enciende) se lentifica aproximadamente 20 por ciento, en promedio, entre las edades de 20 y 60 años (Birren *et al.*, 1980), dependiendo de la cantidad y tipo de información a procesar y el tipo de respuesta requerida. Cuando se pide una respuesta vocal en vez de una manual, las diferencias de edad en tiempo de reacción simple se reducen sustancialmente (Johnson y Rybash, 1993).

Las tareas que involucran una elección de respuestas (como golpear un botón cuando se enciende una luz y otro botón cuando se escucha un tono) y habilidades motoras complejas que involucran muchos estímulos, respuestas y decisiones (como jugar un juego de video o conducir un automóvil) declinan más; pero el declive no necesariamente resulta en rendimiento más pobre. De manera común, los adultos de la etapa media son mejores conductores que las personas más jóvenes (Sterns, Barrett y Alexander, 1985) y los mecanógrafos de 60 años son tan eficientes como los de 20 (Spirduso y MacRae, 1990). En éstas y otras actividades, la mejoría que viene con la experiencia compensa de manera suficiente los decrementos que vienen con la edad.

La conducción de vehículos se vuelve más riesgosa para los adultos mayores, debido a que procesan más lentamente la información, sus tiempos de reacción son más lentos y su coordinación es menos eficiente. Los conductores mayores de 65 años tienen una alta propensión a sufrir accidentes, por lo general debidos a vueltas inadecuadas, problemas para ceder el paso y para obedecer señales de tránsito (Sterns, Barrett y Alexander, 1985; AARP, 2006). En 1991, casi 16 por ciento de las personas que murieron en accidentes de tránsito tenían 75 o más años de edad, el grupo de conductores de mayor crecimiento en Estados Unidos (“Elderly Driving Poses Challenges for Families”, 1994). Los choques automovilísticos son la principal causa de decesos relacionados con lesiones entre los 65 a 74 años de edad, y la segunda causa principal (después de las caídas) en el grupo de más de 75. Las tasas de decesos son casi cuatro veces mayores para el grupo de 75 y más que para todas las edades combinadas (Sterns y Camp, 1998).

El entrenamiento puede ayudar al tiempo de reacción. En un estudio, por ejemplo, los ancianos que nunca antes utilizaron juegos de video usaron “palancas” y “botones disparadores” durante 11 semanas para jugar con juegos como Breakout, Kaboom y Ms. Pacman. Al final del periodo de estudio, mostraron tiempos de reacción más rápidos que un grupo de control (Dustman, Emmerson, Steinhaus, Shearer y Dustman, 1992).

Para un adulto mayor, conducir un vehículo puede marcar la diferencia entre la participación activa en la sociedad y el aislamiento forzado. La visión, coordinación

y tiempo de reacción de los conductores ancianos necesitan revalorarse con regularidad. Pueden compensar alguna pérdida de habilidad al conducir más lentamente y durante distancias más cortas, elegir rutas más sencillas y conducir sólo durante el día (Sterns *et al.*, 1985). En muchas comunidades, los cursos de manejo seguro ayudan a mantener a los conductores ancianos detrás del volante tanto como es posible. Mientras tanto, los ingenieros de autopistas exploran formas de elaborar señales más fáciles de leer e intersecciones más seguras (Schmidt, 1988).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Con base en tus actitudes como adolescente o adulto joven, ¿cómo predices que serán tus deseos sexuales en la adultez media y/o en la vejez?

## FUNCIONAMIENTO SEXUAL Y REPRODUCTIVO

Muchos adultos ven la sexualidad como un sello de la juventud. En realidad, a pesar de los cambios en los sistemas reproductivos masculino y femenino (que se resumen en la tabla 3.3), la actividad y el placer sexuales pueden continuar a lo largo de la vida adulta.

### El sistema reproductivo femenino

El ciclo menstrual es un poderoso 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 ejemplo, la visión es más clara en el momento de la ovulación, la audición tiene su pico al comienzo de un periodo menstrual y de nuevo en la ovulación, el olfato es más sensible a medio ciclo y se reduce durante la menstruación, y la sensibilidad al dolor es más baja justo antes de un periodo (Parlee, 1983). El cese de la menstruación en la adultez media es un suceso importante, con efectos tanto físicos como psicológicos.

**TABLA 3.3**

### *Cambios relacionados con la edad en sistemas reproductivos humanos*

	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>
Climaterio (edad aproximada):	45-55.	55-60.
Cambio hormonal:	Caída en estrógeno y progesterona.	Caída en testosterona.
Síntomas:	Bochornos, resequedad vaginal, disfunción urinaria.	Indeterminados.
Cambios sexuales:	Toma más tiempo excitarse y alcanzar el orgasmo.	Pérdida de excitación psicológica, erecciones menos frecuentes, orgasmos más lentos, mayor tiempo de recuperación entre eyaculaciones, riesgo creciente de impotencia.
Capacidad reproductiva:	Termina.	Continúa; puede ocurrir cierta disminución en fertilidad.

## SÍNDROME PREMENSTRUAL

El **síndrome premenstrual** (SPM) es un trastorno que involucra incomodidad física y tensión emocional durante las 2 semanas anteriores a un periodo menstrual. Los síntomas emocionales o físicos pueden incluir cambios de estado de ánimo, ansiedad, fatiga, irritabilidad, dolores de cabeza, mamas hinchadas y/o sensibles, manos o pies sudorosos, inflamación, náusea, estreñimiento, ganancia de peso, depresión, llantos y dificultad para concentrarse o recordar (American Medical Association, 1998).

Estos síntomas no son distintivos por sí mismos; es su presencia temporal lo que identifica al SPM. Hasta 70 por ciento de las mujeres que menstrúan pueden tener algunos síntomas; alrededor de 3 a 5 por ciento presentan síntomas lo suficientemente severos como para interferir con el funcionamiento normal y ser considerado un trastorno mental, que se llama *trastorno disfórico premenstrual* (TDPM) (American Psychiatric Association, 1994; “PMS: It’s Real”, 1994; Wurtman y Wurtman, 1989; NIMH, 2005).

La causa del SPM no se conoce. En parte, puede estar relacionado con cambios bioquímicos del ciclo menstrual: la disminución de neurotransmisores en el cerebro afecta el bienestar, ya que relaja o estimula el sistema nervioso central. Los medicamentos más efectivos, como Prozac o ciertos medicamentos anti-ansiedad, fortalecen los niveles de estos químicos o emulan sus efectos. Una alternativa para tratamiento del SPM puede ser la píldora anticonceptiva, dado que provee dosis estables y diarias de hormonas, lo que evita la fluctuación (American Medical Association, 1998). Los tratamientos hormonales suelen ser efectivos pero pueden tener efectos secundarios indeseables. Para síntomas leves, los médicos recomiendan ejercicio y cambios en la dieta, como evitar las grasas, el sodio, la cafeína y el alcohol (“PMS: It’s Real”, 1994). Un tratamiento ataca síntomas específicos: por ejemplo, los antidepresivos para una mujer que se siente “triste” o diuréticos para una que retiene líquidos. Puesto que algunas mujeres reportan alivio al consumir carbohidratos, un grupo de investigación ha propuesto una dieta alta en carbohidratos (Wutman y Wutman, 1989).

El SPM a veces se confunde con **dismenorrea**, dolores y cólicos menstruales. Los cólicos afectan, generalmente, a las adolescentes y mujeres jóvenes; el SPM es más típico en mujeres en sus treinta o más. La dismenorrea se provoca por contracciones del útero, que se ponen en movimiento por las prostaglandinas, sustancias parecidas a hormonas; se puede tratar entonces con inhibidores de prostaglandina.

## MENOPAUSIA

La **menopausia** tiene lugar cuando una mujer deja de ovular y menstruar permanentemente y ya no puede concebir un hijo; por lo general se considera que ocurre un año después del último periodo menstrual. El periodo, cuya duración es de muchos años, durante el cual una mujer experimenta cambios fisiológicos que conducen a la menopausia se llama *perimenopausia*, también conocida como **climaterio**, o “cambio de vida”.

A partir de sus treinta, la producción de óvulos de una mujer comienza a declinar de manera imperceptible. Entonces, conforme se acerca a su cumpleaños cincuenta, los ovarios producen menos estrógeno, que es la hormona femenina. (Las glándulas adrenales y otras continúan segregando pequeñas cantidades de estrógeno, incluso después de la menopausia.) La menstruación comienza a ser irregular, con menos flujo que antes y un mayor tiempo entre periodos menstruales. Conforme caen los niveles de estrógeno y progesterona producidos por los ovarios, la menstruación se detiene por completo.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Percibes la menopausia como una experiencia estresante, indiferente o liberadora?

La menopausia ocurre cuando los ovarios ya no producen suficiente estrógeno para sostener los ciclos menstruales completos (American Medical Association, 1998). En 4 de cada 5 mujeres esto ocurre entre los 45 y 55 años de edad; en promedio, a los 51 años (Avis, 1999; Merrill y Verbrugge, 1999; Planned Parenthood, 2003). Sin embargo, algunas mujeres experimentan cambios menstruales en sus treinta; otras, hasta sus sesenta. En las mujeres que se someten a histerectomías (remoción quirúrgica del útero que tiene como resultado la incapacidad para quedar embarazada), la menopausia comienza abruptamente, sin preparación.

**Efectos físicos** Tres de cada cuatro mujeres experimentan poca o ninguna incomodidad física debido a la menopausia (NIA, 1993). Las más comunes son los “bochornos” (súbitas sensaciones de calor que aparecen repentinamente a través del cuerpo debido a la expansión y contracción de los vasos sanguíneos); aunque muchas mujeres nunca los experimentan, otras los sufren continuamente (Avis, 1999). La administración de estrógeno artificial, de lo cual se habla más adelante en este capítulo, puede aliviar los bochornos.

Otros posibles síntomas incluyen resequedad vaginal, ardor y comezón; problemas urinarios e infecciones vaginales. Durante la menopausia, la vagina se vuelve más estrecha y corta, sus paredes se vuelven más delgadas y menos elásticas, y la lubricación disminuye, lo que a veces causa dolor durante la cópula o irritación de la vejiga. El uso de gel soluble en agua puede evitar o aliviar tal incomodidad. Las secreciones vaginales también se vuelven menos ácidas, lo que ofrece menos protección contra infecciones bacteriales y micóticas. Mientras más sexualmente activa sea una mujer, con un compañero o mediante masturbación, menos probabilidades tendrá de experimentar estos cambios (Katchadourian, 1987; Spence, 1989). Otros problemas físicos que ocasionalmente reportan las mujeres menopáusicas incluyen dolor en articulaciones o músculos, dolores de cabeza, insomnio, fatiga, mareos, ganancia de peso y estreñimiento; pero tales síntomas parecen, si acaso, relacionarse con la menopausia sólo de manera indirecta (Avis, 1999; te Velde y van Leusden, 1994).

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). Sin embargo, las mujeres pasan por ajustes sexuales. Algunas no se excitan tan fácilmente como antes, y el rubor sexual que acom-



© Carolyn A. McKeone/Photo Researchers

*Algunas mujeres posmenopáusicas toman estrógeno mediante un parche cutáneo de liberación lenta (que usan en el muslo), una píldora o una crema vaginal para contrarrestar los bochornos y resequedad vaginal y evitar la osteoporosis y las cardiopatías. El recomendar terapia de estrógenos a una mujer en particular puede depender de su historial médico.*

pañ a la excitación disminuye. La congestión mamaria, la erección de pezones y la congestión del clítoris y los labios también pueden disminuir. Las mujeres todavía pueden alcanzar el orgasmo, pero es posible que tarden más tiempo en lograrlo y que sea menos intenso.

Muchos de los molestos efectos físicos de la menopausia, incluidos mayores riesgos de ciertas enfermedades (que se discuten en el capítulo 4), parecen relacionarse con menores niveles de estrógeno. En el pasado, los médicos frecuentemente prescribían **terapia de reemplazo hormonal (TRH)**: estrógeno artificial, a veces en combinación con progestina, en forma de píldora, un parche cutáneo de liberación lenta o crema vaginal. Sin embargo, un estudio reciente realizado por la Women's Health Initiative (WHI) encontró que el estrógeno ingerido en combinación con progestina aumenta drásticamente los riesgos de cáncer de mama, cardiopatía coronaria, coágulos sanguíneos y derrames cerebrales, y enfermedad de la vesícula biliar. Estos hallazgos condujeron a los investigadores a detener súbitamente el estudio en 2002, en lugar de 2005, fecha originalmente planeada (NHLBI, 2002). Las mujeres que tomaron estrógeno y progestina tuvieron el doble de probabilidad de desarrollar demencia, incluido Alzheimer, que las mujeres que no ingerían hormonas complementarias (NIH, 2003a). Además, la WHI estudió a mujeres que tomaban sólo estrógeno, y este estudio también se detuvo antes porque el estrógeno no redujo el riesgo de cardiopatías y, en cambio, aumentó el riesgo de derrames cerebrales, cáncer de endometrio y demencia (American Cancer Society, 2004). La WHI también estudió los efectos de la TRH en mujeres que tuvieron histerectomía. Tal estudio también terminó antes, pues aumentó el riesgo de derrames cerebrales y demencia y no redujo el riesgo de cardiopatías (NIH, 2004). La FDA (2003) recomienda que, si se necesita terapia hormonal, se debe tomar en la dosis más pequeña posible durante el tiempo más corto necesario.

*Efectos psicológicos* En la Irlanda rural, no hace mucho tiempo, las mujeres que ya no menstruaban se retiraban a sus camas y permanecían ahí, con frecuencia durante años, hasta que morían (U. S. Office of Technology Assessment, 1992). Esta costumbre puede parecer extrema, pero la actitud que expresa (que la utilidad de una mujer termina con su habilidad para reproducir) era típica en las sociedades occidentales hasta años recientes (Avis, 1999; Crowley, 1994).

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 (American Medical Association, 1998). En Estados Unidos, actualmente, la mayoría de las mujeres que llegan a la menopausia la ven positivamente, más que las mujeres más jóvenes (Avis, 1999). Para muchas mujeres, la menopausia es un signo de transición hacia la segunda mitad de la vida adulta, una época de cambios de roles, mayor independencia y crecimiento personal.

En contraste, algunas culturas, como la de los indios papago sudoccidentales, parecen virtualmente ignorar la menopausia. En otras culturas, entre las que se encuentran las de India y el sur de Asia, es un evento bienvenido; el estatus de las mujeres y la libertad de movimiento aumentan una vez que se liberan de los tabúes conectados con la menstruación y la fertilidad (Avis, 1999; Lock, 1994). Véase el recuadro 3.3 en la p. 104.



## 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, lo que suma hasta 30 a 40 por ciento de reducción hacia los 70 años de edad (King, 1996).

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 y Kahn, 1998). La próstata (el órgano que rodea el cuello de la vejiga de un hombre) puede alargarse, lo que causa problemas urinarios y sexuales. Otros síntomas supuestamente asociados con el climaterio masculino incluyen depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, fatiga, debilidad, menor impulso sexual, fallas en la erección, pérdida de memoria y de masa muscular y ósea, y reducción de vello corporal (Henker, 1981; Sternbach, 1998; Weg, 1989), pero no es claro que estos síntomas vagamente definidos se relacionen con los niveles de testosterona. 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 negativas hacia el envejecimiento (King, 1996).

Muchos hombres, conforme envejecen, temen enormemente la pérdida de potencia sexual. En realidad, la idea de que ésta es una acompañante natural del envejecimiento es una falacia (Masters y Johnson, 1970). Con mucha frecuencia, la mengua en actividad sexual se debe a causas no fisiológicas: monotonía en una relación, preocupación con respecto a los negocios o finanzas, fatiga mental o física, depresión, dar al sexo poca prioridad, o temor ante la incapacidad para el desempeño. Las causas físicas incluyen enfermedad crónica (como diabetes), cirugía, uso de algunos medicamentos y demasiada comida o alcohol (Weg, 1989; NIA, 2002b).

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, lo que hace menos probable que sea padre (Merrill y Verbrugge, 1999). Las erecciones tienden a volverse más lentas y menos firmes, los orgasmos menos frecuentes y las eyaculaciones menos vigorosas; y el individuo tarda más tiempo en recuperarse y eyacular de nuevo (Bremner, Vitiello y Prinz, 1983; Katchadourian, 1987; King, 1996; Masters y Johnson, 1966; NIA, 2002b). Aun así, la excitación y actividad sexuales pueden seguir siendo un aspecto normal y vital de la masculinidad.

Un estimado de 20 por ciento de los hombres con edades de 50 a 59, y 67 por ciento de hombres de 70 años experimentan **disfunción eréctil** (popularmente llamada **impotencia**): incapacidad persistente para lograr o mantener un pene suficientemente erecto para un desempeño sexual satisfactorio (Schneider, 2003). De acuerdo con el Estudio de Envejecimiento Masculino de Massachusetts, aproximadamente 5 por ciento de los hombres de 40 años y 15 por ciento de los de 70 años son completamente impotentes (Feldman *et al.*, 1994). La diabetes, la hipertensión, el colesterol alto, las insuficiencias renales, la depresión, los trastornos neurológicos y muchas enfermedades crónicas están asociadas con la disfunción eréctil (Utiger, 1998). El alcohol, las drogas, el tabaquismo, pobres técnicas sexuales, la falta de conocimiento, las relaciones insatisfactorias, la ansiedad y el estrés pueden ser factores que contribuyen a esta afección.



## *La experiencia de la menopausia en las mujeres japonesas*

Muchas mujeres aceptan los bochornos y los sudores nocturnos como acompañantes normales de la menopausia. Sin embargo, al parecer esto no es tan cierto en todas partes.

Margaret Lock (1994) entrevistó a 1 316 mujeres japonesas de 45 a 55 (obreras, granjeras y amas de casa) y comparó los resultados con información de 9 376 mujeres en Massachusetts y Manitoba, Canadá. La experiencia de menopausia de las mujeres japonesas resultó ser muy diferente de la de las mujeres occidentales.

Menos del 10 por ciento de las mujeres japonesas cuya menstruación se volvió irregular reportaron haber tenido bochornos durante las dos semanas previas, en comparación con aproximadamente el 40 por ciento de la muestra canadiense y el 35 por ciento de la muestra estadounidense. De hecho, menos del 20 por ciento de las japonesas experimentaron *alguna vez* bochornos, en comparación con el 65 por ciento de las canadienses, y la mayoría de las japonesas que experimentaron bochornos reportaron poca o ninguna incomodidad física o psicológica. (De hecho, en Japón se le da tan poca relevancia a lo que en las culturas occidentales se considera el síntoma líder de la menopausia, que no hay un término japonés específico para “bochorno”, aun cuando el idioma japonés haga muchas distinciones sutiles acerca de los estados corporales.) Más aún, sólo alrededor del 3 por ciento de las japonesas dijo experimentar sudores nocturnos, y además tuvieron mucho menos probabilidad que las occidentales de sufrir insomnio, depresión, irritabilidad o falta de energía (Lock, 1994).

Las mujeres japonesas reportaron síntomas como la rigidez en hombros, dolores de cabeza, lumbago, estreñimiento y otros achaques que, desde la perspectiva occidental, no parecen relacionarse directa-

mente con los cambios hormonales de la menopausia (Lock, 1994). Los médicos japoneses vinculan tales síntomas con el declive del ciclo reproductivo femenino, que creen se asocia con cambios en el sistema nervioso autónomo (Lock, 1988).

Los síntomas que los médicos notaron fueron muy similares a los que reportaron las mujeres. Los bochornos no encabezaron la lista de los médicos, y en algunos casos no aparecieron en absoluto. Sin embargo, muy pocas japonesas consultan médicos por la menopausia o sus síntomas, y pocos médicos prescriben terapia hormonal (Lock, 1994).

En Japón, la menopausia se considera un hecho normal en la vida de las mujeres, y no una condición médica que requiera tratamiento. El fin de la menstruación tiene mucho menos significado del que tiene para las mujeres occidentales; el término más cercano para ella, *kônenki*, no se refiere específicamente a lo que los occidentales llaman menopausia, sino a un periodo considerablemente más largo, comparable a la perimenopausia o climaterio (Lock, 1994, 1998).

La sociedad japonesa tradicional se enfoca en un estricto sistema de etapas que cada cohorte experimenta simultáneamente, desde el nacimiento hasta el matrimonio, la paternidad y la muerte. El envejecimiento es un proceso social; los cambios biológicos individuales son incidentales. ¡Incluso las celebraciones de cumpleaños son una innovación reciente! El *kônenki* es sólo otro proceso conectado con el envejecimiento (Lock, 1998).

El envejecimiento en sí mismo es menos temible que en Occidente. El paso a través de la mayor parte de la adultez es cuestión de creciente responsabilidad y estatus. No es sino hasta la vejez cuando las mujeres y los hombres tienen probabilidad de escapar a la carga cotidiana de tareas y hacer lo que les

plazca. El envejecimiento trae no sólo respeto por la sabiduría, sino libertad recién encontrada (como la menopausia). En la actualidad, la cultura japonesa se ha vuelto un poco occidentalizada, y hay una creciente tendencia a medicalizar *kônenki*; pero, hasta el momento, prevalece la visión tradicional (Lock, 1998).

Entonces, las actitudes culturales pueden afectar cómo las mujeres interpretan sus sensaciones físicas, y estas interpretaciones se pueden ligar a sus sentimientos acerca de la menopausia. Se ha encontrado que los bochornos son raros o infrecuentes entre las mujeres mayas, las norafricanas en Israel, las navajo en Estados Unidos y algunas de Indonesia (Beyene, 1986, 1989; Flint y Samil, 1990; Wal-fish, Antonovsky y Maoz, 1984; Wright, 1983). Por ejemplo, las mujeres mayas, que constantemente están embarazadas o criando bebés, tienden a considerar la crianza infantil como una carga y esperan con ansia su final (Beyene, 1986, 1989).

Las prácticas nutricionales también pueden influir la experiencia de la menopausia. Algunas plantas, como la soya, un alimento básico en la dieta del Lejano Oriente, contiene cantidades relativamente altas de compuestos conocidos como *fitoestrógenos*, que tienen un débil efecto parecido al del estrógeno. Una dieta alta en alimentos hechos con estas plantas, como el tofu y la harina de soya, puede influir en los niveles hormonales en la sangre. Cuando los niveles naturales de estrógeno caen durante el climaterio, los fitoestrógenos pueden actuar como estrógeno e inhibir síntomas de la menopausia. Esto, entonces, puede ayudar a explicar por qué las japonesas en la adultez media no experimentan los drásticos efectos de un declive precipitado en niveles de estrógeno, como lo hacen muchas mujeres occidentales (Margo

N. Woods, M.D., Departamento de medicina familiar y salud comunitaria, Tufts University School of Medicine, comunicación personal, noviembre de 1996).

También puede explicar la baja incidencia de osteoporosis y de muertes por cardiopatías coronarias de las mujeres japonesas (Margo N. Woods, M.D., Departamento de medicina familiar y salud comunitaria, Tufts University School of Medicine, comunicación personal, noviembre de 1996). En un pequeño estudio exploratorio, aleatorio y controlado, mujeres posmenopáusicas que no estaban en terapia hormonal experimentaron menos bochornos intensos, sudores nocturnos y resequedad vaginal después de seis meses de tomar un placebo, mas *no* después de tomar fitoestrógenos (Balk, Whieside, Naus, DeFerrari y Roberts, 2002). Por otra parte, en un estudio doble ciego con grupo de control utilizando placebo en Brasil, dosis diarias de isoflavono de soya redujeron los bochornos y otros síntomas de menopausia mientras reducían el colesterol y las lipoproteínas de baja densidad (LDL) totales, lo que ofrece una posible protección contra cardiopatías (Han, Soares, Haidar, de Lima y Baracat, 2002). Los hallazgos acerca de la experiencia de menopausia de las mujeres japonesas demuestran que, incluso este evento biológico universal, tiene grandes variaciones culturales, lo que una vez más afirma la importancia de la investigación transcultural.

NOTA: A menos que se anote, la discusión en esta sección se basa en Papalia, Olds y Feldman (2004).

Algunos hombres que sufren de disfunción eréctil pueden recibir ayuda al tratar las causas subyacentes o ajustar los medicamentos (“Effective Solutions for Impotence”, 1994; NIH, 1992). Se ha encontrado que el sildenafil (conocido como Viagra), tomado en forma de píldoras, es seguro y efectivo (Goldstein *et al.*, 1998; Utiger, 1998). Otros tratamientos, cada uno de los cuales tiene tanto beneficios como desventajas, incluyen un dispositivo constrictor al vacío que se ajusta y concentra la sangre en el pene; inyecciones de prostaglandina E1 (una droga que se encuentra en el semen, que ensancha las arterias); y cirugía de implante penil. Todavía están en pruebas una crema tópica y un supositorio, ambos con base en prostaglandina E1 (“Effective Solutions for Impotence”, 1994; National Institutes of Health, NIH, 1992; Bonder y Wagner, 2001); y otro medicamento oral, Vasomax (Jordan y Schellhammer, 1998). Si existe evidencia contundente de que no hay problemas físicos, la psicoterapia o la terapia sexual pueden ser útiles con el apoyo y la participación de la compañera (NIH, 1992; Bonder y Wagner, 2001).

## Sexualidad y envejecimiento

La conciencia de los cambios que se presentan en los sistemas reproductivos masculino y femenino ayuda a las parejas a disfrutar su sexualidad y a sostener relaciones sexuales satisfactorias a lo largo del ciclo de vida adulto.

En la mayoría de los adultos jóvenes, el impulso y la capacidad sexuales son altos. Las personas establecen relaciones, ya sea heterosexuales u homosexuales. Los estilos de vida sexuales de la actualidad son más diversos que en el pasado. Sin embargo, el temor al SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual puede poner un freno a la extendida libertad sexual que ha existido en Estados Unidos desde los años sesenta (véase el capítulo 9).

En la adultez media, la mayoría toma con calma los cambios respecto de sus capacidades reproductivas y sexuales, y algunas personas incluso experimentan un tipo de renacimiento sexual. Al liberarse de las preocupaciones acerca del embarazo, y tener más tiempo para pasar con sus compañeros, muchas personas disfrutaban mucho más de sus relaciones sexuales que con respecto al pasado. Debido a la respuesta más lenta del hombre, los amantes en la adultez media pueden disfrutar periodos de actividad sexual más prolongados y más pausados. Las mujeres pueden encontrar que el periodo de excitación más largo de su compañero es útil para que ellas alcancen sus propios orgasmos, con frecuencia con medios distintos a la cópula. En un estudio en el que participaron 160 mujeres de edad media, la mayoría reportó tener una mejor vida sexual que antes. Ellas conocían mejor sus propias necesidades y deseos sexuales, se sentían más libres para tomar la iniciativa y tenían más interés en el sexo (Rubin, 1982). Las parejas homosexuales, así como las heterosexuales, que se tocan y acarician mutuamente, tanto dentro como fuera de la cama, sin limitar tales toqueteos al juego amoroso previo al sexo genital, pueden experimentar una sexualidad más rica como producto de una cercana y afectuosa relación (Weg, 1989).

El aspecto físico del sexo no fue reconocido científicamente como un elemento normal y cotidiano en la vida de los ancianos sino hasta la década de 1960, gracias a la investigación pionera de Masters y Johnson (véase el recuadro 2.1 del capítulo 2) y a los hallazgos del estudio longitudinal de la Universidad de Duke, que evidenciaron que los ancianos sanos poseen tanto capacidad como deseo para la actividad sexual. Reportes más recientes muestran una rica diversidad en la experiencia sexual en la adultez tardía (Brecher y Editors of Consumer Reports Books, 1984; Starr y Weiner, 1981).

### PENSAMIENTO CRÍTICO

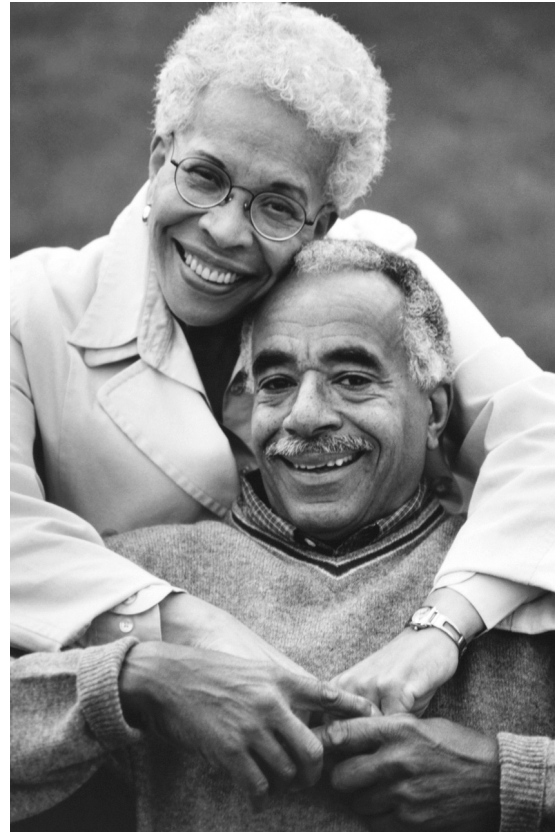
¿Qué crees que tenga mayor impacto en la sexualidad durante la adultez tardía, la influencia biológica o la cultural?

Después de entrevistar hombres y mujeres mayores de 60 años, Masters y Johnson (1966, 1981) concluyeron 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. El principal obstáculo para una vida sexual gratificante en las mujeres mayores es la falta de un compañero.

El sexo, desde luego, 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.

La expresión sexual puede ser tan placentera para las personas mayores como para los jóvenes, si ambos la reconocen como normal y saludable: esto es, si los ancianos aceptan su propia sexualidad sin vergüenza o embarazo, y los más jóvenes evitan ridiculizar o sobreproteger a los ancianos que muestran signos de sexualidad saludable. El lugar en donde vivan, debe dar a ancianos y ancianas oportunidades para socializar con amplia privacidad. Es necesario que los médicos y los trabajadores sociales consideren las necesidades sexuales de los ancianos y de las personas con discapacidades físicas o mentales. Cuando sea posible, deben evitar prescribir medicamentos que interfieran con el funcionamiento sexual y, cuando tengan que tomarlos, el paciente debe ser informado de sus efectos. Los profesionales deben discutir la actividad sexual como una realidad, por ejemplo, con un paciente cardíaco que pudiera sentirse avergonzado de preguntar acerca de ello.

Los seres humanos son seres sexuales desde el nacimiento hasta la muerte. La expresión sexual es parte de un estilo de vida saludable, un tema que se estudia en el capítulo 4. 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 (Kay y Neelley, 1982). 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.



© PhotoDisc

*Con frecuencia, los ancianos expresan su sexualidad al tocar, acariciar y abrazar, con o sin una relación sexual genital.*

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

### *El ciclo de vida y el proceso de envejecimiento*

- La expectativa de vida aumentó significativamente como resultado de los avances médicos y se espera que continúe elevándose. La raza y el género son factores en la expectativa de vida.

- La investigación acerca de la extensión del ciclo de vida en muchas especies, especialmente mediante la restricción calórica, ha dado resultados prometedores. Sin embargo, las curvas de sobrevivencia sugieren que puede haber un límite genéticamente determinado para la vida humana.
- Las teorías sobre envejecimiento biológico se agrupan en dos categorías: teorías de programación genética, que sostienen que el cuerpo está programado para fallar en cierto punto; y las teorías de tasa variable, que sugieren que el ambiente y el estilo de vida juegan un importante papel en este proceso.

**expectativa de vida (p. 73)**

**longevidad (p. 73)**

**límite de Hayflick (p. 75)**

**curvas de sobrevivencia (p. 76)**

**senectud (p. 80)**

**teorías de programación genética  
(p. 80)**

**terapia génica (p. 80)**

**teorías de tasa variable (p. 81)**

**radicales libres (p. 82)**

**envejecimiento primario (p. 83)**

**envejecimiento secundario (p. 83)**

**biomarcadores (p. 83)**

### *Apariencia física*

- A pesar de las variaciones individuales, ciertos cambios en apariencia ocurren comúnmente durante el curso de la adultez.
- Puesto que los atributos físicos de los adultos jóvenes (como piel suave y un físico delgado) son enormemente valorados en la sociedad estadounidense, muchos adultos medios y mayores intentan mantener una apariencia juvenil.

### *Funcionamiento sensoriomotor*

- Conforme la edad avanza, el funcionamiento sensorial y motor varía ampliamente entre los individuos. Con frecuencia hay una disminución en varias funciones del sistema nervioso central.
- El envejecimiento por lo general lleva a un declive en agudeza visual (especialmente para objetos en movimiento) y el desarrollo de presbicia (pérdida de visión cercana). Los lentes correctivos y algunas modificaciones ambientales pueden compensar la mayoría de los problemas visuales moderados.
- Los trastornos visuales asociados con el envejecimiento, que pueden causar grados variables de ceguera, incluyen cataratas, degeneración macular senil, glaucoma y enfermedad corneal.
- La presbiacusia, una pérdida auditiva gradual (al principio para sonidos de tono alto), comienza antes de los 25 y aumenta con el paso de los años. Es más pronunciada en personas que se exponen frecuentemente a ruido intenso. Los tratamientos incluyen auxiliares auditivos e implantes cocleares.
- La pérdida en gusto y olfato hacen la comida menos sabrosa para los adultos mayores. Los ancianos también tienen menos sensibilidad táctil, y menor tolerancia para el dolor y los cambios de temperatura.
- La fuerza muscular disminuye gradualmente hasta los 70 años, y más significativamente después de esta edad. La resistencia se incrementa. El rendimiento muscular, incluso en los ancianos más grandes, se puede mejorar mediante entrenamiento y ejercicio.
- El tiempo de reacción se lentifica con la edad, y más para tareas complejas. Pero la experiencia resulta compensatoria en la adultez media. El conducir vehículos se vuelve más arriesgado para los adultos mayores, pero la ejercitación puede mejorar el tiempo de reacción.

**agudeza visual (p. 86)**  
**agudeza visual dinámica (p. 87)**  
**presbicia (p. 88)**  
**implantes cocleares (p. 89)**  
**cataratas (p. 90)**  
**degeneración macular relacionada  
con la edad (p. 90)**

**glaucoma (p. 91)**  
**enfermedad corneal (p. 92)**  
**pérdida auditiva sensorineural (p. 93)**  
**presbiacusia (p. 94)**  
**pérdida auditiva conductiva (p. 94)**  
**pérdida auditiva mixta (p. 94)**  
**tinnitus (p. 94)**

### *Funcionamiento sexual y reproductivo*

- El ciclo menstrual regula hormonas en el cuerpo de la mujer hasta la menopausia.
- El síndrome premenstrual (SPM) es más común entre las mujeres en sus treinta años y mayores.
- La menopausia, que usualmente ocurre alrededor de los 50, lleva a un agudo declive en los niveles de estrógeno y progesterona; esto puede producir algunos síntomas físicos. Psicológicamente, la mayoría de las mujeres toma con calma la menopausia.
- En los hombres, los niveles de testosterona declinan gradualmente hasta los 60 años de edad. La mayoría de los varones sigue siendo fértil hasta la adultez tardía. El climaterio masculino comienza aproximadamente 10 años más tarde que el femenino.
- Con la edad avanzada, el hombre experimenta más cambios en el funcionamiento sexual que las mujeres. Las respuestas de los hombres se vuelven más lentas y su necesidad de actividad sexual es menos frecuente. La impotencia, o disfunción eréctil, se vuelve más común con la edad.
- Aunque las formas de expresión sexual pueden cambiar con el envejecimiento, las personas pueden tener relaciones sexuales satisfactorias a lo largo de la vida adulta.

**síndrome premenstrual (SPM)**  
**(p. 100)**

**dismenorrea (p. 100)**  
**menopausia (p. 100)**  
**climaterio (p. 100)**

**terapia de reemplazo hormonal (TRH)**  
**(p. 102)**

**climaterio masculino (p. 103)**  
**disfunción eréctil (o impotencia)**  
**(p. 103)**

# Salud y sistemas corporales

## Salud y envejecimiento: un enfoque del desarrollo del ciclo de vida

### Cambios en los sistemas corporales

- Sistema esquelético
- Sistema cardiovascular
- Sistema respiratorio
- Sistema inmunológico
- Sistema neurológico

### “Enfermedades temibles” del envejecimiento

- Enfermedad de Alzheimer
- Cáncer: una enfermedad que influye en muchos sistemas

### Influencias indirectas sobre la salud

- Edad y género
- Estatus socioeconómico, raza y etnicidad
- Relaciones interpersonales

### Factores para mantener y mejorar la salud

- Sustancias dañinas
- Estrés
- Dieta
- Cuidado dental
- Ejercicio



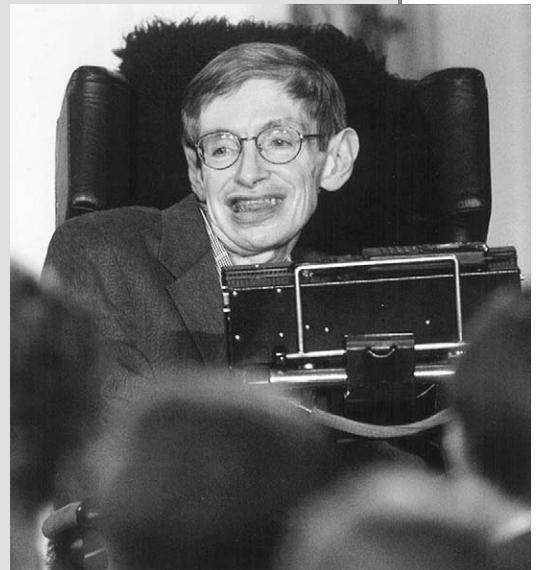
## PUNTO DE PARTIDA: STEPHEN HAWKING

*La buena salud es un servicio para ti mismo, para tus contemporáneos, para tus herederos, para el progreso del mundo.*

—Gwendolyn Brooks, Report from Part One, 1972

EN 1988, EN SU *best-seller*, *A Brief History of Time*, el astrofísico británico Stephen Hawking, entonces a mediados de sus cuarenta años, ofrecía respuestas a preguntas fundamentales del tipo: “¿Cómo se originó el universo? ¿Cómo y por qué comenzó? ¿Se acabará algún día y, si es así, cómo?” (Hawking, 1988, p. vi). Pero incluso más fascinante que sus explicaciones sobre los orígenes de los hoyos negros o acerca de las contradicciones entre la mecánica cuántica y la teoría de la relatividad de Einstein (que él y otros físicos teóricos intentan combinar en una sola teoría unificada del universo) es la propia vida de Hawking.

Hawking es la persona viva más famosa con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), comúnmente llamada *enfermedad de Lou Gehrig* por la estrella de béisbol de los Yanquis



© AP/Greg Gibson/Wide World Photos



## PUNTO DE PARTIDA: STEPHEN HAWKING (continuación)

de Nueva York que la padeció y murió en 1941, a los 38 años de edad. La ELA también ha cobrado las vidas del ex senador estadounidense Jacob K. Javits de Nueva York, del actor David Niven, del general Maxwell Taylor y del bajista de jazz Charles Mingus, entre otros.

La ELA es una enfermedad degenerativa del sistema neurológico y afecta a unos 30 mil estadounidenses; cada año se diagnostican 5 mil nuevos casos. La ELA ocasiona la muerte de las células nerviosas en el cerebro y en la médula espinal que controlan la actividad motora, por lo que los músculos no utilizados se consumen. Hasta el momento no hay cura conocida para esta enfermedad que progresa rápidamente y ocasiona parálisis, incapacidad para tragar, hablar y, con el tiempo, hasta para respirar. Finalmente, la muerte ocurre por lo general después de dos o cinco años de haberla contraído.

En esto, como en sus sorprendentes habilidades mentales (que, por fortuna, la ELA no afecta), Stephen Hawking es una excepción: ha sobrevivido durante más de tres décadas. Primero mostró síntomas de la enfermedad cuando era estudiante graduado de la Universidad de Cambridge (Angier, 1993), donde ahora tiene la cátedra alguna vez otorgada a Isaac Newton, el descubridor de la fuerza de gravedad (Sagan, 1988). Hawking era muy joven cuando le diagnosticaron ELA, que por lo regular aparece entre los 40 y 70 años (ALS Association, sin fecha).

Casi completamente paralizado y confinado a una silla de ruedas motorizada, Hawking carece de

la habilidad física para escribir o incluso hablar. Requiere el cuidado de una enfermera las 24 horas del día. Puede mover sólo los músculos de su rostro y dos dedos de su mano izquierda; se comunica con ayuda de un teclado de computadora conectado a un sintetizador de voz. Sus concisas afirmaciones “con frecuencia muestran su gran sentido del humor... pero puede ser testarudo, mordaz e irascible, y terminar una conversación dando vuelta a su silla y echándola a andar, en ocasiones arrollando con una de sus ruedas los pies del ofensor” (Jaroff, 1992, p. 88).

Hawking y su ex esposa tienen tres niños. Conviene con estudiantes y colegas, y va a conciertos de rock y discotecas, donde gira con su silla alrededor de la pista de baile.

Hawking ha recibido 12 doctorados *honoris causa* a lo largo de su carrera y continúa publicando libros (el más reciente, *The Universe in a Nutshell*, que apareció en 2001) y otros trabajos académicos. Todavía viaja por el mundo impartiendo conferencias y asistiendo a congresos; en 2003, Hawking apareció en “Late Night with Conan O’Brien” con Jim Carrey (<http://www.hawking.org.uk/home/index.html>).

“Aparte de ser lo suficientemente desafortunado para tener ELA... he sido afortunado en casi todos los demás aspectos”, escribe Hawking (1988, p. vii) en *A Brief History of Time*. “Fui... afortunado al elegir la física teórica, porque para eso sólo necesito la mente. Así que mi discapacidad no ha sido una desventaja importante.”

**A** PRIMERA VISTA, PUEDE parecer que la situación de Stephen Hawking es enormemente inusual. Su inteligencia es extraordinaria, su enfermedad es relativamente rara y su incapacidad es extrema. Aun así, este hombre y sus circunstancias representan temas que se estudian a lo largo de este capítulo.

Primero, la ELA ataca al delicado equilibrio involucrado en el funcionamiento de los sistemas corporales esenciales para la salud. La salud es un aspecto relevante del desarrollo adulto y el envejecimiento porque muchos de los procesos físicos que subyacen a los cambios en la salud son producto del desarrollo. La ELA es una de las muchas enfermedades que es más probable contraer en la adultez media o la vejez. Conforme las personas envejecen, sus sistemas corporales tienden a experimentar cambios estructurales y funcionales. Para envejecer de manera digna y sana, las per-

sonas deben adaptarse a estos cambios. Más aún, la salud física puede afectar otros aspectos del desarrollo como el trabajo, la jubilación, las relaciones íntimas y la salud mental. De hecho, aunque en este capítulo se estudia la salud física y en el 12 la salud mental, es necesario tener presente que las dos están interrelacionadas.

En segundo lugar, el esfuerzo por combatir la ELA ejemplifica la constante y ardua búsqueda de la explicación y cura sobre estas amenazas al bienestar físico. Hasta hace poco, los científicos tenían escasos conocimientos de la causa de ELA, sólo sabían que, aproximadamente, uno de cada diez pacientes la heredan. Entonces, en 1993, los investigadores descubrieron un defecto genético que parece estar ligado a casos familiares, aunque la razón no es muy clara. Estudios más recientes evidencian otros posibles factores causales (Angier, 1993; “Research Update”, 1995; Rosen *et al.*, 1993). Con el tiempo, acaso, una o más de estas líneas de investigación conducirán a un tratamiento efectivo o a una cura.

Puesto que algunas otras enfermedades, como el Alzheimer, el cáncer y las cardiopatías, parecen tener causas genéticas, es probable que el tamizado genético y la terapia génica para un amplio rango de condiciones se vuelvan cada vez más comunes (véase el recuadro 4.1 en la p. 114). Pero incluso aunque se lidie con una enfermedad hereditaria, es necesario reconocer la importancia de los factores ambientales y del estilo de vida que pueden afectar a la salud. Las personas tienen que tomar decisiones todo el tiempo: cómo vivir, qué comer y cómo manejar el estrés. Es evidente que Stephen Hawking, por ejemplo, pensaba todo el tiempo en los hoyos negros en vez de en las limitaciones que su enfermedad le imponía.

En este capítulo aprenderás cómo los sistemas corporales envejecen a través del ciclo de la vida adulta y acerca de las influencias directas e indirectas sobre la salud. Conforme leas, pregúntate: ¿qué hago ahora que me ayudará a vivir hasta alcanzar una vejez saludable y feliz? ¿Qué debo cambiar? ¿Entiendo cuáles son los factores de riesgo en el caso de enfermedades como el cáncer, y sé cómo cuidar mi propia salud? ¿Cómo manejo las crisis y el estrés cotidianos? Si se me diagnosticara ELA (o alguna otra enfermedad fatal), ¿cómo reaccionaría? ¿Qué haría con el resto de mi vida?

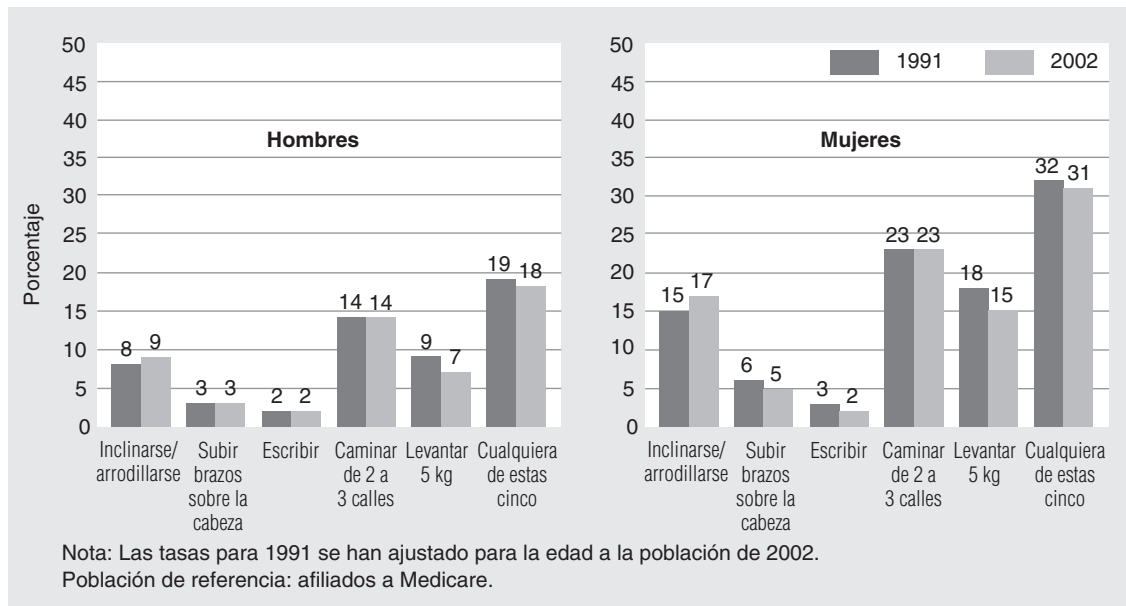
## SALUD Y ENVEJECIMIENTO: ENFOQUE DEL DESARROLLO DEL CICLO DE LA VIDA

La cima de la salud para la mayoría de las personas radica en la adultez joven, aunque la mayoría de los adultos medios y mayores continúan siendo saludables y tienen cuerpos sanos y fuertes. Casi el 95 por ciento de los estadounidenses entre 15 y 44 años consideran su salud excelente, muy buena o buena, en comparación con 84 por ciento de las personas de edad media, tres cuartos de los adultos mayores no institucionalizados de 65 a 74 años de edad, y alrededor de dos tercios de quienes tienen 75 y más (Older Americans, 2000).

Muchos adultos jóvenes nunca están seriamente enfermos o incapacitados; menos de 1 por ciento, en comparación con casi 9 por ciento de los adultos medios que sufren condiciones o deterioros crónicos que afectan su movilidad o actividades (Rowe y Kahn, 1998). Aunque las afecciones crónicas tienden a aumentar con la edad, la mayoría de los adultos mayores no tienen que limitar algunas de las actividades importantes por razones de salud antes de los 85 años (Older Americans [2004]; véase la figura 4.1). Los ancianos necesitan más cuidados médicos que los jóvenes. Van al médico más a menudo, son hospitalizados con más frecuencia en

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Hasta qué punto una persona debería tener la posibilidad para decidir cuáles genes pueden modificarse?



**FIGURA 4.1** Porcentaje de inscritos a Medicare, de 65 años y más, que son incapaces de realizar ciertas funciones físicas, clasificación por sexo, 1991 y 2002. FUENTE: Centros para servicios Medicare y Medicaid, Medicare Current Beneficiary Survey en *Older Americans 2004: Key Indicators of Well-Being*, Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics, p. 29.

clínicas donde permanecen más tiempo y gastan cuatro veces más en cuidados médicos (Older Americans, 2000). También tienen más probabilidad de necesitar atención médica en casa y ayuda con actividades de la vida diaria. Esto incluye bañarse, vestirse, moverse de la cama a la silla de ruedas, usar un retrete y comer. También pueden requerir ayuda con actividades relevantes de la vida cotidiana como realizar trabajo doméstico ligero, preparar alimentos, tomar medicamentos, ir de compras, usar el teléfono y administrar el dinero.

¿Por qué la salud con frecuencia se deteriora con la edad? Una explicación ampliamente aceptada es que los sistemas y órganos corporales se deterioran, por lo que se vuelven más susceptibles a problemas. Es cierto que los tejidos y estructuras del cuerpo tienden a volverse menos elásticos y eficientes, y algunos cambios normales pueden anunciar disfunciones o trastornos más serios. Pero tales cambios no son inevitables o universales. Diferencias individuales (algunas de ellas relacionadas con factores socioeconómicos, raciales y étnicos) arrojan dudas sobre la creencia popular acerca de la existencia de un vínculo entre el envejecimiento y la enfermedad.

Conforme los “ancianos jóvenes” se vuelven más numerosos, cada vez se hace más evidente que la salud es una cuestión que no sólo implica edad sino también genes, estilo de vida y (en cierta medida) suerte. Las descripciones clásicas de pérdidas físicas relacionadas con la edad provienen principalmente de estudios transversales. Por ejemplo, observaciones transversales de adultos aparentemente saludables de 20 a 80 años arrojan datos sobre una caída general en el funcionamiento renal con la edad (Rowe *et al.*, 1976). Pero tales hallazgos pueden deberse a diferencias entre los grupos. En contraste, en un estudio longitudinal realizado en Baltimore

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo calificarías el estado de salud de tus abuelos, padres y el tuyo mismo? ¿Encuentras alguna tendencia a través de las generaciones o, en su lugar, muchas diferencias individuales?



## Pruebas genéticas e ingeniería genética

¿Cuáles son tus posibilidades de desarrollar cáncer de colon o enfermedad de Alzheimer, u otra condición por influencia genética? Las pruebas genéticas se vuelven cada vez más comunes conforme los científicos encuentran formas de identificar a las personas que se encuentran en un riesgo genético de desarrollar una variedad de enfermedades y trastornos.

El Proyecto Genoma Humano, un esfuerzo de investigación de 3 mil millones de dólares bajo el liderazgo conjunto de los institutos nacionales de salud y el departamento de energía de Estados Unidos, diseñó un mapa con las ubicaciones cromosómicas de los 10 mil a 25 mil genes humanos e identificó aquellos que causan o activan algunos trastornos particulares. El proyecto se completó en abril de 2003, dos años antes del plazo de vencimiento. Desde su inicio, las metas se ampliaron para incluir la identificación de la función, estructura y variación genética, y al abordaje de temas sociales críticos que surgen de la disponibilidad creciente de datos de genoma humano y las tecnologías analíticas relacionadas (Human Genome Project, 2004).

La información genética obtenida a partir de tal investigación podría salvar muchas vidas y mejorar la calidad de muchas otras al aumentar la habilidad para predecir, controlar, tratar y curar enfermedades. Desde ya, el tamizado genético de los recién nacidos salva vidas y evita el retraso mental al permitir la identificación y tratamiento de infantes con

anemia drepanocítica o fenilcetonuria (Hotzlamn, Murphy, Watson y Barr, 1997). La información genética puede ayudar a las personas a decidir si tienen hijos y con quién. También puede brindar más tiempo para planear qué hacer en caso de enfermedad o ante la posibilidad de muerte (Post, 1994).

La *terapia génica* (reparación o sustitución de genes anormales) ya es una opción para algunos trastornos genéticos raros y eventualmente será posible *in utero* (Anderson, 1998). La terapia génica *in utero* podría anticipar un trastorno, lo que resulta más eficiente que iniciar el tratamiento después del nacimiento, cuando aparecen los síntomas (Zanjani y Anderson, 1999). Sin embargo, el proyecto de experimentos de transferencia de genes humanos plantea preocupaciones éticas referentes a la seguridad, el beneficio de los participantes y la dificultad de obtener el consentimiento informado de los sujetos. (Sugarman, 1999).

Las pruebas genéticas en sí mismas involucran conflictos éticos, referidos al grado de predicción e imperfección en ésta. ¿Y si una condición genética es incurable? ¿Hay alguna ventaja en saber que tienes el gen para una condición potencialmente debilitante, si no puedes hacer nada al respecto (Hotzman *et al.*, 1997)?

¿Qué hay de la privacidad? Aunque se supone que los datos médicos son confidenciales, casi es imposible mantener privada tal información. ¿Tienen los padres, hijos o parientes una argumentación legítima

sobre el envejecimiento, una investigación a largo plazo en el que participaron más de mil adultos de todas las edades y que comenzó en 1958, se midió el funcionamiento renal repetidamente en los *mismos* sujetos. Muchos mostraron sólo un ligero declive en una edad avanzada, y 35 por ciento no presentó deterioro alguno (Lindeman, Tobin y Shock, 1985).

Los cambios fisiológicos en la adultez tardía son enormemente variables; muchos de los deterioros comúnmente asociados con el envejecimiento podrían ser efectos de las enfermedades en lugar de las causas (T. F. Williams, 1992). Algunos

para informarse acerca de si otro pariente puede afectarlos (Plomin y Rutter, 1998; Rennie, 1994)?

Una gran preocupación es el *determinismo genético*: la mala interpretación de que una persona con un gen determinado está condenada a sufrir una enfermedad específica que necesariamente desarrollará. Todo lo que pueden indicar las pruebas genéticas es la probabilidad de que una persona tendrá una enfermedad. La mayoría de las enfermedades implican una compleja combinación de genes y/o dependen en parte del estilo de vida o de otros factores ambientales (Plomin y Rutter, 1998). ¿Es justo utilizar un perfil genético para negar empleo a una persona que en la actualidad se encuentra sana? La discriminación laboral y de seguros sobre la base de información genética ya ha ocurrido, aun cuando las pruebas puedan ser imprecisas y poco confiables y las personas que se supone sufrirán una determinada enfermedad puedan nunca desarrollarla (Lapham, Kozma y Weiss, 1996).

Algunos estados de la Unión Americana aprobaron leyes que prohíben la discriminación laboral o de seguros médicos sobre la base de información genética y/o negar a los empleadores acceso a tal información. La Comisión Federal de Igualdad de Oportunidades Laborales (EEOC, por sus siglas en inglés) estableció que la discriminación laboral por cuestiones genéticas viola la ley que protege a los estadounidenses con capacidades diferentes (ADA, por sus siglas en inglés), aunque un individuo es protegido por la ley solamente si están presentes los síntomas de la discapacidad genética. Es decir, no lo

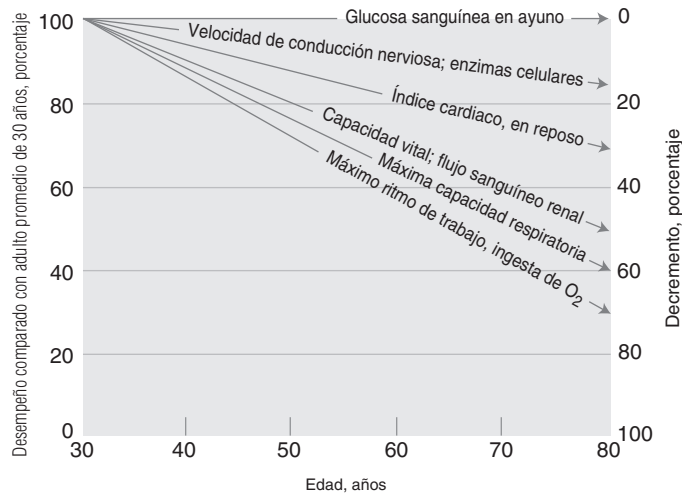
protege por condiciones genéticas que todavía no se desarrollan (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2002). La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 prohíbe que los planes de seguros médicos grupales usen información genética para establecer la elegibilidad de los asegurados o el tratar tal información como una condición preexistente, en ausencia de un diagnóstico. Sin embargo, las compañías aseguradoras pueden echar mano de la información genética para colocar limitaciones en la cobertura y determinar las primas para la utilización de los seguros médicos. (Human Genome Project, 2006). Las leyes federales estadounidenses actuales no protegen la privacidad o la restricción al acceso sobre la información genética (Rothenberg *et al.*, 1997).

Dentro de los próximos quince años, las pruebas genéticas y la terapia génica “seguramente revolucionarán la práctica de la medicina” (Anderson, 1998, p. 30). Sin embargo, todavía no es claro si los resultados de estas nuevas biotecnologías arrojarán más beneficios que riesgos.

El flujo de datos y las tecnologías relacionadas que han surgido por el Proyecto Genoma Humano (PGH) y otras investigaciones genómicas presentan una amplia gama de oportunidades comerciales. Aplicaciones aparentemente ilimitadas atraviesan las fronteras de la medicina y los alimentos, de los recursos energéticos y ambientales, y las predicciones son que las ciencias de la vida se volverán el sector más grande en la economía estadounidense (Human Genome Project, 2000).

sistemas corporales se deterioran más rápidamente que otros (véase la figura 4.2 en la p. 116). El sistema digestivo, incluido el hígado y la vesícula biliar, permanecen relativamente eficientes. Entre los cambios más serios están aquellos que afectan al corazón. Su ritmo tiende a volverse más lento y más irregular; alrededor del corazón se pueden acumular depósitos de grasa e interferir con su funcionamiento. La presión sanguínea con frecuencia se eleva (Rowe y Kahn, 1998).

El enfoque de desarrollo del ciclo de vida (Baltes, 1987) arroja nueva luz sobre por qué los adultos envejecen de manera tan diferente. ¿Por qué el corazón de un



**FIGURA 4.2 Declives en funcionamiento orgánico.** Las diferencias en eficiencia funcional de varios sistemas corporales por lo general son muy ligeras en la adultez joven pero se incrementan hacia la vejez. FUENTE: Katchadourian, 1987.

hombre “está como roble” a los 70 años, mientras que otro necesita una operación de *bypass*? ¿Cómo la misma mujer puede tener un corazón “joven” pero ojos “viejos” y pulmones de “un adulto medio”? El concepto de multidireccionalidad (cambio que ocurre en más de una dirección o en diversos grados a lo largo del ciclo de la vida) puede ofrecer una pista a tales diferencias entre y dentro de los individuos.

El enfoque del ciclo de la vida sugiere que las ganancias en algunas áreas pueden compensar las pérdidas en otras. Por ejemplo, en los adultos libres de cardiopatías, el Estudio Longitudinal Baltimore encontró que, aunque la habilidad cardíaca para bombear más rápidamente durante el ejercicio tiende a disminuir con la edad, el flujo sanguíneo disminuye muy poco porque el corazón bombea más sangre con cada latido (National Institutes of Health/National Institute of Aging [NIH/NIA], 1993; Rodehoffer *et al.*, 1984). En el capítulo 3 se citaron ejemplos de plasticidad, otro concepto clave del enfoque de desarrollo del ciclo de la vida. En este capítulo se expone la habilidad del cerebro para rejuvenecerse a sí mismo al compensar las pérdidas de *dendritas*, que son las encargadas de transportar mensajes entre las células nerviosas (NIH/NIA, 1993; Selkoe, 1992).

Finalmente, la perspectiva del ciclo de la vida enfatiza la historia y el contexto, lo que recuerda que factores culturales como dieta y nutrición, sanidad, contaminantes ambientales, conocimiento científico, desarrollo económico e incluso las creencias religiosas ayudan a determinar patrones de salud y enfermedad, vida y muerte (véase el recuadro 4.2 en la p. 118). Los hallazgos longitudinales más recientes acerca del funcionamiento orgánico sugieren que los estilos de vida más saludables de hoy permitirán que cada vez más personas mantengan un alto nivel de funcionamiento físico hasta bien entrada su vejez.

## CAMBIOS EN LOS SISTEMAS CORPORALES

Un cambio importante que puede afectar la salud es un deterioro en la **capacidad de reserva** (o *reserva orgánica*), una capacidad de respaldo que ayuda a los sistemas corporales a funcionar en momentos de estrés. La capacidad de reserva es como el dinero en el banco para un día complicado. Por lo general, las personas no usan sus órganos y sistemas corporales a su máxima capacidad. La capacidad adicional está disponible para circunstancias extraordinarias, lo que permite a cada órgano esforzarse de 4 a 10 veces más que lo usual. La capacidad de reserva ayuda a conservar la **homeostasis**, es decir, el mantenimiento de las funciones vitales dentro de su rango óptimo (Fries y Crapo, 1981).

Con la edad, los niveles de reserva tienden a caer. Aunque por lo general el deterioro no es perceptible en la vida cotidiana, usualmente los ancianos no pueden responder a las demandas físicas de las situaciones estresantes tan rápida o eficientemente como antes. Alguien que solía ser capaz de sacar la nieve con la pala y luego ir a esquiar, ahora puede agotar la capacidad cardíaca sólo en el paleo. Los jóvenes casi siempre pueden sobrevivir a la neumonía; los ancianos con frecuencia sucumben ante ella o están en riesgo de morir en pocos años (Koivula, Sten y Kamela, 1999). Por esta razón, vacunarse contra la influenza y la neumonía es crucial para los ancianos. Los peatones ancianos que no tienen reflejos rápidos, acción cardíaca vigorosa y músculos que respondan rápidamente para protegerse de los peligros tienen más probabilidad de ser víctimas de accidentes en el tráfico.

Los adultos medios más saludables, e incluso muchos ancianos, apenas notan los cambios en su funcionamiento sistémico. Aunque no son capaces de alcanzar los niveles más altos de desempeño como lo hacían en su juventud, conservan suficiente capacidad de reserva para funcionar bien. Si los ancianos toman su ritmo, pueden hacer casi cualquier cosa que necesiten y quieran hacer (Rowe y Kahn, 1998).

Ahora recorramos los cinco sistemas corporales principales (esquelético, cardiovascular, respiratorio, inmunológico y neurológico) y veamos qué cambios pueden ocurrir con la edad.

### Sistema esquelético

Con el envejecimiento, los cambios en los huesos y articulaciones\* pueden conducir a dos de los trastornos físicos más comunes en los adultos mayores: la osteoporosis y la artritis.

#### CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES

El envejecimiento con frecuencia conlleva problemas en las articulaciones. El suave colchón protector del cartílago que cubre los extremos de los ligamentos tiende a deteriorarse, quizá debido a la tensión repetida o a cambios internos.

Los huesos, especialmente en la mujer, se vuelven menos densos. A lo largo de la vida, el cuerpo absorbe y sustituye constantemente calcio en los huesos. Conforme la gente envejece, por lo general, hay alguna pérdida neta de hueso conforme más calcio se absorbe del que se sustituye. En las mujeres, la pérdida de hueso usualmente comienza aproximadamente a los 30 años, se acelera en la menopausia y luego los

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué enfoques pueden ayudar a los adultos que envejecen a maximizar la calidad de vida conforme su capacidad de reserva se debilita?

\*A menos que se indique lo contrario, esta discusión se basa en Spence (1989) y Jaffe (1985).



### *Cómo influyen las creencias y tradiciones en el desarrollo de la enfermedad*

En la cultura china tradicional, la medicina y la astrología están íntimamente conectadas. Los sanadores chinos creen que las personas nacidas en años que terminan con ciertos números tienen mala suerte si contraen ciertas enfermedades. Por ejemplo, es más probable que las cardiopatías resulten fatales para personas nacidas en un “año de fuego” (un año que termina en 6 o 7, como 1946 o 1967). Las personas nacidas en un “año de tierra” (que termina en 8 o 9) tienen menos probabilidad que otros de sobrevivir a la diabetes, úlcera péptica o cáncer. Y los de “años de metal” (que terminan en 0 o 1) les va peor que al promedio si desarrollan enfermedades respiratorias como bronquitis, enfisema y asma.

David P. Phillips (Phillips, Ruth y Wagner, 1993), un sociólogo en la Universidad de California, San Diego, decidió poner a prueba los efectos de estas creencias tradicionales chinas. Phillips y sus colegas analizaron certificados de muerte de 28 169 adultos chinoamericanos que murieron entre 1969 y 1990. Los investigadores emparejaron a cada chinoamericano muerto con un grupo control distribuido al azar, de 20 americanos blancos de igual



© AP/Wide World Photos

*Los sanadores tradicionales en un sanatorio en el noreste de China usan métodos como cauterización (quema del tejido enfermo), junto con técnicas occidentales. Los estudios sugieren que las actitudes culturales pueden influir en el desarrollo de una enfermedad.*

niveles caen. Los hombres, cuyos huesos contienen más calcio desde el principio, por lo general no tienen pérdida ósea sino hasta después de los 60 años (American Medical Association, 1998).

El estrógeno representa un papel muy relevante para mantener normales los niveles de calcio sanguíneo al ayudar a su absorción en la sangre. También promueve la absorción de calcio de la sangre hacia el hueso, lo que ayuda a la actividad de renovación y reparación de los osteoblastos (las células responsables de construir hueso). Cuando los niveles de estrógeno en la sangre caen, la absorción de calcio es menos eficiente y la ingesta de éste en el hueso se detiene (Stoppard, 1999).

La pérdida excesiva de calcio puede hacer que los huesos se vuelvan delgados y quebradizos, y, junto con deterioros visuales, puede provocar caídas; de 20 a 30 por ciento de las caídas entre los ancianos ocasionan lesiones de moderadas a severas



sexo, nacidos y muertos en los mismos años y que también habían sucumbido ante causas idénticas. Los investigadores incluso rastrearon la historia de salud de cada persona para ver cuándo comenzó la enfermedad fatal.

Como grupo, los chinoamericanos que tuvieron una combinación de “mala suerte” de año de nacimiento y enfermedad murieron de las dolencias más rápidamente que los del grupo control blancos, y casi de uno a cinco años más rápido que los chinos que tuvieron la misma enfermedad pero no nacieron en un año de mala suerte. Las mujeres con combinaciones de mala suerte de enfermedad y año de nacimiento murieron antes que los hombres. Los chinoamericanos que presentaban condiciones desafortunadas y quienes se presumió estaban fuertemente comprometidos con creencias tradicionales, que nacieron en China, vivieron en grandes ciudades y no tuvieron autopsia (un procedimiento tradicionalmente desaprobado), también mostraron la tendencia a morir más pronto. Por ejemplo, las mujeres chinas con creencias fuertemente arraigadas que nacieron en años de metal y tuvieron bron-

quitis, enfisema o asma murieron 8.3 años antes que otras chinas que perecieron de las mismas enfermedades.

Los investigadores interpretaron sus hallazgos como una demostración de una influencia psicósomática sobre el curso de la enfermedad. Las personas que esperaban morir a causa de cierta enfermedad tuvieron más probabilidad de hacerlo. Sin embargo, el estudio no consideró la posibilidad de que algunas personas con enfermedades “de mala suerte” pudieran haber muerto de otras causas. Además, es posible que las personas que creyeron estar destinadas a morir de cierta enfermedad, como cáncer de pulmón, tuvieran menos probabilidad de tomar precauciones contra ello (por ejemplo, evitar fumar).

Aún así, esta investigación, junto con otro estudio realizado por el mismo grupo (descrito en el recuadro 13.2 del capítulo 13), que encontró que los chinos y judíos tienen menos probabilidad de morir durante fiestas étnicas, sugieren que las actitudes que son influidas culturalmente pueden jugar un importante papel en el desarrollo de la enfermedad.

(CDC, 2005). Las fracturas pueden ser más peligrosas para los ancianos que para los jóvenes debido a que la recuperación es más difícil y lenta, y es más probable que ocasionen una extensa pérdida de movilidad e independencia.

Los ancianos pueden minimizar el riesgo de caídas si se someten a chequeos regulares de visión y auditivos; si preguntan acerca de los efectos colaterales de los medicamentos que pueden afectar la coordinación y el equilibrio; si evitan el alcohol, que puede interferir con el equilibrio y los reflejos; si se levantan lentamente después de comer o descansar; si mantienen las temperaturas durante la noche a no menos de 18°C, pues una disminución en temperatura corporal puede causar mareo; si usan una andadera, un bastón de seguridad o una caminadora en suelo disparejo o poco familiar; si caminan con precaución en pavimentos húmedos o helados; si usan zapatos con suela de goma o tacón bajo (no sólo calcetines o pantuflas de suela

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué actividades y tratamientos pueden llevar a cabo los ancianos para reducir el deterioro del sistema esquelético?

suave); y si hacen ejercicio regularmente. (Véase la tabla 3.2 del capítulo 3, una lista de medidas útiles para el hogar.)

### OSTEOPOROSIS

La **osteoporosis** (“huesos porosos”), un trastorno en el que los huesos se vuelven extremadamente delgados y quebradizos como resultado de un rápido agotamiento de calcio, está presente en una de cuatro mujeres mayores de 60 años y es una de las causas principales de huesos rotos en la vejez. Se estima que más de 1.5 millones de nuevas fracturas ocurren en Estados Unidos anualmente como resultado de la osteoporosis (AMA, 2004; Barzel, 2001). Los signos frecuentes de osteoporosis son pérdida de peso y una postura “jorobada” debido a compresión y colapso de los huesos debilitados en la columna vertebral. La osteoporosis es más frecuente en mujeres blancas, en personas que tienen piel clara o una complexión pequeña, en quienes tienen una historia familiar de dicha condición, y en mujeres a las que les extirparon los ovarios a una edad temprana (NIA, 1993). Es menos probable que las mujeres afroamericanas, quienes tienen mayor densidad ósea, desarrollen osteoporosis a diferencia de las mujeres blancas (Stoppard, 1999). Aunque la osteoporosis se presenta más frecuentemente después de la menopausia, puede comenzar a desarrollarse antes de los 30 años en una mujer que evite consumir productos lácteos con la finalidad de reducir su ingesta de grasa, como hacen muchas estadounidenses. Algunos estudios han encontrado muy recomendable la ingesta de suplementos de calcio y vitamina D para mujeres a los 40 años de edad (Dawson-Hughes, Harris, Krall y Dallal, 1997; Eastell, 1998).

Alimentarse de manera adecuada, específicamente una dieta rica en calcio, hacer ejercicio desde la juventud y evitar fumar, pueden reducir la tasa de pérdida ósea y la osteoporosis (American Medical Association, 1998; NIA, 1993, 2002c). Las mujeres mayores de 40 años deben consumir de 1 000 a 1 500 miligramos de calcio al día al incluir en su dieta leche baja en grasa, queso y yogur u otros alimentos, y las cantidades diarias recomendadas de vitamina D, ya que ésta permite al cuerpo absorber el calcio (AMA, 2004; NIA, 1993). Las mujeres con este padecimiento pueden perder hasta un 50 por ciento de su masa ósea entre los 40 y 70 años (American Medical Association, 1998). La predisposición a la osteoporosis parece tener una base genética, de modo que la medición de la densidad ósea es una sabia precaución, especialmente para las mujeres que tengan familiares que padezcan esta afección. (Rowe y Kahn, 1998). Los mejores ejercicios para aumentar la densidad ósea son las actividades que soportan el peso corporal, como caminar, trotar, baile aeróbico y ciclismo (NIA, 1993). Aunque el riesgo de desarrollar osteoporosis no es tan alto para los hombres como para las mujeres, los varones representan dos de los diez millones de casos en Estados Unidos. Las mujeres, hasta finales de sus sesenta, pierden densidad ósea más rápidamente que los hombres. Después de esa época, la pérdida de densidad ósea puede ocurrir al mismo ritmo en ambos (NIA, 2002c). La conciencia de la osteoporosis en los hombres es una preocupación primaria. Para cuando se diagnostica la condición, con frecuencia es demasiado tarde para un tratamiento efectivo porque la baja densidad ósea puede pasar desapercibida durante años (AMA, 2002).

Existen muchos factores que aumentan el riesgo de desarrollar osteoporosis. Uno muy relevante es la pérdida posmenopáusica de estrógeno, una hormona que ayuda a proteger la densidad ósea. Además de aliviar los bochornos y los sudores nocturnos, la terapia de reemplazo hormonal (TRH) es la más conocida para evitar o detener la pérdida ósea después de la menopausia; incluso reduce el riesgo de sufrir osteoporosis

**TABLA 4.1**

*Estrógeno: beneficios y riesgos*

**Beneficios del estrógeno**

- Alivia los síntomas clásicos de la menopausia: bochornos, sudoración nocturna, cambios de humor, resequedad vaginal, adelgazamiento de la piel.
- Probada reducción de la pérdida ósea (osteoporosis) asociada con la menopausia, incluida una probable reducción en fracturas de cadera.
- Posible disminución en el riesgo de cáncer de colon.

**Riesgos del estrógeno**

- Riesgo creciente de cáncer de endometrio, que puede contrarrestarse al agregar progesterona a un régimen de estrógeno.
- Síntomas similares a los premenstruales (hinchazón, inflamación, sensibilidad en mamas, cambios de estado de ánimo, dolores de cabeza).
- Menstruación (cuando la progesterona se toma con estrógeno).
- Incremento en la probabilidad de desarrollar cáncer de mama.
- Estimulación del crecimiento de fibroides uterinos y endometriosis.
- Riesgo creciente de coágulos sanguíneos, ataques cardiacos y apoplejía.
- Posible aumento de peso.

FUENTE: Adaptado de "Hormone Therapy," 1997, p. 2. Wasserthell-Smoller *et al.* 2003 Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2002.

y fracturas. Sin embargo, hay muchas dificultades que deben considerarse antes de someterse a esta terapia (Davidson, 1995; Eastell, 1998; Levinson y Altkorn, 1998; Prestwood *et al.*, 1994; véase la tabla 4.1). Además de la TRH, muchas otras opciones están disponibles para tratar y evitar la osteoporosis. Los bifosfonatos, como Fosamax y Actonel, pueden usarse para tratar y evitar la osteoporosis en mujeres y tratarla en hombres. Los bifosfonatos pueden lentificar la descomposición del hueso así como aumentar la densidad ósea. Sus desventajas incluyen la posibilidad de efectos colaterales como náusea o pirosis; y dolor muscular, articular u óseo; por lo que se deben de tomar en una forma específica. Otra opción es un modulador selectivo del receptor de estrógeno (SERM, por sus siglas en inglés), como el medicamento Evista, que se puede prescribir a mujeres posmenopáusicas para tratar la osteoporosis. El SERM reduce la pérdida ósea y aumenta la densidad del hueso. Es benéfico porque opera como TRH pero no tiene los riesgos de ésta. Sin embargo, un SERM no trata la misma variedad de síntomas que la TRH; sólo ataca la osteoporosis y puede tener efectos colaterales como bochornos y riesgo de coágulos sanguíneos (NIA, 2002c).

**ARTRITIS**

**Artritis** es un término general para más de cien trastornos que causan dolor y pérdida de movimiento, que con mucha frecuencia ocasionan inflamación de las articulaciones en la forma de hinchazón, enrojecimiento, calor y dolor articular. Estos trastornos afectan a 70 millones de personas, o bien, uno de cada tres adultos. La artritis ocurre con más frecuencia a una edad avanzada y es el problema de salud crónico más común de los ancianos. Sin embargo, comienza por lo general después de los 40 años, lo que hace a los *baby boomers* la generación con más riesgo, pues más de la mitad de los afectados tienen alrededor de 65 años de edad (Arthritis Foundation, 2004). La artritis también puede afectar a los jóvenes; si es así, es posi-

ble que tengan que vivir con la condición durante el resto de sus vidas (AARP, 1999; Saxoy y Etten, 2002). En los estadounidenses que tienen más de 15 años, la artritis es la principal causa de discapacidad (Arthritis Foundation, 2004). Muchas formas de la artritis son crónicas y duran muchos años. La artritis reumatoide y la osteoartritis (con frecuencia una condición no inflamatoria) son las dos formas más comunes vistas en la vejez (Tonna, 2001).

La forma más común es la *osteoartritis*, o enfermedad articular degenerativa. Esta enfermedad a menudo es una condición más leve que la artritis reumatoide y al principio no muestra síntomas; ocasionalmente hay dolor y rigidez articular, y algunas veces conlleva considerable dolor y discapacidad (Tonna, 2001). La osteoartritis ocurre cuando una articulación se inflama de manera crónica, por el uso y desgaste o por la tensión repetida, y el cartílago comienza a descomponerse. Los extremos rugosos expuestos del hueso se frotan unos con otros, lo que causa que la articulación se inflame y vuelva rígida. Las articulaciones que soportan peso en la columna vertebral, caderas y piernas, así como los dedos de manos y pies, son las más comúnmente afectadas. Los jugadores de tenis con frecuencia desarrollan osteoartritis en el codo y las rodillas, y los pianistas y mecanógrafos en los dedos.

La *artritis reumatoide* es una enfermedad que incapacita a la persona, ya que destruye progresivamente el tejido articular; no es considerada una enfermedad de la vejez, y en 70 por ciento de los casos hace su aparición entre las edades de 25 y 54 años. Afecta a 75 por ciento más mujeres que hombres (Tonna, 2001). La artritis reumatoide puede afectar las articulaciones pequeñas en manos, muñecas, codos, pies y tobillos. Comienza con inflamación de la membrana sinovial, que lubrica la articulación y nutre al cartílago. Sin tratamiento, el cartílago puede dañarse y la articulación, deformarse. En casos severos, los huesos pueden fusionarse con el tiempo, lo que inmoviliza la articulación.

La causa de cualquier tipo de artritis es desconocida. Una posibilidad es que la artritis reumatoide sea resultado de un mal funcionamiento del sistema autoinmunitario, que (como se discutirá más adelante) comienza a atacar las propias células del cuerpo.

El tratamiento más común involucra una combinación de medicamentos, reposo, terapia física, aplicación de calor o frío, y algún método de protección de articulaciones contra la tensión, como bastones o férulas o sólo usar la articulación más cuidadosamente. La aspirina u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos pueden aliviar el dolor y controlar la inflamación. Los ejercicios de amplitud de movimiento pueden ayudar, especialmente cuando se realizan en un spa o alberca caliente. Un tratamiento radical es la sustitución de la articulación, en especial la de la cadera. La extracción de fluido que pueda formarse en la cavidad articular puede aliviar la osteoartritis. Así como las inyecciones de cortisona (en especial en la rodilla). No obstante, dado que la cortisona puede dañar el cartílago, no es recomendable aplicarla con mucha frecuencia.

## Sistema cardiovascular

Las alteraciones en el *sistema cardiovascular* —el corazón y los vasos sanguíneos, que hacen circular la sangre, portadora de oxígeno y otros nutrientes a las células—, pueden conducir a enfermedades que amenazan la vida.\*

---

\*A menos que se indique lo contrario, la discusión en esta sección se basa en Bigger (1985) y Spence (1989).

## CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES

El corazón es un músculo y, como otros, puede volverse menos flexible cuando el tejido muscular sano se sustituye con grasa o tejido conectivo más rígido. La **reserva cardiaca**, la habilidad del corazón para bombear más rápido bajo estrés, puede deteriorarse sustancialmente, y el tejido muscular restante debe trabajar más duro para compensar. En algunos adultos mayores, la capacidad de bombeo del corazón puede reducirse a la mitad de la que se tenía a los 20 años. Tanto los depósitos de grasa como la capacidad de bombeo pueden ser influidos enormemente por la dieta y el ejercicio.

Dos cambios interrelacionados en los vasos sanguíneos pueden predecir la enfermedad. Un aumento gradual en la **presión arterial** (la fuerza de la sangre que fluye contra las paredes arteriales) puede comenzar tan temprano como a los 20 años. Aunque una ligera elevación de la presión arterial es normal con el envejecimiento, una elevación significativa puede conducir a severos problemas de salud en la adultez media o la vejez. La presión arterial alta tiende a promover engrosamiento y pérdida de elasticidad de las arterias: **arteriosclerosis** (“endurecimiento de las arterias”), que ocurre conforme el tejido flexible se sustituye de manera gradual con fibras de colágeno. Como una manguera de jardinería que se vuelve dura, las arterias rígidas, a su vez, ofrecen mayor resistencia al flujo sanguíneo, lo que hace que el corazón trabaje más duro y eleve la presión arterial.

## ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en Estados Unidos y otras naciones desarrolladas. Aunque la tasa de muerte de la enfermedad cardiovascular ha disminuido drásticamente, tales padecimientos todavía causaron la muerte a 700 142 personas en Estados Unidos en 2001. Esto es 38.5 por ciento de todas las muertes, o una de cada 2.6 muertes (American Heart Association, 2004).

Usualmente, la **hipertensión** (presión arterial alta) es la primera enfermedad cardiovascular que se desarrolla en la adultez media. La hipertensión es un problema generalizado en los ancianos. Aunque los niveles de presión arterial se elevan después de los 60 años, la degeneración de la elastina en las paredes de las arterias da como resultado una presión arterial sistólica gradualmente creciente a lo largo de la adultez tardía. La presión arterial elevada aumenta el riesgo de apoplejía (accidente vascular cerebral), cardiopatía, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal y daño en la retina con pérdida de visión (Sullivan, 2001). El 32 por ciento de los ancianos no institucionalizados padecen hipertensión (CDC, 2003). Se considera que las personas que experimentan una gran cantidad de estrés, son obesas, consumen gran cantidad de alcohol o sal, o tienen una historia familiar de hipertensión corren más riesgos (Saxon y Elton, 2002). Las mujeres pueden incurrir en factores de riesgo adicionales, que incluyen tomar píldoras anticonceptivas, estar embarazadas (en especial durante los tres últimos meses) y ser posmenopáusicas (American Heart Association, 2004). Los afroamericanos en Estados Unidos tienen una de las mayores tasas de prevalencia de hipertensión en el mundo: menos del 42 por ciento de hombres afroamericanos y casi 45 por ciento de mujeres afroamericanas tienen presión arterial alta (American Heart Association, 2004). La hipertensión representa una de cada cinco muertes entre los afroamericanos, el doble que entre la población blanca (Older Americans, 2000).

La **aterosclerosis**, o *enfermedad arterial coronaria*, es una acumulación de *placa*, depósitos grasos en las paredes internas de las arterias. Conforme el corazón se tensa para bombear la sangre a través de los pasos estrechos, acumula presión y aumenta el

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo influyen la predisposición genética y las variables ambientales en los cambios funcionales del sistema cardiovascular?

riesgo de una inflamación (*aneurisma*) o ruptura. Un **infarto al miocardio** (ataque cardíaco) ocurre cuando un coágulo sanguíneo o acumulación de placa detiene el flujo de sangre a través de una arteria coronaria que alimenta al corazón. Sin oxígeno, el músculo cardíaco afectado muere. La **insuficiencia cardíaca congestiva** puede ocurrir cuando un corazón enfermo ya no puede bombear un suministro adecuado de sangre. La sangre regresa a los pulmones y otros tejidos, y se acumula fluido en el cuerpo.

En la *enfermedad cerebrovascular*, los vasos sanguíneos congestionados restringen tanto el flujo de sangre al cerebro que las células nerviosas comienzan a morir. Si un vaso sanguíneo que suministra al cerebro queda completamente bloqueado, o si un vaso sanguíneo explota en el cerebro, ocurrirá un accidente cerebrovascular, una **apoplejía**, que causa daño cerebral, parálisis o muerte. La técnica de tamizado utilizado para medir la presión arterial, dieta baja en sal y educación evitan muchas muertes por enfermedades cardíacas y apoplejías (Rowe y Kahn, 1998).

#### PERSONALIDAD Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

A finales de la década de los cincuenta, la secretaria de dos cardiólogos californianos, Meyer Friedman y Ray Rosenman, observó que las sillas en la sala de espera estaban rotas y gastadas, pero sólo en los bordes frontales.\* Los cardiólogos habían notado la impaciencia de sus pacientes cardíacos, quienes con frecuencia llegaban exactamente a la hora para una cita y tenían gran apuro por marcharse. Subsecuentemente, llevaron a cabo un estudio con 3 mil hombres sanos entre las edades de 35 y 59 durante un periodo de ocho años (Friedman y Rosenman, 1974). Durante tal lapso, uno de los grupos estudiados tuvo el doble de ataques cardíacos u otras formas de cardiopatías que los demás participantes de la muestra. Las autopsias de los hombres que murieron revelaron que estos sujetos tenían las arterias coronarias más obstruidas que las de los otros individuos estudiados durante la investigación. Friedman y Rosenman describieron a este tipo de enfermedad coronaria como caracterizado por el **patrón de comportamiento de tipo A**, que englobaba las siguientes características: ser excesivamente competitivo, rígido, impaciente y hostil, que se cree están relacionadas con la incidencia de cardiopatías. Rosenman y Friedman etiquetaron el comportamiento del otro grupo, que era relajado y tranquilo, como **patrón de comportamiento tipo B**.

Sin embargo, mayor investigación acerca del vínculo entre el comportamiento tipo A y la enfermedad coronaria indica que la asociación no es tan fuerte como Friedman y Rosenman creyeron (Suls y Swain, 1996; Williams, 1995, 2001). Otros investigadores han examinado los componentes del comportamiento tipo A, como hostilidad, competitividad, un fuerte impulso por lograr metas e impaciencia, para determinar un vínculo más preciso con el riesgo coronario. El componente del comportamiento tipo A más correlacionado con los problemas coronarios es la hostilidad (Faber y Burns, 1996). Las personas que son hostiles hacia el exterior, o bien la dirigen ira hacia ellos mismos, tienen más probabilidad de desarrollar males cardíacos que sus contrapartes menos iracundas (Allan y Scheidt, 1996). A tales personas se les denomina en inglés “hot reactors” (reactores explosivos), debido a sus intensas reacciones fisiológicas ante el estrés. Sus corazones están más acelerados, su respiración es rápida y sus músculos se tensan. Redford Williams (1995), un investigador líder en medicina conductual, cree que tales personas pueden desarrollar la

---

\*A menos que se indique lo contrario, la discusión en esta sección se basa en Papalia, Olds y Feldman (2004).

habilidad para controlar su ira y lograr confiar más en los demás, lo que podría reducir el riesgo de padecer cardiopatías.

Los investigadores examinaron el papel que tienen determinados factores de personalidad en la salud, como por ejemplo la hostilidad, en un estudio longitudinal de más de 1 500 hombres de entre 28 a 80 años, con una edad promedio de 47 años en la valoración inicial (Aldwin *et al.*, 2001). Los hombres que tenían síntomas que evidenciaban su pobre salud se caracterizaban por ser hostiles y ansiosos, tenían sobrepeso y fumaban. Quienes tenían pocos síntomas eran emocionalmente estables, con buen nivel educativo, delgados y no fumadores.

## Sistema respiratorio

Puesto que la respiración es esencial, los cambios fisiológicos que restringen la expansión de los pulmones y otras partes del sistema respiratorio pueden ser amenazantes para la vida.\*

### CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES

Las estructuras respiratorias gradualmente tienden a volverse más rígidas a partir de los 20 años de edad. El cartílago en las paredes de la *tráquea* (tubo aéreo) y en los *tubos bronquiales* que se ramifican desde su extremo inferior, comienzan a calcificarse, así como el cartílago en la caja torácica. Los pulmones pierden elasticidad debido a cambios en la composición química y estructura de sus fibras; y los *alvéolos*, los microscópicos sacos de aire en los pulmones, se encogen. Estos cambios, junto con el deterioro de los sistemas muscular y esquelético, que pueden ocasionar que la columna vertebral se curve hacia delante y que el pecho se constriña, pueden hacer la respiración menos eficiente.

La **capacidad vital**, la cantidad de aire que puede tomarse con una respiración profunda y expulsarse después, disminuye aproximadamente al iniciar los cuarenta y puede decrecer hasta 40 por ciento hacia los setenta. En un estudio longitudinal que se está llevando a cabo en la mayoría de los habitantes del poblado de Framingham, Massachusetts, la capacidad vital evidencia ser el mejor predictor simple de cuánto vivirá una persona, sin importar su nivel de actividad (Walford, 1986) y por ende puede ser un excelente biomarcador del envejecimiento.

### TRASTORNOS RESPIRATORIOS

Es normal que las personas duerman menos en sus años de vejez. Los ancianos duermen más ligeramente, sueñan menos y tienen menos periodos de sueño profundo (Webb, 1987; Woodruff, 1985).

Algunas personas con “sueño ligero” presentan una perturbación llamada **apnea del sueño**, que consiste en que se detiene la respiración durante 10 segundos o más, lo que provoca que una persona (en especial un anciano) despierte frecuentemente para luego caer de nuevo en el sueño y poder reanudar su respiración normal. Una estimación indica que el 6 por ciento de la población estadounidense (18 millones de personas) experimentan de 20 a 60 episodios por hora cada noche. Quienes lo padecen solamente están conscientes de que se sienten somnolientos durante el día. La apnea del sueño parece relacionarse con los ronquidos, que también se vuelven más comunes, particularmente entre los hombres, con el avance de la edad (Prinz, 1987;

---

\* A menos que se indique lo contrario, la discusión en esta sección se basa en Spence (1989).

Woodruff-Pak, 1987; National Sleep Foundation, 2005). Esta condición se manifiesta en más del doble en los ancianos afroamericanos que en los blancos (American Lung Association, 2003a). Las personas que toman pastillas para dormir, beben alcohol, toman siestas diurnas, duermen sobre su espalda o tienen sobrepeso son más propensas a padecer la apnea del sueño. Puesto que la condición se asocia con una elevación pronunciada en presión arterial, los adultos que la padecen pueden experimentar riesgo creciente de cardiopatía y apoplejía (Prinz, 1987; Roff y Atherton, 1989; “Sleep”, 1995; Woodruff-Pak, 1987; American Sleep Apnea Association, 2004).

El **enfisema** es una enfermedad irreversible en la que la irritación crónica producida por fumar, el aire contaminado y/o las infecciones respiratorias causan destrucción del tejido pulmonar y dificultad progresiva para respirar. Los pulmones se vuelven menos flexibles, lo que hace difícil la exhalación. El aire contaminado queda atrapado en los alvéolos, de modo que no es posible tomar aire fresco. Las paredes dañadas de los alvéolos permiten que menos oxígeno entre al torrente sanguíneo. Los síntomas incluyen confusión, desorientación y a veces periodos de inconsciencia conforme el cerebro literalmente se sofoca. Las personas que sufren de enfisema con frecuencia tienen que respirar oxígeno puro. No tiene cura. La muerte usualmente resulta de una falla cardíaca: la enfermedad coloca una carga adicional en el corazón, cuyo bombeo debe volverse más rápido e intenso para circular más sangre en un esfuerzo inútil por obtener más oxígeno de los pulmones. Por lo general, el enfisema puede prevenirse adquiriendo mejores hábitos de salud, como dejar de fumar.

## Sistema inmunológico

El *sistema inmunológico* es la defensa primaria del cuerpo contra la invasión de sustancias extrañas (*antígenos*). El sistema inmunológico ataca a los microorganismos invasores mediante: 1) *anticuerpos*, proteínas especializadas que contraatacan antígenos específicos; y 2) *células T*, leucocitos especiales que atacan a los antígenos y los destruyen. Las células T se originan en la médula ósea y maduran en la glándula timo antes de entrar al torrente sanguíneo (Ageworks, 2000; Braveman, 1987; Spence, 1989).

### CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES

Después de la adolescencia, la glándula timo comienza a encogerse; hacia los 60 años, puede llegar a un 15 por ciento de su tamaño original. Este encogimiento tiene como resultado una disminución en el nivel de hormonas, producidas por el timo, que son necesarias para la maduración de las células T (MedlinePlus Medical Encyclopedia, 2004). Como resultado, las personas tienden a volverse más susceptibles a las infecciones y menos capaces de recuperarse de ellas. Debido al declive en la capacidad que tiene el cuerpo para defenderse, es aconsejable que los ancianos reciban inyecciones contra la gripe.

Muchos científicos creen que la **autoinmunidad**, una tendencia para que el cuerpo confunda sus propios tejidos celulares con antígenos, es responsable del envejecimiento (Saxo y Elton, 2002; Spence, 1989). De acuerdo con esta *teoría autoinmune* del envejecimiento (una variación de las teorías de error discutidas en el capítulo 3), el sistema inmunológico comienza a liberar anticuerpos que destruyen sus propias células. La creciente sensibilidad de las células T a señales para la autodestrucción puede ayudar a explicar la debilidad del sistema inmunológico que envejece (Aggarwal, Gollapudi y Gupta, 1999).



## DIABETES

La diabetes es un síndrome complejo (o síndromes) de hiperglucemia crónica (altos niveles de glucosa en la sangre) en asociación con anomalías vasculares, hormonales y metabólicas. Debido a su alta prevalencia en todo el mundo y su asociación con complicaciones vasculares, la diabetes da lugar a considerable morbilidad, discapacidad y muerte prematura (Sinclair, 2001). Las reacciones autoinmunes pueden tener un papel relevante en varias enfermedades, incluida la **diabetes tipo II** (anteriormente llamada “del adulto”). Por lo general se desarrolla en adultos durante sus cincuenta y sesenta años. Sin embargo, un creciente número de niños y adolescentes también desarrollan la enfermedad, razón por la que se dio un nuevo nombre a la enfermedad (Gorman, 2003).

En la **diabetes tipo I** (anteriormente llamada “juvenil” o insulino dependiente), el nivel de azúcar en la sangre se eleva pues el cuerpo no produce suficiente insulina para metabolizar la glucosa. En la diabetes tipo II los niveles de glucosa se elevan porque las células pierden su capacidad de *usar* la insulina que el cuerpo produce. Aproximadamente de 90 a 95 por ciento de los 18 millones de estadounidenses con diabetes padecen el tipo II, y *no la insulino dependiente*. Las personas con diabetes tipo II con frecuencia no se percatan de que la padecen hasta que desarrollan complicaciones serias como cardiopatías, apoplejía, ceguera, enfermedad renal o pérdida de extremidades (American Diabetes Association, 1992). La diabetes del adulto es un gran problema de salud, con una prevalencia de 6.8 por ciento en Estados Unidos, del cual un 18.3 por ciento tiene 60 años o más. En Estados Unidos, los costos anuales para la atención de las personas con diabetes superan los 132 mil millones de dólares: 92 mil millones en costos médicos directos y 40 mil millones en discapacidades producidas por la enfermedad, pérdida de empleos y muerte prematura (American Diabetes Association, 2006). La diabetes causa 300 mil muertes al año en Estados Unidos, pero el costo puede ser mucho mayor, pues los certificados de defunción con frecuencia mencionan una de las otras condiciones crónicas asociadas con la enfermedad como causa de la muerte (Sinclair, 2001).

El principal indicador de cualquier tipo de diabetes es la presencia de azúcar en la orina. (Los médicos también miden la presencia de *cetonas en la orina*, venenos que pueden formarse en la sangre si el cuerpo intenta quemar grasas en lugar de azúcar como una fuente de energía.) Otros síntomas incluyen sed anormal, poliuria, rápida pérdida de peso, agotamiento y lesiones que no sanarán, especialmente en pies y manos. La diabetes del adulto se puede controlar mediante dieta adecuada y ejercicio, o se puede tratar con medicamentos orales.

## SIDA

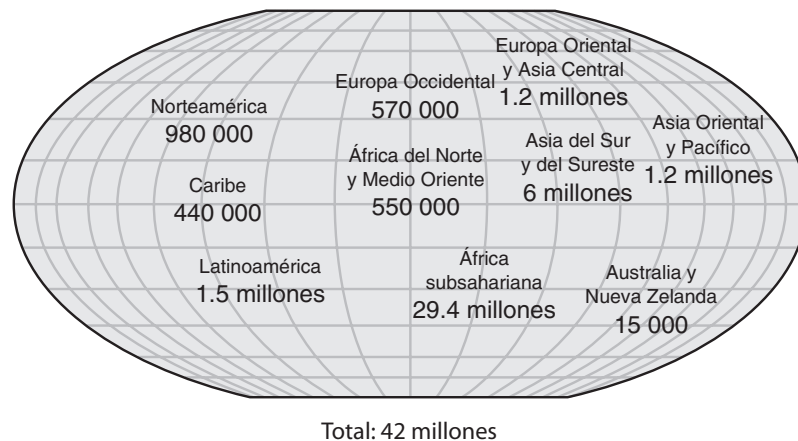
El actor cinematográfico Rock Hudson murió de esta enfermedad. La querida estrella de básquetbol Earvin “Magic” Johnson dejó de jugar por estar infectado con el virus que la causa. En 2002, aproximadamente 5 millones de personas en todo el mundo se infectaron con VIH, lo que llevó el total a 42 millones (CDC, 2003). El SIDA ahora se ha convertido en una epidemia mundial.

El **síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**, una falla del sistema inmunológico que deja a las personas infectadas vulnerables a una variedad de afecciones fatales, se ha dispersado rápidamente desde principios de los años ochenta. El SIDA es una enfermedad contagiosa, producida por el virus de inmunodeficiencia humano (VIH), que destruye las células T que permiten al sistema inmunológico combatir las infecciones. El VIH se transmite a través de fluidos corporales (principalmente san-

gre y semen) y se cree que permanece en el cuerpo durante toda la vida. Los síntomas del SIDA (que incluyen fatiga extrema, fiebre, ganglios linfáticos inflamados, pérdida de peso, diarrea y sudores nocturnos) pueden no aparecer sino hasta después de 6 a 10 meses o más años del contagio con el VIH.

Hasta el momento, el SIDA es incurable. Sin embargo, los investigadores desarrollaron un cóctel de medicamentos denominado “cóctel SIDA”, que frena el avance de la enfermedad pero no la cura. Es un cóctel de tres medicamentos que está conformado de Efavirenz, Lamivudina y Zidovudina, más comúnmente conocido como AZT, que ha probado ser la combinación más efectiva contra los síntomas de la enfermedad. La tasa de mortalidad debida al SIDA ha disminuido significativamente desde 1996, cuando se comenzó la aplicación del cóctel. Para ser más eficaz, el tratamiento debe iniciar lo más tempranamente posible, antes de que el sistema inmunológico se haya deteriorado (Douglas, 2004) y se debe administrar de manera constante (NIH, 1999). Los inconvenientes para la aplicación del cóctel de medicamentos son numerosos. El más notorio es el costo. A una persona le cuesta 15 mil dólares al año recibir este tratamiento (NIH, 1999). Una segunda preocupación concierne a los efectos a largo plazo en la salud producidos por los medicamentos, en especial sobre el corazón. Quienes toman el cóctel desarrollan el doble de cardiopatías y sufren más ataques cardíacos que las personas no infectadas con VIH (NIH, 2004a). Los efectos colaterales incluyen náusea, diarrea, salpullidos, dolores de cabeza y niveles más altos de triglicéridos y colesterol (NIH, 1999).

Más de dos tercios de todas las personas infectadas con VIH en el mundo (29.4 millones) viven en los países africanos ubicados al sur del desierto del Sahara, lo que representa el 77 por ciento de las muertes por SIDA en el mundo (véase la figura 4.3). Una proporción incluso mayor de los niños que viven con VIH en el mundo radica en África, aproximadamente un 90 por ciento (WHO, 2002). Existen algunas razones para esto. Primero, más mujeres en edad reproductiva están infectadas con VIH en África que en cualquier otra parte del mundo. Segundo, las mujeres africanas tienen más niños en promedio que las de otros continentes, así que una mujer infectada puede pasar el virus a una mayor cantidad de niños que el promedio. Tercero,



**FIGURA 4.3** Estimaciones de adultos y niños que viven con VIH/SIDA a finales de 2002. FUENTE: World Health Organization, 2002.

casi todos los niños en África son amamantados. Se cree que la lactancia materna explica entre un tercio y la mitad de todas las transmisiones de VIH de madre a hijo. Finalmente, los nuevos medicamentos que reducen la transmisión de padres a hijos antes y alrededor del nacimiento se hallan menos disponibles en los países en desarrollo, como los de África, que en el mundo industrializado (World Health Organization, 1999). Una razón importante es el costo. En las naciones africanas, se gasta un promedio de sólo 10 dólares al año per cápita en atención médica.

De manera global, la mayoría de los adultos infectados con VIH son heterosexuales (Altman, 1992). Las mujeres en la actualidad representan aproximadamente el 50 por ciento de casos de VIH y SIDA a nivel mundial (CDC, 2003c). El número de nuevas infecciones de VIH en niños a nivel mundial fue de 800 mil en 2002, lo que elevó el total de niños infectados con VIH a 3.2 millones (WHO, 2002). El SIDA es la cuarta causa de muerte a nivel mundial (HST, 2004). En 2002, cobró las vidas de 3.1 millones de personas, incluidos 610 mil niños (WHO, 2002), por encima del cálculo de 2.5 millones en 1998 (WHO, 2005).

En Estados Unidos, se calcula que 980 mil personas viven con VIH o SIDA (WHO, 2002). El SIDA en Estados Unidos es más frecuente en hombres que contrajeron la enfermedad al sostener relaciones homosexuales y en usuarios de drogas intravenosas. Sin embargo, el número de nuevas infecciones por contacto homosexual ha comenzado a disminuir cada año desde 1996 y se ha nivelado en 32 por ciento. Mientras tanto, la frecuencia de VIH a partir de contacto heterosexual aumentó desde 1998, lo que representó 34 por ciento de las nuevas infecciones de VIH en 2001 (CDC, 2001a). En los niños por debajo de los trece años, las tasas más altas de nuevas infecciones de VIH radican en quienes la transmiten de madre a hijo (CDC,



© AP/Kevork Djanssezian/Wide World Photos

*La presidenta de la Passport Foundation, Elizabeth Taylor, el encargado de eventos, Earvin "Magic" Johnson, derecha, y la vicepresidenta, Cindy Crawford, posan para los fotógrafos durante el desfile de modas American Express Passport de Macy's en Santa Mónica, California, para recaudar fondos para investigación y tratamiento de VIH/SIDA. El SIDA representa un riesgo significativamente alto tanto para los jóvenes como para los adultos mayores.*

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Por qué es importante que los adultos mayores estén informados sobre el SIDA y que los médicos lo estén acerca de la actividad sexual de los adultos mayores?

2001b). Las pruebas de VIH ahora se realizan como parte del grupo de pruebas habituales en los prenatales; sin embargo, la madre tiene el derecho de rechazar la prueba. Dicho procedimiento reducirá el número de madres que transmiten la enfermedad a su hijo nonato a 2 por ciento o menos (CDC, 2005). La infección a través de una transfusión de sangre o trasplante de tejido u órgano representa el uno por ciento de los casos de SIDA existentes (CDC, 2001a).

El SIDA no ataca sólo a los jóvenes; las personas mayores de 50 años ahora representan el 11 por ciento de los casos registrados en Estados Unidos (Ayya, 1994; WHO, 2002). Aproximadamente 17 por ciento de los pacientes en este grupo de edad la contrajeron a través de transfusiones sanguíneas contaminadas antes de que los programas de detección rutinarios comenzaran en 1985. Ahora más adultos mayores contraen VIH a través de comportamientos riesgosos como sexo sin protección y uso de drogas intravenosas (CNN, 1998). Las ancianas a menudo no consideran el sexo sin protección como un comportamiento riesgoso, y en lo que toca a las mujeres posmenopáusicas, como ya no necesitan preocuparse por quedar embarazadas, es menos probable que pidan a sus parejas que usen condón (NIA, 2003). Es posible que el VIH y el SIDA no se diagnostiquen en los ancianos simplemente por una falta de conciencia y educación acerca de cómo se transmite la enfermedad o una falla de comunicación con los médicos acerca de su actividad sexual o el uso de drogas (NIA, 2003).

## Sistema neurológico

El *sistema neurológico* o *nervioso* es la vía de comunicación entre las células y los órganos del cuerpo y una clave del funcionamiento de muchos otros sistemas corporales, incluidos la percepción sensorial y el control muscular.

El sistema nervioso está conformado por: el *sistema nervioso central* y el *sistema nervioso periférico*. El sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) es responsable de las funciones de orden superior como la memoria, el lenguaje y el comportamiento inteligente, así como de los reflejos. El sistema nervioso periférico conecta al sistema nervioso central con el resto del cuerpo.

### CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES

El cerebro se transforma con la edad, pero estos cambios varían considerablemente de una persona a otra. En los adultos mayores saludables, los cambios por lo general son modestos y no afectan notoriamente su funcionamiento (Kemper, 1994). El cerebro aumenta su peso hasta aproximadamente los 30 años; luego hay una ligera pérdida de peso y más tarde otra cada vez más rápida. Hacia los 90 años, el cerebro puede verse privado de hasta el 10 por ciento de su peso, probablemente debido a una pérdida de células nerviosas, o *neuronas*. Las neuronas, como las células musculares, no pueden reemplazarse ellas mismas. Puesto que algunas neuronas mueren todos los días, el número total de células en el sistema nervioso desciende a lo largo de la adultez, y diferentes partes del cerebro pierden numerosas clases o tipos de neuronas. El *cerebelo* puede perder 25 por ciento de sus células, lo que afecta notablemente el equilibrio y la coordinación motora fina, mientras que otras partes del cerebro pierden menos células y conservan su funcionamiento virtualmente intacto (Spence, 1989).

Un cambio funcional que comúnmente acompaña a la pérdida de materia cerebral es una gradual lentificación o retardo en las respuestas, comenzado en la adultez media. Después de los 70 años, muchos adultos ya no muestran el reflejo rotular; hacia los 90 años, todos esos reflejos por lo general desaparecen (Spence, 1989). La coordinación física y el funcionamiento intelectual quizá se vean afectados por una

lentificación del sistema nervioso central, que también puede afectar el desempeño de los adultos mayores en las pruebas de inteligencia, especialmente en lo que se refiere a pruebas cronometradas, e interferir con su habilidad para aprender y recordar (Birren *et al.*, 1980; Salthouse, 1985; Spence, 1989).

No todos los cambios cerebrales son negativos. Entre la adultez media y la vejez temprana, las células nerviosas pueden desarrollar ramificaciones adicionales, o dendritas. Esto puede compensar la pérdida de neuronas al aumentar el número de *sinapsis*, o conexiones entre las células restantes (NIH/NIA, 1993; Sapolsky, 1992; D. J. Selkoe, 1992).

El *sistema nervioso autónomo*, que forma parte del sistema nervioso periférico, con frecuencia se deteriora en la vejez, lo que hace más difícil soportar temperaturas extremas y disminuye el control sobre los esfínteres anal y uretral.

## DEMENCIA

La confusión, olvidos y cambios de personalidad a veces asociados con la vejez pueden o no tener causas fisiológicas. El término general para denominar el deterioro intelectual y conductual con una base fisiológica es **demencia**; ésta se discute más ampliamente en el capítulo 12. Ni la demencia es una parte inevitable del envejecimiento como generalmente se piensa, ni la pérdida de memoria moderada es necesariamente un signo de demencia. Aunque la mayoría de las demencias son irreversibles, algunas se pueden controlar con diagnóstico y tratamiento adecuados (American Psychiatric Association, 1994; NIA, 1993; Alzheimer's Association, 1998b). Antes se pensaba en etiologías múltiples para explicar algunos tipos de demencias; ahora se atribuyen principalmente a la enfermedad de Alzheimer.

## “ENFERMEDADES TEMIBLES”

### DEL ENVEJECIMIENTO

#### Enfermedad de Alzheimer

A principios de la década de 1990, los antiguos compañeros golfistas de Ronald Reagan se dieron cuenta de que algo andaba mal cuando el ex presidente estadounidense, una persona notablemente ingeniosa, comenzaba a decir un chiste y luego era incapaz de terminarlo. Muchos años después, Reagan tuvo que suspender sus salidas de golf semanales porque no podía recordar dónde se encontraba. Cuando murió, en 2004, a los 93 años, tenía muchos años sin poder reconocer a sus hijos (Boold y Rogers, 2004).\*

La **enfermedad de Alzheimer** (EA) es una de las más comunes y temidas enfermedades terminales entre las personas que envejecen; afecta al menos a 15 millones en todo el mundo (Reisberg *et al.*, 2003) y es la sexta causa de muerte entre los estadounidenses (NCHS, 2004). Arrebata de manera gradual la inteligencia, la capacidad de atención e incluso la habilidad para controlar las funciones corporales, y finalmente ocasiona la muerte. Un estimado de 4.5 millones de personas en Estados Unidos tienen EA, y para 2050 se proyecta que la incidencia será de 13.2 millones. El riesgo se eleva dramáticamente con la edad; por lo que el aumento en la longevidad



© Nina Winter/Image Works

*La enfermedad de Alzheimer, un trastorno cerebral degenerativo sin cura conocida, es una de las enfermedades más temidas asociadas con el envejecimiento.*

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuáles son las similitudes y diferencias entre las enfermedades temibles del siglo XXI y las de las centurias anteriores?

\*A menos que se indique lo contrario, la discusión en esta sección se basa en Papalia, Olds y Feldman (2004).

dad significará que más personas sobrevivirán a una edad cuando el riesgo de EA sea más grande (Herbert, Scherr, Bienias, Bennett y Evans, 2003).

### SÍNTOMAS

Los síntomas clásicos de la enfermedad de Alzheimer son deterioro de la memoria y del lenguaje y déficit en el procesamiento visual y espacial (Cummings, 2004). La incapacidad para recordar eventos recientes o registrar información nueva es el primer síntoma notorio, por ejemplo, una persona puede volver a preguntar algo que apenas le respondieron o dejar sin terminar una tarea cotidiana. Estos signos tempranos pueden pasarse por alto porque parecen ser olvidos ordinarios o pueden interpretarse como signos de envejecimiento normal. (La tabla 4.2 compara señales de advertencia temprana de la enfermedad de Alzheimer con lapsos mentales normales.)

Los cambios de personalidad (con mucha frecuencia rigidez, apatía, egocentrismo y control emocional deteriorado) tienden a ocurrir en una etapa inicial del desarrollo de la enfermedad y pueden ayudar en la detección y diagnóstico tempranos (Balsis, Carpenter y Storandt, 2005). Después se presentan otros síntomas más: irritabilidad, ansiedad, depresión y, más tarde, ilusiones, delirios y vagabundeo. Se deterioran la memoria a largo plazo, el juicio, la concentración, la orientación y el habla, y surgen problemas para realizar actividades básicas de la vida diaria. Hacia el final de la enfermedad, el paciente no puede entender o usar el lenguaje, no reconoce a los miembros de su familia, no puede comer sin ayuda ni controlar los intestinos y la vejiga, y pierde la capacidad de caminar, sentarse y tragar comida sólida. La muerte por lo general llega entre ocho o 10 años después de la aparición de los primeros síntomas (“Alzheimer’s Disease, Part I”, 1998; Cummings, 2004; Hoyert y Rosenberg, 1990; Small *et al.*, 1997).

### CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

La acumulación de una proteína anormal llamada *péptido beta amiloide* parece ser el factor principal que contribuye al desarrollo de la enfermedad de Alzheimer (Bird, 2005; Cummings, 2004). El cerebro de una persona con EA contiene cantidades excesivas de **marañas neurofibrilares** (masas retorcidas de neuronas muertas) y grandes aglomeraciones cerosas de **placa amiloidea** (tejido no funcional formado por el péptido beta amiloide en los espacios entre las neuronas). Puesto que estas placas son insolubles, el cerebro no puede librarse de ellas. Se vuelven densas, se dispersan y destruyen las neuronas circundantes (Harvard Medical School, 2003a).

La enfermedad de Alzheimer, o al menos su edad de inicio, es en gran medida hereditaria (Bird, 2005; Harvard Medical School, 2003a). Sin embargo, la educación y las actividades cognitivamente estimulantes se han correlacionado de manera consistente a la reducción del riesgo de padecer EA (Crowe, Andel, Pedersen, Johansson y Tatz, 2003; Wilson y Bennett, 2003). Un estudio longitudinal que duró cuatro años, y se realizó con adultos mayores residentes en una comunidad en donde convivían dos razas diferentes de personas, sugiere que el efecto protector se debe, no sólo a la influencia de la educación en sí, sino también al hecho de que las personas con alto nivel educativo tienden a ser cognitivamente activas (Wilson y Bennett, 2003). En un estudio de 10 079 gemelos suecos, la complejidad del trabajo realizado, en especial del trabajo con las personas, redujo el riesgo de padecer EA (Andel *et al.*, 2005).

¿Cómo protege la actividad cognitiva contra la EA? Una hipótesis se basa en el concepto de **reserva cognitiva** que, en gran parte como la reserva orgánica, puede habilitar a un cerebro en deterioro para que continúe funcionando bajo estrés, hasta cierto punto, sin mostrar signos de deterioro. La actividad cognitiva en marcha puede construir una reserva cognitiva y por tanto demorar el inicio de la demencia (Crowe *et al.*, 2003).

**TABLA 4.2**

**Enfermedad de Alzheimer en comparación con el comportamiento normal: señales de advertencia**

<b>Comportamiento normal</b>	<b>Síntomas de enfermedad</b>
Olvido temporal de las cosas	Olvido permanente de situaciones recientes; plantear la misma pregunta repetidamente
Incapacidad para realizar algunas tareas desafiantes	Incapacidad para realizar tareas rutinarias, como elaborar y servir una comida
Olvido de palabras inusuales o complejas	Olvidar palabras simples
Perderser en una ciudad extraña	Perderser en la calle donde se vive
Distraerse momentáneamente y falla al vigilar a un niño	Olvidar que un niño está bajo el cuidado de uno y salir de la casa
Incapacidad para manejar una chequera	Olvidar lo que significan los números en una chequera y qué hacer con ellos
Colocar inadecuadamente algunos objetos cotidianos	Poner las cosas en lugares inadecuados donde uno no puede recordar fácilmente que las puso; por ejemplo, un reloj de pulsera en una pecera
Ocasionales cambios de estado de ánimo	Rápidos y drásticos cambios de estado de ánimo y cambios de personalidad; pérdida de la iniciativa

FUENTE: Adaptado de Alzheimer's Association (sin fecha).

La dieta, el ejercicio y otros factores relacionados con el estilo de vida también pueden jugar un papel relevante. Los alimentos ricos en vitamina E, en ácidos grasos n-3 y en grasas insaturadas deshidrogenadas (como las que se encuentran en los aderezos para ensalada hechos con aceite, las nueces, las semillas, el pescado, la mayonesa y los huevos) pueden proteger contra EA, mientras que los alimentos altos en grasas saturadas y transinsaturadas, como carnes rojas, mantequilla y helado, pueden ser dañinos (Morris, 2004). Fumar está asociado con el riesgo creciente de padecer EA (Launer *et al.*, 1999; Ott *et al.*, 1998). Otros posibles factores de riesgo que aún se estudian incluyen la apnea del sueño y las lesiones en la cabeza producidas en una etapa temprana de la vida (“Alzheimer’s Disease, Part III”, 2001).

**DIAGNÓSTICO Y PREDICCIÓN**

La EA puede diagnosticarse de manera precisa sólo mediante un examen *post mórtem* del tejido cerebral; sin embargo, los científicos desarrollan rápidamente diversas estrategias para poder emitir diagnósticos suficientemente confiables en una persona viva. La neuroimagen funcional es una de esas técnicas, y resulta particularmente útil para excluir causas alternativas de demencia (Cummings, 2004) y permitir a los investigadores identificar realmente las lesiones cerebrales que indican EA en un paciente vivo (Shoghi-Jadid *et al.*, 2002). Un estudio longitudinal que utilizó un escaneo cerebral encontró que la actividad metabólica reducida en el hipocampo de adultos medios sanos y ancianos puede predecir con precisión quién tendrá Alzheimer o un

**PENSAMIENTO CRÍTICO**

¿Cómo afecta la enfermedad de Alzheimer a una persona? ¿Cómo influye un paciente que padece la enfermedad de Alzheimer en su familia y amigos?

deterioro en la memoria relacionado dentro de los siguientes nueve años (Mosconi *et al.*, 2005). En lo que podría conducir a una prueba definitiva de diagnóstico temprano de EA, investigadores en Northwestern University utilizaron una nueva tecnología de amplificación denominada bio-código de barras (BCA, por sus siglas en inglés) para detectar cantidades minúsculas de proteínas ligadas a los derivados del beta amiloide (ADDL, por sus siglas en inglés) en el fluido cerebroespinal (Georganopoulou *et al.*, 2005). Las pruebas de sangre que miden niveles del aminoácido homocisteína (Seshadri *et al.*, 2002) y de proteínas precursoras de amiloide (Padocani *et al.*, 2002) pueden predecir o diagnosticar EA u otras formas de demencia en las primeras etapas.

Las pruebas de detección y evaluación de los procesos neurocognitivos pueden hacer distinciones iniciales entre pacientes que experimentan cambios cognitivos relacionados con el envejecimiento normal y quienes se encuentran en etapas tempranas de demencia (“Early Detection”, 2002; Solomon *et al.*, 1998). En un estudio realizado en la Universidad de California en San Diego, el desempeño en pruebas cognitivas de lápiz y papel predijo cuáles participantes desarrollarían EA dentro un año o dos (Jacobson, Delis, Bondi y Salmon, 2002). En el Estudio Longitudinal de Seattle sobre Inteligencia Adulta (que se expone en el capítulo 15), los resultados de pruebas psicométricas fueron predictivos de demencia hasta 14 años antes del diagnóstico (Schaie, 2005).

A pesar de la identificación de muchos genes asociados con EA (Bertram *et al.*, 2005; Bird, 2005), particularmente con una forma de inicio temprano que aparece en la adultez media, las pruebas genéticas hasta el momento tienen un papel limitado en la predicción y el diagnóstico. Aún así, pueden ser útiles en combinación con pruebas cognitivas, exploraciones cerebrales y evidencia clínica de síntomas (“Alzheimer’s Disease, Part I”, 2001). Las personas saludables en la adultez media sin síntomas aparentes que poseen el gen APOE-e4, asociado con la aparición temprana de EA, mostraron déficit en atención espacial y memoria operativa (Parasuraman, Greenwood y Sunderland, 2002) y en *memoria prospectiva*, la habilidad de recordar las actividades planeadas para el futuro inmediato, como tomar medicina o acudir a una cita (Driscoll, McDaniel y Guynn, 2005). Estos déficits pueden ser indicadores de EA temprana.

En el Nun Study, un estudio longitudinal de enfermedad de Alzheimer y envejecimiento en 678 monjas católicas romanas, un equipo de investigadores examinó autobiografías que éstas escribieron a principios de sus veinte años. Las mujeres cuyas biografías contenían una gran cantidad de ideas fueron las que menos probabilidad tuvieron de sufrir algún deterioro cognitivo o de desarrollar Alzheimer más adelante (Riley Snowdon, Desrosiers y Markesbery, 2005).

#### TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Aunque todavía no hay una cura, el diagnóstico y tratamiento temprano pueden frenar el progreso de la enfermedad de Alzheimer y mejorar la calidad de vida. Un medicamento aprobado por la Food and Drug Administration de Estados Unidos es el memantine (comercialmente conocido como Namenda). El memantine inhibe la acción del glutamato, un químico cerebral que puede sobreestimular las células cerebrales, lo que deriva en daño o muerte celular. En un experimento doble ciego de placebo controlado, dosis diarias de memantine tomadas durante 28 semanas redujeron el deterioro en pacientes con EA de moderada a severa sin efectos secundarios adversos significativos (Reisberg *et al.*, 2003).

Los *inhibidores de la colinesterasa*, como el donepezil (comercialmente conocido como Aricept), se han convertido en un tratamiento estándar para tratar de detener o estabilizar el progreso de la EA de leve a moderada (Cummings, 2004). Sin embargo, las esperanzas para una efectividad a largo plazo se perdieron cuando un en-



sayo de cinco años de Aricept no encontró diferencia significativa después de los primeros dos años entre pacientes que tomaron Aricept y a quienes se les dio un placebo (AD2000 Collaborative Group, 2004). De igual modo, en un estudio doble ciego de tres años, la terapia con donepezil no mostró resultados después del primer año ni tampoco durante el resto del periodo de investigación (Petersen *et al.*, 2005).

Los inhibidores de colinesterasa con frecuencia se prescriben en combinación con memantine y altas dosis de vitamina E. No obstante, los estudios son contradictorios en cuanto a la efectividad de la vitamina E (Cummings, 2004); un reciente estudio de tres años no encontró mejorías por su uso (Petersen *et al.*, 2005). También se hallan en estudio medicamentos antiinflamatorios y el remedio herbal ginkgo biloba, pero no hay suficiente evidencia de su efectividad (Cummings, 2004; Foley y White, 2002; Harvard Medical School, 2003a; Morris *et al.*, 2002). Un prometedor enfoque experimental es la inmunoterapia. En un estudio, pacientes con Alzheimer que recibieron vacunas con beta amiloide se desempeñaron mejor en pruebas de memoria hasta un año después, en comparación con pacientes a quienes se les inyectó un placebo (Fox *et al.*, 2005; Gilman *et al.*, 2005).

Como aún no se cuenta con una cura, el control de la enfermedad es crucial (Cummings, 2004). En las primeras etapas, el entrenamiento y las estrategias que funcionan como auxiliares de la memoria pueden mejorar el funcionamiento cognitivo (Camp *et al.*, 1993; Camp y McKitric, 1992; McKitric, Camp y Blac, 1992). Es posible detener el deterioro, mejorar la comunicación y reducir el comportamiento perturbado con ayuda de terapias conductuales (Barinaga, 1998). Los medicamentos pueden aliviar la agitación, aligerar la depresión y ayudar a los pacientes a dormir. La nutrición adecuada y la ingesta de fluidos, junto con el ejercicio, la terapia física y el control de otras condiciones médicas, son relevantes, y la cooperación entre el médico y el cuidador es esencial (Cummings, 2004).

## Cáncer: una enfermedad que influye en muchos sistemas

**Cáncer** es un término dado a más de 100 diferentes enfermedades; se caracteriza por un crecimiento descontrolado de células anormales que si no se recibe el tratamiento adecuado, con el tiempo invade el tejido sano. A diferencia de otras enfermedades discutidas hasta el momento, el cáncer puede surgir y dispersarse a muchos órganos y sistemas corporales.

El cáncer es la segunda causa de muerte en adultos mayores, después de las enfermedades cardiovasculares (American Cancer Society, 2004; NCHS, 2004; Older Americans, 2000). Aproximadamente 76 por ciento del más de un millón de cánceres diagnosticados anualmente en Estados Unidos, y más del 60 por ciento de las casi 500 mil muertes anuales por esta enfermedad, ocurren en personas mayores a 55 años (American Cancer Society, 2004). Una explicación de lo anterior es un sistema inmunológico débil. Otra es que los adultos mayores han tenido más tiempo para desarrollar cánceres, que con frecuencia son de lento crecimiento.

Algunos cánceres (como el carcinoma de células basales, un cáncer de piel) son más curables que otros. Aunque las tasas de mortalidad han caído drásticamente en el caso del cáncer de estómago, colorrectal, ovárico y cervical, se han elevado incluso de manera más dramática para el cáncer de pulmón, el mayor asesino: hasta 104 por ciento en hombres y 452 por ciento en mujeres desde 1960, principalmente como consecuencia de fumar (American Cancer Society, 2000).

El descubrimiento de dos genes mutantes responsables de muchos casos de cáncer del colon y recto posibilitará a los médicos identificar y monitorear a las personas

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo deberían cambiar las actitudes hacia el cáncer para poder realizar un mayor progreso en su prevención y tratamiento?

proclives a desarrollar éstos y otros tipos de cáncer en el futuro. Las mutaciones aparentemente causan una falla para corregir errores en el ADN que surgen durante la división celular, lo que permite a las células multiplicarse sin control (Fackelmann, 1993b; National Cancer Institute, 2004; G. Weiss, 1994).

Sin embargo, no todos los cánceres parecen ser genéticos. **Carcinógenos** (agentes causantes de cáncer) ambientales desconocidos o plenamente identificados incluyen contaminación, pesticidas, plásticos y muchos más. La exposición al sol puede causar cáncer en la piel. Las mejores formas de prevenir el cáncer o detener su crecimiento son evitar fumar, beber alcohol sólo con moderación, hacer ejercicio y seguir una dieta saludable.

En la década de los treinta, cuatro de cada cinco pacientes de cáncer murieron durante los primeros cinco años. En la actualidad, gracias a la quimioterapia (drogas anticancerígenas), tratamientos de radiación y cirugía, la tasa de sobrevivencia de cinco años es casi del 63 por ciento (American Cancer Society, 2004). Muchas más personas pueden salvarse a través de un examen periódico (especialmente de adultos mayores de 50 años y quienes tienen una historia personal o familiar de cáncer), lo que permitiría el diagnóstico y el tratamiento más tempranos. El descubrimiento reciente de la telomerasa, una enzima que está presente virtualmente en todos los cánceres y permite a las células del tumor crecer y proliferar de manera indefinida, condujo a la experimentación con medicamentos que podrían bloquear su acción. Tal tratamiento puede ser menos peligroso para las células sanas y más efectivo que los métodos actuales (Kim *et al.*, 1994; Krishna, 2000).

Recientemente ha resurgido la preocupación por dos cánceres relacionados con el género: el cáncer de mama y el de próstata.

#### CÁNCER DE MAMA

En 2004, las expectativas de diagnóstico de cáncer de mama alcanzaban un estimado de 215 990 mujeres y 1 400 hombres, y la muerte por tal padecimiento aproximadamente 40 510 personas (American Cancer Society, 2003a). Como con otros cánceres, las oportunidades de desarrollar cáncer de mama aumentan con la edad; de 75 a 80 por ciento de los cánceres de mama se encuentran en mujeres mayores de 50 años (NIH, 2003; American Cancer Society, 2003a).

La detección temprana es la clave para tratar el cáncer de mama. Si el cáncer se encuentra y trata antes de que se extienda más allá de la mama, las oportunidades de sobrevivir al menos 5 años son del 97 por ciento (American Cancer Society, 2004). La **mamografía**, un examen diagnóstico con rayos X, es la mejor herramienta disponible para la detección temprana. Una mamografía puede detectar cáncer de mama alrededor de uno a tres años antes de que se pueda sentir un bulto (CDC, 2002). La American Cancer Society aconseja la realización de mamografías de rutina para mujeres mayores de 40 años. También se recomiendan exámenes clínicos de mama realizados por un profesional de la salud, pues algunos cánceres no se pueden detectar mediante la técnica mencionada (National Cancer Institute, 2004a) siendo los exámenes clínicos más útiles que la mamografía para detectar anomalías de la mama en mujeres entre los veinte y treinta años de edad. (American Cancer Society, 2004).

Los científicos han ubicado dos genes que pueden ser responsables de 5 a 10 por ciento de todos los casos de cáncer de mama (National Cancer Institute, 2004b), así como algunos casos de cáncer de ovarios. Tales descubrimientos han conducido a un tamizado genético de mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, pues estos genes son responsables de aproximadamente el 25 por ciento de los casos en

mujeres menores de 30 años (National Cancer Institute, 2004b). Además del tamizado genético, las mujeres con un alto riesgo de padecer cáncer de mama pueden beneficiarse de tomar Tamoxifen, que reduce el riesgo de contraer esta enfermedad y también es utilizado para evitar la recurrencia del cáncer.

Puesto que los genes identificados no parecen estar involucrados en la gran mayoría de los cánceres de mama, los factores relacionados con el estilo de vida pueden ser importantes. El vínculo entre consumo de alcohol y cáncer de mama es claro. Tomar alcohol aumenta el riesgo en una y media veces para las mujeres que consumen de dos a cinco bebidas diariamente (American Cancer Society, 2003a). El uso a largo plazo de TRH (terapia de reemplazo hormonal) incrementa el riesgo, sin embargo el estrógeno solo no lo hace (American Cancer Society, 2003a). Otros dos factores de riesgo son el uso de la píldora como método anticonceptivo y el sobrepeso.

El tratamiento del cáncer de mama por lo general involucra cirugía, como la **tumorectomía**, en la que se remueven el tumor y una pequeña cantidad del tejido circundante; o una **mastectomía**, en la que se remueve todo o parte de la mama. La cirugía se puede combinar con quimioterapia, terapia de radiación o terapia hormonal. Si la quimioterapia se aplica antes de la cirugía, su propósito es reducir el tamaño del tumor. Cuando se aplica después de la cirugía puede ayudar a evitar la reincidencia. La terapia de radiación usa rayos de alta energía para encoger o matar las células restantes. La terapia hormonal emplea drogas bloqueadoras de estrógeno para ayudar a evitar que el cáncer regrese (American Cancer Society, 2003a).

## CÁNCER DE PRÓSTATA

El cáncer de la glándula prostática que se encuentra en la base de la vejiga del hombre ha recibido mayor atención y difusión desde 1993, cuando cobró las vidas del músico de rock Frank Zappa y de los actores Don Ameche y Bill Bixby. El cáncer de próstata afecta aproximadamente a tantos hombres como el cáncer de mama a las mujeres. Alrededor de un tercio de los hombres mayores de 50 años tienen tumores prostáticos latentes, pero muchos no están al tanto de la condición porque dichos tumores crecen muy lentamente. Se pronosticaba que el cáncer de próstata mataría a 29 900 hombres en 2004 (American Cancer Society, 2003b), sólo después del cáncer de pulmón. Aunque las oportunidades de que un hombre tenga cáncer de próstata son de una a seis, sólo uno en 32 morirá debido a él (American Cancer Society, 2004). La actual tasa de sobrevivencia para el cáncer de próstata es del 97 por ciento, por encima del 67 por ciento en 1983 (CDC, 2003d).

La causa del cáncer de próstata es desconocida. Se han identificado muchos factores de riesgo, incluidos la edad, la historia familiar y la raza (National Cancer Institute, 2003; American Cancer Society, 2004; National Institutes of Health, 2003b). Setenta años es la edad promedio en el momento del diagnóstico, y los hombres de 65 años y más representan del 70 al 76 por ciento de los casos (CDC, 2003d; NIH, 2003b). El cáncer de próstata rara vez ocurre en hombres de menos de 40 años. Los hombres con un pariente consanguíneo, en particular un padre o hermano, con cáncer de próstata tienen un riesgo elevado de padecerlo. Los afroamericanos tienen la tasa más alta de cáncer de próstata en el mundo, y el doble de probabilidades de morir de él que los hombres blancos (American Cancer Society, 2004). Alguna evi-



© PhotoDisc

*La mamografía de rutina (examen con rayos X de la mama) se recomienda a todas las mujeres de 40 años en adelante como auxiliar en la detección y tratamiento tempranos del cáncer de mama.*

dencia sugiere que los hombres con dietas altas en carne roja y productos lácteos altos en grasa tienen un riesgo creciente (National Cancer Institute, 2002; American Cancer Society, 2004; CDC, 2003d). Hay estudios en marcha para determinar qué relación pueden tener la dieta y el ejercicio con desarrollo del cáncer de próstata.

El diagnóstico preliminar del cáncer de próstata se puede realizar con una prueba de sangre PSA (antígeno prostático específico, por sus siglas en inglés) o bien con un DRE (examen digital del recto, por sus siglas en inglés). Ninguna prueba puede arrojar un diagnóstico; estas pruebas sólo pueden detectar anomalías prostáticas, que pueden provenir de una condición menos seria, no de cáncer (National Cancer Institute, 2002). Una prueba de sangre PSA es más efectiva que un DRE, pero, dado que ninguna prueba es completamente precisa, la única forma de asegurarse si existe cáncer es a través de una biopsia (American Cancer Society, 2004). La American Cancer Society recomienda que los hombres mayores de 50 años (45 años para los hombres con proclividad) deben realizarse anualmente una prueba sanguínea PSA y un DRE. Sin embargo, debido a la falta de evidencia de que la valoración y el tratamiento temprano reduzcan la mortalidad, los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Instituto Nacional de Cáncer (NCI) no recomiendan pruebas de detección anuales (American Cancer Society, 2004; CDC, 2003d).

Los tratamientos de cáncer de próstata son similares a los del cáncer de mama: cirugía, tratamiento de radiación, terapia hormonal y quimioterapia. La cirugía es el tratamiento más común: una **prostatectomía radical**, en la que se remueven toda la próstata y parte del tejido que la rodea; o una **resección transuretral** de la próstata, que corta el tejido canceroso. Si el tumor es pequeño y no se ha extendido, se puede utilizar terapia de radiación para tratarlo. La terapia hormonal se puede emplear para tratar cáncer que se ha dispersado, al evitar que las hormonas masculinas lleguen a las células cancerosas, lo que detiene el crecimiento. Esto se puede hacer mediante una cirugía llamada **orquiectomía**, que remueve los testículos, o mediante drogas que reducen o bloquean la hormona (American Cancer Society, 2004; National Cancer Institute, 2002). Algunos casos pueden requerir de una espera vigilante, que observe de manera cercana la salud del hombre, y buscar tratamiento sólo si los síntomas aparecen o empeoran (American Cancer Society, 2004; National Cancer Institute, 2002).

## INFLUENCIAS INDIRECTAS SOBRE LA SALUD

El cómo las personas cuidan sus cuerpos y responden a los cambios y retos de la vida afecta directamente su salud. Pero también hay influencias indirectas: edad, género, estatus socioeconómico, raza o etnicidad, y relaciones interpersonales.

### Edad y género

¿Cuán probable es que hombres y mujeres jóvenes, y adultos medios y mayores desarrollen enfermedades o trastornos específicos, y cuáles son las principales causas de muerte en cada periodo de la adultez? Conforme se resuman los problemas y riesgos de salud por edad y género, ten en mente que no sólo existen amplias variaciones individuales, sino, como se mostrará a continuación, ciertos grupos experimentan mayores problemas y riesgos en cualquier edad.

Cuando los adultos jóvenes enferman, por lo general es de resfriado u otro mal respiratorio, que se cura fácilmente. Los padecimientos crónicos más frecuentes, en especial entre quienes tienen bajos ingresos, son problemas de espalda y columna vertebral, deterioros auditivos, artritis e hipertensión (presión arterial alta). Puesto que la mayoría de los adultos jóvenes son saludables, no es de sorprender que los

accidentes sean la causa principal de muerte entre los estadounidenses de 25 a 44 años de edad, seguida de cáncer, cardiopatías, suicidio y agresiones (Arias y Smith, 2003). Las tasas de mortalidad de los adultos jóvenes han disminuido, así como las de todos los otros grupos de edad, excepto para los adultos mayores de más de 85 años (Hoyert *et al.*, 1999). El cáncer, las cardiopatías y apoplejías están decreciendo (Hoyert *et al.*, 1999; USDHHS, 1999b; Wingo *et al.*, 1999). Aunque las muertes por cardiopatías han declinado desde 1960, siguen siendo, con mucho, el principal asesino de las personas mayores de 65, y representan el 40 por ciento de los decesos. Las siguientes causas de muerte más comunes en este grupo de edad son cáncer (21 por ciento) y apoplejía (8 por ciento) (Older Americans, 2000).

La mayoría de los adultos mayores tienen al menos una condición médica crónica, más frecuentemente artritis, hipertensión, deterioro auditivo, cardiopatía, deterioros ortopédicos, cataratas, sinusitis, diabetes, tinnitus o deterioros visuales, en ese orden (Older Americans, 2000). Las condiciones crónicas se vuelven más comunes con la edad y pueden llegar a producir discapacidad. Aunque las personas mayores de 65 años tienen menos resfriados, infecciones de gripa y problemas digestivos agudos que los adultos más jóvenes, las condiciones crónicas combinadas con la pérdida de la capacidad de reserva pueden causar que una enfermedad o lesión menor tenga repercusiones serias.

¿Son más saludables las mujeres o los hombres?\* Uno de los motivos por los que es difícil responder esta pregunta es por el hecho de que hasta hace poco las mujeres eran excluidas de muchos estudios importantes sobre problemas de salud que afectan a ambos sexos (Healy, 1991; Rodin e Ickovics, 1990). Como resultado, mucho de lo que se conoce se aplica sólo a hombres.

Se sabe que las mujeres tienen una mayor expectativa de vida que los hombres y una menor tasa de mortalidad a lo largo de la vida (Anderson, 2001; Hoyert *et al.*, 1999). Esta longevidad se atribuye a la carga genética dada por el segundo cromosoma X (que los hombres no tienen) y, antes de la menopausia, a los efectos benéficos de la hormona femenina estrógeno, particularmente en salud cardiovascular (Rodin e Ickovics, 1990; USDHHS, 1992). Sin embargo, factores psicosociales y culturales, como la mayor propensión de los hombres para correr riesgos y su preferencia por consumir carne roja y papas en lugar de frutas y vegetales, también pueden tener una influencia (Liebman, 1995; Schardt, 1995).

A pesar de vivir más tiempo, las mujeres reportan estar enfermas más frecuentemente que los hombres, es más probable que busquen tratamiento para enfermedades menores y se quejan más de síntomas inexplicables. Los hombres, en contraste, tienen estadías hospitalarias más largas y es más probable que sus problemas de salud sean crónicos y mortales (Kroenke y Spitzer, 1998; NCHS, 1998a; Rodin e Ickovics, 1990).

La mayor tendencia de las mujeres a buscar atención médica no necesariamente significa que ellas son menos saludables que los varones, ni que estén imaginando padecimientos o preocupadas por la enfermedad (Kroenke y Spitzer, 1998). Simplemente pueden ser más conscientes de su salud. Las mujeres por lo general saben más de salud que los hombres, piensan y hacen más para evitar enfermedades, son más conscientes y susceptibles ante los síntomas, y es más probable que hablen acerca de sus preocupaciones médicas. Los varones pueden sentir que no es “masculino” estar enfermo o hablar de ello, y por tanto es más probable que nieguen sentirse mal.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué factores parecen ser responsables de las diferencias en las enfermedades reportadas y el tratamiento de las mismas entre mujeres y hombres?

\*A menos que se indique lo contrario, la discusión en esta sección se basa en Papalia, Olds y Feldman (2004).

Quizás el que las mujeres se preocupen más por sí mismas y por atender los síntomas de una posible enfermedad las ayuda a vivir más tiempo que a ellos.

Sin embargo, la conciencia pública de los problemas de salud del hombre va en aumento. La disponibilidad de tratamiento contra la impotencia y de pruebas de tamizado para cáncer de próstata lleva a más varones al consultorio del médico. Mientras tanto, a medida que el estilo de vida de las mujeres se ha vuelto más similar al de los hombres, del mismo modo, en cierta forma, tienen patrones semejantes de salud. Las mujeres ahora representan 39 por ciento de todas las muertes relacionadas con tabaquismo en Estados Unidos. Más mujeres mueren de cáncer de pulmón que de cualquier otro tipo de cáncer, incluido el de mama (Satcher, 2001). La brecha entre el uso de alcohol y drogas ilícitas entre hombres y mujeres también se ha reducido (Center on Addiction and Substance Abuse [CASA], 1996), como la brecha de género en las muertes por cardiopatías. Tales tendencias ayudan a explicar por qué la diferencia entre la expectativa de vida entre mujeres y hombres se redujo de 7.8 años en 1979 a 5.4 años en 2000 (Miniño *et al.*, 2002).

## Estatus socioeconómico, raza y etnicidad

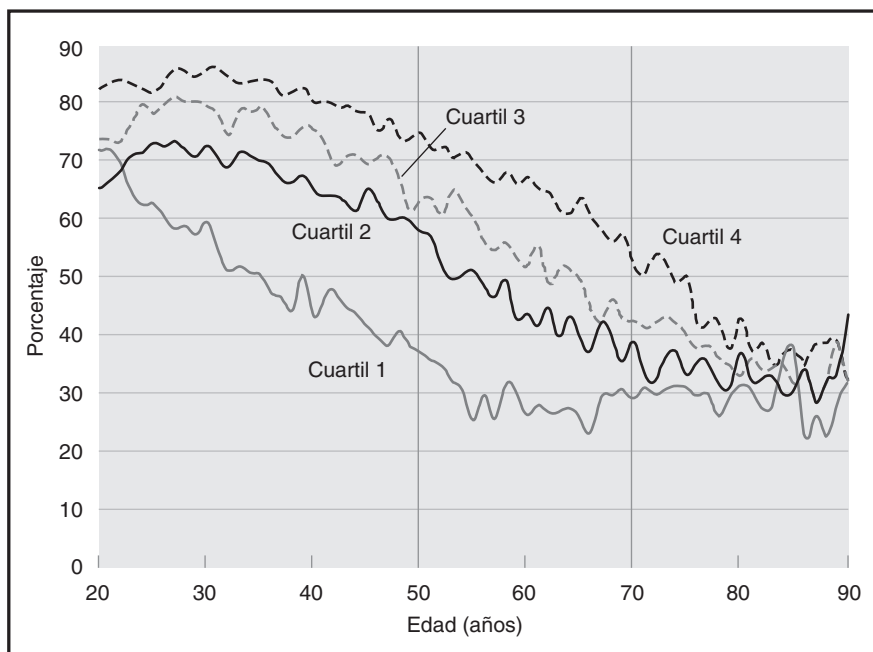
La conexión entre estatus socioeconómico y salud se ha documentado ampliamente (véase la figura 4.4). Las personas con mayores ingresos califican su salud como buena y viven más tiempo que los individuos de ingresos más bajos. También el nivel educativo es relevante. Mientras menos escolaridad tenga una persona, mayor es la posibilidad de que desarrolle y muera de enfermedades contagiosas, lesiones y padecimientos crónicos (como cardiopatías), o que sean víctimas de homicidio o suicidio (Pamuk, Makuc, Heck, Reuben y Lochner, 1998).

Esto no significa que el ingreso y el acceso a la educación sean la causa de una buena salud; en vez de ello, se relacionan con factores ambientales y de estilo de vida, que probablemente sean la causa. La pobreza se asocia con una nutrición deficiente, hogares por abajo de los estándares, exposición a contaminantes y comportamiento violento, y acceso limitado a los servicios de atención médica (Adler y Newman, 2002; Otten, Teutsch, Williamson y Marks, 1990; Pamuk *et al.*, 1998). De hecho, la brecha con respecto al acceso a la atención de la salud entre ricos y pobres en Estados Unidos se ha ensanchado (Kiefe *et al.*, 2000). Las personas con mayor nivel educativo y con mejores ingresos tienen dietas más saludables y mejor atención preventiva a la salud y tratamiento médico. Se ejercitan más, tienen menor probabilidad de sobrepeso y fuman menos. Tienen mayor probabilidad de consumir alcohol, pero con moderación (Pamuk *et al.*, 1998; SAMHSA, 1998, 2001).

La relación entre ingreso, educación, condiciones de vida y salud arrojan luz sobre el relativamente pobre estado de salud en algunas poblaciones minoritarias (Kiefe *et al.*, 2000). Los adultos afroamericanos jóvenes presentan veinte veces más probabilidades de tener presión arterial alta que los adultos blancos jóvenes (Agoda, 1995). Y los afroamericanos tienen más del doble de probabilidad que los blancos de morir en la adultez joven, en parte porque los hombres afroamericanos jóvenes tienen aproximadamente siete veces más probabilidad de ser víctimas de homicidio (Hoyert *et al.*, 1999). Los hispanos evidencian más probabilidad que los blancos de exponerse a condiciones peligrosas en sus ámbitos de vida. Noventa por ciento de los hispanos viven en áreas urbanas, situación que los coloca en mayor riesgo por su exposición a desechos tóxicos, contaminación del aire, crimen, violencia, edificios más antiguos y pobremente mantenidos, pintura de plomo y otras condiciones asociadas con ambientes urbanos (Kaiser Permanente, 2001).

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿A qué factores pueden estar expuestas las personas pobres, que influyan en problemas de salud y afecten negativamente su longevidad?



**FIGURA 4.4** *Porcentaje que reporta excelente o muy buen estado de salud por cuartiles de ingreso doméstico específico por edad.* Esta figura muestra que las personas del nivel de ingresos más alto, las personas en el cuartil 4, reportan los niveles más altos de salud, seguidos por los cuartiles 3, 2 y 1. Conforme la gente envejece, reporta tener un decremento en su salud. FUENTE: Smith, 2005.

Las diferencias étnicas en salud no son completamente atribuibles a factores socioeconómicos. Por ejemplo, aunque los afroamericanos fuman menos que los estadounidenses blancos, metabolizan más nicotina en la sangre, están más sujetos a sufrir cáncer de pulmón y presentan más problemas para abandonar el hábito. Las razones posibles pueden ser genéticas, biológicas o conductuales (Caraballo *et al.*, 1998; Perez-Stable, Herrera, Jacob III y Benowitz, 1998; Sellers, 1998). En un estudio de factores de riesgo coronarios entre mujeres de 30 años y menos (Palaniappan *et al.*, 2002), se encontró que las estadounidenses caucásicas ostentan menos factores de riesgo cardiacos que las afroamericanas o las asiático-hindú-americanas, y se involucran en más actividad física. Las mujeres afroamericanas consumían más grasa y colesterol que los otros dos grupos por lo que tenían mayores porcentajes de grasa corporal e índices de masa corporal (IMC).

Las disparidades en muchos de los indicadores de salud se redujeron durante la década de los noventa para la mayoría de los grupos raciales y étnicos, aunque no para los indoamericanos y los nativos de Alaska. Sin embargo, las disparidades raciales y étnicas en muertes por lesiones relacionadas con el trabajo, accidentes automovilísticos y suicidio se incrementaron (Keppel, Percy y Wagener, 2002). Una investigación ordenada por el Congreso estadounidense, que revisó más de cien estudios, encontró que las minorías raciales y étnicas tienden a recibir atención para la salud de menor calidad que los blancos, aun cuando el estatus del seguro, ingreso, edad y severidad de la condición sean similares (Smedley, Stith y Nelson, 2002).



© Bob Daemmrich/Stock Boston

*Los hispanoamericanos son especialmente proclives a padecer presión arterial alta.*

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué factores correlacionados crees que son más influyentes para aumentar la longevidad de las personas casadas?

## Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales mantienen importantes efectos sobre el bienestar físico. Los adultos sin amigos o seres queridos son susceptibles a sufrir un amplio rango de problemas, incluidos accidentes de tráfico, trastornos de la conducta alimentaria y suicidio (Baumeister y Leary, 1995). El riesgo de muerte debida a enfermedad cardiovascular aumenta significativamente en personas viudas, divorciadas o separadas, o solteras (Johnson, Backlund, Sorlie y Loveless, 2000).

A pesar de alguna evidencia de lo contrario (J. M. White, 1992), el matrimonio parece estar relacionado con una buena salud. Las personas casadas, en especial los hombres, tienden a ser más saludables físicamente (y, según otras investigaciones, también psicológicamente) que quienes nunca se han casado, son viudos, separados o divorciados (Horwitz, White y Howell-White, 1996; Ross, Mirowsky y Goldstein, 1990; de Vaus, 2002). Las personas casadas ostentan menos discapacidades o condiciones crónicas que limiten sus actividades; y cuando van al hospital, sus estadías por lo general son cortas. También viven más, de acuerdo con un estudio que se remonta a 1940 en 16 países industriales (Hu y Goldman, 1990; Johnson *et al.*, 2000). Quienes nunca se han casado constituyen el siguiente grupo más saludable, seguido por los viudos y luego por las personas que están divorciadas o separadas.

¿Por qué sucede esto? Es posible que las personas saludables atraigan compañeros más fácilmente, estén más interesadas en casarse o sean mejores parejas. O, quizá, las personas casadas puedan tener vidas más sanas y seguras que las solteras. Puesto que los esposos pueden cuidarse mutuamente, es probable que no necesiten recibir atención en hospitales o instituciones. Las personas casadas tienden a estar mejor financieramente, un factor que parece mejorar la salud física y mental (C. R. Ross *et al.*, 1990). Entonces, incluso en los matrimonios que no son ideales, los involucrados por lo general proporcionan compañía, ofrecen apoyo emocional y hacen muchas cosas que facilitan la vida diaria. La pérdida de estos apoyos debido a muerte o a separación puede hacer que los viudos o divorciados sean más vulnerables a trastornos mentales y físicos (Doherty y Jacobson, 1982). La calidad de una relación marital puede ser determinante.

La clave de la correlación entre matrimonio y salud puede ser simplemente tener a otra persona con quien vivir. Un estudio de más de 25 mil mujeres de 18 a 55 años encontró que quienes vivieron con otro adulto, ya sea en matrimonio o no, fueron más saludables que quienes vivieron solas (Anson, 1989). Otro gran estudio con casi 12 mil participantes encontró que las parejas que cohabitan también se benefician de su relación. Wi, Penning, Poland y Hart (2003) encontraron que las parejas que cohabitan experimentan los mismos beneficios de salud física y psicológica que las parejas casadas.



## 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 y St. Pierre, 1992). Desde 1977, la mortalidad ha descendido en un 30 por ciento para los estadounidenses de 25 a 64 años de edad, principalmente debido a cambios en el estilo de vida personal (USDHHS, 1992). Aunque los hábitos de buena salud no pueden garantizar protección contra la enfermedad, pueden reducir enormemente los riesgos, en especial si comenzaron de manera temprana en la vida (Porterfield y St. Pierre, 1992; véase la tabla 4.3).

### Sustancias dañinas

Dos de las decisiones más benéficas que puede tomar una persona son dejar de fumar (o, mejor aún, no comenzar) y beber alcohol sólo con moderación.

#### TABACO

Fumar es la principal causa de muerte que puede ser prevenida en Estados Unidos (American Lung Association, 2003b; American Heart Association, 1995). El tabaquismo provoca la muerte de aproximadamente 440 mil personas al año, discapacita a millones y cuesta a Estados Unidos un estimado de 150 mil millones de dólares al año en costos directos de atención a la salud y pérdida de productividad. Los fumadores pierden un promedio de 13.8 años de vida por este hábito (American Lung Association, 2005a).

A nivel mundial, 4.2 millones de personas mueren cada año como resultado del uso de tabaco y se proyecta que dicha cifra alcance los 10 millones entre 2025 y 2030, con más del doble de muertes relacionadas con tabaquismo en los países en desarrollo, que en los desarrollados. Estados Unidos es el segundo mayor importador y exportador de hojas de tabaco (Mackay y Eriksen, 2002).

El humo que se inhala de segunda mano, o **ser un fumador pasivo**, es el responsable de un estimado de 3 mil muertes de cáncer de pulmón y de 35 mil a 40 mil decesos por cardiopatías anualmente (American Cancer Society, 2004). Un cónyuge no fumador que viva con un fumador tiene un riesgo 30 por ciento más alto de cáncer de pulmón del que tendría de otro modo. Los no fumadores tienen 25 por ciento más probabilidad de tener cardiopatía coronaria por el humo ambiental que quienes no están expuestos. Fumar en el trabajo aumenta el riesgo de que los no fumadores desarrollen cáncer de pulmón en 17 por ciento (American Lung Association, 2003c).

La relación entre tabaquismo y cáncer de pulmón está bien establecida. Se estima que fumar es la causa del 87 por ciento de los casos de cáncer pulmonar en Estados Unidos (American Lung Association, 2005b; Wingo *et al.*, 1999). El tabaquismo también se halla vinculado con el cáncer de laringe, boca, esófago, vejiga, riñón, páncreas y cervix; con problemas gastrointestinales, como úlceras; con enfermedades respiratorias, como bronquitis y enfisema; con osteoporosis; y con cardiopatías (CDC, 2003; He *et al.*, 1999; Hopper y Seeman, 1994; NIA, 1993; Slemanda, 1994; USDHHS, 1987). En las mujeres, el riesgo de cardiopatía, apoplejía y ciertos tipos de

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuáles son los mayores impedimentos para seguir las recomendaciones para optimizar los resultados de la salud personal?

**TABLA 4.3**
*Factores del estilo de vida relacionados con determinadas enfermedades*

<b>Factor de riesgo</b>	<b>Cardiopatía coronaria</b>	<b>Apoplejía</b>	<b>Diabetes (no insulino dependiente)</b>	<b>Cáncer de mama</b>	<b>Cáncer de pulmón</b>	<b>Cáncer de próstata</b>	<b>Cáncer colorrectal</b>	<b>Melanoma (cáncer de piel)</b>	<b>Osteoporosis</b>	<b>Osteoartritis</b>
Tabaquismo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alcohol	?		?	?					X	
Factores de dieta										
Colesterol	X	X								
Calorías			X							
Ingesta de grasa	X	X	?	?		X	?			
Ingesta de sal		X								
Fibra			O							
Calcio									O	
Potasio	O									
Sobrepeso	X	X	X						X	?
Actividad física	O	O	O						O	O
Exposición a toxinas				X	X	X	X			
Exposición a rayos ultravioleta								X		

NOTA: X = aumenta riesgo de enfermedad; O = reduce riesgo de enfermedad; ? = puede aumentar riesgo de enfermedad.

FUENTE: Adaptado de Merrill y Verbrugge. 1999. Tabla IV, p. 87; Papalia, Olds, y Feldman, 2004.

cáncer se elevan con la ingesta de anticonceptivos orales. Si una mujer fuma durante el embarazo, eleva el riesgo de que su bebé presente bajo peso al nacer, de alumbramiento prematuro y de muerte infantil (American Lung Association, 2005a).

Es más probable que un fumador que tenga un ataque cardíaco muera que un no fumador (American Heart Association, 1992; 2004). Los fumadores de puro y pipa son menos proclives a sufrir un ataque cardíaco que quienes fuman cigarrillos, pero siguen corriendo más riesgos que los no fumadores; y tienen más probabilidad de tener cáncer de labios, lengua y boca (Katchadourian, 1987; American Heart Association, 2004).

A medida que estos riesgos se conocieron más ampliamente, el tabaquismo en Estados Unidos descendió más de 37 por ciento desde 1965 (American Heart Association, 1995). La tendencia entre los alumnos de secundaria y bachillerato comenzó a revertirse del sustancial aumento que se dio al principio de los años noventa. El tabaquismo en este grupo de edad disminuyó de 37 a 24 por ciento en 2003 (Johnston, O'Malley, Bachman y Schulenberg, 2003). En la actualidad, aproximadamente uno de cada cinco estadounidenses de 18 años y más es fumador (American Cancer Society, 2005d; National Center for Health Statistics, 1998a). Al menos 90 por ciento de las personas que dejan de fumar lo hacen por cuenta propia (Fiore *et al.*, 1990). Otros ingresan a programas especiales, como grupos de apoyo. La goma de mascar y los parches de nicotina, junto con la información acerca de las desventajas de fumar, han sido medidas muy exitosas (NIA, 1993; USDHHS, 1987).

No obstante, y siempre que las personas dejen de fumar, es probable que su salud mejore de inmediato. Después de dejar de fumar, el riesgo de infarto cardíaco cae dentro de las 24 horas (American Lung Association, 2005b). Noventa por ciento del riesgo asociado con el uso de tabaco se puede evitar si los fumadores dejan de fumar antes de la edad de 35, y dejar de fumar en cualquier edad reduce sustancialmente los riesgos (American Cancer Society, 2004).

## ALCOHOL

Estados Unidos es una sociedad alcohólica. La publicidad asocia al licor, la cerveza y el vino blanco con la buena vida. Alrededor de 69 por ciento de las personas de 18 a 44 años de edad reporta ingerir alcohol, y los adultos más jóvenes tienden a ser quienes más beben. Casi 39 por ciento de las personas de 18 a 25 años, predominantemente hombres jóvenes, son grandes bebedores, y consumen cinco o más bebidas cada vez que se alcoholizan (SAMHSA, 2001).

Aunque el consumo moderado de alcohol parece reducir el riesgo de cardiopatías fatales, la definición de *moderado* se vuelve más restringida. Un estudio reciente a gran escala encontró que los hombres que ingieren más de una bebida al día tienen tasas de mortalidad mucho más elevadas que los que no lo hacen. Aparentemente, el creciente riesgo de padecer cáncer de garganta, o en el sistema gástrico, tracto urinario y cerebro está por encima de cualquier beneficio al corazón (Harvard Medical School, 2006). Otros estudios sugieren que las mujeres pueden beber con seguridad sólo aproximadamente la mitad de lo que consume un hombre.

El frecuente consumo del alcohol a largo plazo conduce a cirrosis, otros trastornos gastrointestinales (incluidas úlceras), ciertos cánceres, insuficiencia cardíaca, daño al sistema nervioso, psicosis y otros problemas médicos. El alcohol también es la causa principal de muertes por accidentes automovilísticos; está relacionado con muertes por ahogamiento, suicidio, fuego y caídas; y con frecuencia es un factor que interviene en la violencia familiar. En el capítulo 12 se discuten aún más el abuso de alcohol y el alcoholismo.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

Aun conociendo los efectos combinados de fumar e ingerir alcohol sobre la salud global, ¿por qué las personas continúan usando dichas sustancias?

## Estrés

Te inscribiste en un curso muy demandante y te sientes abrumado por las fechas límite para entregar trabajos. Enfrentas un gran desafío competitivo en el trabajo. Acabas de discutir con tu pareja. Puedes estar bajo estrés por un número casi infinito de razones. El estrés es una reacción fisiológica y psicológica del organismo ante las difíciles demandas que se le hacen.

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. Éste fue el hallazgo de un estudio clásico en el que dos psiquiatras, basados en las entrevistas realizadas a 5 mil pacientes hospitalizados, clasificaron los acontecimientos estresantes que habían precedido a la enfermedad de éstos (Holmes y Rahe, 1976; véase la tabla 4.4). Algunos de los eventos parecían positivos, por ejemplo, matrimonio, una nueva casa o un sorprendente logro personal. Sin embargo, incluso los eventos felices requieren ajustes. El cambio puede ser estresante y algunas personas reaccionan al estrés enfermándose.

El estrés, o más bien, cómo las personas lo enfrentan, se pone bajo creciente escrutinio 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. Los síntomas psicológicos más comunes son nerviosismo, ansiedad, tensión, ira, irritabilidad y depresión. En un estudio de 227 hombres de edad media, los 26 que tuvieron ataques cardíacos estuvieron más expuestos que los otros a preocuparse y sentirse tristes, ansiosos, cansados y carentes de energía sexual en el año anterior al ataque (Crisp, Queenan y D'Souza, 1984). Otro estudio de 2 320 hombres que sufrieron ataques cardíacos, encontró que los varones que se aislaban y se sometían a situaciones estresantes tuvieron más probabilidad de morir dentro de los tres años posteriores al ataque, que los hombres más sociables que estaban bajo menos estrés (Ruberman, Weinblatt, Goldberg y Chaudhary, 1984). En el capítulo 12 se discute cómo la psicología ha estudiado la forma de enfrentarse con el estrés. Aquí, el abordaje principal es sobre 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. El cuerpo de una persona adulta mayor puede tanto reaccionar de una manera deficiente como sobrerreaccionar al estrés, puede no aumentar lo suficiente el ritmo cardíaco durante el ejercicio físico, sino liberar cantidades excesivas de adrenalina y otras hormonas de estrés mucho después de que terminó el evento estresante (Lakatta, 1990).

Algunas teorías (véase el capítulo 3) atribuyen el envejecimiento biológico a efectos de una acumulación de estrés durante toda la vida. Incluso las respuestas adaptativas pueden causar estrés si se repiten con mucha frecuencia. 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 pueden 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).

**TABLA 4.4**

*Algunos eventos de vida cotidiana y el valor ponderado del nivel de estrés*

<b>Evento de vida</b>	<b>Valor</b>
Muerte de cónyuge	100
Divorcio	73
Separación marital	65
Sentencia de prisión	63
Muerte de miembro de la familia cercano	63
Lesión o enfermedad	53
Matrimonio	50
Despido del trabajo	47
Reconciliación matrimonial	45
Jubilación	45
Enfermedad de algún miembro de la familia	44
Embarazo	40
Dificultades sexuales	39
Adición de un nuevo miembro a la familia	39
Cambio en el estado financiero	38

FUENTE: Adaptado de Holmes y Rahe, 1976.

Ciertamente, hay límites a tal degeneración, y algunos individuos parecen escapar por completo. Al estudiar diferencias individuales en las reacciones ante el estrés, particularmente al estrés psicológico, que tiene efectos menos uniformes que el estrés físico, es posible comenzar a encontrar una clave para evitar o tratar los trastornos relacionados con él.

Una razón por la que el mismo evento provoca enfermedades en una persona y no en otra quizás esté relacionada con el locus de control. Cuando una persona posee un locus de control interno, siente que puede controlar los eventos estresantes, por lo que tiene menos probabilidad de enfermar. La investigación en seres humanos y animales encontró correlaciones entre los eventos estresantes percibidos como incontrolables (locus de control externo) y varias enfermedades, incluido cáncer (American Cancer Society, 2000). Un equipo de investigadores sugirió que poseer un locus de control externo, en vez del interno, suprime el funcionamiento del sistema inmunológico y crea problemas de salud, como depresión (Rodin *et al.*, 1985). Los talleres de manejo del estrés enseñan a las personas a controlar sus reacciones y a convertir el estrés en una oportunidad para generar un cambio constructivo. Estos talleres con frecuencia incorporan técnicas como relajación, meditación y *biofeedback*.

Mucha de la evidencia del poder del estrés proviene de las reacciones de los neoyorquinos a los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 al World Trade Center.\* Una encuesta de 1 008 residentes adultos de Manhattan encontró una presencia importante de trastorno por estrés postraumático (TEPT) agudo y depresión cinco a ocho semanas después de los ataques, especialmente entre quienes vivían cerca del sitio de la

\*A menos que se indique lo contrario, esta discusión se basa en Papalia, Olds y Feldman (2004).

destrucción y los que sufrieron pérdidas personales (Galea *et al.*, 2002). Un tercio de los encuestados, en especial quienes experimentaron TEPT o depresión, reportó consumir más alcohol, marihuana o cigarrillos después de los ataques (Valhov *et al.*, 2002).

## Dieta

“Eres lo que comes” no es sólo un cliché. Los efectos acumulativos de la dieta y la nutrición se vuelven más aparentes con la edad.

La **obesidad**, que se define como un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más, 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. La tasa a la que los niños y adolescentes adquieren sobrepeso y se vuelven obesos se ha más que duplicado desde 1970, y es la más rápida de cualquier grupo de edad (CDC, 2004).

Las tendencias actuales en técnicas de pérdida de peso incluyen las dietas de moda como la Atkins y South Beach, y cirugía estética para reducir el estómago. La dieta Atkins se basa en la premisa de que el cuerpo usa primero carbohidratos y luego grasa como combustible para obtener energía. Al reducir la ingesta de carbohidratos, el cuerpo se fuerza a usar la grasa almacenada para tener energía, lo que resulta en pérdida de peso. Este enfoque es muy cuestionado, pero ha planteado importantes temas sobre las dietas y la nutrición. La dieta South Beach es similar a la Atkins, pero permite carbohidratos “buenos”. Estos dos regímenes fueron creados por cardiólogos, y ambos prometen rápida y permanente pérdida de peso, pero todavía no se conocen los efectos en la salud a largo plazo.

La cirugía gastrointestinal es una opción para las personas cuyo IMC es 40 o más y quienes no han tenido éxito con otros métodos de pérdida de peso. Dos tipos comunes de cirugía gastrointestinal son la cirugía bariátrica y las operaciones malabsortivas. La cirugía bariátrica limita la cantidad de alimento que el estómago puede retener, por lo que la cantidad de ingesta de alimentos también se acota. Las operaciones malabsortivas restringen la cantidad de ingesta alimenticia así como la cantidad de calorías y nutrientes que el cuerpo absorbe, al no permitir que el alimento pase a través de los dos primeros segmentos del intestino delgado. Los riesgos de estas cirugías incluyen la muerte (el uno por ciento de quienes experimentan cualquiera de las cirugías), la necesidad de otra cirugía debido a complicaciones (20 por ciento) y las deficiencias nutricionales (30 por ciento) (NIH, 2004). Sin embargo, para una persona con obesidad mórbida, los beneficios a la salud por la pérdida de cantidades masivas de peso pueden ser de mayor importancia que los riesgos potenciales.

Reducir los niveles de colesterol en el torrente sanguíneo a través de una dieta y los medicamentos indicados puede disminuir el riesgo de cardiopatías y muerte (Lipid Research Clinics Program, 1984a, 1984b; Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, 1994). Hay dos tipos de colesterol: lipoproteína de baja densidad (LDL) y lipoproteína de alta densidad (HDL). Puesto que la HDL es protector, una clave para prevenir cardiopatías es la proporción entre el colesterol total y HDL. Los lineamientos actuales recomiendan tener el colesterol total en 200 miligramos por decilitro o menos y HDL de 35 miligramos o más. Una meta más saludable, de acuerdo con algunos cardiólogos, es una HDL de al menos 45 para hombres y 50 para mujeres,

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Has notado cómo el estrés y una dieta pobre interactúan para afectar tu sistema corporal?  
¿Cómo pueden influir estos factores combinados en los adultos mayores?

con una proporción de 3.5 a 1 de colesterol total a HDL (American Heart Association, 2004). Cada vez es más común que las personas complementen los cambios de dieta con medicamentos que reducen el colesterol durante un tiempo.

Nueve grandes agencias voluntarias y gubernamentales de salud propusieron una “dieta estadounidense saludable” para todas las personas, de los 2 años de edad en adelante (American Heart Association, 2000). En ésta se da una gran importancia al consumo de una variedad de alimentos nutricionalmente sanos, con menos grasa, sal y colesterol y más fibra y carbohidratos complejos que se encuentran en frutas, vegetales, cereales y granos. La “dieta estadounidense saludable” toma en cuenta el riesgo de cáncer. Extensa investigación a nivel mundial muestra de manera contundente un vínculo entre el tipo de dieta y ciertos cánceres, particularmente entre una dieta alta en grasas y cáncer de colon (Willett, Stampfer, Colditz, Rosner y Speizer, 1990).

## 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. Dado que las personas con dientes débiles o perdidos encuentran muchas comidas difíciles de masticar, tienden a comer menos y a consumir alimentos más suaves, en ocasiones menos nutritivos (Lamy, Lakykakis, Legrand, Butz-Jorgensen, 1999; Wayler, Kapur, Feldman y Chauncey, 1982). Las personas con dentaduras postizas suelen ser menos sensibles a los alimentos y líquidos peligrosamente calientes, y menos capaces para detectar huesos y otros objetos dañinos (NIA, 1993; 2002).

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. La extensa pérdida de dientes, especialmente entre las personas con menores recursos económicos, puede reflejar inadecuada atención dental más que efectos del envejecimiento. De acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2001c), sólo 54 por ciento de los adultos mayores de 65 años fueron al dentista durante el año pasado.

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).

## Ejercicio

El auge actual del ejercicio muestra ya sus resultados. De acuerdo con una encuesta reciente, casi 62 por ciento de los adultos estadounidenses se involucra regularmente en al menos alguna actividad física en sus tiempos de ocio (Schoenborn, Adams, Barnes, Vickerie, Schiller, 2004). Quienes lo hacen cosechan muchos beneficios. Además de ayudar a mantener un peso corporal deseable, la actividad física fortalece los músculos, el corazón, los pulmones y los huesos; reduce la presión arterial; protege contra cardiopatías, apoplejía, diabetes, cáncer y osteoporosis; alivia la ansiedad, el estrés y la depresión; mejora el sueño; y prolonga la vida (American Heart Association, 1995, 2002; Lee y Paffenbarger, 1992; Lee, Franks, Thomas y Pffenbarger, 1981; McCann y Holmes, 1984; Notelovitz y Ware, 1983; Pratt, 1999).



© PhotoDisc

*Los adultos que se ejercitan regularmente, como lo hacen casi 3 de cada 4 adultos estadounidenses, reducen radicalmente los riesgos a su salud.*

Los beneficios del ejercicio no se limitan a los corredores de maratón y a los fanáticos de los ejercicios aeróbicos. En un estudio longitudinal, en donde más de 13 mil hombres y mujeres sanos se pusieron a prueba en una caminadora, se clasificaron los resultados obtenidos en cinco categorías que hacían referencia a la buena condición cardíaca y respiratoria. Quien tenía menos condición física llevaba una vida más sedentaria y el más resistente de todos se ejercitaba vigorosamente. Ocho años después, las tasas de mortalidad de los que tenían menos condición física fueron tres veces más altas que las tasas de mortalidad de quienes estaban mejor acondicionados. Incluso los que simplemente caminaban de media a 1 hora cada día a un ritmo rápido pero cómodo también redujeron los riesgos a su salud a la mitad o más (Blair *et al.*, 1989). De igual modo, un estudio de 3 años en el que participaron 500 mujeres entre los 42 y 50 años dio como resultado que el ejercicio moderado diario, o incluso caminar enérgicamente 20 minutos sólo tres veces a la semana, puede reducir el riesgo de cardiopatías (Owens, Matthews, Wing y Kuller, 1992).

El envejecimiento saludable no es solamente cuestión de suerte. El mensaje de la nueva investigación acerca del envejecimiento biológico y del enfoque de desarrollo del ciclo de vida, es que los individuos tienen cierto control sobre su destino físico. 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. 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. Como se discute en los capítulos 5, 6 y 7, los adultos también pueden hacer mucho para mantener o mejorar su funcionamiento cognitivo, incluso en la vejez.



## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

### *Salud y envejecimiento: enfoque de desarrollo del ciclo de vida*

- Aunque la mayoría de los adultos conservan una buena salud en la vejez, el nivel más alto de aquella por lo general se alcanza en la adultez joven.
- Muchos deterioros asociados con el envejecimiento pueden ser efecto de enfermedad. Es posible comprender las grandes variaciones entre los individuos y en una misma persona a través del enfoque de desarrollo del ciclo de vida.
- Los estilos de vida más saludables pueden traducirse en un alto nivel de funcionamiento físico durante la vejez.

### *Cambios en los sistemas corporales*

- A pesar de un deterioro en la capacidad de reserva, la mayoría de los ancianos puede realizar tareas cotidianas y actividades placenteras.
- Un cambio común, especialmente en las mujeres posmenopáusicas, es el adelgazamiento de los huesos debido al agotamiento de calcio; si éste es excesivo puede producir osteoporosis.
- La artritis es el problema de salud crónico más común de los adultos mayores.
- El corazón tiende a perder elasticidad conforme la grasa sustituye tejido muscular, y el bombeo de sangre puede disminuir. Otros cambios relacionados con la edad son la presión arterial elevada y la arteriosclerosis.
- La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Estados Unidos y otras naciones desarrolladas, tanto en mujeres como en hombres. El riesgo de las mujeres se eleva después de la menopausia.
- Los cambios en el sistema inmunológico pueden hacer a los adultos mayores más susceptibles a infecciones y menos capaces para recuperarse. La autoinmunidad aumentada puede causar o contribuir al envejecimiento biológico.
- Muchas enfermedades, incluida la diabetes del adulto, pueden ser resultado de reacciones autoinmunes. Una es la infección con VIH, que causa SIDA, una falla del sistema inmunológico que con el tiempo ocasiona la muerte. El SIDA se extiende rápidamente a lo largo del mundo.
- Los cambios en el cerebro por lo general son menores, y nuevas conexiones pueden compensar la pérdida de células nerviosas. Una lentificación del sistema nervioso central puede afectar las funciones físicas e intelectuales, pero la demencia no es parte inevitable del envejecimiento.

**capacidad de reserva (p. 117)**

**homeostasis (p. 117)**

**osteoporosis (p. 120)**

**artritis (p. 121)**

**reserva cardíaca (p. 123)**

**presión arterial (p. 123)**

**arteriosclerosis (p. 123)**

**hipertensión (p. 123)**

**aterosclerosis (p. 123)**

**infarto de miocardio (p. 123)**

**insuficiencia cardíaca congestiva  
(p. 124)**

**apoplejía (p. 124)**

**patrón de comportamiento tipo A  
(p. 124)**

**patrón de comportamiento tipo B  
(p. 124)**

**capacidad vital (p. 125)**

**apnea del sueño (p. 125)**

**enfisema (p. 126)**

**autoinmunidad (p. 126)**

**diabetes tipo II (anteriormente  
llamada diabetes del adulto)  
(p. 127)**

**diabetes tipo I (anteriormente llamada  
diabetes juvenil o  
insulinodependiente) (p. 127)**

**síndrome de inmunodeficiencia  
adquirida (SIDA) (p. 127)**

**demencia (p. 131)**

### *“Enfermedades temibles” del envejecimiento*

- Tanto la enfermedad de Alzheimer como el cáncer son prolongadas, progresivamente debilitantes y se presentan con mayor frecuencia con la edad.
- Las causas de la enfermedad de Alzheimer no se han establecido definitivamente; pero la investigación apunta a causas genéticas en algunos casos.
- El cáncer es la segunda causa de muerte en adultos mayores. Se han identificado las causas genéticas y ambientales de ciertos cánceres. Numerosos cánceres pueden curarse si se tratan en una etapa temprana. Las tasas de mortalidad han disminuido para muchos cánceres, pero se han elevado para el cáncer de pulmón.

**enfermedad de Alzheimer (EA) (p. 131)**

**marañas neurofibrilares (p. 132)**

**placa amiloidea (p. 132)**

**reserva cognitiva (p. 132)**

**cáncer (p. 135)**

**carcinógenos (p. 136)**

**mamografía (p. 136)**

**tumorrectomía (p. 137)**

**mastectomía (p. 137)**

**prostatectomía radical (p. 138)**

**resección transuretral (p. 138)**

**orquiectomía (p. 138)**

### *Influencias indirectas sobre la salud*

- Las influencias indirectas sobre la salud incluyen la edad, el género, el estatus socioeconómico, la raza o etnicidad, y las relaciones interpersonales.
- La prevalencia de varias condiciones crónicas y causas de muerte varía a través del ciclo de vida y entre hombres y mujeres.
- Aunque las mujeres reportan enfermedades más frecuentes que los hombres, ellas viven más y pueden ser más saludables debido a la mayor preocupación por su salud.
- En Estados Unidos, los grupos minoritarios como los afroamericanos e hispanoamericanos tienen salud significativamente más mala que los blancos, principalmente debido a la pobreza, la educación limitada, la falta de acceso a tratamiento y factores del estilo de vida.
- Las relaciones de apoyo, particularmente el matrimonio, se relacionan con una mejora en la salud física.

### *Factores para mantener y mejorar la salud*

- Fumar es la principal causa de muerte que puede ser prevenida en Estados Unidos, y el tabaquismo pasivo es la tercera. Los fumadores que dejan la adicción pueden mejorar dramáticamente su salud.
- Aunque el consumo de alcohol ha descendido, el beber en exceso todavía causa algunos problemas médicos, así como muertes accidentales.
- El estrés parece ser un factor relacionado con la enfermedad. La habilidad del cuerpo para responder al estrés tiende a declinar con la edad. También hay diferencias individuales con respecto a la habilidad para manejar el estrés.
- La obesidad es una condición que amenaza la vida. El riesgo de tener sobrepeso es mayor en adultos jóvenes.
- Una dieta alta en fibra y baja en grasa y en colesterol puede reducir el riesgo de cardiopatías y cáncer.
- La salud de los dientes se relaciona con la estructura dental innata y con la alimentación y los hábitos dentales de toda la vida.
- El ejercicio mejora la salud y protege contra algunas de las principales enfermedades.

**fumador pasivo (p. 143)**

**estrés (p. 146)**

**obesidad (p. 148)**

**periodontitis (p. 149)**

# Memoria

## Estudio de los sistemas de memoria

### Enfoque del procesamiento de la información: el software de la memoria

- Procesos: codificación, almacenamiento y recuperación
- “Almacenes”: memoria sensorial, a corto plazo y a largo plazo
- Envejecimiento y memoria a largo plazo: ¿estabilidad o deterioro?
- Resumen: memoria y edad

### Enfoque biológico: el hardware de la memoria

- Estructuras que controlan la memoria consciente
- Estructuras que controlan la memoria no consciente

### Nuevas directrices para la investigación

#### Aspectos de la memoria y el olvido en la adultez

- Errores de intrusión: recordar lo que no ocurrió
- Memoria prospectiva: recordar hacer algo
- Deficiencias en el desarrollo de estrategias para recordar
- Metamemoria: la memoria desde adentro
- Recursos mnemotécnicos: obteniendo lo mejor de una memoria cambiante
- El olvido y sus sorprendentes beneficios



## PUNTO DE PARTIDA: LAURENCE OLIVIER

*A la memoria... le gusta pintar cuadros. La experiencia no se plasma en ésta como si fuera una fotografía instantánea... sino que nos es devuelta como un retrato pintado con nuestros colores psíquicos personales, con una forma y patrón estructurados de acuerdo con nuestra propia vida.*

—Lillian Smith, *The Journey*.

EN SU JUVENTUD, EL GRAN actor británico Laurence Olivier\* poseía una memoria excepcional. Cuando tenía 20 años, mientras interpretaba un papel, memorizó al pie de la letra el papel principal de otra obra en menos de una semana. Un notable colega, Ralph Richardson, dijo de él: “En este aspecto [la habilidad de memorizar rápidamente] Larry era un genio, mejor que cualquiera de nosotros” (Kiernan, 1981, p. 50).

A los 57 años, cuando estaba en la cumbre de su carrera, Olivier comenzó a experimentar ataques de pánico escénico. Se quedaba sin aliento; se le cerraba la garganta; la



© Bettmann/Corbis Images

\*Las fuentes de la información biográfica acerca de Laurence Olivier son Amory (1987), Bragg (1984), Granger (1987), Holden (1988), Kiernan (1981), Miller (1987) y Spoto (1992).

habitación parecía girar; su mente se quedaba en blanco; el maquillaje en su rostro se perlababa de sudor y tenía desvanecimientos momentáneos. Estos ataques de ansiedad, que continuaron durante casi 20 años, podrían relacionarse con el temor a envejecer, a perder la memoria. De hecho, cada vez tenía más problemas para recordar los parlamentos (Bragg, 1984; J. Miller, 1987; Spoto, 1992). “He estudiado tan poco estos días”, se quejaba a los 62 años de edad. “Aprender una sola escena me toma tres semanas... Cuando era joven memoricé [el papel de] Romeo en dos días.” Un colega y amigo suyo lo encontró una vez entre bambalinas, mientras repasaba desesperadamente sus líneas, cuando se suponía debía hacer su entrada. Olivier quitó los ojos del guión y dijo: “Ésta no es una profesión para una persona adulta” (Spoto, 1992, p. 351).

Durante el resto de su larga y distinguida carrera, Olivier sufrió cada vez más episodios de pérdida de memoria. En sus últimos años, se limitó a trabajar en películas y televisión; las “tomas” cortas características de este tipo de formatos permiten al actor mantener pocas líneas en la mente. A los 73 años, en

conversaciones con el crítico teatral Mark Amory (1987), recitó de un tirón fragmentos de obras en las que había aparecido 50 o 60 años antes y citó pasajes de *Hamlet*, uno de los papeles que le hicieron famoso en el escenario y la pantalla. Cuando contaba un incidente, revivía la escena; aunque parecía no recordar el nombre de Amory. Hacia los 76 años, Olivier, “ya no podía recordar con precisión la línea de un diálogo”; pero, en el funeral de Richardson, contó “con vívidos y coloridos detalles [una] cascada de anécdotas” acerca de su amistad durante las últimas seis décadas (Spoto, 1992, p. 403).

En algunas de sus caracterizaciones de los últimos años Olivier (de manera destacada, como el rey Lear, lord Marchmain en *Brideshead Revisited*, y como el ciego Clifford Mortimer en *A Voyage Round My Father*) mostró mayor profundidad que nunca (aunque la opinión general apuntó que, su retiro en su cumpleaños 80, había tardado aproximadamente tres años en hacerlo). A un reportero le dijo: “Tu mente se expande conforme tu cuerpo se encoge, y debes adaptarte a ello, y dar en la vejez lo que no pudiste dar en la juventud” (Spoto, 1992, p. 398).

LA MEMORIA ES EL RESIDUO DE la experiencia. Sin la habilidad de recordar, los adultos mayores parecerían bebés recién nacidos, y observarían el mundo con ojos inocentes. La realidad sería como un cuadro que se debe recrear continuamente, una serie de imágenes volátiles, perdidas tan pronto como se perciben.

Apelar a la experiencia almacenada es la clave para pensar y resolver problemas. A lo largo del ciclo de vida, la memoria permite a los seres humanos aprender de los encuentros con su ambiente y a poner en práctica dicho aprendizaje. Un deterioro evidente en esta capacidad esencial ocasiona problemas a muchos adultos medios y tardíos, incluso si su trabajo no depende de la memorización como el de Laurence Olivier. El hecho de sufrir pequeños fallos de la memoria puede generar temor, por lo general infundado, de padecer demencia.

En realidad, como sugiere el enfoque del desarrollo del ciclo de vida, y como muestra el ejemplo de Olivier, los problemas con la memoria no necesariamente indican un deterioro general en las habilidades mentales. La vejez puede implicar tanto ganancias como pérdidas de esta función. De hecho, el olvido puede tener un lado positivo. ¿Podría haber una relación entre una tendencia a olvidar información detallada (como las líneas de un actor) y la creciente profundidad de pensamiento que con frecuencia conlleva la madurez? Quizás el olvidar no necesariamente es un enemigo en la vejez, sino un aliado, que aclara las confusiones de modo que la mente pueda recordar más fácilmente información relevante y encontrar conexiones significativas.

En este capítulo (que aborda el estudio de la memoria) y en los siguientes, 6 y 7 (donde se analizan otros aspectos de la cognición), se observan tales cambios, tanto positivos como negativos, y cómo las personas de edad avanzada conservan o mejoran sus poderes intelectuales. La información en este capítulo te ayudará a comprender mejor tu propia memoria. ¿Recuerdas ciertos tipos de cosas mejor que otros? ¿Tu memoria falla a veces? ¿En qué circunstancias funciona mejor? ¿Crees que tu memoria empeorará a medida que envejeczas? ¿Qué estrategias pueden ayudarte a obtener lo mejor de tu memoria?

## ESTUDIO DE LOS SISTEMAS DE MEMORIA

Los cambios en la memoria son una señal típica de envejecimiento. Un hombre que nunca tuvo dificultades para recordar sus actividades ahora tiene que anotarlas en una agenda. Una mujer que toma muchas medicinas mide las dosis de cada día y las pone donde esté segura de verlas. Sin embargo, como con muchas otras características del envejecimiento, hay grandes diferencias individuales con respecto a la memoria entre ancianos (Rowe y Kahn, 1998; Hoyer y Verhaeghen, 2006). Jorge, de 58 años, puede recordar el promedio de bateo de cada jugador de béisbol de las grandes ligas, pero su mente está tan ocupada con sus pensamientos que al entrar a una habitación olvidará qué necesitaba. El hijo de Jorge, Julio, de 35 años, también tiene problemas para recordar lo que estaba a punto de hacer, y no puede recordar los promedios de bateo tan bien como su padre. Y la madre de Jorge, Juanita, a los 75 años, no muestra en absoluto cambios importantes en su memoria.

¿Qué explica los cambios en la memoria y su variabilidad durante la adultez? ¿Por qué, como en el caso de Laurence Olivier, ciertos aspectos de la memoria con frecuencia parecen estar más afectados que otros? Desde la década de los cincuenta se desarrolla una nueva y revolucionaria visión sobre la memoria, gracias a las investigaciones realizadas en varias disciplinas, incluidas la psicología, la biología y la medicina. En la actualidad, los científicos ven a la memoria no como una capacidad aislada, sino como un complejo sistema dinámico de procesos y “almacenes”. Algunos de estos componentes, aunque no todos, pueden operar de modo diferente conforme la gente envejece.

Puesto que las computadoras se pueden programar para “aprender” y “recordar”, es posible comprender el funcionamiento de la memoria humana al compararla con una computadora que procesa información. Los sistemas de memoria humanos pueden estudiarse desde dos perspectivas, cada una de las cuales produce una línea de investigación independiente. La *investigación del procesamiento de información* explora las operaciones mentales involucradas en el recuerdo: el software de la memoria. Con ayuda de conceptos de las ciencias de la computación, los investigadores producen elaborados modelos teóricos de la trayectoria que sigue un elemento de información desde el momento en que se le percibe hasta el instante, acaso meses o años después, en que se le recupera de la memoria. La *investigación biológica* mapea las estructuras físicas, mecanismos bioquímicos y “el cableado de las conexiones” del cerebro y sistema nervioso: el hardware de la memoria. Con ayuda de estudios en animales, observaciones de personas que sufren daño en el cerebro y registros de la actividad cerebral, los neurocientíficos comenzaron a localizar con precisión las ubicaciones físicas reales donde tienen lugar varias funciones y conexiones de la memoria.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo ayuda la experiencia, a las personas que envejecen, a compensar los cambios en la memoria?

En las siguientes tres secciones se observan los cambios en el “software” y el “hardware” de la memoria y las nuevas líneas de investigación. En la última sección del capítulo se examina cómo los adultos enfrentan los cambios de la memoria y cómo utilizan estrategias de memoria y olvido a lo largo del ciclo de vida.

## EL ENFOQUE DEL PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN: SOFTWARE DE LA MEMORIA

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué experiencias influyen en los grupos de una cohorte para demostrar un desempeño notablemente diferente en las medidas del procesamiento de información?

La meta principal del enfoque del procesamiento de información es descubrir qué hacen las personas con la información desde el momento en que la perciben hasta que la utilizan. Puesto que este enfoque se centra sobre las diferencias individuales en el comportamiento inteligente, es particularmente adecuado para describir los cambios que tienen lugar a lo largo del ciclo de vida. Puede distinguir entre funciones que cambian mucho y aquellas que cambian muy poco, ya sea en la misma persona o cuando ésta se compara con otra (Lovelace, 1990). La mayoría de las primeras investigaciones del procesamiento de información se realizaron en laboratorios fuertemente controlados en los que personas de varias edades identificaban cuadros, aprendían listas de palabras y repetían series de números. Durante las décadas de 1980 y 1990, algunos investigadores estudiaron de manera directa el funcionamiento de la memoria en la vida cotidiana.

El enfoque del procesamiento de información supone que:

- Los seres humanos buscan de forma activa información útil acerca de su mundo.
- Los seres humanos pueden manejar sólo una cantidad limitada de información en un momento dado; la información que no se usa de manera inmediata se almacena en la memoria.
- La información que se obtiene a través de los sentidos se transforma mediante una serie de procesos mentales de manera que pueda almacenarse y ser recordada en otro momento (Lovelace, 1990).

Ahora veamos con más detalle estos procesos y cómo se pueden afectar por el envejecimiento. Sin embargo, a medida que avancemos, se debe tener en mente que la mayoría de los estudios sobre procesamiento de información son transversales y sus hallazgos pueden reflejar diferencias de cohorte en lugar de cambios relacionados con la edad.

### Procesos: codificación, almacenamiento y recuperación

Es útil pensar en la memoria como un sistema que archiva la información en tres pasos: **codificación**, **almacenamiento** y **recuperación**. Para archivar algo en la memoria, primero es necesario decidir en cuál “carpeta” ponerlo, por ejemplo, “personas conocidas” o “lugares visitados”. La *codificación* asigna un “código” o “etiqueta” a la información con el fin de prepararla para el almacenamiento, y así facilitar su localización cuando sea necesaria. A continuación, se *almacena* el material (se pone en una carpeta en el archivero). El último paso es *recuperar* la información cuando se le requiera (buscar el archivo y tomarlo). Los mecanismos precisos involucrados en codificación, almacenamiento y recuperación pueden variar con la situación, el tipo de información y la manera en que se utilizará dicha información (Lovelace,



© Tony Velez/Image Works

*Reconocer un rostro familiar puede ser más sencillo para los ancianos que recordar el nombre de alguien a quien acaban de conocer.*

1990); las dificultades en cualquiera de estos pasos pueden deteriorar la memoria (Zacks, Hasher y Li, 2000).

La manera en que se codifica y almacena la información puede afectar su accesibilidad (Lovelace, 1990; Wingfield y Stine, 1989). Un ítem que esté mal archivado (codificado de manera inadecuada o almacenado en el lugar equivocado) será difícil de recuperar. Por ejemplo, no sería posible encontrar información acerca de Alaska si está archivada en el rubro de “islas tropicales”. Los problemas también surgen cuando un ítem encaja en más de una categoría. Por ejemplo, si hubieses archivado la palabra *base* sólo en “términos usados en béisbol” y quieres un sinónimo para *cimiento*, es posible que no puedas recuperarlo. Además, elementos similares, como *principal* y *principio*, pueden causar confusión a menos que se codifiquen de manera distinta.

¿Cómo cambian estos procesos con la edad? Un hallazgo es que la habilidad para recuperar información recientemente encontrada parece disminuir. Después de varias horas, días o semanas, los adultos jóvenes pueden recordar pares de palabras o párrafos, o reconocer cuadros, mejor que los ancianos ( Craik, 1977; Park, Puglisi y Smith, 1986; Park, Royal, Dudley y Morrel, 1988; Poon, 1985). Pero cuando los ancianos tienen problemas para recordar ¿se debe a fallas en la recuperación o a pérdida real de material almacenado en la memoria?, ¿o se relaciona más bien con la forma en que codifican la información en primer lugar? La respuesta puede ser cualquiera de las anteriores.

- *Problemas de codificación.* En general, los ancianos parecen tener menos habilidad que los jóvenes para codificar nueva información y recuperarla más fácilmente. Por ejemplo, es menos probable que los ancianos dispongan material de manera espontánea en orden alfabético o que hagan asociaciones mentales. Las personas mayores pueden mejorar sus habilidades de codifica-

ción con ayuda de entrenamiento o instrucción, pero el beneficio que obtienen de ello, en comparación con los adultos más jóvenes, depende de la tarea (Craik y Jennings, 1992). Además, la codificación de los ancianos parece ser menos precisa (Craik y Byrd, 1982).

- *Problemas de almacenamiento.* Una explicación posible para el olvido es que el material almacenado puede deteriorarse tanto que la recuperación se vuelve difícil o imposible. Aunque la mayoría de los estudios no apoyan la idea de que los ancianos olvidan más rápidamente que los jóvenes (Poon, 1985), hallazgos recientes sugieren que un pequeño aumento en la “falla de almacenamiento” puede ocurrir con la edad (Camp y McKittrick, 1989; Giambra y Arenberg, 1993). Pero si los recuerdos se deterioran, aún es posible que permanezcan rastros, y puede ser posible reconstruirlos, o al menos reaprender el material rápidamente (Camp y McKittrick, 1989; Chafetz, 1992).
- *Problemas de recuperación.* Al recuperar información almacenada en la memoria, los ancianos pueden ser capaces de responder una pregunta de opción múltiple, pero no una abierta. Aunque tienen más problemas que los adultos jóvenes para *recordar* detalles, se desempeñan casi tan bien como aquéllos en el *reconocimiento* de detalles que conocen (Hultsch, 1971; Lovelace, 1990). Aun así, a los ancianos les toma más tiempo que a los más jóvenes buscar en sus recuerdos (Anders, Fozard y Lillyquist, 1972; Lovelace, 1990). El recuerdo de detalles sobre acontecimientos recientes puede mejorar al ver fotografías o leer descripciones acerca de éstos (Koutstall, Schachter, Johnson, Angell y Gross, 1998). La diferencia de edad pierde importancia cuando los ancianos están familiarizados con el material, tienen una oportunidad para practicarlo y pueden trabajar a su propio ritmo (Lovelace, 1990; Poon, 1985).

¿Por qué ciertos procesos de memoria parecen funcionar de manera menos eficiente conforme las personas envejecen? ¿Dónde es más probable que ocurran las anomalías? Para responder estas preguntas, es necesario observar las estructuras de la memoria: dónde se conserva la información y cómo es manejada durante cada etapa de su procesamiento.

## “Almacenes”: sensorial, a corto plazo y a largo plazo

¿Cuántas imágenes observas en un solo día? ¿Cuántos sonidos escuchas? Si intentas asimilar todos los estímulos sensoriales que tu cerebro recibe diariamente, sufrirías de sobrecarga de información. ¿Cómo ordena tu cerebro los estímulos que necesitas o quieres recordar, y a dónde va este material cuando no lo usas? Los teóricos del procesamiento de información visualizan la memoria como un depósito de al menos tres “almacenes”, diferentes pero ligados: *memoria sensorial*, el punto de entrada inicial del sistema; *memoria operativa*, que guarda y manipula información a corto plazo; y *memoria a largo plazo* que almacena la información de manera permanente.\*

---

\*Algunos investigadores emplean los términos memoria primaria y memoria secundaria para referirse al almacenamiento de información a corto plazo después de que ha pasado por la memoria sensorial. En este sistema de clasificación, el término memoria terciaria corresponde a la memoria a largo plazo.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo influyen los cambios en los sistemas corporales, discutidos en el capítulo 4, en la memoria sensorial, a corto plazo y a largo plazo? ¿Tus observaciones concuerdan con la investigación reportada en el texto?



## MEMORIA SENSORIAL: ALMACENAMIENTO INICIAL

La **memoria sensorial**, el primero de los tres “almacenes” de la mente, registra temporalmente la información: cualquier cosa que ves, escuchas, hueles, saboreas o tocas. Este breve almacenamiento se llama *memoria ecoica* para sonidos y *memoria icónica* para las imágenes. Pero sin cierto tipo de procesamiento, la memoria sensorial se desvanece rápidamente. El “eco” de la impresión inicial dura sólo segundos, o fracciones de un segundo (Lovelace, 1990).

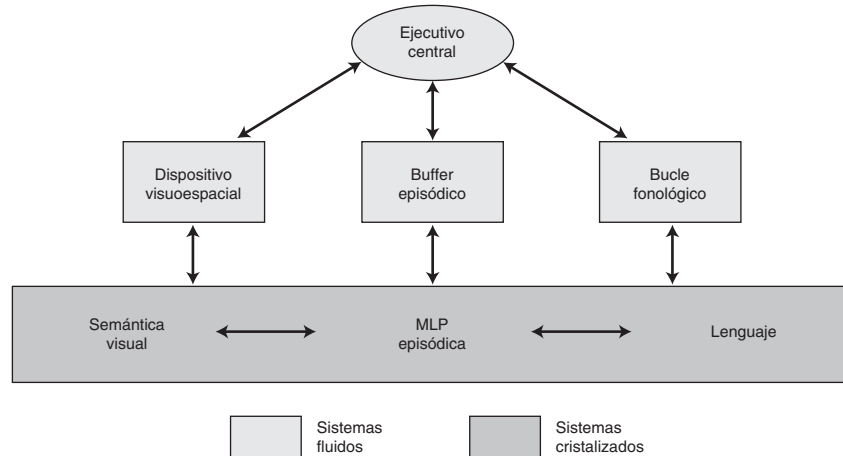
La memoria sensorial cambia poco con la edad; el recuerdo inmediato de un niño de cinco años es casi tan bueno como el de un adulto (Siegler, 1998). A pesar de las pérdidas visuales que por lo general acompañan al envejecimiento, la memoria icónica (la parte de la memoria sensorial sobre la que se han reportado hallazgos más significativos) parece conservarse bastante bien. Las diferencias en la habilidad de los adultos jóvenes y mayores para identificar una serie de letras que destellan en una pantalla son mínimas. Una pérdida ligera de memoria sensorial probablemente juega un papel insignificante en los problemas que los ancianos tienen con el aprendizaje y la recuperación de la información (Poon, 1985), aunque algunos investigadores especulan que las ligeras pérdidas en la memoria sensorial pueden conducir a mayores déficits en las memorias a corto y largo plazos (Craik y Jennings, 1992).

## MEMORIA OPERATIVA: ALMACENAMIENTO INTERMEDIO A CORTO PLAZO

Cuando observas un número telefónico e intentas recordarlo antes de marcarlo, pasa de la memoria sensorial a la **memoria operativa**, un “almacén” intermedio de corto plazo o “banco operativo” para archivos activos: la información que tu mente codifica o recupera en el momento.

La memoria operativa normalmente puede retener aproximadamente de cinco a nueve elementos separados de información al mismo tiempo, como números, letras o palabras. (G. A. Miller, 1956). Pero es posible aumentar la cantidad de material que se conserva en la memoria operativa al agrupar elementos en conjuntos más grandes. Por ejemplo, puedes recordar más fácilmente un número de teléfono como 2-9-7-5-3-8-4 al combinar mentalmente los dígitos en 297-53-84, lo que hace tres conjuntos en vez de siete números aislados. Aun así, será posible mantener un número de teléfono o algún otro elemento en la memoria operativa sólo aproximadamente 30 segundos, a menos que te empeñes en el **ensayo**, repetición consciente, o algún otro esfuerzo intencionado. El ensayo es un dispositivo simple para conservar información en la memoria operativa.

De acuerdo con un modelo ampliamente utilizado (véase la figura 5.1), un dispositivo denominado **ejecutivo central** controla el procesamiento de información en la memoria operativa (Baddeley, 1981, 1986, 2002). El dispositivo ejecutivo central puede expandir la capacidad de la memoria operativa al desplazar la información en sistemas subsidiarios. Cuando la información verbal debe recordarse “como es”, el ejecutivo central puede enviarla a un **bucle articulador** (también conocido como **bucle fonológico**) para ensayo, o al bucle fonológico para almacenamiento. (Por ejemplo, puedes repetir un número de teléfono una y otra vez mientras piensas en lo que quieres decir cuando realices la llamada.) Un **dispositivo visual**, o **espacial**, tiene un propósito similar, y mantiene las imágenes visuales “en espera” mientras el ejecutivo central se ocupa con otras tareas. El **buffer episódico** funciona como una interfaz entre la memoria a largo plazo y los sistemas subsidiarios. La información se almacena en episodios, lo que permite al buffer recuperarla simultáneamente de múltiples



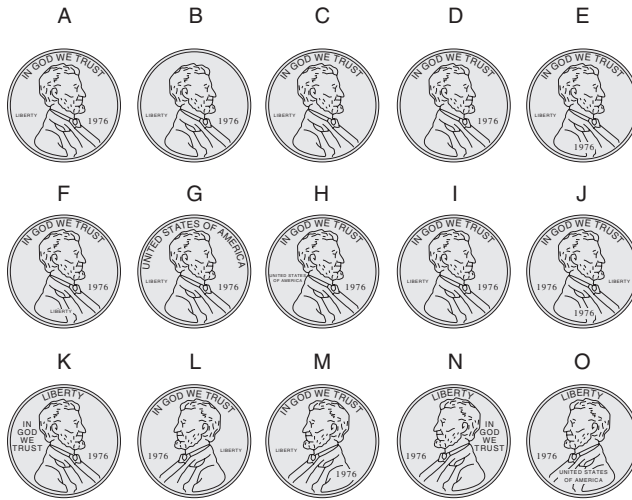
**FIGURA 5.1** *Modelo de memoria operativa con ligas a los sistemas de memoria a corto y largo plazos.* El dispositivo ejecutivo central controla el procesamiento de información en la memoria operativa. El buffer episódico funciona como una interfaz entre la memoria a largo plazo y los sistemas subsidiarios: dispositivo visuoespacial y bucle fonológico. FUENTE: Baddeley, 2002.

fuentes (Baddeley, 2002). Estos sistemas subsidiarios forman parte de la **memoria a corto plazo**, lo que significa que almacenan sólo información de modo temporal. Los sistemas fluidos representan un almacenamiento transitorio siempre cambiante y los sistemas cristalizados se refieren al almacenamiento en la memoria a largo plazo.

El dispositivo ejecutivo central puede ordenar información preparada (codificada) para transferirla a la **memoria a largo plazo**, un “almacén” de capacidad virtualmente ilimitada que retiene información durante periodos muy largos. El ejecutivo central también recupera información, según se requiera, de la memoria a largo plazo. La información ensayada, si se ha repetido con suficiente frecuencia, se puede transferir a la memoria a largo plazo. Algunas estrategias más complejas para codificar información en el almacén a largo plazo son: 1) **organización**, que categoriza la información o la ordena en algún tipo de patrón coherente; y 2) **elaboración**, que encuentra una relación entre los elementos que intentas recordar, como *té y taza*, o *caliente y frío*; o hace asociaciones con algo que ya conoces.

Una creencia ampliamente difundida es que la capacidad de la memoria operativa para retener y procesar información se reduce con la edad. Algunos investigadores evaluaron los efectos de la edad en la memoria al pedir a las personas que repitieran secuencias de dígitos cada vez más largas (como 4-9-7; 5-3-7-1-8-2-9; 6-9-1-4-3-8-2-5-7-3-1). **La retención de dígitos**, el número de dígitos que una persona puede recordar en el orden presentado, parece ser sólo ligeramente afectada por la edad, aunque a una persona anciana puede tomarle un poco más de tiempo responder ( Craik y Jennings, 1992; Poon, 1985; Wingfield y Stine, 1989). Pero cuando se le pide repetir *hacia atrás* varias series de números de longitud creciente, los ancianos por lo general no lo hacen tan bien como los más jóvenes, aunque la diferencia no es drástica (Craik y Jennings, 1992; Lovelace, 1990).

La complejidad de la tarea parece ser un factor clave: cuánto esfuerzo requiere (Kausler, 1990; Wingfield y Stine, 1989). La realización de tareas como el ensayo,



**FIGURA 5.2 ¿Cuál es el verdadero centavo?** La mayoría de las personas no puede decirlo, sin importar cuántas veces hayan visto y sostenido monedas, porque no ponen atención a los detalles menores. En particular, conforme las personas envejecen, tienden a conservar recursos mentales al reservar atención para cosas que consideran importantes. FUENTE: Nickerson y Adams, 1979.

que precisan sólo retención pasiva de información, muestran muy poco declive. Las tareas que requieren reorganización, elaboración u otra manipulación mental muestran los mayores descensos (Craik y Jennings, 1992). Por ejemplo, si se te pide repetir una serie de objetos (como “gasa, elefante, periódico”) en orden de tamaño creciente (“gasa, periódico, elefante”), debes traer a mente tu conocimiento previo de gasas, periódicos y elefantes (Cherry y Park, 1993). De igual modo, si el material necesita reorganizarse, se requiere más esfuerzo mental para tenerlo “en mente”, y se utiliza más la capacidad limitada de la memoria operativa. Algunos investigadores indican que, conforme las personas envejecen, tienen menos energía mental, o menos **recursos atencionales**, para enfocarse en las tareas (Craik, 1994; Craik y Byrd, 1982; Wingfield y Stine, 1989; Zacs, *et al.*, 2000). Acaso por dicha razón, entre otras que se discutirán más adelante, los ancianos tienden a no organizar y elaborar la información, aun cuando por lo general se consideren aquéllas como las estrategias de codificación más efectivas (Craik y Jennings, 1992; Salthouse, 1991).

Entonces, incluso la motivación puede ser un factor a considerar dentro de este proceso. Los ancianos pueden poner menos atención en ciertos tipos de materiales porque no consideran necesario recordarlos y no quieren gastar energía en ello (Craik y Byrd, 1982; véase la figura 5.2). Cuando a Albert Einstein, uno de los padres de la física nuclear, se le preguntó cuántos pies había en una milla, se dice que afirmó: “No lo sé. ¿Por qué debería llenar mi cabeza con cosas como ésa, cuando puedo buscarlas en cualquier libro de referencia en dos minutos?”

#### MEMORIA A LARGO PLAZO: ALMACENAMIENTO INACTIVO

Aunque se cree que la memoria a largo plazo tiene espacio de almacenamiento casi ilimitado, no todos sus contenidos son igualmente accesibles. ¿Por qué es fácil recordar cómo andar en bicicleta, aun después de largos periodos de no hacerlo, mientras

**TABLA 5.1**

*Ejemplos de diferentes contenidos de memoria declarativa y no declarativa*

<b>Declarativa</b>	<b>No declarativa</b>
<i>Hechos</i> ¿De qué está hecho el pan?	<i>Hábitos</i> Morder tus uñas
<i>Lenguaje</i> ¿Cuál es el plural de vaca?	<i>Habilidades motoras</i> Jugar <b>pimpón</b>
<i>Costumbres sociales</i> ¿Cómo se puede conseguir dinero en una ciudad extranjera?	<i>Habilidades perceptuales</i> Recordar el camino a casa
<i>Episodios personales</i> ¿De qué era el pastel en tu última fiesta de cumpleaños?	<i>Respuestas condicionadas</i> ¿Cómo reaccionas si ves una serpiente junto a tu pie?

que es frecuente olvidar los nombres de las personas que no has visto en años, o la información que rara vez utilizas? Una respuesta posible es que la memoria a largo plazo está dividida en “cuartos” con diferentes tipos de contenidos (véase la tabla 5.1) y el envejecimiento los afecta de diferente modo. Las dos divisiones principales son la *memoria declarativa* y la *memoria no declarativa*.

Nombres, fechas, definiciones de palabras, recuerdos de anécdotas y muchos otros tipos de información que pueden recuperarse y “declararse” pertenecen a la **memoria declarativa**. La declaración no necesita ser verbal; puede consistir en una imagen mental, como un rostro, un lugar o el perfume de una rosa. De cualquier manera, hay un sentimiento de familiaridad, una sensación de que se trata de algo que has visto, escuchado, tocado, saboreado u olido antes (Squire, 1992, 1994). La memoria declarativa con frecuencia se evalúa mediante pruebas de reconocimiento y recuerdo.

Recordar cómo andar en bicicleta es un ejemplo de **memoria no declarativa** (a veces llamada *memoria procedural*). Esta parte de la memoria a largo plazo contiene información que por lo general se encuentra relacionada con habilidades, hábitos o formas de hacer las cosas. Mucha de dicha información aparentemente llega a la memoria de largo plazo directamente desde la memoria sensorial, evitando pasar completamente por la memoria operativa y el control del ejecutivo central. En términos más simples, la memoria declarativa es saber *qué...*; la memoria no declarativa es saber *cómo...* (Lovelace, 1990; Schacter, 1992; Squire, 1992).

Recientemente, los investigadores ponen cada vez más atención en las diferencias evidentes de cómo se procesan estos componentes de la memoria de largo plazo. La **memoria explícita** es un recuerdo consciente o intencional, por lo general de hechos, nombres, eventos u otras cosas que las personas pueden enunciar, o declarar. La **memoria implícita** se refiere a recordar lo que ocurre sin esfuerzo o incluso sin atención consciente; por lo general pertenece a hábitos y habilidades, por ejemplo, cómo lanzar una pelota o montar una bicicleta (Howard, 1996). Los escaneos cerebrales proporcionan evidencia física directa de la existencia y ubicación de estos sistemas

de memoria distintivos (Squire, 1992; Varha-Khadem *et al.*, 1997). El material declarativo, como el conocimiento de hechos, nombres y eventos, usualmente requiere un recuerdo explícito; en contraste, mucha de la información no declarativa (procedural) parece procesarse de manera implícita. Se puede codificar o recuperar sin esfuerzo consciente: simplemente está ahí cuando la necesitas.

## Envejecimiento y memoria a largo plazo: ¿estabilidad o deterioro?

Si los ancianos experimentan deficiencias en la memoria operativa, se puede esperar que tengan más problemas para recordar información declarativa (hechos, nombres, eventos) que información no declarativa (habilidades y procedimientos), que puede evitar pasar completamente por la memoria operativa (Kausler, 1990; Lovelace, 1990). En general, esto es cierto, pero tal afirmación no es tan simple. Observemos con cuidado algunos contenidos específicos de las memorias declarativa y no declarativa. Luego se discutirá el *priming*, un proceso no consciente que puede estar involucrado en el recuerdo de ambos tipos de información.

### MEMORIA DECLARATIVA: EPISÓDICA Y SEMÁNTICA

¿Recuerdas qué desayunaste esta mañana? ¿Cerraste tu auto cuando lo estacionaste? ¿Le diste de comer al gato? Las experiencias, actividades y eventos personales como éstos, relacionados con momentos y lugares específicos, o *episodios*, se almacenan en la **memoria episódica**, una de las dos principales subdivisiones de la memoria declarativa. La otra subdivisión principal es la **memoria semántica**: el conocimiento general de hechos históricos, ubicaciones geográficas, costumbres sociales, significados de palabras, y asuntos por el estilo. La memoria episódica es lo que generalmente se entiende cuando dices “Yo recuerdo”; la memoria semántica es lo que se entiende cuando dices “Yo sé” (Backman, Small y Wahlin, 2001; Lovelace, 1990). La memoria semántica surge de la memoria episódica. Cuando encuentras cierta información con suficiente frecuencia, se vuelve parte de tu conocimiento general, o *conocimiento base* (Camp, 1989).

La memoria episódica es el sistema, en la memoria a largo plazo, más susceptible a los efectos de la edad mientras que las memorias procedural y semántica con frecuencia no son afectadas de manera significativa por la misma (Hoyer y Verhaeghen, 2006; Smith y Earles, 1996). Aun cuando los ancianos recuerden eventos particulares tan bien como los adultos más jóvenes, con frecuencia no recuerdan el contexto donde ocurrieron dichos eventos: tienen un déficit en el *origen de la memoria* (Chalfonte y Johnson, 1996). Dicho déficit puede deberse a una pérdida en la codificación de las características del contexto donde se originó, o a una asociación o vinculación poco adecuada de las características contextuales al evento de interés (Naveh-Benjamin, 2000).

Los ancianos han tenido muchas experiencias parecidas, que las individuales o particulares pueden llegar a confundirse en sus mentes. Un fenómeno similar puede explicar la tendencia de los ancianos a “recordar” cosas que nunca ocurrieron, o a estar inseguros de si algo aconteció (Cohen y Faulkner, 1989). (“¿Estoy seguro de que hoy tomé mi medicina!” “¿Firmé el cheque antes de enviarlo?”) O pueden contar la misma historia una y otra vez a la misma persona sin darse cuenta de que ya la relataron anteriormente. Pero cuando los ancianos perciben un evento como distinto o novedoso, pueden recordarlo tan bien como los más jóvenes (Camp, 1989; Cavanaugh, Kramer, Sinnott, Camp y Markley, 1985; Kausler, 1990).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuáles son las diferencias en los errores de memoria episódica entre adultos jóvenes y ancianos?



© Addison Geary/Stock Boston

Los juegos como el Scrabble se basan en el conocimiento del mundo, un componente de la memoria semántica. Aunque los adultos jóvenes pueden recuperar tal conocimiento más rápidamente, los ancianos tienden a desempeñarse bien en estos juegos porque han acumulado más conocimiento general a lo largo de los años.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué otras explicaciones, distintas a las presentadas en el texto, puedes sugerir para entender el recuerdo impreciso de los eventos por parte de los adultos?

La memoria semántica, el otro componente principal de la memoria declarativa, toma varias formas, ninguna de las cuales depende de recordar cuándo y dónde se aprendió algo. Una parte de la memoria semántica es el *conocimiento del mundo*: ¿cuál es la capital de Francia?, ¿cuántos días tiene un año? ¿Nueva York está al este o al oeste de California? Tal es el tipo de información que se presenta en los juegos de trivias y programas de televisión. Los ancianos por lo general se desempeñan bien en juegos como éstos porque han acumulado una gran cantidad de conocimiento factual durante sus vidas, y son capaces de recuperar este conocimiento de manera eficiente, aun cuando los adultos más jóvenes puedan hacerlo más rápidamente en algunas circunstancias (Camp, 1989; Horn, 1982b; Lachman y Lachman, 1980; Backman, Small y Wahlin, 2001).

Con frecuencia, los ancianos son especialmente eficientes en un segundo tipo de conocimiento del mundo: el *conocimiento social*, o conciencia del comportamiento adecuado en una situación: ¿cuánto tiempo debe permanecer de luto una persona viuda?, ¿qué hacer si un invitado te insulta en una cena? Los ancianos son transmisores de costumbres y valores culturalmente correctos. En algunas sociedades, se les reconoce explícitamente como guardianes del conocimiento social y presiden las ceremonias que acompañan las transiciones de la vida, como la pubertad y el matrimonio (Mergler y Goldstein, 1983).

El *lenguaje*, incluso, es parte de la memoria semántica: ¿cuántos sinónimos de *grasa* puedes mencionar?, ¿cuál es el plural de *niño*?, ¿cuál es la diferencia entre *coser* y *cocer*? El vocabulario y el conocimiento de las reglas lingüísticas, como el conocimiento de palabras, por lo general no se deteriora y hasta puede aumentar a través de la adultez (Camp, 1989; Horn, 1982b). Sin embargo, los ancianos con frecuencia tienen más problemas con otros aspectos de la memoria lingüística. Todo mundo ha experimentado la sensación de tener una palabra en la “punta de la lengua”, o saber algo pero no poder expresarlo bien, o (como Laurence Olivier al final de su vida) no poder recordar el nombre de alguien; este último es el problema de memoria más molesto para los adultos de todas las edades (Burke y Shafto, 2004; West, 1985). Los ancianos, aun cuando su conocimiento sea más extenso, parecen experimentar con mayor frecuencia este tipo de situaciones que los más jóvenes, quizás en parte debido a problemas en la memoria operativa (Heller y Dobbs, 1993; Light, 1990; Schonfield, 1974; Schonfield y Robertson, 1960, según se cita en Horn, 1982b).

#### MEMORIA NO DECLARATIVA: MOTORA, PERCEPTUAL Y CONDICIONADA

Si la memoria no declarativa, la habilidad para *hacer* algo en vez de recordarlo, es resultado de un procesamiento no consciente, no debería resultar relativamente afectada por problemas en la memoria operativa relacionados con la edad. Y, en general, cualesquiera deficiencias que muestren los ancianos en la memoria no declarativa tienden a ser insignificantes o pequeñas (Hoyer y Verhaeghen, 2006; Kausler, 1990).

Los investigadores han aprendido mucho acerca del aprendizaje no consciente al estudiar a las personas con amnesia, enfermedad de Alzheimer y algunos tipos de daño cerebral, que deterioran severamente la memoria. Estos pacientes con frecuencia man-

tienen ciertas funciones de memoria que, por inferencia, deben ser independientes del control consciente. Observemos más de cerca varios tipos de aprendizaje no consciente y cómo los afecta la edad.

**Memoria motora** Vladimir Horowitz, considerado por muchos melómanos como el más grande virtuoso de piano de su época, daba conciertos cuyos boletos se agotaban y la crítica lo elogió hasta su muerte a los 85 años —cuatro días antes había completado su última grabación y el mes anterior dio dos recitales programados en Alemania (Schonberg, 1992). Otro brillante artista del teclado, Arthur Rubinstein, tocó en su recital de despedida a los 89 años, después de posponer su retiro durante casi un año y comenzar a quedarse ciego (Rubinstein, 1980). Éstos son sólo algunos de los muchos ejemplos de la persistencia del aprendizaje motor en los adultos más ancianos.

El hecho de que la memoria motora involucra procesamiento no consciente o automático se puede inferir a partir de estudios como el que se llevó a cabo con pacientes amnésicos y con enfermedad de Alzheimer, en el cual se les enseñó exitosamente a sostener una aguja sobre un disco giratorio (Heindel, Butters y Salmon, 1988). Tal proeza parecería imposible si el recordar cómo se realiza una tarea motora aprendida requiriese un recuerdo consciente: por ejemplo, es posible conducir un auto mientras se habla con un pasajero o se escucha el radio. De hecho, intentar deliberadamente recordar cómo se hace algo puede empeorar el desempeño. No es de balde la supuesta aseveración de Yogi Berra, receptor del equipo de béisbol de los Yankees de Nueva York: “¿cómo puedes pensar y golpear la bola al mismo tiempo?”

Los procesos no conscientes involucrados en la actividad motora también pueden ayudar a recordar la información declarativa. En Liberia, los Kpelle tienen problemas para recordar canciones épicas tradicionales, excepto cuando ellos las cantan y bailan (Lancy, 1977). Es posible que tú hayas experimentado efectos similares: no ser capaz de recordar un número telefónico familiar, excepto al marcarlo en un teléfono de tonos. Tus dedos “saben” el número, aun cuando tu mente consciente esté en blanco.

La memoria motora al parecer funciona de manera adecuada a lo largo de la adultez, aunque los ancianos pueden requerir compensar la lentificación de los procesos que ocurre con la edad. Los ancianos que son mecanógrafos expertos pueden copiar un documento tan rápido como los más jóvenes; aparentemente compensan su lentitud al observar algunos caracteres por adelantado y así ganar más tiempo para procesar el material al que todavía no llegan (Salthouse, 1985). Y aunque los adultos jóvenes pueden escribir más rápido que los ancianos, la práctica y la familiaridad con el material pueden reducir la diferencia en rapidez (Dixon, Kurzman y Friesen, 1993).

**Memoria perceptual** ¿Aproximadamente cuántas veces se ha usado el término *codificación* hasta el momento en el presente capítulo? ¿La respuesta está más cerca de dos o de doce? ¿Cuál se mencionó primero, la *memoria sensorial* o el *bucle articulatorio*?

Tales preguntas se apoyan en *habilidades perceptuales*: la habilidad para juzgar y reconstruir en tu mente las características físicas, frecuencia u orden de ocurrencia, o ubicación de algo en relación con algo más. Con procesamiento no consciente, puedes ser capaz de archivar en la memoria tales impresiones perceptuales mientras te enfocas en una tarea de codificación consciente (como intentar recordar qué lees).



© AP/Jeff Bradley/Wide World Photos

A los 92, Zhu Jingda, de Cantón, no había olvidado cómo jugar tenis, pese a que lo aprendió a los 10 años. La memoria motora, que involucra procesamiento no consciente, parece conservarse bien a lo largo de la adultez.

Más tarde, conscientemente puedes recuperar y valorar tus percepciones (Kausler, 1990; Lovelace, 1990).

Si la codificación de hecho es no consciente, se puede esperar que las habilidades perceptuales permanezcan relativamente constantes con la edad. Se ha encontrado que la estimación de la frecuencia desciende muy poco, y sólo después de la adultez media. Sin embargo, la memoria del orden y la ubicación se deterioran más pronto y de manera más aguda. En un estudio, que incluyó grandes muestras de adultos jóvenes, medios y tardíos, las personas del segundo grupo fueron tan precisas al valorar la frecuencia de palabras que los más jóvenes, y los ancianos lo hicieron ligeramente en menor medida. En contraste, las deficiencias para recordar orden y ubicación fueron bastante pronunciadas en los participantes de la adultez media e incluso más en los ancianos. De hecho, los ancianos se desempeñaron con los mismos resultados al reconstruir el orden de las palabras y las actividades y al recordar pares de palabras, una tarea declarativa (Salthouse, Kausler y Saults, 1988, según se cita en Kausler, 1990). Por tanto, una distinción entre procesamiento consciente y no consciente no puede explicar por completo si las deficiencias por edad aparecen o no en algunas formas de memoria no declarativa.

**Respuestas condicionadas** Otra forma de aprendizaje no consciente que por general se cree que llega a la memoria no declarativa es el **condicionamiento clásico**. Una *respuesta condicionada* es aquella que una persona aprendió a realizar automáticamente como respuesta a cierto estímulo por asociación con otro que normalmente evoca la respuesta. Acaso el primer ejemplo, y probablemente el más famoso del condicionamiento clásico, sea un experimento en el que el fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1927) entrenó a los perros para salivar con el sonido de una campana, que siempre estaba presente cuando eran alimentados, para que después salivaran solamente con la presencia del estímulo sonoro.

Cuando conejos y humanos fueron condicionados para parpadear cuando se asoció un tono al soplo en los ojos, produciendo como respuesta el parpadeo al escuchar solamente el tono, los adultos más jóvenes adquirieron el parpadeo condicionado mucho más rápido que los ancianos (Woodruff-Pak, 1990). Un estudio transversal de adultos de 20 a 89 años, encontró que las diferencias por edad en la adquisición de respuestas condicionadas son grandes. Las diferencias por edad en condicionamiento clásico de parpadeo no aparecen abruptamente en los sesenta años y más. En vez de ello, los participantes en sus cuarenta ya mostraban un menor nivel de condicionamiento, pero no se encontraron declives significativos (Woodruff-Pak y Jaeger, 1998). En un estudio longitudinal en el que tomaron parte ancianos durante 2 o 3 años, los participantes cognitivamente normales, incluso entre los más ancianos, no mostraron cambio significativo en la habilidad para ser condicionados clásicamente. Los del grupo de mayor edad que sí mostraron descensos en esta habilidad probablemente estaban o cerca de morir o de desarrollar demencia (Ferrante y Woodruff-Pak, 1995). Por tanto, los primeros reportes de grandes decrementos en la habilidad de los ancianos para ser condicionados clásicamente (Solomon, Pomerleau, Bennett, James y Morse, 1989) pudieron haber sido exagerados, o bien hallarse relacionados con enfermedad en vez de con envejecimiento normal.



## IMPRIMACIÓN (PRIMING)

Vas a jugar y participar en el programa de la “Rueda de la fortuna”. ¿Puedes adivinar la palabra ganadora al llenar los blancos?

### G\_R\_L\_

Si juegas solo en casa, esto puede ser difícil de adivinar. Pero supón, al final del programa, que la respuesta *gorila* destella en la pantalla de tu televisor. Si más tarde ves el programa de nuevo, en repetición, puedes dar con la respuesta más fácilmente. Como en el caso en que la imprimación (o priming, como se le conoce en inglés) de una superficie la prepara para la siguiente capa de pintura, el encuentro previo se imprime en tu memoria para producir la información.

La **imprimación** es un aumento en la habilidad para hacer una tarea vista con antelación o para recordar material previamente observado. Tanto la memoria declarativa como la no declarativa pueden mostrar efectos de imprimación. Por ejemplo, puedes ser capaz de citar conocimiento factual para responder una pregunta de examen más rápidamente si ya viste la pregunta y la respuesta en una lista de repaso. En un estudio de los efectos de la imprimación sobre las memorias motora y perceptual (Benzing y Squire, 1989), los amnésicos que levantaron pesos con una mano fueron más capaces de juzgar el peso de los objetos levantados con la otra mano, aun cuando tuvieran extrema dificultad para recordar que anteriormente habían levantado los pesos.

La imprimación es un proceso automático no consciente. Puede ocurrir ya sea que una persona recuerde o no dónde vio la información por primera vez, o incluso si ya la había observado (Ashcraft, 1994; Heindel, Salmon y Butters, 1989, 1991; Squire, 1992). Desde luego, es posible que en el ejemplo de la “Rueda de la fortuna”, no sólo seas capaz de dar la respuesta *gorila*, sino que también recuerdes haberla visto en el primer programa. De igual modo, puedes recordar haberte enfrentado con anterioridad a cierta pregunta de un examen. Pero ya sea que recuerdes o no haber visto la información antes, esto no afectará la imprimación. Los amnésicos en el experimento de levantamiento de pesos, que carecían de memoria episódica, mostraron lo que Roediger (1990) llama “retención sin recordar”: saber algo sobre la base de experiencia previa, sin recordar la experiencia misma (Lovelace, 1990). Del mismo modo, en el desarrollo de ejercicios de completar series, los amnésicos tienden a dar con las vocablos que se les mostraron anteriormente, aun cuando no recuerden haberlos visto (Camp y McKittrick, 1992; Schacter, 1992; Squire, 1992).

La rapidez es un indicio de que ocurrió imprimación. Tanto los adultos normales como las personas con enfermedad de Alzheimer pueden identificar más rápidamente imágenes que han observado anteriormente (Camp y McKittrick, 1992). Para que la imprimación sea efectiva, los estímulos anterior y posterior deben ser idénticos tanto como sea posible; mostrar una imagen diferente de un objeto, o un nombre en lugar de una imagen, reduce los efectos de imprimación (Squire, 1992).

La imprimación parece ser igualmente eficiente en los adultos más jóvenes y ancianos; los ancianos normales cuya memoria episódica se ha debilitado se benefician tanto de la imprimación como los más jóvenes (Backman, Small y Wahlin, 2001; Lovelace, 1990). En un estudio, a 48 adultos jóvenes y 48 ancianos se les mostró un grupo de imágenes y luego se les pidió elegir las mismas imágenes de entre otras que

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué funciones parecen estar dominadas por el aprendizaje no consciente y a qué propósito sirven?

**TABLA 5.2**

*Relación entre envejecimiento y desempeño en varios tipos de memoria*

<b>Memoria</b>	<b>Aumenta con la edad</b>	<b>No cambia o hay descenso pequeño</b>	<b>Moderado a gran descenso</b>
<i>Sensorial</i>		X	
<i>Operativa</i>			
Grupo de dígitos hacia adelante		X	
Grupo de dígitos hacia atrás		X	
Organización			X
Elaboración			X
<i>Largo plazo</i>			
<i>Declarativa</i>			
<i>Episódica</i>			
Memoria para experiencias y actividades			X
Historia personal			X
<i>Semántica</i>			
Conocimiento del mundo	X		
Vocabulario	X		
Descubrimiento de palabra			X
<i>No declarativa</i>			
Destrezas		X	
Habilidades perceptuales		X	
Aprendizaje motor		X	
Condicionamiento clásico		X	

no habían visto. Las pruebas se repitieron un día, una semana y tres semanas después. Aproximadamente la misma cantidad de ancianos y adultos más jóvenes fueron capaces de seleccionar las imágenes familiares, y de hacerlo más rápidamente, aun cuando los ancianos fueron menos capaces de decir cuáles imágenes habían visto antes (Mitchell, Brown y Murphy, 1990).

### Resumen: memoria y edad

La teoría y la investigación del procesamiento de información sugieren que la memoria es un conjunto de procesos y sistemas de almacenamiento enormemente complejo, del cual algunas interrogantes permanecen aún sin respuesta. No obstante, se pueden extraer varias conclusiones acerca de los efectos del envejecimiento sobre la memoria (véase la tabla 5.2).

La edad parece tener poco o ningún efecto sobre la memoria sensorial. El envejecimiento *sí* afecta negativamente la capacidad de la memoria operativa para procesar exitosamente ciertos tipos de información declarativa y almacenarla en la memoria a largo plazo. Los ancianos pueden poseer menos recursos de atención para enfocarse en manipular información y pueden no usar las estrategias más efectivas para codificarla. A una edad más avanzada, el recuerdo de episodios específicos comienza a desvanecerse y los eventos tienden a mezclarse en la memoria. Por otra parte, la habilidad para recuperar un conocimiento general *aumenta*, a diferencia de la habilidad para expresarlo verbalmente. El recuerdo no consciente, por lo general de habilidades o procedimientos, tiende a conservarse bien con la edad.

## ENFOQUE BIOLÓGICO:

### EL HARDWARE DE LA MEMORIA

La dificultad de los ancianos para codificar información y recuperar ciertos tipos de recuerdos puede explicarse a partir de los cambios subyacentes en el “hardware”, o “maquinaria”, de la memoria: el cerebro. Al igual que una máquina, el cerebro tiene circuitos eléctricos, canales de “entrada” y “salida”, y partes específicas que parecen estar involucradas en el procesamiento de tipos particulares de información. La razón por la que las personas nunca olvidan cómo montar en bicicleta, por ejemplo, puede deberse al hecho de que las órdenes musculares quedan “integradas” en las células cerebrales o en sus conexiones, tal como los comandos operativos de una computadora se almacenan permanentemente en el sistema. Sin embargo, es necesario tener en mente que tal analogía con las computadoras sólo es válida hasta cierto punto. El cerebro es un sistema biológico vivo. Necesita sueño y nutrición adecuados, así como oxígeno (véase el recuadro 5.1). Si se lesiona, tiene la capacidad para repararse a sí mismo.

Como ya se discutió, los estudios de personas con daño cerebral, en quienes ciertas funciones de memoria permanecen intactas, apuntan a la existencia de más de un almacén de memoria. Además, investigación reciente, posible gracias a tecnología de punta como las *imágenes por resonancia magnética* (IRM) y la *tomografía por emisión de positrones* (TEP), confirma que de hecho hay múltiples sistemas de memoria, que “son anatómicamente distintos, y ... se encuentran involucrados fundamentalmente en la adquisición y almacenamiento de diferentes tipos de información” (Squire, 1992, p. 214). Los científicos actuales tienen una imagen cada vez más clara de cuáles estructuras físicas del cerebro controlan qué aspectos de la memoria y cómo estas estructuras cambian con la edad.

### Estructuras que controlan la memoria consciente

Hasta ahora, algunos de los hallazgos más sólidos tienen que ver con dos áreas del cerebro que juntas juegan un papel principal en la memoria explícita o consciente: el *hipocampo* y sus estructuras vecinas, y los *lóbulos frontales* (véase la figura 5.3 en la página 172).

#### HIPOCAMPO

El **hipocampo**, una estructura con forma de caballo de mar, que se encuentra en la porción central más profunda del cerebro (el lóbulo temporal medial), parece ser

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Crees que exista una relación entre las ubicaciones del hipocampo y los lóbulos frontales, y su relevancia para la memoria y el funcionamiento cognitivo?



## *El mejor auxiliar de la memoria: un estilo de vida saludable*

¿Alguna vez has intentado presentar un examen después de haber comido en exceso o muy pesado durante la noche? Si es así, es posible que hayas aprendido, de la manera difícil, la conexión entre lo que haces con tu cuerpo y lo que puedes hacer con tu mente. Por ejemplo, fumar cigarrillos aparentemente tiene efectos negativos sobre la resolución de problemas complejos que plantean grandes demandas a la memoria operativa y a la memoria a largo plazo (Spilich, June y Renner, 1992). Por otra parte, mantener suficientes horas de sueño y comer los alimentos correctos puede tener un efecto positivo en el buen funcionamiento de la memoria a través del ciclo de vida adulto.

### **Sueño**

Trabajar hasta muy tarde por las noches puede interferir con la transferencia de información a la memoria de largo plazo. El neuropsicólogo Avi Karni (Karni, Tanne, Rubenstein, Askenasy y Sagi, 1994), junto con los National Institutes of Health, hizo ese descubrimiento mientras estudiaba cómo las personas adquieren una habilidad visual específica: precisar la ubicación de formas en una pantalla de computadora. Al notar que los participantes lo hicieron mejor el día posterior a una sesión de entrenamiento, él y sus colegas razonaron que algo

ocurre durante el sueño que fortalece las conexiones neuronales en el cerebro y facilita el aprendizaje.

Los investigadores observaron a los participantes durante el sueño y los despertaron en varias ocasiones por la noche. Aquellos que se despertaron del sueño ligero (cuando el cuerpo está relajado, los ojos se mueven lentamente y las ondas cerebrales son un poco erráticas) podían recordar a la mañana siguiente lo que habían aprendido el día anterior. Pero quienes se despertaban del *sueño REM*, la etapa más profunda cuando ocurren los sueños, caracterizada por movimientos oculares rápidos y ondas cerebrales más regulares, no retuvieron el nuevo conocimiento. Karni concluyó que el sueño REM es un momento importante para la consolidación del nuevo aprendizaje.

Este hallazgo tiene implicaciones para los adultos jóvenes, quienes con frecuencia anteponen el trabajo, el estudio o las demandas sociales a sus necesidades de sueño. También puede ayudar a explicar algunos problemas de memoria en los ancianos (especialmente varones), quienes tienden a dormir más ligeramente, despertar con más frecuencia, soñar menos y tener menos periodos de sueño profundo que en sus años anteriores (Webb, 1987; Woodruff, 1985).

crucial en la memoria para la información declarativa (Eichenbaum, Fortin, 2003).\* Sin el hipocampo, el aprendizaje no consciente por lo general continúa funcionando; el aprendizaje consciente, no (Henke *et al.*, 2003; Moscovitch y Winocur, 1992).

El hipocampo, junto con estructuras relacionadas en la corteza cerebral, aparentemente actúa como un tablero de mandos, que controla la habilidad para recordar muchos tipos de información declarativa, desde pares de palabras hasta eventos de

---

\*A menos que se indique lo contrario, esta discusión se basa en Squire (1992).

## Nutrición

“Eres lo que comes” es tan cierto para la memoria como para otras capacidades mentales y físicas. Alimentos específicos pueden mejorar o deteriorar la memoria.

La energía química del cerebro proviene principalmente de la *glucosa* extraída de los almidones en los alimentos. Cuando haces demandas inusuales a tu cerebro, éste necesita extraer glucosa adicional del torrente sanguíneo. Para poner a prueba los efectos de la glucosa en la memoria, un grupo de investigadores (Manning, Hall y Gold, 1990) dieron durante dos días seguidos limonada endulzada con glucosa y luego con un sustituto de azúcar artificial a ancianos sanos. En el día cuando bebieron la glucosa, los participantes se desempeñaron mejor en tareas de memoria declarativa, como recordar una historia y una lista de palabras. Quienes tuvieron pobre regulación de glucosa —los que tienden a retener altos niveles de glucosa en su sangre— se desempeñaron de manera especialmente pobre después de beber el sustituto, lo que sugiere que (como con los diabéticos, quienes suelen mostrar memoria deteriorada) no llegaba suficiente glucosa al cerebro. Los suplementos de glucosa pueden ayudar en tales casos.

No todos los azúcares son alimento para el cerebro. La *fructosa*, que se usa para endulzar muchos alimentos y bebidas, puede suministrar energía a los tejidos corporales mas no al cerebro. Una mejor

forma de obtener un empuje mental rápido es comer una manzana o galletas. Ambas son ricas en carbohidratos, que se descomponen en azúcares cuando se digieren.

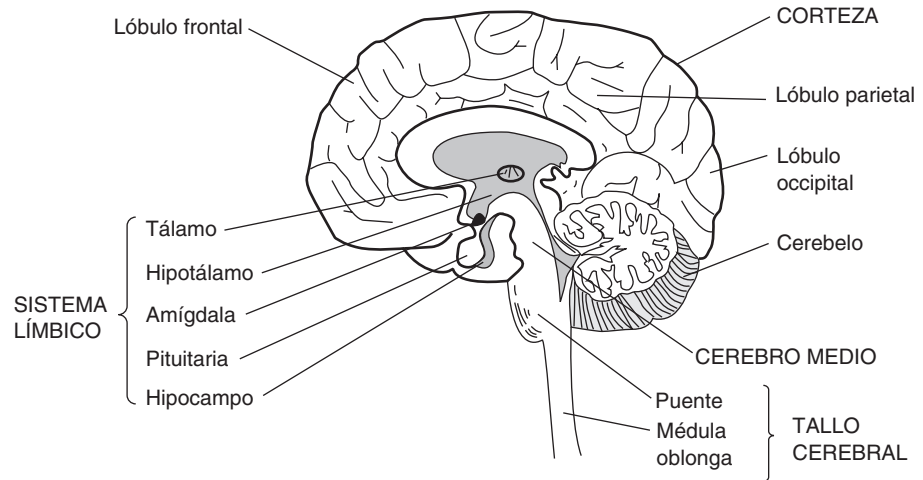
El *aspartame*, un químico utilizado en bebidas dietéticas y edulcorantes artificiales, contiene *fenilalanina*, el aminoácido involucrado en la *fenilcetonuria* (FCU), un trastorno enzimático que puede causar retraso mental. Incluso en personas normales, demasiados refrescos dietéticos pueden deteriorar el desempeño mental, especialmente cuando se acompaña con pasteles u otros dulces, que hacen más fácil que la fenilalanina llegue al cerebro. Comer alimentos ricos en proteínas, como cacahuates o queso, con bebidas dietéticas pueden compensar los efectos de la fenilalanina.

El *cinc* es crucial para las células nerviosas en la corteza que controla la memoria y el pensamiento complejo. Los signos clásicos de privación de cinc son moretones que sanan lentamente, con manchas en las uñas de las manos, visión pobre en luz débil y gusto u olor desensibilizados. Alguien con estos síntomas debe consultar de inmediato a un médico. La deficiencia de cinc se puede tratar con complementos dietéticos, pero cambiar tu propia dieta puede ser peligroso, pues *demasiado* cinc puede ser tóxico y se asocia con la enfermedad de Pick, una seria disfunción cerebral.

NOTA: A menos que se indique lo contrario, el material en la sección acerca de “Nutrición” se basa en Chafetz, 1992.

vida. En tanto tú observas algo (por decir, la información en esta página) o lo tienes en mente, tu imagen mental de ello permanece intacta. Tan pronto como cambias tu atención a algo más (por ejemplo, te mueves a otra sección del texto), tu recuerdo de dicha información depende de conexiones corticales activadas por el sistema del hipocampo. Sin el hipocampo, dichas conexiones no se realizan y el recuerdo no se puede almacenar. En términos de procesamiento de información, el hipocampo es vital en las funciones de codificación de la memoria operativa.

Pero el papel del hipocampo parece ser sólo temporal. Se halla involucrado en la creación y recuperación inmediata de *nuevos* recuerdos, pero eventualmente éstos se



**FIGURA 5.3** *Vista lateral simplificada del cerebro humano, donde se muestran algunas estructuras internas.* El hipocampo y los lóbulos frontales de la corteza (la capa exterior) parecen jugar papeles clave en la formación, el almacenamiento inicial y la recuperación de recuerdos declarativos. Los lóbulos frontales parecen estar involucrados en aspectos estratégicos de la memoria. Varios tipos de memoria implícita (no consciente) están controlados por otras estructuras. FUENTE: Adaptado de Sagan, 1977.

consolidan y almacenan de forma permanente en otra parte del cerebro, con probabilidad en la corteza, de donde pueden recuperarse sin la ayuda del hipocampo. (Por tal razón, los amnésicos que sufren de daño reciente al hipocampo pueden recordar eventos de hace mucho tiempo, mas no recientes.)

El hipocampo, que pierde un estimado de 20 por ciento de sus células nerviosas con el envejecimiento (Ivy, MacLeod, Petit y Markus, 1992), puede ser una clave para comprender por qué muchos ancianos tienen problemas para asimilar nueva información declarativa. La ubicación y ordenamiento de las arterias que suministran al hipocampo lo hacen particularmente vulnerable a lesiones a partir de cambios en la presión arterial que con frecuencia ocurren durante la adultez (Horn, 1982b). Si los ancianos sufren deterioro del hipocampo, las habilidades de estado de alerta, concentración y organización necesarias para procesar nueva información de manera eficiente pueden deteriorarse; pero el recuerdo del aprendizaje *previo*, que aparentemente es independiente del hipocampo, puede mejorar como resultado de la creciente complejidad de las conexiones neuronales en la corteza cerebral.

Los altos niveles de hormonas del estrés en el torrente sanguíneo pueden jugar una parte en la memoria. En algunos ancianos, el “interruptor” regulador para la producción de hormonas de estrés parece hallarse constantemente “encendido”: un torrente continuo de hormonas afecta al hipocampo, lo que reduce el rendimiento en las pruebas de atención y memoria (Sapolsky, 1992). Aquellos altos niveles hormonales, junto con cambios en otras estructuras relacionadas, en particular los lóbulos frontales, pueden hacer que los adultos gradualmente sean menos capaces de almacenar nuevo material en la memoria a largo plazo.

## LÓBULOS FRONTALES

Cuando se te escapa un nombre o un hecho, ¿cómo puedes darle un empujón a tu memoria? La habilidad para pensar en estrategias para codificar y recuperar la información parece ser una función de los **lóbulos frontales** del cerebro, las porciones frontales de la *corteza cerebral*, la capa exterior del cerebro, que controla el pensamiento de nivel superior (Shimamura, Janowsky y Squire, 1991). La investigación actual sugiere que los lóbulos frontales juegan un papel tanto en los cambios de memoria normales como en los patológicos.

Dado que tanto los lóbulos frontales como el hipocampo parecen hallarse involucrados en la memoria consciente, ¿cuál es la relación entre ellos? De acuerdo con un modelo (Moscovitch y Winocur, 1992), la codificación, almacenamiento y recuperación reales de recuerdos es labor del hipocampo y sus estructuras asociadas, bajo la supervisión y control de los lóbulos frontales. El hipocampo codifica rápidamente, casi de manera automática y sin organización, la información que se percibe de manera consciente. También puede recuperar información aparentemente asociada de la memoria a largo plazo. Pero el hipocampo carece de discriminación “inteligente”. La información con la que se topa (en gran medida como los datos que encuentras cuando realizas por computadora una búsqueda de palabras clave) puede o no ser relevante. ¿Cómo, entonces, seleccionas la “gaveta” correcta para una unidad de información, u obtienes la respuesta correcta a una pregunta?

De acuerdo con este modelo, los lóbulos frontales dan dirección al hipocampo. Aquéllos coordinan, interpretan y elaboran información para proporcionar instrucciones adecuadas para codificarla y recuperarla. Son las operaciones de este sistema frontal estratégico, y no las operaciones del hipocampo o sus estructuras asociadas, de las que estás al tanto cuando buscas en tu memoria. Los lóbulos frontales evalúan constantemente la salida del sistema del hipocampo: *¿esta respuesta tiene sentido?*, *¿cuál respuesta es la mejor?* o *¿necesito más información?* En otras palabras, los lóbulos frontales parecen jugar un papel similar al del ejecutivo central en la memoria operativa.

Evidencia creciente involucra a los lóbulos frontales en el disminución selectiva del funcionamiento cognitivo normal (Parkin y Walter, 1992). La habilidad para recordar cuándo y dónde aprendiste algo (memoria episódica) parece estar relacionada con el funcionamiento de los lóbulos frontales (Craik, Morris, Morris y Lowen, 1990). Lo mismo ocurre con el aprendizaje que requiere organización y elaboración. Pero el daño a los lóbulos frontales por lo general *no* obstaculiza el aprendizaje de información que puede codificarse sin crear nuevas categorías o asociaciones (Shimamura *et al.*, 1991). Las deficiencias que se observan comúnmente en la memoria operativa de los ancianos se pueden deber a una gran pérdida (hasta 50 por ciento) de células nerviosas en los lóbulos frontales, que ayudan a enfocar la atención e inhiben respuestas irrelevantes (H. Brody, 1995, 1970; Shimamura *et al.*, 1991). Sin embargo, es posible que el cerebro pueda compensar en parte tal pérdida al agregar nuevas conexiones (véase el capítulo 4).



© Corbis Images

*Los escaneos cerebrales y otros procedimientos de tecnología de punta, como la IRM que este médico examina, confirmaron la existencia de varios sistemas de la memoria anatómicamente distintos, que se emplean para adquirir y almacenar diferentes tipos de material.*

### PENSAMIENTO CRÍTICO

Después de aprender acerca de los cambios en los sistemas sensoriales y en el “hardware” neurológico, ¿te sientes más o menos facultado para conservar tu capacidad de memorizar?

## Estructuras que controlan la memoria no consciente

Dado que la memoria no declarativa para habilidades, hábitos y procedimientos sobrevive al daño en el hipocampo, otras estructuras cerebrales deben ser responsables de ellas. Algunas estructuras parecen controlar varios tipos de aprendizaje implícito, o no consciente (véase la figura 5.3).

Las *habilidades perceptuales y motoras* parecen depender del *neostriado*, una estructura subcortical que se encuentra arriba del hipocampo, y que controla la actividad motora (Squire, 1992). Los pacientes con enfermedad de Huntington, que implica la destrucción del neostriado, pierden la capacidad para aprender estas habilidades; no así los pacientes en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer, cuya estructura todavía no se ve afectada (Heindel *et al.*, 1991).

El *condicionamiento muscular*, como la respuesta de parpadeo descrita anteriormente o cambios en el ritmo cardíaco debido al miedo condicionado, parece estar ligado al *cerebelo*, el centro coordinador del cerebro para la actividad muscular, que yace bajo la corteza cerebral cerca de la parte posterior de la cabeza. Aunque el condicionamiento simple puede ocurrir tanto en humanos como en otros animales, independientemente del hipocampo, es justo el hipocampo el que puede contribuir a un condicionamiento más complejo que es afectado por visiones, sonidos u olores circundantes (Penick y Solomon, 1991).

El *condicionamiento emocional* parece ubicarse en la *amígdala*, una estructura con forma de almendra cerca del hipocampo, contigua al lóbulo temporal (Squire, 1992). Un ejemplo de condicionamiento emocional se puede ver cuando los amnésicos o personas con enfermedad de Alzheimer aprenden a tener aversión por una persona que los lastima o se enoja con ellos, incluso si no la reconocen o no recuerdan el incidente que provocó la respuesta emocional (Campo *et al.*, 1993).

La *imprimación directa (repetición)*, el tipo más simple, en el que la respuesta evocada es idéntica al estímulo presentado de manera inicial, aparentemente es resultado de cambios en los sistemas de procesamiento perceptual en la parte posterior de la corteza. Estos cambios ocurren en las primeras etapas de procesamiento, antes de cualquier análisis de significado o algún involucramiento del sistema del hipocampo; por tanto, los amnésicos y las personas normales se benefician de igual modo. Otras funciones de imprimación parecen implicar diferentes regiones corticales en los hemisferios o derecho o izquierdo; sólo para la visión, se han identificado hasta 30 áreas específicas que pueden contribuir a la imprimación (Squire, 1992).

## NUEVAS DIRECCIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

Al seguir con el enfoque de desarrollo del ciclo de vida, se vuelve ostensiblemente obvio que el desarrollo de la memoria no se puede estudiar de manera adecuada desde una sola perspectiva. Cada vez más, los investigadores que estudian el “software” y el “hardware” de la memoria se comunican y cooperan, o para confirmar teorías o para generar unas nuevas (Hoyer y Verhaeghen, 2006). La disciplina de la *neurociencia* se apoya en la biología, neuropsicología, psicología cognitiva, neurología y disciplinas relacionadas. En el futuro, la investigación sobre el procesamiento de información del funcionamiento de la memoria y la investigación biológica de las estructuras cerebrales estarán más estrechamente relacionadas. Los recientes avances tecnológicos permiten a los investigadores mirar fijamente en el cerebro mientras procesa información de manera activa, de modo que las relaciones entre funciones y estructuras cerebrales se pueden poner a prueba directamente.



El enfoque de ciclo de vida también sugiere que las habilidades cognitivas, como la memoria, pueden verse influidas por varios factores externos al cerebro: salud, educación, estilo de vida, personalidad. En una serie de estudios (Moscovitch y Winocur, 1992), los ancianos institucionalizados se desempeñaron consistentemente de manera pobre en mediciones neuropsicológicas, en comparación con los miembros de un grupo de control que fueron elegidos cuidadosamente para hacerlos coincidir, los cuales vivían en la comunidad, eran más activos y sentían mayor control de sus vidas. Entre el grupo institucionalizado, quienes estuvieron mejor ajustados tendieron a desempeñarse mejor en las pruebas de aprendizaje y memoria; y los cambios en su nivel de actividad y control percibido se correlacionaron con transformaciones en el desempeño cognitivo.

¿El género y la cultura influyen en las alteraciones de la memoria? Aunque los problemas de memoria e incapacidad para concentrarse son relacionados frecuentemente con la menopausia, hasta el momento, la investigación de los efectos del decrecimiento de los niveles de estrógeno sobre la memoria es escasa. En un estudio que compara la memoria en 19 mujeres inmediatamente antes y dos meses después de la remoción quirúrgica de sus ovarios, aquellas que recibieron inyecciones de estrógeno se desempeñaron tan bien o mejor que antes en varias tareas de memoria. Las mujeres que recibieron un placebo (aceite de ajonjolí) mostraron un declive en el recuerdo de pares de palabras, mas no en varias otras funciones, como series de dígitos y recuerdo de imágenes. Entonces, es posible que el estrógeno pueda afectar la repetición mecánica de recuerdo verbal o la habilidad para aprender nuevas asociaciones (Phillips y Scherwin, 1992).

Un reciente estudio transcultural que involucró tres grupos (chinos continentales, estadounidenses promedio y estadounidenses sordos) encontró un vínculo entre cambios en la memoria en los ancianos y actitudes culturales hacia el envejecimiento. El desempeño de la memoria entre los adultos jóvenes en los tres grupos fue idéntico. Pero entre los estadounidenses promedio, que mantenían las actitudes más negativas hacia el envejecimiento, los participantes más ancianos se desempeñaron peor en las tareas de memoria —que involucran recuerdos explícitos de nueva información— que los de cualquiera de los otros dos grupos. Los ancianos chinos, cuya cultura parece promover la visión más positiva del envejecimiento, se desempeñaron mejor, aproximadamente tan bien como los chinos más jóvenes (Levy y Langer, 1994). Estos hallazgos parecen confirmar lo que predeciría el enfoque de desarrollo del ciclo de vida: fuerzas sociales y psicológicas, así como biológicas, influyen en el funcionamiento de la memoria.

La investigación futura debe enfocarse en un amplio rango de influencias biológicas, funcionales, ambientales y psicológicas que tienen repercusión sobre el desarrollo de la memoria a lo largo de la adultez. Auténticos estudios de ciclo de vida pueden producir conocimiento valioso, no sólo acerca de por qué y cómo cambia la memoria, sino también acerca de qué pueden hacer los adultos para evitar, compensar y acaso incluso revertir las pérdidas de memoria.

## ASPECTOS DE LA MEMORIA Y EL OLVIDO EN LA ADULTEZ

Los ancianos con frecuencia se quejan de problemas en la memoria. Los fallos de memoria pueden ocurrirle a cualquiera, sin importar la edad, pero ciertos aspectos de la memoria tienden a ser más problemáticos para los ancianos. Después de todo,

el olvidar tiene muchas consecuencias negativas, debido a que a las personas que olvidan las cosas se les ve como menos capaces que a otras (Erber y Prager, 1999).

¿Por qué los ancianos adornan las historias? ¿Por qué con frecuencia tienen problemas para recordar cosas que planeaban hacer? ¿Por qué tienden a no usar las estrategias más efectivas para el aprendizaje? ¿Los adultos más jóvenes tienen más comprensión de cómo funciona su memoria? ¿Qué estrategias auxiliares para mejorar la memoria son más útiles para los adultos en diferentes etapas? ¿Por qué los adultos olvidan y qué pasaría si no lo hicieran? Aunque el estudio de algunos de estos aspectos de la memoria es relativamente nuevo, han surgido algunas conclusiones tentadoras.

## Errores de intrusión: recordar lo que no ocurrió

¿Con cuánta frecuencia has escuchado a alguien que relata una anécdota una y otra vez, y cada ocasión agrega más detalles adicionales (y con frecuencia imprecisos)? Esos “cuentos largos” pueden ser el resultado indeseado de los **errores de intrusión**: información extraña que llega a la memoria operativa mediante asociaciones recuperadas de la memoria a largo plazo. Estos errores con frecuencia se muestran en los tests, cuando las personas “recuerdan” información relevante o irrelevante que originalmente no se presentó. En un estudio (Pompi y Lachman, 1967), adultos jóvenes leen el siguiente pasaje:

El jefe de residentes Jones ajustó su mascarilla mientras analizaba con ansiedad una figura pálida colocada en la mesa grande y deslumbrante que se encontraba ante él. Al dar un veloz golpe con su pequeño instrumento afilado aparece una delgada línea roja. Entonces un entusiasta joven asistente extiende con cuidado la abertura mientras otro coloca a un lado la refulgente superficie grasa de modo que las partes vitales yacen descubiertas. Todos los presentes contemplan con horror el desagradable tumor que ya es demasiado grande para ser extirpado. Ahora él sabe que no tiene sentido continuar (pp. 144-145; puntuación agregada).

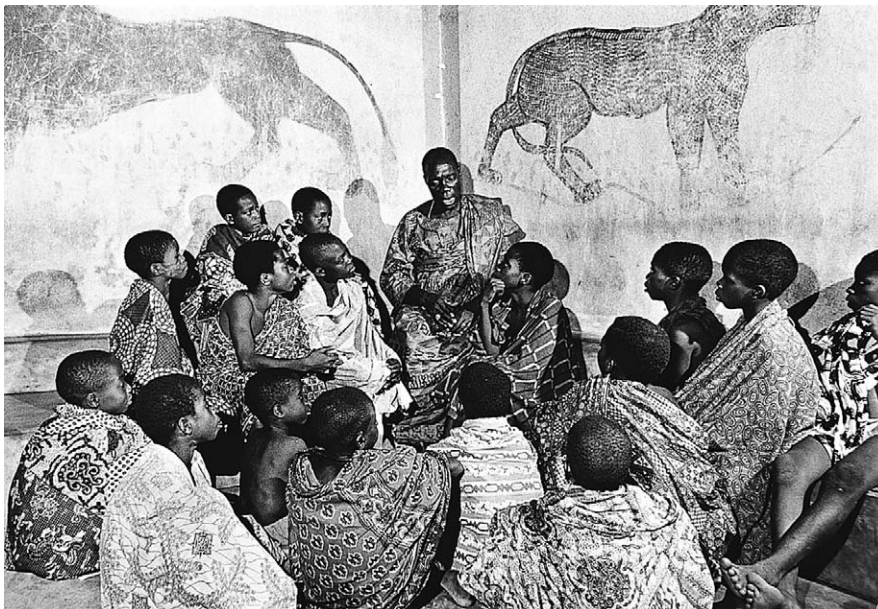
Después de leer este párrafo, a los participantes se les mostró una lista de palabras y se les pidió identificar aquellas que habían aparecido en la historia. Muchos “recordaron” palabras como *médico*, *sangre* y *escalpelo*, que no aparecieron en el texto.

Los ancianos, con su gran acumulación de experiencia, son particularmente propensos a cometer errores de intrusión, en especial cuando vuelven a contar historias (Hasher, 1992). Su vasto conocimiento les pone trampas, haciéndolos “recordar” cosas que no ocurrieron. Algunos investigadores creen que una tendencia a distraerse con información extraña puede ayudar a explicar las dificultades que se presentan al realizar tareas que involucran a la memoria operativa (Craik y Jennings, 1992; Hasher y Zacks, 1988). Los errores de falso reconocimiento en los ancianos ocurren con más frecuencia en respuesta a objetos comunes, posiblemente porque los elementos comunes son más fáciles de recuperar de la memoria semántica. Cuando se presentan objetos abstractos, los recuerdos falsos se reducen a niveles insignificantes, en comparación con los adultos jóvenes. Alentar a los ancianos a examinar con cuidado un estímulo reduce de manera considerable los errores de falso reconocimiento (Koutstaal, 1999, 2003).

Por otra parte, los ancianos pueden ser cuentacuentos más interesantes precisamente *porque* tienden a enriquecerlos (Hasher, 1992). En muchas culturas no occidentales, es a ellos a quienes corresponde la transmisión oral de historias acerca de eventos

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Puedes explicar, desde una perspectiva psicosocial, del procesamiento de información, conductual o ecológica, el porqué los ancianos adornan sus historias?



© Marc & Evelyne Bernheim/Woodfin Camp & Associates

*Un jefe aboure cuenta una leyenda a los niños en la villa de Yaou, en Costa de Marfil, África. Con frecuencia, los ancianos son interesantes cuentacuentos porque agregan detalles frescos.*

ocurridos hace mucho tiempo o de valores morales. (Mergler y Goldstein, 1983). Los aborígenes sudamericanos contemporáneos tienen un dicho: “cuando un anciano muere, se quema toda una biblioteca” (Cole y Scribner, 1974). Los ancianos también pueden ser buenos para la “lluvia de ideas”, porque tienen menos probabilidad que los jóvenes de rechazar ideas repentinamente, que aparecen espontáneamente (Hasher, 1992).

La razón para contar una historia puede afectar su precisión o su adorno, y entonces también a la memoria. Un equipo de investigación encontró que, cuando los ancianos narran una historia con propósitos de entretenimiento, la cuentan en presente y usan más palabras emocionales y que indican certeza. Cuando la cuentan con la intención de detallar la información, tienden a utilizar tiempo pasado, menos palabras emocionales y más palabras “tentativas” como posiblemente o quizá. Cuando a los mismos participantes se les pidió volver a contar la historia días más tarde, la que había sido narrada con el objetivo de entretener tuvo más errores de intrusión, y fue menos precisa y detallada. La historia relatada para brindar información se recordó con más precisión y detalles y menos errores de intrusión (Dudukovic, Marsh, Tversky, 2004).

## Memoria prospectiva: recordar hacer algo

La **memoria prospectiva**, recordar hacer algo en el futuro, es como la alarma de un reloj que el ejecutivo central establece como recordatorio para realizar una tarea en cierto momento: hacer una llamada telefónica, por ejemplo, acudir a una cita, o estudiar para un examen. ¿La memoria prospectiva declina con la edad, como comúnmente se cree?

Aunque algunos estudios encontraron deficiencias relacionadas con la edad en ciertos tipos de tareas (Dobbs y Rule, 1987), en otros el *desempeño* de la memoria prospectiva de los ancianos (esto es, si en realidad *hicieron* lo que querían y recordaron hacer) era igual a, o incluso mejor que, el de los adultos más jóvenes (Einstein y McDaniel, 1990; Hoyer y Verhaeghen, 2006; Sinnott, 1989). Una explicación para tales resultados contradictorios puede encontrarse en las condiciones bajo las que se presenta una tarea. Einstein *et al.* (1997) encontraron diferencias relacionadas con la edad cuando los ancianos tenían que recordar completar una tarea mientras realizaban una actividad demandante. Las diferencias de edad fueron mínimas cuando la actividad en marcha no era demandante. Otros factores clave son el significado y contexto de la tarea y la disponibilidad de pistas o auxiliares externos para la memoria. Si los ancianos sienten una obligación social de realizar una tarea del mundo real y pueden apoyarse en notas de recordatorio, se desempeñan tan bien o mejor que los más jóvenes (Sinnott, 1989). Los déficits por edad se muestran cuando los ancianos no pueden apoyarse en pistas o auxiliares externos y deben hacerlo con su “reloj interno” (Craik y Jennings, 1992; G. Einstein, 1992).

Planificar y recordar tomar medicamentos son funciones importantes de la memoria prospectiva para muchos ancianos que quizá tengan que ingerir muchos medicamentos distintos en diferentes momentos durante el día. Los estudios sugieren que el cumplimiento del tratamiento farmacológico se reduce en promedio al 57 por ciento en esta población (Van Eijken *et al.*, 2003). Es posible que los ancianos tengan la intención de tomar sus medicamentos pero entonces piensen que ya lo hicieron, o también pueden olvidarlo. Mientras más veces deban tomar medicamento durante el día, menos probable es que las personas mayores de 75 lo ingieran (Paes, Bakker y Soe-Agnie, 1997).

Para ayudar a los ancianos a recordar las tomas de sus medicamentos, se han estudiado algunas estrategias. Entre las más comunes se encuentran las cajas de píldoras con un número apropiado de compartimentos correspondientes a la cantidad de pastillas que deben tomarse en momentos específicos del día o de la semana. Se pueden usar pistas, como ingerir medicamento en las comidas o como parte de otro ritual diario (por ejemplo, después de la ducha). Ligar una actividad con la ingesta de los medicamentos ayuda a la constancia. También se puede usar como pista una alarma o luz destellante que se active cuando se necesita tomar el medicamento, pero es posible que el paciente no pueda escucharla o verla, o recordar que la alarma le señala hacer algo (Cramer y Rosenheck, 1998). Un experimento en el que contenedores electrónicos de píldoras, que registraban el tiempo y fecha cuando se abría una botella, se combinaban con entrenamiento de pista de dosis (reuniones con un entrenador que proporciona retroalimentación a partir de los datos obtenidos del contenedor electrónico de píldoras) resultó en mayor cumplimiento que el uso de la caja de píldoras sin tal retroalimentación (Rosen *et al.*, 2004). Los dispositivos de monitorización electrónica pueden enviar información de adherencia directamente al médico de una persona, quien puede estar en una línea telefónica para llamar a una persona que olvidó tomar una dosis de medicamento.

## Deficiencias en el desarrollo de las estrategias para recordar

Los ancianos, como ya se mencionó, son notablemente débiles en la elaboración y la organización de la información. Tienden a no utilizar estas estrategias de codificación a menos que se les capacite, indique o recuerde, para hacerlo (Craik y Jennings, 1992;

Salthouse, 1991). Esta falla para producir espontáneamente estrategias eficaces para la memorización se llama **deficiencia de producción** y puede ser útil para explicar por qué con frecuencia los ancianos tienen problemas para recordar nueva información.

¿Por qué los ancianos muestran deficiencias de producción? Los estudios transculturales pueden arrojar luz sobre esta cuestión. Los *kpelle* de Liberia, por ejemplo, rara vez usan la organización a menos que específicamente se les pida hacerlo, ya que emplean el ensayo y otras técnicas de manera espontánea. Ellos *pueden* utilizar la organización, y ser capaces de recordar mejor, si se les proporciona una estructura, por ejemplo, si se les cuenta una historia en la que los elementos que deben recordar se agrupan por categorías en vez de presentarlos azarosamente (Cole y Scribner, 1974).

¿Por qué los *kpelle* normalmente no piensan en utilizar la organización? Acaso, al carecer de educación formal, rara vez necesitan memorizar. En un estudio realizado en Yucatán, México, sólo los adultos con mayor nivel educativo, quienes promediaban 10 años de escolaridad, hacían uso extenso de categorías para auxiliarse a recordar (Sharp, Cole y Lave, 1978). Y, aunque las deficiencias de producción se pueden superar con escolaridad o entrenamiento, las personas por lo general se desempeñan mejor en las habilidades que son valoradas en sus propias culturas (Dube, 1982; véase el recuadro 5.2).

De igual modo, puede ser menos probable que los ancianos en la cultura estadounidense empleen estrategias como la organización y la elaboración, porque no ven mucha utilidad en hacerlo. También puede ser que las deficiencias de producción estén más relacionadas con la cohorte que con edad, y que, conforme aumente la proporción de ancianos con educación superior, dichas deficiencias se reduzcan o desaparezcan.

En cualquier evento, estos estudios transculturales sugieren que las deficiencias de producción no tienen base biológica (D. A. Wagner, 1981). La incapacidad para beneficiarse del entrenamiento puede ser una señal de envejecimiento patológico, más que normal (Baltes, 1993), aunque puede haber límites biológicos a *cuánto* pueden mejorar adultos individuales.

Para poner a prueba dichos límites, Baltes (1993; Baltes y Kliegl, 1992) capacitó a ancianos sanos con educación escolar para aprender listas de treinta palabras usando una compleja estrategia de memoria (el método de loci, descrito más adelante en este capítulo). El entrenamiento y la práctica fueron extensos: 38 sesiones en el curso de un año, con diferentes listas de palabras en cada oportunidad. Luego los investigadores compararon el desempeño de los participantes ancianos con el de los adultos jóvenes que habían tomado el mismo entrenamiento. Baltes hipotetizó que, si presionaba a los participantes al máximo, descubriría diferencias por grupo de edad en los límites biológicos de plasticidad, en gran parte como las pruebas de estrés miden cuán intensamente puede trabajar el corazón durante ejercicio vigoroso. Y de hecho, aunque los ancianos en el estudio se beneficiaron del aprendizaje de la nueva estrategia, los adultos más jóvenes se desempeñaron todavía mejor y se perfeccionaron más rápidamente, de modo que las diferencias por grupo de edad se acentuaron.

¿De qué da cuenta este límite evidente en la capacitación? Si bien los ancianos tienen menos capacidad de reserva para el funcionamiento físico, Baltes sugiere que pueden poseer una **reserva de desarrollo**, o un menor potencial para mejora de memoria. Un factor es la complejidad de la tarea. Así como los ancianos con frecuencia pueden mantener el paso de los jóvenes cuando caminan pero no cuando corren, es más probable que las diferencias por grupo de edad se manifiesten en tareas de memoria más desafiantes (Baltes, 1993). Además, a los ancianos se les dificulta experimentar nuevas formas de hacer las cosas (Kliegl y Lindenberger, 1993).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué circunstancias pueden llevar a dar diferentes explicaciones acerca de las deficiencias de producción entre los miembros del mismo grupo de cohorte dentro de una cultura?



## Memoria y cultura

¿La memoria está influida por la cultura? La investigación realizada en adultos de varias culturas destaca diferencias fascinantes con respecto a qué tipo de material recuerdan y cómo lo hacen (D. A. Wagner, 1981).

### Qué recuerdan los adultos

Un hombre nacido en Latvia es uno de los más famosos prodigios de memoria de todos los tiempos. A una edad temprana, había memorizado gran cantidad de información del Talmud, el libro sagrado judío (Luria, 1968). Pero una memoria prodigiosa general, como la suya, es rara. Es más común encontrar casos de memoria enormemente desarrollada para tipos específicos de información en la que una persona tiene un intenso interés o experiencia. Por ejemplo, los estudiantes del Corán, el libro sagrado del Islam, de quienes puede esperarse que tengan una memoria tan bien entrenada como la de un estudiante del Talmud, no se desempeñaron mejor que los marroquíes rurales no escolarizados cuando se les probó en la habilidad para recordar la posición de tarjetas de animales. Lo que es más, cuando se les pidió reconocer imágenes de tapetes orientales, los estudiantes fueron superados por vendedores sin educación formal de tapices así como por marroquíes campesinos,



© Dave Bartruff/Corbis Images

*Las personas tienden a recordar aquello con lo que están familiarizados e interesados. Cuando se les puso a prueba en el reconocimiento de patrones de tapetes orientales, los vendedores de alfombras y campesinos marroquíes que no tenían una educación formal se desempeñaron mejor que los estudiosos del Corán, el libro sagrado del Islam.*

quienes presumiblemente estuvieron más familiarizados e interesados en los diferentes modelos de tapetes (D. A. Wagner, 1978).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo crees que respondan los ancianos si se les pide explicar las estrategias que utilizan para lidiar con las demandas de memoria cotidianas?

Desde luego, esta investigación involucró sólo un tipo de tarea de memoria, y no se puede suponer que sus hallazgos se apliquen a otras situaciones de aprendizaje. Se encontró que un correcto desempeño de los ancianos cuando se les instruye para usar una estrategia depende en gran medida del tipo de tarea y la estrategia que se les enseñó (Craik y Jennings, 1992). Es menos probable que los ancianos adopten una estrategia no familiar o una que les demande demasiado esfuerzo (Anschutz, Camp, Markley y Kramer, 1985, 1987; Brigham y Pressley, 1988). También se ha sugerido que los adultos mayores pueden ser menos conscientes de la necesidad de emplear estrategias, o de cuáles estrategias funcionan mejor. Éstos son aspectos de la *metamemoria*, el tema que viene a continuación.

El material familiar parecía ser más fácil de codificar que el que no lo era; y el conocimiento base de las personas, que influye en lo que recuerdan, varía de cultura a cultura (D. A. Wagner, 1978). Aunque las personas sin educación formal se desempeñan pobremente en tareas de memoria que no están relacionadas con su experiencia cultural (Cole y Scribner, 1974), pueden mostrar excelente memoria en áreas que su cultura considera significativas. En un estudio clásico (Bartlett, 1932), un pastor swazi, un año después de una serie de transacciones de ganado, fue capaz de recordar con precisión el precio de cada vaca y sus marcas de identificación. El swazi recordó lo que culturalmente era relevante para él, en gran medida como un fanático del béisbol puede mencionar marcadores, alineaciones de equipo y porcentajes de bateo (Cole y Scribner, 1974).

### **Cómo recuerdan los adultos**

Los adultos “tienden a destacar en las habilidades que [su] cultura alienta” (Dube, 1982, p. 275). La memoria en las sociedades tradicionales, donde las canciones e historias pasan de manera oral de generación en generación, puede utilizar técnicas especiales no necesarias en las culturas con instrucción formal. En las remotas montañas de Yugoslavia antes de la Segunda Guerra Mundial, los bardos analfabetos componían y cantaban, sobre la marcha, poemas épicos de miles de líneas de extensión. Los intérpretes conocían una especie de guión, o

formato estructural, dentro del que podían recrear una épica, que incorporaba temas, palabras y frases familiares. Puesto que estas palabras y frases eran fórmulas que habían escuchado y repetido una y otra vez (“Cuando el amanecer extiende sus alas” o “Cuando el Sol calentó la Tierra”), dos versiones de la misma épica interpretados con días o incluso años de separación podían ser marcadamente similares (Lord, 1982). Desde luego, el hecho de que las épicas fueran *cantadas* sin duda ayudaba a los poetas yugoslavos a recordar tales temas y fórmulas, en gran medida como los niños de las culturas occidentales aprenden el abecedario más fácilmente al cantar la familiar canción. El tono y el ritmo son pistas para recordar el contenido.

Por otra parte, algunas técnicas mnemónicas comunes en las culturas occidentales, como organizar objetos en categorías, son menos comunes en las culturas no occidentales, como la de los kpelle en Liberia (Cole y Scribner, 1974). Y, así como puede ser confuso medir a los adultos en las culturas no occidentales con la misma vara que los adultos jóvenes en las sociedades occidentales que espontáneamente usan estrategias como la organización, también puede ser un error juzgar el desempeño de los ancianos en las sociedades occidentales con respecto a lo que hacen las personas más jóvenes. Quizás es necesario pensar menos en términos de deficiencias o déficits y más en los de diferencias y cambio.

## **Metamemoria: descubriendo nuestra propia memoria**

“Ahora soy menos eficiente de lo que solía para recordar cosas.”

“Tengo poco control sobre mi memoria.”

“Soy tan bueno para recordar como siempre he sido.”

Cuando los adultos responden un cuestionario que les pregunta si están de acuerdo o en desacuerdo con una lista de enunciados como los arriba transcritos, están explotando la **metamemoria**, sus creencias o conocimiento acerca de cómo funciona su memoria. Tales preguntas vienen de Metamemoria en Adulthood (MIA), un cuestionario de Roger Dixon y David Hultsch que fue uno de los primeros tests diseñados

específicamente para medir la metamemoria en adultos de todas las edades. Las preguntas abordan varios aspectos de la metamemoria. Observemos dos de ellos: las creencias acerca de la memoria personal y la selección y uso de estrategias.

#### CREENCIAS ACERCA DE LA MEMORIA

Los ancianos a los que se les aplicó el MIA reportaron mayor percepción de cambio en la memoria, menor capacidad de memoria y menor control sobre la misma, en comparación con los jóvenes (Dixon, Hultsch y Hertzog, 1988). Las expectativas estereotipadas pueden conducir a los ancianos a suponer que los lapsos menores de memoria son signos de deterioro relacionado con la edad (Hertzog, Dixon y Hultsch, 1990; Poon, 1985). Muchos ancianos creen este estereotipo y reportan una disminución mayor en sus habilidades de memoria de la que en realidad existe (Hess y Pullen, 1996).

En un test de conocimiento de palabras, los adultos mayores y más jóvenes respondieron preguntas sobre un simple recuerdo factual o un recuerdo por deducción (Camp y Pignatiello, 1988). Luego se les preguntó cómo creían que su edad influía en cada una de estas habilidades. La mayoría de los participantes ancianos dijo que no eran tan buenos como antes para recordar, pero habían mejorado para hacer deducciones, una respuesta coherente con la sabiduría convencional. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esta creencia no corresponde con el desempeño real de los individuos. Aunque cuando se les preguntó cuán confiados estaban acerca de sus respuestas a preguntas particulares, los ancianos fueron precisos para juzgar cuáles de sus respuestas probablemente fueron correctas.

Estos hallazgos reflejan una tendencia general en la literatura de investigación. Cuando se les pidió una valoración general de su propia memoria, los ancianos afirmaron que había disminuido; pero cuando se trata de especificar elementos o tareas, los adultos mayores son casi tan precisos como los jóvenes en juzgar su “sensación de conocimiento” (Hertzog y Dixon, 1994; Salthouse, 1991).

La investigación también sugiere que las quejas de los ancianos acerca de su memoria con frecuencia no están relacionadas con su desempeño objetivo. No obstante, tal conclusión no considera diferencias individuales. Un anciano que alguna vez tuvo una memoria sobresaliente bien puede estar consciente de una pérdida no perceptible cuando se compara con la norma. Un estudio que sí tomó en cuenta este factor encontró un vínculo modesto entre quejas de memoria y desempeño objetivo (Levy-Cushman y Abeles, 1998).

#### METAMEMORIA Y USO DE ESTRATEGIAS

La mayoría de los estudios ha encontrado que los adultos mayores y los más jóvenes tienen un conocimiento aproximadamente igual acerca de cuáles estrategias son efectivas y qué tipo de información es más fácil recordar (Salthouse, 1991). ¿Por qué, entonces, los ancianos no emplean con más frecuencia estrategias de codificación eficaces? Una posibilidad es que probablemente se encuentren menos atentos de cuándo se necesitan estrategias y de dar seguimiento a su uso (Hertzog *et al.*, 1990).

En un experimento diseñado para poner a prueba la monitorización de estrategias (Brigham y Pressley, 1988), los adultos jóvenes tuvieron más del doble de probabilidad que los ancianos de elegir la más efectiva de dos estrategias para aprender significados de palabras poco comunes. Supón, por ejemplo, que la palabra a aprender es *cenacho*, que significa “cesta” o “canasto”. La estrategia superior de “palabra clave” consistía en pensar en una oración que incluyera: 1) un sinónimo de la pala-



bra a aprender y 2) una palabra que sonara como una parte clave del vocablo a aprender: en este caso, por decir, “Él sostuvo la *cesta* sobre su *penacho*”. La estrategia inferior de “contexto” era usar la palabra misma en una oración. Cuando se cuestionó a los participantes después de echar mano de ambas estrategias, un mayor porcentaje de adultos jóvenes prefirió la estrategia de la palabra clave, que produjo mejores recuerdos. La mayoría de los ancianos escogió el método de contexto; dieron razones como las siguientes: “Método más directo... más fácil que dar vueltas por ahí y hacer las cosas más complicadas”; “porque lo he usado durante años”; “así es como aprendemos el significado de cualquier palabra”.

Los ancianos eligieron una estrategia más sencilla y más familiar que les funcionó en el pasado, en lugar de una estrategia poco familiar que es posible encontrarán difícil de manejar. Sin embargo, esta evidencia parece cuestionable para el fracaso en la monitorización de la memoria, en especial dado que sus ganancias al emplear la nueva estrategia fueron relativamente modestas (Salthouse, 1991). También es posible, como con otros aspectos de la memoria y el envejecimiento, que el tipo de tarea haga una diferencia. La metamemoria puede funcionar mejor para los ancianos en el mundo real que en una situación artificial de laboratorio.

Cuando los adultos más jóvenes y los ancianos se instruyeron en una estrategia de memoria efectiva (imágenes visuales) para recordar pares de palabras asociados, las diferencias de edad en frecuencia de uso de la estrategia fueron bastante pequeñas. Por ende, el uso de la estrategia no explica de manera adecuada las diferencias por grupo de edad para recordar. Este hallazgo sugiere que los ancianos pueden utilizar la misma estrategia de manera menos efectiva que los adultos más jóvenes (Dunlosky y Hertzog, 1998).

## Recursos mnemotécnicos: obteniendo lo mejor de una memoria cambiante

Supón que un amigo te recomienda un restaurante del que nunca habías oído, y quieres conocerlo. ¿Qué sería más probable que hicieras para recordar el nombre del restaurante?: a) ¿repetir el nombre una y otra vez? b) ¿Visualizar el nombre en tu mente? c) ¿Asociarlo con otro nombre que rime o comience con la misma letra? d) ¿Escribirlo?

Si eres como la mayoría de las personas, probablemente elegirás d). El papel y el lápiz son auxiliares de memoria simples y efectivos. Pero otros tipos de recursos mnemotécnicos (estrategias para mejorar la codificación, almacenamiento y recuerdo) también pueden ayudar a los adultos a obtener lo mejor de la memoria cambiante.

El modelo E-I-E-I-O (Camp *et al.*, 1993; véase la tabla 5.3) es una manera conveniente de clasificar las técnicas mnemotécnicas de acuerdo con 1) tipo de recuerdo involucrado, explícito (E) o implícito (I); 2) donde la información se almacena inicialmente, externa (E), esto es, en el ambiente; o interna (I), dentro de la mente. La “O” (por “¡Oh!”) se refiere a un súbito darse cuenta de que la información en origen almacenada en el exterior o aprendida de manera no consciente ahora se almacena internamente y está disponible conscientemente, como cuando buscas el número telefónico de alguien con tanta frecuencia que de pronto te percatas de que ya lo conoces muy bien. El modelo E-I-E-I-O te permite ser preciso acerca de cuáles sitios de almacenamiento y cuáles procesos de memoria se explotan.\*

---

\*A menos que se indique de otro modo, la discusión en esta sección se basa en Camp *et al.* (1993).

**TABLA 5.3**

*Modelo E-I-E-I-O*

ALMACENAMIENTO INICIAL DE INFORMACIÓN		
Memoria	Externa	Interna
<i>Explícita</i>	Notas Listas Calendarios Pistas sensoriales u objetos	Imágenes mentales Método de loci Ensayo Organización Elaboración Rimas Primera letra Historias
<i>Implícita</i>	Pistas táctiles-visuales: mapas de ciudad tridimensionales	Recuperación espaciada Condicionamiento

FUENTE: Adaptado de Camp *et al.*, 1993.

**AUXILIARES EXTERNOS EXPLÍCITOS**

Las notas, listas y calendarios son auxiliares externos explícitos, dispositivos externos que son útiles para el aprendizaje o recuperación consciente de hechos, nombres, citas, etc. Los *recordatorios escritos* son los auxiliares de memoria más populares entre los adultos de todas las edades, incluso, por lo visto, entre los investigadores de la memoria (Park, Smith y Cavanaugh, 1990). Pero son particularmente útiles para los ancianos, ya que complementan la atención limitada o en declive, y el espacio de almacenamiento en la memoria operativa.

Las *pistas sensoriales u objetos* pueden compensar lo borroso de la memoria episódica. Muchas personas dejan una carta que quieren enviar por correo en un lugar donde estarán seguros de verla. Los relojes de alarma y temporizadores son otras pistas para la memoria prospectiva. Pero la antigua costumbre de amarrar una cuerda alrededor de un dedo por lo general no es muy efectiva; las pistas objeto funcionan mejor cuando se ligan específicamente a la información a recordar (West, 1985). Entre los iatmul de Nueva Guinea, los hombres sabios usan hojas, conchas, arpones y otros objetos como ayuda para recordar los miles de nombres a los que su clan adora como tótems o emblemas (Bateson, 1982).

**AUXILIARES INTERNOS EXPLÍCITOS**

A los 31 años, la periodista Georgie Ann Geyer, entonces corresponsal extranjera en Cuba, se encontró inesperadamente frente a frente con Fidel Castro. Por desgracia, tenía su cuaderno de notas en el hotel, pero no podía dejar pasar la oportunidad de entrevistar al líder revolucionario. “Así que”, escribió más tarde, “comencé a traba-

jar en un método que más tarde perfeccioné. Aprendí a enfocarme, a prácticamente centrar mi mente, en ciertas frases importantes conforme las pronunciaba. Tenía el sentimiento consciente de una mano que provenía de mi mente que las asía y congelaba durante un momento. Me di cuenta de que, con este método, era capaz de retener citas durante al menos tres días” (Geyer, 1983, pp. 81-82).

El método que Geyer desarrolló es una forma de las llamadas *imágenes mentales*. Un uso más común de las imágenes visuales sirve para recordar nombres; por ejemplo, puedes imaginar a María Puentes saltando festivamente en una de estas estructuras (West, 1985). Es menos probable que los ancianos utilicen tales estrategias de imaginación, en comparación con los adultos más jóvenes; pero cuando lo hacen, las imágenes tienden a ser relevantes de acuerdo con su experiencia en vez de usar unas arbitrarias y “confeccionadas” (Camp, Markley y Kramer, 1983).

¿Alguna vez has sido capaz de recordar quién estaba en una reunión al visualizar dónde se sentó cada persona? A un antiguo griego llamado Simónedes se le acredita la creación de este **método de loci**, otra forma de imaginación o representación mental. La idea es identificar una serie de lugares asociados con elementos que quieres recordar, y luego mental o físicamente volver a ver dichos lugares durante el recuerdo. El método también funciona para acciones prospectivas: puedes asociar cosas que quieres recordar hacer con ubicaciones específicas (como habitaciones en tu casa), de modo que las acciones deseadas vendrán a la mente conforme visualices o vayas a cada lugar. De esta forma se ha entrenado a ancianos para recordar listas de compras (Camp, 1988; West, 1985).

Puesto que las estrategias internas explícitas implican un esfuerzo consciente sobre una parte de la memoria operativa, tienden a ser más útiles para los adultos jóvenes que para los ancianos. Aunque tanto jóvenes como ancianos pueden entrenarse para usar estas habilidades, los adultos mayores entrenados muestran menos mejoría, en especial para tareas difíciles. Además, a menos que se les proporcione un monitoreo y apoyo periódicos, tienden a dejar de usar las técnicas, tal vez porque el esfuerzo parece demasiado grande (Anschutz *et al.*, 1987; Baltes, 1993; Camp, 1988; Camp *et al.*, 1993; Scogin y Bienias, 1988; Verhaeghen, Marcoen y Goossens, 1992).

#### AUXILIARES INTERNOS IMPLÍCITOS

Los auxiliares de memoria implícitos pueden ser efectivos para los ancianos, especialmente para aquellos con deterioros de memoria, cuyo funcionamiento de memoria no consciente es probable que esté relativamente intacto (Howard, 1991).

La **recuperación espaciada**, que puede involucrar elementos de imprimación o condicionamiento clásico, es un método de entrenamiento para ayudar a ancianos que no presentan deterioros o con demencia a recordar información durante periodos cada vez más largos. Si se equivocan, se les proporciona la respuesta correcta y luego se les vuelve a examinar después de un intervalo más corto. Las personas que normalmente no podían asociar un rostro con un nombre durante más de 1 minuto recibieron entrenamiento para recordar tales asociaciones hasta por 5 semanas (Camp y Stevens, 1990). Esta técnica resultó efectiva en pacientes con Alzheimer (Camp y McKittrick, 1992; Riley, 1992), incluso en una tarea de memoria prospectiva (McKittrick, Camp y Black, 1992).

Otra técnica que utiliza *condicionamiento clásico* se demostró en un centro de atención diurna para ancianos con deterioros, donde un grupo de mujeres con demencia constantemente abusaba verbalmente de un hombre afroamericano que activaba su prejuicio racial recordado. Debido a su demencia, eran incapaces de codificar explícitamente instrucciones del personal para que fueran “amables” con este hombre. Pero cuando se les dio la tarea de manejar recompensas y premios, rápidamente se condicionaron a asociarlo con sentimientos positivos, y su abuso verbal disminuyó, aunque no podían explicar por qué ahora les caía bien, ni podían recordar haber abusado de él (Camp *et al.*, 1993).

#### AUXILIARES EXTERNOS IMPLÍCITOS

Los rompecabezas tridimensionales de mapas de ciudades del extranjero como París, que se venden en tiendas de novedades, permiten a las personas que piensan viajar internalizar el conocimiento de las formas y ubicaciones de importantes sitios históricos, como la Torre Eiffel y el Louvre. El armado de estos rompecabezas proporciona a las personas un mapa cognitivo, que los prepara para reconocer ubicaciones. Cuando visitan la ciudad y ven las estructuras reales, pueden tener una experiencia “O”: un destello de reconocimiento de esta información (Camp *et al.*, 1993). Estas *pistas táctiles-visuales* ofrecen la promesa de mejorar la memoria implícita en los ancianos, especialmente en quienes tienen deterioros de memoria.

#### AUXILIARES COMBINADOS

Cuando Mark Twain descubrió que sus nietos tenían problemas para recordar los nombres y fechas de los reinos de los monarcas ingleses, inventó un método indoloro para que la información se les “pegara”. A lo largo del trayecto hacia su granja, clavó estacas en el terreno a intervalos proporcionales a la longitud del reino de cada monarca. En cada estaca escribió el nombre y fecha correspondientes. Conforme él y sus nietos caminaban alrededor de la granja, los jóvenes inconscientemente absorbieron un sentido de la longitud relativa de dichos reinos (auxiliar externo implícito). Al mismo tiempo, las etiquetas en las estacas funcionaron como auxiliares externos explícitos. Como un motivador especial, Twain agregó un reto al aprendizaje perceptual: lanzó una manzana por el camino, y el niño que estimara correctamente en cuál “reino” caía la manzana podría comerla (Twain, 1963). Al diseñar este auxiliar mnemónico enormemente creativo, Twain sabiamente reconoció que: 1) el aprendizaje puede y debe ser divertido, y 2) las herramientas de memoria más poderosas con frecuencia combinan más de una estrategia mnemónica (West, 1985).

La intervención en la memoria se puede extender a individuos con demencia. En el recuadro 5.3 se describen nuevos enfoques de intervención.

### El olvido y sus sorprendentes beneficios

Un hombre en la adultez media que, en su niñez, fue un concursante enormemente exitoso en los programas de preguntas remarcó, sólo parcialmente en broma, “Ha sido una maldición contar con una buena memoria. En realidad no sé cómo olvidar” (R. D. Feldman, 1982, p. 278).



## *Intervenciones en la memoria*

¿Las personas con demencia pueden recibir ayuda para mejorar su memoria? La respuesta es sí, de acuerdo con la psicóloga Cameron Camp y sus colegas (Camp y Foss, 1997; Camp, Foss, Stevens y O'Hanlon, 1996; Sterns y Camp, 1998). Estos investigadores han refinado una técnica que permite a las personas con demencia aprender y recuperar piezas de nueva información durante largos periodos. Este procedimiento se llama recuperación espaciada. La idea es simple: las personas con deficiencias en la memoria primero intentan, recuperar elementos de información en un tiempo muy corto, y luego, cuando tienen éxito, lo hacen en intervalos sucesivamente más largos. Al parecer, la técnica les permite acceder a un procesamiento de memoria relativamente automático (implícito) con poco esfuerzo cognitivo (Camp *et al.*, 1996). Al emplear esta técnica, las personas con enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas aprenden a recordar nombres de objetos, asociaciones rostro-nombre y objeto-ubicación, y a desarrollar una tarea de memoria prospectiva (recordar realizar una acción como lavarse las manos antes de comer). Las personas entrenadas en recuperación espaciada han mostrado la habilidad de mantener el recuerdo de nuevas asociaciones durante periodos de semanas, cuando inicialmente no podían recordar nuevas asociaciones después de sólo algunos minutos.

Para maximizar el impacto práctico de la intervención en la vida diaria, los investigadores entrenaron a personas con enfermedad de Alzheimer para recordar una estrategia, “observar el calendario”, que les permite usar un auxiliar de memoria externo (Camp *et al.*, 1996). Al comenzar la prueba, ninguno de los participantes fue capaz de usar el calendario sin entrenamiento de recuperación espaciada. De las 23 personas que tomaron parte en el estudio y vivían en la comunidad, 87 por ciento aprendió la estrategia y 75 por ciento podía ponerla en práctica

al usar de manera efectiva el calendario para realizar actividades diarias. Al cambiar los recordatorios en el calendario cada día, los cuidadores podían capacitar a las personas con enfermedad de Alzheimer para realizar actividades cotidianas apropiadas, a pesar de sus graves deficiencias de memoria: una especie de “prótesis cognitiva”.

El siguiente paso fue capacitar a los cuidadores para hacerlo tal como los investigadores; y entregar un programa de intervención de recuperación espaciada a las personas a su cuidado (McKittrick y Camp, 1993). Este paso siguiente tan importante en la investigación de la intervención con frecuencia se pasa por alto en la investigación de laboratorio.

Brush y Camp (1998) demostraron que se podía entrenar a los terapeutas de habla-lenguaje para emplear la recuperación espaciada en los pacientes con demencia, la mayoría de los cuales, estaba en cuidados a largo plazo, en sesiones regulares de terapia de lenguaje. Pruebas para recordar las conductas meta durante la recuperación espaciada (como recordar ver un calendario para saber qué actividades se agendaron para ese día y para qué horas del mismo) se presentaron en los recesos naturales en la sesión, entre otras actividades.

Esta serie de estudios demuestra un relevante punto acerca de la investigación gerontológica aplicada: para tener un impacto a gran escala, los profesionales que ponen en práctica las intervenciones deben verlas en términos prácticos. Descubrir que una intervención puede provocar un efecto deseado no es suficiente; los investigadores también deben mostrar que la intervención se puede aplicar dentro del contexto y marco temporal en el que el profesional normalmente proporciona el servicio. Además, ya que la mayoría de los profesionales requiere mantener un carga clínica específica para generar un ingreso adecuado, la intervención debe ser vista como un procedimiento redituable.

Puede parecer extraño hablar acerca del olvido como algo que una persona inteligente querría saber cómo hacer. Desde una perspectiva del procesamiento de información, el olvido es una falla de la memoria, una pérdida del material almacenado o una incapacidad para recuperarlo. Una computadora, a menos que funcione mal, no borra la información de su propia memoria. Pero la mente humana sí puede hacerlo. Una significativa diferencia entre los seres humanos y las computadoras, entonces, es la habilidad para olvidar.

Una forma novedosa de visualizar la memoria es imaginarla como un sistema unificado y dinámico, de síntesis siempre cambiante entre recuerdo y olvido, en el que los dos componentes deben estar en equilibrio (Campo y McKittrick, 1989). La memoria da continuidad y estabilidad; el olvido limpia el camino para la frescura, la creatividad y la innovación (Klass, 1986). Obviamente, la memoria se vuelve disfuncional cuando el olvido domina el recuerdo, como en la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia (Camp y McKittrick, 1989). Pero, ¿y si el recuerdo domina? ¿No sería agradable no olvidar nunca un nombre, una cara, un hecho o una cita? ¿Hay castigos por la incapacidad para olvidar?

El olvido es la válvula de escape de la mente. En un aleccionador cuento del escritor argentino Jorge Luis Borges (1964), un hombre que no podía olvidar termina ahogado en sus recuerdos. Un cocinero de pedidos pequeños de comida rápida que no fuera capaz de olvidar estaría abrumado por órdenes que ya haya cumplido y no sería capaz de recordar las nuevas (W. Epstein, 1977).

Un neuropsicólogo clínico llamó al olvido “un componente esencial de un sistema de memoria, que evita que la mente se confunda con información caduca e inútil” (Kihlstrom, 1983, p. 73). Una mente incapaz de olvidar presentaría una confusión indiscriminada entre lo importante y lo no importante, lo relevante y lo irrelevante. Una persona con tal mente con mucha probabilidad sería terriblemente difícil de tolerar, ya que de forma perpetua divagaría en trivialidades interminables.

Si una persona no pudiera olvidar detalles tendría mayor dificultad de generalización (Camp, 1988; Camp y McKittrick, 1989). Un famoso memorista llamado “S.”, a quien estudió el famoso neuropsicólogo ruso Luria (1968), podía recordar una lista de 50 palabras años después de verlas sólo una vez. ¡Pero tenía problemas para reconocer un rostro! ¿Por qué? Él era capaz de recordar cada expresión volátil pero no podía formar una imagen mental compuesta de la persona. Acaso el eminente filósofo y psicólogo William James (1890) tuvo tal fenómeno en mente cuando expresó hace un siglo: “si recordáramos todo, en algunas ocasiones estaríamos tan enfermos como si no recordáramos nada” (p. 680).

¿Los ancianos pueden olvidar con más o menos facilidad que los jóvenes? Dos estudios no encontraron diferencias significativas por grupo de edad en el *olvido intencional*, la habilidad para olvidar cuando se les instruye a hacerlo (Camp, Markley y Spenser, 1987; Pavur, Comeaux y Zeringue, 1984). Pero mientras los jóvenes y ancianos parecen igualmente capaces para olvidar en el laboratorio, es más probable que los ancianos puedan hacerlo en la vida cotidiana. De hecho, la idea de olvidar como una habilidad por derecho propio puede poner a las “pérdidas” de memoria, usualmente asociadas con el envejecimiento, bajo una luz diferente.

Tal vez la renuencia de los ancianos por usar ciertas estrategias para recordar, aun cuando se les enseñen, es un signo de que aquéllas no son adecuadas para sus nece-

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Trabajas activamente en el olvido de los sucesos desagradables o tu cerebro “limpia la pizarra” de manera relativamente automática?

sidades. Los ancianos pueden cambiar a una estrategia de olvido selectivo de modo que puedan emplear su energía y atención de manera más eficiente para las tareas que importan en su momento de vida. En lugar de intentar recordar detalles específicos, pueden estar más interesados en discernir patrones y principios. Al excluir información no esencial, pueden ser más capaces de encontrar significado en las cosas que consideran relevantes de recordar. Desde una perspectiva de ciclo de vida, el olvido puede ser el precio de un cambio en el desarrollo que permite que la sabiduría surja (Camp, 1988; Camp y McKittrick, 1989).

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

### *Estudio de los sistemas de memoria*

- Los investigadores del procesamiento de información estudian los procesos involucrados en la formación, retención y recuperación de recuerdos, tanto en el laboratorio como en la vida cotidiana.
- Los neurocientíficos investigan y estudian las estructuras cerebrales físicas involucradas en la memoria.

### *Enfoque del procesamiento de información: el software de la memoria*

- Los recuerdos se procesan mediante codificación, almacenamiento y recuperación. Las dificultades en algunos de estos procesos pueden deteriorar la memoria.
- El recuerdo de información recientemente encontrada parece disminuir con la edad. La edad afecta más al recuerdo que al reconocimiento.
- El modelo del procesamiento de información incluye tres sistemas de almacenamiento que interactúan: memoria sensorial, memoria a corto plazo (operativa) y memoria a largo plazo.
- La memoria sensorial prácticamente parece no resultar afectada por la edad.
- La memoria operativa maneja el procesamiento y la recuperación de la información que requieren un esfuerzo adicional.
- La capacidad de la memoria operativa es limitada y parece disminuir con la edad, especialmente para tareas y estrategias complejas. La atención y la motivación pueden afectar su eficiencia.
- Los métodos de codificación de material para almacenamiento a largo plazo incluyen ensayo, organización y elaboración.
- La memoria a largo plazo contiene material tanto declarativo como no declarativo. La mayor parte de la información declarativa se procesa conscientemente y con esfuerzo (explícitamente); la información no declarativa se puede procesar no conscientemente (implícitamente), evitando llegar a la memoria operativa.
- Puesto que los recuerdos individuales se vuelven menos distintivos con la edad, el componente episódico de la memoria declarativa resulta más afectado que el componente semántico.
- La mayoría de las formas de aprendizaje no consciente (aprendizaje motor, algunos tipos de aprendizaje perceptual, el condicionamiento clásico y la imprimación) declina muy poco con la edad.

**codificación (p. 156)**

**almacenamiento (p. 156)**

**recuperación (p. 156)**

**memoria sensorial (p. 159)**

**memoria operativa (p. 159)**

**ensayo (p. 159)**

**ejecutivo central (p. 159)**  
**bucle articulatorio (bucle fonológico)**  
**(p. 159)**  
**dispositivo visual (espacial) (p. 159)**  
**buffer episódico (p. 159)**  
**memoria a corto plazo (p. 159)**  
**memoria a largo plazo (p. 160)**  
**organización (p. 160)**  
**elaboración (p. 160)**  
**retención de dígitos (p. 160)**

**recursos atencionales (p. 161)**  
**memoria declarativa (p. 162)**  
**memoria no declarativa (p. 162)**  
**memoria explícita (p. 162)**  
**memoria implícita (p. 162)**  
**memoria episódica (p. 163)**  
**memoria semántica (p. 163)**  
**condicionamiento clásico (p. 166)**  
**imprimación (p. 167)**

### *Enfoque biológico: hardware de la memoria*

- El hipocampo, bajo la dirección de los lóbulos frontales de la corteza, inicialmente codifica y recupera recuerdos declarativos. Otras estructuras cerebrales parecen controlar varios tipos de aprendizaje no consciente. La recuperación de recuerdos de largo plazo puede ser independiente del hipocampo.

**hipocampo (p. 169)**

**lóbulos frontales (p. 173)**

### *Nuevas direcciones para investigación*

- Hay una tendencia hacia la investigación interdisciplinaria que involucra los enfoques biológico y del procesamiento de información, e incorpora factores ambientales, de estilo de vida y psicosociales.

### *Aspectos de memoria y olvido en la adultez*

- Aunque los ancianos están sujetos a errores de intrusión, algunas de estas intrusiones pueden ser benéficas.
- La estabilidad de la memoria prospectiva depende principalmente de la tarea y de la disponibilidad de pistas o auxiliares externos.
- Las deficiencias en el desarrollo de las estrategias de codificación se pueden remediar mediante entrenamiento, pero los ancianos parecen tener un potencial más limitado para mejorar que los adultos jóvenes.
- La valoración global que los ancianos hacen de su conocimiento del mundo puede ser afectada por estereotipos acerca del envejecimiento. No es claro si o en qué medida la metamemoria está involucrada en las deficiencias de producción.
- Varios métodos mnemónicos, externos o internos y explícitos o implícitos, pueden ayudar a mejorar la memoria en adultos de varias edades y circunstancias.
- Factores de estilo de vida (sueño y nutrición) pueden afectar la memoria.
- La memoria puede concebirse como una síntesis de recuerdo y olvido; si alguno domina, la memoria puede volverse disfuncional.
- El olvido desecha recuerdos innecesarios, evita la congestión mental y permite la generalización. La habilidad para olvidar parece no afectarse con la edad, pero los ancianos pueden tener más probabilidad de olvidar selectivamente en la vida diaria.

**errores de intrusión (p. 176)**  
**memoria prospectiva (p. 177)**  
**deficiencia de producción (p. 179)**  
**reserva de desarrollo (p. 179)**  
**metamemoria (p. 181)**

**Recursos mnemotécnicos (p. 183)**  
**modelo E-I-E-I-O (p. 183)**  
**método de loci (p. 185)**  
**recuperación espaciada (p. 185)**



# Inteligencia y creatividad

## La inteligencia y su medición: el enfoque psicométrico

- ¿Qué es la inteligencia?
- Prueba de inteligencia y calificaciones
- Pruebas de inteligencia y sesgo cultural
- Influencias sobre el desempeño en las pruebas aplicadas a los adultos mayores
- Pruebas psicométricas: una evaluación preliminar

## Desarrollo intelectual en la adultez: conflictos básicos

- ¿La inteligencia es una habilidad o ésta conformada por muchas de ellas?
- ¿La inteligencia aumenta o disminuye durante la adultez?
- ¿Los cambios en la inteligencia varían?
- ¿La inteligencia muestra plasticidad?
- Resumen: inteligencia y edad

## Creatividad

- ¿Qué es la creatividad?
- Creatividad e inteligencia
- Estudio y medición de la creatividad
- Creatividad y edad



## PUNTO DE PARTIDA: AKIRA KUROSAWA

*Pocos obtienen lo mejor de sus mentes. El cuerpo deja de crecer en pocos años; pero la mente, si se le permite, puede seguir desarrollándose casi tanto como dure la vida.*

—John Lubbock, *The Pleasures of Life*

EL DIRECTOR DE CINE JAPONÉS AKIRA KUROSAWA,\* que escribió y dirigió clásicos como la premiada *Rashomon* (1951) y *Los siete samuráis* (1954), fue considerado un genio cinematográfico. Kurosawa, quien quería ser pintor antes de director de cine, usó la pantalla como un lienzo. La inteligencia artística (un infalible sentido de composición, forma, color y textura) se plasma en las escenas dirigidas en sus películas.

Durante sus días de escuela primaria, de acuerdo con un compañero de clase que más tarde se convirtió en su guionista colaborador, él “no tenía el tipo de pequeño genio que simplemente obtiene buenas calificaciones” sino era un líder



© Roger Ressmeyer/Corbis Images

\*Las fuentes de información biográfica acerca de Akira Kurosawa son Goodwin (1994), Kurosawa (1981) y Richie (1965).

natural, una figura “comandante” (Richie, 1965, p. 10). Fue presidente y vocero de su clase. Como adulto joven continuó siendo un líder. Cuando fue asistente del gran director de películas Kajiro Yamamoto, invariablemente conseguía que éste y todos los demás que trabajaban en una producción estuvieran de acuerdo con sus sugerencias.

Cuando Kurosawa estaba a mediados de sus 20 años, fue contratado para trabajar como aprendiz con Yamamoto en el estudio más tarde conocido como Toho. Durante el examen oral, mostró una inusual amplitud y profundidad de conocimiento, y opiniones bien razonadas. En el trabajo, aprendía rápido. Se le asignó la labor de escribir guiones: después de terminar los primeros cada vez se le ocurrían más ideas para crear nuevos. También se dedicó a la edición con igual facilidad. Encontraba soluciones visuales para problemas complejos y experimentó con sonido *dubbing* en las imágenes. “Es completamente creativo”, dijo Yamamoto (Richie, 1965, p. 12).

En su debut como director, con la obra *Sanshiro Sugata* (1943), Kurosawa rompió con la tradición japonesa de tomar prestadas técnicas de construcción de tensión de películas de acción occidentales. Esta película, adaptada de una novela sobre el surgimiento del judo como arte marcial, retrata el desarrollo físico y espiritual de un luchador. Kurosawa, descendiente de guerreros medievales (*samuráis*), escribió el guión cinematográfico de una sentada. Su “innovadora exuberancia, original imaginería y abordaje intuitivo colocó a *Sanshiro* al nivel de otras inspiradas películas de debut” (Goodwin, 1994, p. 43).

“Desde el comienzo”, dice Yamamoto, “Kurosawa estuvo completamente absorto en la separación de la realidad y la ficción. Él [...] continúa trabajando hasta que las cosas quedan justo como las visualiza” (Richie, 1965, p. 13). Para la película *La más bella* (1944), la historia de una mujer que deja su hogar para trabajar en una fábrica durante la guerra, Kurosawa filmó la escena de la línea de pro-

ducción en una fábrica auténtica, donde los actores durmieron y ensayaron sus escenas. En *Barba roja* (1965), su dedicación a los detalles históricos —que incluyó la creación de “manchas por el paso del tiempo” en las tazas de té que nunca serían vistas en pantalla— retardó la filmación durante dos años.

En esa época, Kurosawa, quien había abandonado el estudio Toho en protesta tras una disputa laboral, regresó y formó ahí su propia unidad de producción. Mas tal determinación se vino abajo: Kurosawa culpó al sistema del estudio por reprimir la crítica social y lamentó haber accedido a las demandas en el sentido de limitar su exposición de la corrupción oficial (*Los canallas duermen en paz*, 1960). La censura lo molestaba: algunas de sus películas fueron editadas y otras no se exhibieron nunca. *Los hombres que caminan sobre la cola del tigre*, que trataba sobre una sociedad militar feudal en decadencia, se filmó justo cuando las tropas de ocupación estadounidenses entraban a Japón después de la Segunda Guerra Mundial, pero no se exhibió sino hasta siete años después de que la guerra había finalizado, en 1952.

Cuando la mengua en la asistencia a sus películas ocasionó que los estudios japoneses dejaran de financiar sus trabajos, se deprimió y, en 1971, enfermó e intentó suicidarse. Entonces, atrajo el apoyo de extranjeros, incluido el de los productores y directores estadounidenses Steven Spielberg, George Lucas y Francis Ford Coppola.

Kurosawa fue siempre un agudo observador social y abordó temas como la burocracia de los servicios civiles (*Ikiru*, 1952) y, tiempo después, las amenazas al medio ambiente (*Sueños*, 1990) y los sobrevivientes de la bomba atómica (*Rapsodia en agosto*, 1991). Antes de su muerte en 1998, trabajaba en *Todavía no*, sobre la última fase de la carrera de un escritor. El título, una remembranza del juego infantil de esconder y buscar, refleja su propio rechazo al retiro. En la sexta década de su carrera, “permanec[e] apasionadamente involucrado en [sus] retos creativos” (Goodwin, 1994, p. 56).

LA HISTORIA DE AKIRA KUROSAWA se relaciona con varios temas del presente capítulo. Uno de éstos se refiere a la relación entre inteligencia y creatividad, y su influencia sobre los logros adultos. Un segundo tema tiene que ver con varias clases o aspectos de la inteligencia, por ejemplo, el artístico, el verbal, el práctico y el interpersonal. Un tercer tema es el papel que juega la personalidad, la motivación, la experiencia y el contexto social en el logro intelectual. Un cuarto tema es cómo la edad puede afectar la productividad.

¿La mente de los adultos continúa desarrollándose, aunque sus cuerpos no? ¿Algunas habilidades intelectuales, como pasa con las físicas, comienzan a deteriorarse y declinar? ¿Los adultos desarrollan nuevos tipos de habilidades conforme envejecen? Para responder a tales preguntas, es necesario considerar otras: ¿qué es la inteligencia y la creatividad?, ¿cómo difieren?, ¿cómo pueden medirse? ¿Las personas enormemente creativas (como Kurosawa) también son enormemente inteligentes, y viceversa?, ¿una persona puede ser creativa pero no inteligente, o inteligente pero no creativa? ¿La habilidad para responder preguntas factuales indica que una persona es más inteligente que otra cuya memoria para los hechos no es tan buena? ¿Y qué hay acerca de la habilidad para escribir un ensayo bien argumentado?, ¿para aprovechar una oportunidad?, ¿para establecer una buena relación con las personas?, ¿para enfrentar los contratiempos?

En este capítulo también se hablará sobre la inteligencia y la creatividad a lo largo de la adultez. En el capítulo 7 observarás características especiales del pensamiento maduro, la sabiduría y el razonamiento moral.

## LA INTELIGENCIA Y SU MEDICIÓN: EL ENFOQUE PSICOMÉTRICO

### ¿Qué es inteligencia?

Durante años, los psicólogos han discutido acerca de si la habilidad intelectual es heredada o adquirida. En la actualidad existe un acuerdo general de que ambos factores juegan un papel importante, aunque su influencia relativa puede ser difícil de determinar. Sin embargo, hay otras preguntas básicas sin resolver acerca de qué es la inteligencia y cómo medirla.

En un simposio en 1921, patrocinado por el *Journal of Educational Psychology*, más de una docena de eminentes psicólogos intentaron llegar a un acuerdo sobre una definición de inteligencia pero no pudieron hacerlo (Sattler, 1988). También fracasó un intento ulterior por continuar la discusión iniciada en dicha conferencia (Sternberg y Detterman, 1986).

Aunque es difícil definir qué *es* la inteligencia, existe un acuerdo bastante amplio con respecto a qué *hace*. El **comportamiento inteligente** se *orienta a metas* (conscientes y deliberadas en vez de automáticas o accidentales) y es *adaptativo* (dirigido a identificar y resolver problemas). Cuando a más de mil expertos en psicología, educación, sociología y genética se les pidió clasificar elementos relevantes de comportamiento inteligente, casi todos escogieron tres de trece opciones: razonamiento, capacidad para adquirir conocimiento y habilidad para resolver problemas (Snyderman y Rothman, 1987). Pero incluso tal consenso puede invalidarse cuando se observan los hallazgos producto de la investigación transcultural, pues algunas culturas tienen visiones diferentes acerca de qué es el comportamiento inteligente (véase el recuadro 6.1).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuáles crees que son los tres elementos del comportamiento más relevantes para definir la inteligencia? ¿Por qué?



## ¿El comportamiento inteligente es el mismo en todas las culturas?

¿Cómo responderías a la siguiente pregunta de examen?

En el extremo norte del planeta todos los osos son blancos. Novaya Zemlya se encuentra en el extremo norte. ¿De qué color son ahí los osos? (Luria, 1976.)

La mayoría de los adultos occidentales con escolaridad diría que los osos en Novaya Zemlya son blancos. Pero el psicólogo ruso Alexander Luria, que investigó en áreas rurales de Asia Central, encontró que los campesinos no escolarizados con frecuencia fracasan al responder este tipo de preguntas. Los ancianos en las culturas occidentales que tienen menor grado de escolaridad que los más jóvenes también tienden a dar respuestas equivocadas (Botwinick, 1978; Denney, 1974). ¿Significa esto que los campesinos y los ancianos son incapaces de utilizar un pensamiento lógico? Algunos investigadores han hecho esta inferencia.

Pero un vistazo más cercano a los hallazgos de Luria revela que muchos de los campesinos simplemente *rechazan* intentar resolver el problema acerca de los osos en Novaya Zemlya, dando las siguientes explicaciones, por ejemplo: “debes preguntar a quienes han estado ahí y los han visto” o “no hablemos de lo que no hemos visto”. Un investigador (Scribner, 1979), al analizar los datos de Luria, llamó a tales respuestas evidencia de un “sesgo



© PhotoDisc

*Si todos los osos en el extremo norte son blancos, ¿de qué color son los osos en una provincia particular del extremo norte? La mayoría de los adultos occidentales con escolaridad respondería: “blancos”. Los campesinos no escolarizados de Asia Central rechazan responder la pregunta, no porque no puedan pensar de manera lógica, sino porque no han visto a los osos.*

concreto”, que se corregiría con educación formal; y de hecho Luria después comprobó tal afirmación. Por otra parte, incluso los campesinos no escolarizados algunas veces respondieron la cuestión desde un enfoque más “teórico” y lo hicieron correctamente.

¿Por qué, entonces, el desempeño de los campesinos con frecuencia era distinto al de los adultos occidentales en tareas que implicaban el uso de la lógica formal?

## Pruebas de inteligencia y calificaciones

Dada la dificultad de definir la inteligencia, no sorprende que la pregunta sobre cómo valorarla sea enormemente controversial. En la vida cotidiana, desde luego, las personas frecuentemente hacen juicios informales acerca de la inteligencia. Aseveraciones como “Juan es más inteligente que Felipe” y “Margarita no es muy brillante” implican que la inteligencia es cuantificable, algo que los individuos poseen en mayor o menor cantidad. Y, de hecho, ésta es la suposición básica del **enfoque psicométrico**, que ha dominado el estudio de la inteligencia desde finales del siglo

Es posible encontrar una pista en un estudio realizado con los kpelle (las personas que viven en Liberia central en África). Cuando a los adultos kpelle se les pidió ordenar 20 objetos, lo hacían de manera coherente sobre la base de categorías “funcionales” (esto es, cuchillo con naranja o papa con hoz). Los psicólogos occidentales asocian el ordenamiento funcional con un bajo nivel de pensamiento, pero los kpelle decían que ésta era la forma en la que lo haría “un hombre sabio”. Finalmente, el investigador preguntó: “¿Cómo lo haría uno tonto?” Entonces recibió las categorías de “orden superior” que originalmente esperaba: cuatro conjuntos bien definidos con alimentos en una, herramientas en otra, etcétera (Glick, 1975, p. 636).

Gisela Labouvie-Vief (1985), psicóloga en la Wayne State University, sugiere que las personas con culturas diferentes suelen abordar los problemas de modo distinto con base en su experiencia y conocimientos previos, y su forma de resolver un problema puede ser *correcta* en dicho contexto. Para ilustrar esto, cita otro ejemplo del trabajo de Luria. A tres campesinos en Uzbekistán se les mostraron imágenes de una sierra, un martillo y un hacha. Luego se les presentó la imagen de un tronco y se les preguntó si pertenecía a la misma categoría que las otras tres (herramientas). Dijeron que sí y procedieron a explicar por qué.

*Campesino 1:* hacemos toda suerte de cosas con los troncos: manubrios, puertas y el mango de las herramientas.

*Campesino 2:* decimos que un tronco es una herramienta porque trabaja con herramientas para hacer cosas.

*Experimentador:* pero un hombre dijo que un tronco no es una herramienta pues no puede serruchar o cortar.

*Campesino 3:* sí puede, ¡puede hacer manubrios con él!...

*Experimentador:* menciona todas las herramientas usadas para producir cosas...

*Campesino 1:* tenemos un dicho: mira en los campos y verás herramientas. (Luria, 1976, pp. 94-95.)

Luria observó este intercambio como evidencia de que los campesinos eran incapaces de clasificar. Pero Labouvie-Vief sugiere una interpretación distinta. ¿Y si el investigador y los campesinos simplemente estaban en diferentes longitudes de onda culturales, y mientras aquél intentaba guiarlos de manera forzada hacia la definición “correcta” del concepto *herramientas*, los campesinos burlonamente argumentaban a favor de una definición más flexible?

De igual modo, Labouvie-Vief observa que los ancianos occidentales pueden tener su propia forma de concebir un problema y es más probable que cuestionen la validez de una tarea que los jóvenes, si los motivos de ésta no les quedan claros. Entonces, es necesario tener cuidado al suponer “déficit” intelectuales que en realidad pueden ser simples diferencias en los puntos de vista.

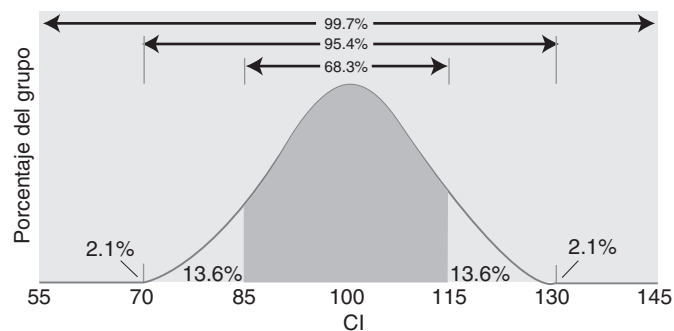
xix. *Psicométrico* literalmente significa “medición de la mente”. Las pruebas psicométricas buscan, entonces, medir la inteligencia a través de preguntas o tareas que sirven como indicadores o predictores del funcionamiento intelectual en áreas como la comprensión verbal, el cálculo matemático y el razonamiento, así como ciertas habilidades de rendimiento no verbal. Las pruebas psicométricas con frecuencia son evaluadas por qué tan bien predicen el comportamiento inteligente, así como el rendimiento escolar. De esta forma, estas pruebas han probado ser indicadores valiosos de habilidades intelectuales. Sin embargo, a veces se les critica por prestar

atención principalmente a productos cognitivos y por su evidente falta de relación con el desempeño cognitivo en la vida diaria (Dixon y Hultsch, 1999).

Las calificaciones de las pruebas de inteligencia se basan en *normas estandarizadas*, estándares derivados de calificaciones de una gran muestra representativa de personas que contestaron el mismo instrumento. Puesto que las primeras pruebas de inteligencia se diseñaron para niños, Alfred Binet (quien, con su colega Theodore Simon, creó la primera prueba, la escala Binet-Simon, en 1905) desarrolló el concepto de *edad mental* para indicar el nivel intelectual de un niño (Binet y Simon, 1905, 1908). Un niño, sin importar su edad cronológica, con una edad mental de 9 es aquel que obtuvo una calificación aproximadamente igual a la del niño promedio de 9 años de edad.

Pero si, por decir, un niño de 8 años y uno de 12 tienen una edad mental de 9, ¿son igualmente inteligentes? Evidentemente no. Para comparar más fácilmente a niños de diferentes edades, William Stern (1911), un psicólogo alemán, acuñó el término de “coeficiente mental”, que, con mayor refinamiento, se convirtió en el **coeficiente intelectual (CI)**. El CI se obtuvo al dividir la edad mental del sujeto entre su edad cronológica y luego multiplicar el resultado por 100 para eliminar el punto decimal. Un CI de 100 significaría que las edades mental y cronológica de un niño son la misma. Un niño de 10 años con un CI de 120 tendría una edad mental de 12. El CI permanece bastante constante a lo largo de la niñez.

Medir la inteligencia de un adulto implica un problema especial. Como regla, los adultos, a diferencia de los niños, no muestran mejoras estables ligadas con la edad en las tareas a valorar. Por tanto, un método para calcular la inteligencia de los adultos precisa técnicas de calificación que no estén relacionadas con la edad mental. La solución a tal problema fue el **CI de desviación**, que ahora se utiliza tanto para niños como para adultos, y se basa en la distribución de calificaciones brutas y la *desviación estándar de la media* (véase la figura 6.1). David Wechsler (1939), quien desarrolló la Escala de Inteligencia Wechsler-Bellevue, asignó un CI de 100 a la calificación media, o promedio, en cada nivel de edad, con CI mayores o menores determinados por su distancia, o desviación estándar, desde la media.



**FIGURA 6.1** El “CI de desviación” se basa en una curva con forma de campana con el CI promedio (100) en su centro. Mientras más lejos se desvíe una puntuación de este promedio, o media, menos personas tendrán dicha calificación. Más de dos tercios de los que realizan la prueba se ubican dentro de 15 puntos en cualquier lado de 100; en otras palabras, entre 85 y 115. Menos de 5 por ciento se encuentra por abajo de 70 o arriba de 130. FUENTE: R. S. Feldman, 1993.

**PENSAMIENTO CRÍTICO**

¿Con qué propósito los investigadores y los psicólogos clínicos que estudian el envejecimiento utilizan los tests de inteligencia? ¿Qué valor tienen éstos para la población adulta en general?

La **Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS)**, como las pruebas Wechsler para niños, tiene subpruebas que proporcionan puntuaciones separadas. Los ítems no están graduados de acuerdo con la edad. El énfasis de la prueba en el desempeño no verbal (identificar la parte perdida de una imagen, copiar un diseño o resolver un laberinto) hace que su tendencia hacia las habilidades verbales sea menor que en algunas otras pruebas psicométricas. Las calificaciones de las 11 subpruebas se combinan para arrojar un CI verbal y un CI de desempeño y, finalmente, un CI total. (La figura 6.2 muestra ejemplos de ítems de la WAIS.) La WAIS ahora es una de las pruebas de inteligencia más utilizadas, y la WAIS-III\* es especialmente relevante

**ESCALA VERBAL**

- Información      ¿En qué continente está el Taj Mahal?
- Comprensión      Explique el significado de este dicho: "Un viaje de 1 000 millas comienza con un solo paso."
- Aritmética      Un par de zapatos que normalmente cuestan 70 dólares se redujeron 20 por ciento. ¿Cuánto cuestan ahora los zapatos?
- Semejanzas      ¿En qué se parecen un radio y un televisor?

**ESCALA DE DESEMPEÑO**

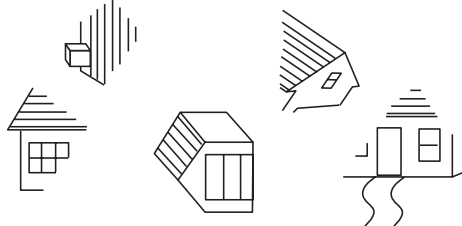
1	2	3	4
<	)	:	~

1	4	2	3	4	3	1	2	3	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Símbolos de dígitos (relacione los símbolos con los números usando la clave).



Compleción de figuras (identifique qué falta).



Ensamble de objetos (junte las piezas).

**FIGURA 6.2** Ejemplos de ítems que se encuentran en las secciones verbal y de desempeño en la *Escala de Inteligencia para Adultos Wechsler, versión revisada (WAIS-R)*. FUENTE: Adaptado de R. S. Feldman, 1993.

\*Nota del RT: Ya se publicó la WAIS-IV.

# ANTHROPOMETRIC LABORATORY

For the measurement in various  
ways of Human Form and Faculty.

*Entered from the Science Collection of the S. Kensington Museum.*

This laboratory is established by Mr. Francis Galton for the following purposes:—

1. For the use of those who desire to be accurately measured in many ways, either to obtain timely warning of remediable faults in development, or to learn their powers.
2. For keeping a methodical register of the principal measurements of each person, of which he may at any future time obtain a copy under reasonable restrictions. His initials and date of birth will be entered in the register, but not his name. The names are indexed in a separate book.
3. For supplying information on the methods, practice, and uses of human measurement.
4. For anthropometric experiment and research, and for obtaining data for statistical discussion.

Charges for making the principal measurements: **THREEPENCE** each, to those who are already on the Register. **FOURPENCE** each, to those who are not:— one page of the Register will thenceforward be assigned to them, and a few extra measurements will be made, chiefly for future identification.

The Superintendent is charged with the control of the laboratory and with determining in each case, which, if any, of the extra measurements may be made, and under what conditions.

PhotoScience Museum, London

*Un pionero en la valoración psicométrica fue Francis Galton, médico inglés del siglo XIX que estableció un laboratorio para medir diferencias individuales en habilidades como el cálculo de pesos y la escucha de sonidos de tono alto. Las mediciones de Galton fueron precursoras de los actuales Pruebas de inteligencia psicométricos.*

ingrediente de la competencia, y no necesariamente el más relevante en una situación particular. Otros factores incluyen la motivación o las metas, la educación y la experiencia de vida.

## Pruebas de inteligencia y sesgo cultural

Aunque no hay duda de que existen distinciones reales en las habilidades intelectuales entre individuos, existen serios cuestionamientos acerca de la precisión con la que las pruebas psicométricas valoran dichas diferencias. Los miembros de ciertos grupos étnicos se desempeñan mejor que otros en las pruebas de inteligencia, por razones que se han debatido acaloradamente. Por ejemplo, existe una diferencia de 15 puntos entre las calificaciones del CI promedio de estadounidenses blancos y los afroamericanos (E. B. Brody y Brody, 1976; Reynolds, 1988). Aunque se argumenta que la causa es principalmente genética (Herrnstein y Murray, 1994; Jensen, 1969), esta brecha en el CI es atribuida más comúnmente a influencias de ingreso, nivel de educación y estimulación ambiental, que pueden afectar la autoestima y la motivación, así como el desempeño académico (Brooks-Gunn *et al.*, 2003; Kamin, 1974, 1981). De hecho, las brechas en las calificaciones obtenidas en las pruebas de CI y desempeño entre estadounidenses afroamericanos y blancos parecen estrecharse conforme las circunstancias y las oportunidades de educación mejoran para los afroamericanos (Neisser *et al.*, 1996).

para evaluar a los adultos (Wechsler, 1997). También se emplea en la valoración del funcionamiento intelectual en poblaciones específicas, como las que sufren enfermedad de Alzheimer (Dixon y Hulstsch, 1999).

Muchas personas creen que la evaluación del CI representa una cifra innata, y por tanto fija, de la inteligencia. Lo que en realidad indica es cuán bien una persona hace cierta tarea en un momento y lugar particulares en comparación con otras personas que realizan la prueba. Por tanto, si las Pruebas de inteligencia llegaran a medir alguna aptitud, lo hacen sólo de manera indirecta. Además, el rendimiento en las tareas evaluadas en las pruebas refleja de manera casi inevitable la información y las habilidades previamente aprendidas. Por tanto, es imposible separar la inteligencia medida del logro, que depende de la memoria, la escolaridad y otras influencias. Por ejemplo, en un estudio de gemelos idénticos criados en diferentes hogares, las diferencias en el CI se relacionaron directamente con el número de años de educación que cada gemelo recibió (Bronfenbrenner, 1979). Más aún, aunque las calificaciones tanto de niños en edad escolar como de adultos tienden a ser bastante estables, algunos individuos muestran cambios marcados, mayor evidencia de que se mide algo más allá que una habilidad innata (Kopp y McCall, 1982). Desde luego, la inteligencia innata (incluso si pudiera medirse de manera directa) sólo es un

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Por qué es casi imposible separar la inteligencia de la cultura?



Algunos críticos atribuyen las diferencias étnicas en el puntaje obtenido en el CI a un **sesgo cultural**:\* una tendencia a incluir preguntas que emplean cierto vocabulario o solicitan información o habilidades más familiares o significativas para algunos grupos culturales que para otros (Sternberg, 1985a, 1987). Estos críticos argumentan que las pruebas de inteligencia se construyen en torno al estilo de pensamiento y lenguaje dominante de las personas blancas con ascendencia europea, lo que pone en desventaja a los niños de las minorías (Health, 1989; Helms, 1992). El sesgo cultural también puede influir en la situación de aplicación de la prueba. Por ejemplo, un niño de una cultura que da relevancia a la sociabilidad y a la cooperación puede estar en desventaja al realizar sólo una prueba (Kottak, 1994). Sin embargo, aunque el sesgo cultural puede jugar un papel importante en el desempeño de algunos niños, los estudios control no han podido demostrar su influencia en las diferencias grupales encontradas en la medición del CI (Neisser *et al.*, 1996).

Las personas que se encargan del desarrollo de las pruebas han intentado crear pruebas **sin sesgo cultural**, es decir, sin contenido cultural relacionado, al imponer tareas que no requieren de un lenguaje, como trazar laberintos, poner las formas correctas en los huecos indicados y completar imágenes. Pero han sido incapaces de eliminar todas las influencias culturales. Los diseñadores de pruebas también encuentran virtualmente imposible producir pruebas **culturalmente justas**, que estén conformadas sólo de experiencias comunes a personas de diversas culturas (Anastasi, 1988; Kottak, 1994; Miller-Jones, 1989; Sternberg, 1985a). De igual manera, también es casi imposible reconocer los valores y actitudes que fomenta la cultura. Como se mencionó en el recuadro 6.1, los kpelle de Liberia habitualmente clasifican los elementos de acuerdo con relaciones funcionales; por ejemplo, *animal* con *comer*. En Estados Unidos, las personas que provienen de familias de clase baja, donde las tareas y roles están menos diferenciados que en las de clase alta, tienden a clasificar más como los kpelle que como los estadounidenses de clase alta (Miller-Jones, 1989). Además, los estadounidenses de grupos socioeconómicos más bajos suelen valorar la memoria rutinaria, mientras que las personas de clases media y alta valoran el razonamiento (Sternberg, 1985a, 1986; Sternberg, citado por Quinby, 1985). Las personas de culturas no industrializadas, que ponen menos énfasis en la rapidez y la competencia que la cultura estadounidense, pueden encontrarse en desventaja en la resolución de las pruebas cronometradas (Kottak, 1994); tal como ocurre, por diferentes motivos, con los ancianos.

## Influencias sobre el desempeño en las pruebas aplicadas a adultos mayores

Todas las personas han tenido la experiencia de hacer la misma tarea mejor en una época que en otra. Aspectos como salud, comodidad, energía, ansiedad, motivación, hábitos de estudio y habilidad para responder las pruebas pueden afectar las calificaciones. Algunas de estas influencias se acentúan conforme los adultos envejecen. Algunos factores físicos y psicológicos que se relacionan con las calificaciones más bajas de los ancianos pueden conducir a subestimar su habilidad intelectual. Su rendimiento puede mejorar al intentar controlar o modificar algunas de estas condiciones:

- *Salud física.* Una habilidad mental alta se asocia con altos niveles de educación, estatus ocupacional e ingreso. Los adultos con estas ventajas con fre-

### PENSAMIENTO CRÍTICO

Al juzgar desde tu experiencia durante periodos de estrés o de enfermedad, ¿qué factores pueden influir en el desempeño de los ancianos al contestar pruebas?

\*A menos que se indique lo contrario, esta discusión se basa en Papalia, Olds y Feldman (2004).



© National Archives

*La educación puede afectar los resultados en las pruebas de inteligencia. Durante la Primera Guerra Mundial, cuando los soldados fueron evaluados, los hombres blancos del sur se desempeñaron mejor que los varones afroamericanos del sur, quienes asistían a escuelas segregadas de baja calidad académica. Pero los soldados afroamericanos que asistieron a escuelas integradas del norte obtuvieron calificaciones más altas, en promedio, que los soldados blancos de algunos estados sureños. Mientras más tiempo los soldados afroamericanos habían vivido en ciudades del norte, más altas eran sus calificaciones (Kottak, 1994).*

cuencia también tienen acceso a mejores servicios de salud y a tener los recursos financieros para pagarla (Schaie y Willis, 1996). Los estudios longitudinales Seattle y Duke, entre otros, reportaron que los adultos que se desempeñaban mejor en las pruebas de inteligencia tenían buena condición física y descansaban bien. Presentaban pocos indicadores de problemas neurofisiológicos y una incidencia relativamente baja de problemas cardiovasculares, que pueden restringir el flujo sanguíneo al cerebro (Palmore, Burchett, Fillenbaum, George y Wallman, 1985; Schaie, 1990; Schaie y Willis, 1996).

- *Visión y audición.* Los ancianos pueden presentar problemas para entender las instrucciones de la prueba y realizar las tareas.
- *Rapidez, coordinación y movilidad.* Los límites de tiempo en la mayoría de las pruebas de inteligencia resultan particularmente estresantes para los ancianos. Puesto que tanto los procesos físicos como los psicológicos, incluidas las habilidades perceptuales (Schaie, 1994), tienden a lentificarse con la edad, los ancianos se desempeñan mejor cuando se les permite tomar tanto tiempo como necesiten (Hertzog, 1989; Horn y Cattell, 1966; Schaie y Hertzog, 1983). Si, como algunos psicólogos afirman, es equivocado equiparar a la in-

teligencia con la rapidez (Sternberg, 1985a, 1987), entonces cronometrar una prueba puede arrojar datos imprecisos y mostrar a los ancianos como menos inteligentes que los más jóvenes. Sin embargo, otros psicólogos argumentan que, dado que la rapidez es una función del sistema nervioso central, ésta representa un verdadero indicador del funcionamiento intelectual. Y algunos estudios sugieren que, aun cuando las pruebas no estén cronometradas, los ancianos no lo hacen tan bien como los más jóvenes (Botwinick, 1984).

- *Actitudes hacia una situación de prueba.* La ansiedad al examen es común entre los ancianos, particularmente si no se encuentran familiarizados con la situación de prueba y no han contestado pruebas desde hace mucho tiempo. Carecen de confianza en su habilidad para resolver los problemas de la prueba y la expectativa de que se desempeñarán pobremente puede convertirse en una profecía autosugestiva. El temor a un fallo de memoria puede hacerlos saltarse preguntas cuando no estén seguros de saber las respuestas (Cavanaugh y Morton, 1989). O pueden carecer de motivación: hacerlo bien puede no significar mucho para ellos a menos que, por ejemplo, realicen una prueba para aplicar para un empleo o algún otro propósito importante.

## Pruebas psicométricas: una evaluación preliminar

Las pruebas psicométricas tienen una historia larga y útil. Aunque algunas o todas las objeciones de los críticos deban ser tomadas en cuenta, deben encontrarse métodos adecuados, que se aproximen a la complejidad de sus debilidades para sustituirlas. Además, las pruebas de inteligencia individuales, que son las más frecuentemente utilizadas con los adultos, pueden arrojar mucha información útil que es más relevante que un número que representa una sola habilidad. En efecto, existen entrevistas clínicas que pueden revelar una gran cantidad de información acerca de cómo una persona maneja el estrés, el fracaso y el éxito, así como muchos otros aspectos de personalidad e historia personal. Los reportes de las pruebas que arrojan un CI administradas por los psicólogos por lo general incluyen descripciones de la apariencia física, el nivel de ansiedad, la motivación, el estatus socioeconómico, los antecedentes educativos y ocupacionales, la historia familiar, las razones para aplicar el test y otros datos valiosos.

Es necesario estar consciente de las limitaciones de las pruebas psicométricas en los adultos. Los tests han probado ser razonablemente efectivos en el propósito para el que originalmente se diseñaron: la predicción de éxito académico. Dan mediciones bastante precisas de habilidades verbales y matemáticas, y son predictores muy confiables del desempeño en empleos que requieren las habilidades específicas que miden. Pero las pruebas psicométricas, tal y como se diseñan y utilizan en la actualidad, pueden pintar una imagen excesivamente descolorida de las habilidades cognitivas en los ancianos. Más aún, la imagen puede ser incompleta y las pruebas pasar por alto ciertas habilidades, en particular aquellas que pueden surgir o volverse más importantes en los años adultos.

Ahora que ya hemos revisado algunos de los conflictos básicos concernientes al desarrollo intelectual en la adultez (que también se estudiarán en el capítulo 7, conforme nos enfoquemos en los posibles cambios cualitativos en el funcionamiento intelectual) continuaremos estudiando si la aplicación de las pruebas psicométricas de inteligencia es o no adecuada en los adultos.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Estas de acuerdo con el hecho de que las pruebas psicométricas proporcionen descripciones valiosas de las habilidades de un anciano? ¿Qué actividades futuras sugerirías incluir en el desarrollo de pruebas estandarizadas?

## DESARROLLO INTELECTUAL EN LA ADULTEZ: CONFLICTOS BÁSICOS

Cuatro conflictos básicos concernientes a la naturaleza de la inteligencia son fundamentales en el estudio del desarrollo intelectual durante la adultez (Dittman-Kohli y Baltes, 1990) y en el enfoque de desarrollo del ciclo de vida (Baltes, 1987). ¿La inteligencia es una habilidad o está conformada por muchas de ellas? ¿Se continúa desarrollando o se deteriora, o ambos? ¿Estos cambios varían entre los individuos? ¿La inteligencia puede mejorarse?

### ¿La inteligencia es una habilidad o está conformada por muchas de ellas?

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Si un anciano continúa viviendo una vida independiente y satisfactoria, ¿son representativos los descensos en el desempeño en las pruebas de inteligencia? ¿Por qué?

Durante más de un siglo se ha debatido si la inteligencia consiste en una sola o en múltiples habilidades. Tal pregunta no es simplemente académica o semántica: la respuesta puede afectar lo que se busca medir cuando se diseñan pruebas que se puedan usar para decidir quién obtiene qué oportunidades educativas y laborales (véase el recuadro 6.2 en la p. 204). Las pruebas que producen un solo CI devienen en una visión unitaria de la inteligencia; los tests que generan calificaciones en varias categorías, como razonamiento abstracto y resolución de problemas prácticos, reflejan una visión multidimensional. También existe un desacuerdo acerca de cuán estrechamente relacionadas se encuentran estas habilidades. Obviamente, un solo CI de, por decir, 110, brinda un panorama muy diferente al de calificaciones separadas, por ejemplo, 90 para habilidades verbales y 130 para las no verbales.

El conflicto es particularmente relevante para el estudio del desarrollo adulto y el envejecimiento. Una visión multidimensional de la inteligencia posibilita avances y retrocesos simultáneos, mientras que una unitaria no lo hace. A medida que las pruebas individuales y las grupales se han mejorado, sus diseñadores han dejado de dar tanta importancia a la inteligencia general y han comenzado a enfatizar distinciones más complejas entre varios tipos de habilidades, además de buscar adaptar las pruebas a necesidades especiales (Anastasi y Urbina, 1997; Daniel, 1997).

#### ANÁLISIS FACTORIAL: LA BÚSQUEDA DE CONFIRMACIÓN ESTADÍSTICA

Desde finales de la década de 1920, a partir del trabajo de Charles E. Spearman (1863-1945), los investigadores psicométricos utilizan un método llamado **análisis factorial** para intentar determinar estadísticamente cuál de estas dos visiones es la correcta. Por medio del análisis factorial se busca identificar factores subyacentes comunes a un conjunto de pruebas en las que las mismas personas obtengan las mismas calificaciones. Por ejemplo, si los adultos con altas calificaciones en pruebas de lectura también obtienen altas calificaciones en pruebas de vocabulario, esta correlación puede sugerir una habilidad verbal subyacente. El problema con el análisis factorial es que puede ser muy subjetivo. El punto de vista del investigador puede afectar la selección de datos, procedimientos estadísticos y designación de factores. Como resultado, el análisis factorial ha proporcionado argumentos para ambos bandos en la batalla por ver si la inteligencia es general o especializada.

Spearman (1927) propuso que un factor general (*g*) subyace a los factores específicos (*s*) medidos para varios tipos de pruebas que requieren de un complejo esfuerzo mental (como razonamiento matemático, comprensión verbal y comproba-

ción de hipótesis). Por otra parte, Louis L. Thurstone (1938), quien desarrolló la Prueba de Habilidades Mentales Primarias, sostuvo que la inteligencia está formada por un grupo de ocho habilidades “primarias”, cada una más o menos independiente de las otras: por ejemplo, comprensión verbal, razonamiento inductivo y deductivo, rapidez perceptual y memoria rutinaria. Sin embargo, un análisis posterior mostró que dichos factores no eran tan independientes como Thurstone pensó inicialmente. Joy Guilford (1956, 1959, 1967, 1982) construyó un complejo modelo de la “estructura del intelecto”, con 150 factores de pensamiento entrecruzados.

El debate continúa en la actualidad (recuadro 6.2). Dos analistas (Kranzler y Jensen, 1991a, 1991) afirman que  $g$  es el producto de al menos cuatro procesos subyacentes independientes; otro investigador (Carroll, 1991a, 1991b), al aplicar un método de análisis diferente a los mismos datos, afirmó que los resultados respaldan más adecuadamente una  $g$  unitaria. Debido a sus variados procedimientos y reglas estadísticas, el análisis factorial puede corroborar algunas interpretaciones posibles.

Dos pensadores contemporáneos, Robert Sternberg, psicólogo en la Universidad de Yale, y Howard Gardner, neuropsicólogo e investigador en el área educativa de la Universidad de Harvard, son líderes de una creciente tendencia que considera la inteligencia como multidimensional. Ambos afirman que las pruebas psicométricas tradicionales fracasan para medir importantes habilidades intelectuales; y los dos han propuesto teorías y realizan investigación dirigida al desarrollo de métodos de evaluación más extensos e integrales.

#### TEORÍA TRIÁRQUICA DE STERNBERG: TRES ASPECTOS DE LA INTELIGENCIA

Alix, Bárbara y Courtney se postularon para programas de posgrado en Yale. En el proceso de selección, Alix consiguió un promedio de 10 y un puntaje muy alto en el Graduate Record Examination (GRE) y obtuvo excelentes recomendaciones. Las calificaciones de Bárbara fueron sólo buenas y su puntaje en el GRE fue bajo para los altos estándares de la universidad, pero sus cartas de recomendación elogiaban con entusiasmo sus sobresalientes y creativos proyectos de investigación. Las calificaciones de Courtney, puntaje en el GRE y recomendaciones fueron buenos pero no entre los mejores.

Alix y Courtney fueron admitidas en el programa de posgrado. Bárbara no, pero la contrataron como investigadora asociada y tomó clases de posgrado por su parte. Alix se desempeñó muy bien durante el primer año aproximadamente, pero su desempeño comenzó a bajar. Bárbara fue cofundadora del comité de admisiones debido a que realizó un notable trabajo, tal como predijeron sus cartas de recomendación. El desempeño de Courtney en la escuela de graduados resultó sólo adecuado, pero fue la que tuvo más facilidad para conseguir un empleo después de los estudios (Trotter, 1986).

¿Cómo pueden explicarse estos resultados? Robert Sternberg (1997, 2003a) define la inteligencia como un grupo de habilidades intelectuales necesarias para que las personas se adapten a cualquier contexto ambiental, así como para seleccionar y dar forma a los contextos en los que viven y se desarrollan. De acuerdo con Sternberg (1985a, 1987, 1997), Bárbara y Courtney tenían fortalecidos dos aspectos de la inteligencia que las pruebas psicométricas no toman en consideración: la perspicacia creativa y la inteligencia práctica. A diferencia de los investigadores psicométricos tradicionales, Sternberg está menos interesado en la estructura de la mente que en los procesos que subyacen al comportamiento inteligente. Su *teoría triárquica de*



## ¿Las pruebas de inteligencia constituyen el mejor método para predecir el desempeño laboral?

En la actualidad, el uso de pruebas para reclutar personal se ha vuelto un procedimiento común. ¿Pero el mismo tipo de prueba puede predecir con precisión el éxito en tipos de trabajo tan variados como colocar ladrillos y procesar datos (informática)?

Dos texanos, Malcolm James Ree, psicólogo en St. Mary's University, y James A. Earles, matemático en San Antonio, contestan afirmativamente a la pregunta anterior. Ree y Earles (1992) provocaron controversia con su afirmación de que las pruebas de inteligencia general (*g*, como la llaman los investigadores) son los mejores predictores del desempeño para cualquier tipo de empleo, ya que las medidas de aptitudes específicas (verbal, cuantitativa, espacial o mecánica) no son muy representativas. La afirmación se basó en una revisión estadística de algunos estudios de gran escala, muchos realizados en las fuerzas armadas.

El artículo, publicado en *Current Directions in Psychological Science*, una revista de la American Psychological Society, causó tanta polémica que se dedicó una sección especial para la materia. En un artículo que refuta las ideas anteriores titulado "The *g*-ocentric View of Intelligence and Job Performance is Wrong" (El punto de vista *g*-océntrico de la inte-

ligencia y el rendimiento laboral es erróneo), Robert Sternberg (cuya teoría multifactorial de la inteligencia se aborda en este capítulo) y su colega Richard K. Wagner compararon la idea de que todas las habilidades giraban en torno a la inteligencia general con la desacreditada creencia de que la Tierra es el centro del Universo. Sternberg y Wagner (1993) argumentaban que las pruebas de inteligencia predicen el rendimiento laboral con menos confiabilidad que el desempeño escolar porque la resolución de los problemas de la vida real y los académicos requieren diferentes tipos de inteligencia. Los problemas académicos, a diferencia de los de la vida real, son muy específicos, tienen una respuesta correcta y un método para obtenerla, y ofrecen toda la información necesaria a quienes los resuelven.

Otros investigadores ponderan ambas posturas. Jensen (1993) argumentó que *g* no está limitado a la inteligencia académica y que, aunque *hay* una variación considerable entre el desempeño laboral real y lo que predicen las pruebas, es más probable que ciertos factores como la personalidad, la motivación, los intereses y los valores expliquen la diferencia a que lo hagan determinadas habilidades. McClelland (1993), por otra parte, criticó la omisión de factores como el género, la raza, la educa-

*la inteligencia abraza tres elementos de procesamiento de información que son útiles en diferentes tipos de situaciones:*

1. **Elemento componencial:** *cuán eficientemente la gente procesa información.* Éste es el aspecto *analítico* de la inteligencia. Hace referencia a cómo las personas resuelven, monitorean las soluciones y evalúan los resultados de los problemas. Alix tenía fortalecida esta área; era buena en las pruebas de inteligencia y para encontrar las fallas en los argumentos.
2. **Elemento experiencial:** *cómo las personas abordan tareas novedosas o familiares.* Éste es el aspecto *intuitivo* de la inteligencia. Permite a las personas comparar nueva información con lo que ya saben y encontrar nuevas formas de poner juntos hechos e ideas; en otras palabras, pensar originalmente. El

ción y la clase social: “Ser blanco, varón, con un elevado grado de escolaridad y de una clase social aventajada son con frecuencia condiciones que se correlacionan con un mejor desempeño laboral, en particular si son medidas a través de las clasificaciones de un supervisor. Cualquiera de estas correlaciones [...] puede predecir el desempeño laboral mejor que la inteligencia” (p. 6). Los autores del artículo original, al replicar a sus críticos (Ree y Earles, 1993), señalaron relaciones bien documentadas entre *g* y otras calificaciones laborales, como motivación, liderazgo y habilidades sociales y, además, afirmaron que era probable que una persona seleccionada por su inteligencia general mostrara también estas otras características.

El acalorado intercambio no prestó atención a un aspecto problemático de la modesta relación entre calificaciones de prueba y desempeño laboral. Los hombres blancos recomendados para empleos sobre la base de pruebas utilizadas por agencias de empleo estatales tendieron a desempeñarse menos eficientemente después de ser contratados, a pesar de lo que predecían sus calificaciones, mientras que los afroamericanos se desempeñaban mejor en el empleo que en sus pruebas. Esta situación condujo a la controvertida práctica, más tarde declarada ilegal, de la “norma racial”, que clasificaba las calificaciones dentro de categorías raciales para evitar la pérdida de candidatos capaces representantes de una minoría. También condujo a solicitar la revisión de las pruebas para eliminar sesgos culturales,

y a recomendar a los empleadores dar menor importancia a los tests durante el proceso de contratación. Ree y Earles (1992) reconocieron tal problema y sugirieron la sustitución de pruebas “libres de contenido” diseñados para medir *g* mediante indicadores cognitivos básicos como rapidez en el procesamiento de información; pero hay una discusión sobre si tales pruebas podrían relacionarse de manera legítima con el desempeño laboral.

Para evaluar los hallazgos acerca del desempeño laboral debe determinarse qué es lo que miden. Si los hallazgos se refieren al nivel ocupacional —Ree y Earles (1992) utilizaron como indicador de desempeño laboral la complejidad de un empleo—, difícilmente sorprendería que un ingeniero tenga un CI más alto que un leñador; ¿pero un ingeniero mediocre es un mejor trabajador que un leñador competente e industrial? ¿De qué manera el hallazgo de que los ingenieros tengan (y presumiblemente necesiten) una inteligencia medida más alta que los leñadores da sustento a la conclusión de que las pruebas de inteligencia sirven para seleccionar a los mejores trabajadores en *cualquier* campo?

Se necesita una mayor cantidad de conocimiento y estudio para abordar el problema sobre la relevancia que debe darse a la inteligencia (medida) en las decisiones laborales y qué otros factores, si existen, se deben tomar en consideración para realizar predicciones sobre el desempeño más confiables para los empleadores y más justas para los candidatos.

desempeño automático de las operaciones familiares (como el reconocimiento de palabras) facilita la comprensión, porque deja a la mente libre para abordar tareas no familiares (como decodificar nuevas palabras). Bárbara era fuerte en esta área.

3. **Elemento contextual:** *cómo las personas lidian con su entorno.* Éste es el aspecto *práctico* de la inteligencia. Es la habilidad para valorar una situación y decidir qué hacer: adaptarla, cambiarla o encontrar un nuevo escenario más cómodo. Courtney era fuerte en esta área.

La teoría de Sternberg es de especial interés para los estudiantes del desarrollo adulto, porque se enfoca en aspectos de la inteligencia que pueden ser cada vez más valiosos en la vida adulta.

En el ejemplo, la habilidad componencial de Alix le ayudó a navegar a través de los exámenes del colegio. Pero en la escuela de graduados, donde se espera un pensamiento original, la inteligencia experiencial superior de Bárbara, sus juicios frescos y sus innovadoras ideas, comenzaron a brillar. Courtney era la más fuerte en la inteligencia contextual práctica: “sabiduría callejera”. Ella conocía su entorno. Elegía temas de investigación “controversiales”, enviaba artículos a las revistas “adecuadas” y sabía dónde y cómo postularse para empleos.

Un componente principal de la inteligencia contextual, o práctica, es el **conocimiento tácito**: “influencias internas” o “erudición”, que no se enseña de manera formal o se expresa abiertamente. Se aprende a través de la experiencia y se modifica para adaptarse en el entorno actual. Alcanzar promociones en una carrera profesional, por ejemplo, con frecuencia depende del conocimiento tácito (saber cómo ganar una promoción o dar un trato privilegiado). El método de Sternberg para valorar el conocimiento tácito es comparar el plan de acción elegido por una persona en situaciones hipotéticas relacionadas con el trabajo, con las elecciones de expertos en el campo y con “reglas empíricas” aceptadas. El conocimiento tácito, medido de esta forma, parece no estar relacionado con el CI y predice el desempeño laboral moderadamente bien (Sternberg, 2003b; Sternberg y Wagner, 1993; Wagner y Sternberg, 1986). Se necesita más investigación para determinar cómo y cuándo se adquiere el conocimiento tácito, por qué algunas personas lo obtienen más eficientemente que otras y si se puede enseñar de manera directa o se aprende mejor al observar mentores.

#### TEORÍA DE GARDNER: INTELIGENCIAS MÚLTIPLES

Cuando era niño, Brian sufrió un accidente automovilístico que le ocasionó daños graves en el hemisferio izquierdo del cerebro. No puede hablar y parece no entender cuando le hablan. Sin embargo, puede dibujar, cantar y componer música. ¿Cómo es posible explicar un caso como el de Brian? ¿Y qué hay de Loretta, una talentosa abogada que tiene problemas para imaginar cómo meter el equipaje en el maletero de un automóvil?

Howard Gardner alguna vez creyó que la inteligencia es una sola cualidad que puede medirse por medio de pruebas escritas; pero casos como éstos lo convencieron de que la inteligencia es múltiple (Gardner, 1983). Identificó siete “inteligencias” o talentos autónomos, que permiten a las personas resolver problemas y trabajar en varios contextos: *lingüística* (escritores, editores, traductores), *lógico-matemática* (científicos, gente de negocios, médicos), *musical* (músicos, compositores, directores de orquesta), *espacial* (arquitectos, mecánicos, planificadores de ciudades), *corporal-cinestésica* (bailarines, atletas, cirujanos), *interpersonal* (profesores, actores, políticos) e *intrapersonal* (consejeros, psiquiatras, líderes espirituales). Gardner agregó una octava inteligencia, *inteligencia naturalista*, a su lista original (Gardner, 1999).

Una inteligencia alta en una de estas ocho áreas no necesariamente está acompañada de inteligencia elevada en alguna de las otras. Una persona puede ser extremadamente talentosa en arte (una habilidad espacial), precisión de movimiento (corporal-cinestésica), relaciones sociales (interpersonal) o autocomprensión (intrapersonal), pero no tener un CI elevado. De hecho, sólo algunas de las “inteligencias” (lingüística, lógico-matemática y, en cierta medida, espacial) se miden en las pruebas de inteligencia convencionales. Pero, alguien que es bueno para analizar párrafos y

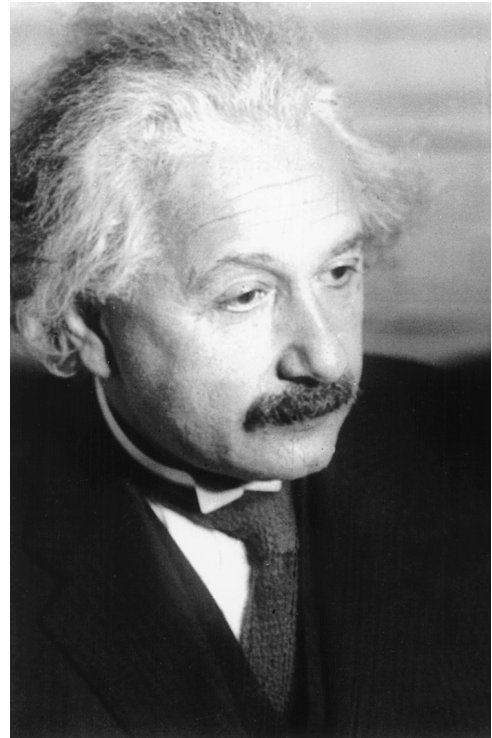


hacer analogías, ¿necesariamente es más inteligente que otro que tiene un oído musical, o alguien que puede organizar un clóset o un proyecto de grupo, u otro que puede lanzar una bola curva en el momento correcto?

De acuerdo con Gardner, la investigación del cerebro apoya fuertemente la existencia de las inteligencias múltiples, pues al parecer diferentes partes del cerebro procesan distintos tipos de información. Por tanto, es probable que el científico Albert Einstein, el poeta T. S. Elliot y el chelista Pablo Casals hayan sido igualmente inteligentes, cada uno en una área diferente (Kirschenbaum, 1990).

Los talentos, dice Gardner, se desarrollan en “competencias” mediante entrenamiento y práctica, y con frecuencia se revelan ellos mismos en un “momento cristalizado” en el que una persona descubre una habilidad insospechada. El ambiente juega un importante papel en tal proceso. Las personas tienden a desarrollar habilidades que sus familias y cultura valoran y alientan. Es improbable que una persona que no escucha música, por ejemplo, desarrolle aptitudes en dicho campo.

Las ideas de Gardner muestran la estrecha relación del conflicto de la inteligencia unitaria y la multidimensional con las otras tres cuestiones que se discutirán a continuación: crecimiento frente a declive, variabilidad individual y plasticidad. De acuerdo con Gardner, las inteligencias múltiples se desarrollan y cambian a lo largo del ciclo de vida, con frecuencia a diferentes ritmos. Por ejemplo, la habilidad lógico-matemática tiende a desarrollarse más temprano y a declinar más rápidamente que la habilidad interpersonal. Pero estos patrones varían de una persona a otra, y más aún, pueden ser modificables. Más que tratar de medir la habilidad innata, Gardner juzgaría cada inteligencia por sus productos (aptitudes): qué tan bien una persona puede contar una historia, recordar una melodía o recorrer un área no familiar. Las valoraciones con base en observación extensa son utilizadas para revelar las fortalezas y debilidades de un individuo, mismas que sirven como guía para medir el desarrollo ulterior, en vez de basarse en la comparación entre individuos (Scherer, 1985; Gardner, 1999). Los defensores de las pruebas psicométricas objetan tales valoraciones no cuantificadas como demasiado subjetivas y muy proclives a sesgos del observador (Sattler, 1988).



© AP/Wide World Photos

*El físico Albert Einstein tuvo un tipo de inteligencia diferente a la de un poeta o músico igualmente capaces que él, como lo plantea la teoría de inteligencias múltiples de Howard Gardner.*

## ¿La inteligencia aumenta o disminuye durante la adultez?

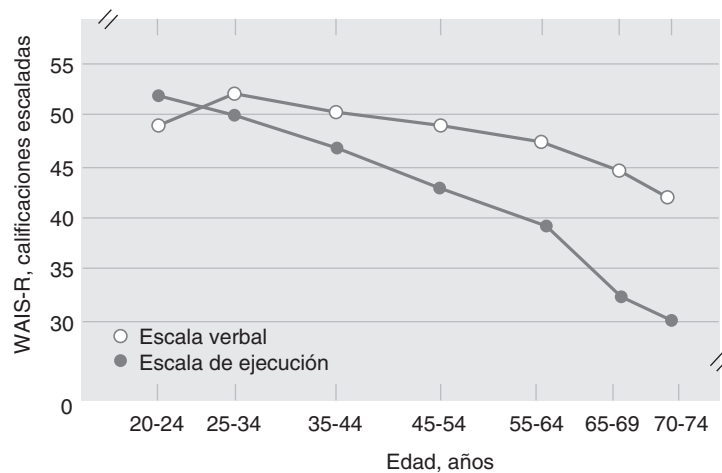
¿La inteligencia (como la fuerza física) alcanza su cima en la adultez temprana o media y luego disminuye? Durante los años setenta, esta pregunta se convirtió en un gran conflicto entre los psicólogos. Por un lado estaban quienes desafiaban el “mito” del deterioro intelectual general en la vida tardía (Baltes y Schaie, 1974, 1976; Schaie, 2001; Schaie y Baltes, 1977). Por el otro, se encontraban aquellos que descartaban esta visión más positiva como demasiado ingenua (Horn y Donaldson, 1976, 1977; McArdle, Prescott, Hamagami y Horn, 1998). Sin embargo, los hallaz-

gos de estos dos grupos de investigadores no eran verdaderamente contradictorios. Sus diferencias se encuentran principalmente en el énfasis y la interpretación que le han dado a sus hallazgos, y sin embargo, sus posiciones se han aproximado con el tiempo. Cada vez es más claro, al examinar los resultados de las pruebas de inteligencia realizadas por adultos de varias edades, que, mientras que algunas habilidades pueden disminuir, otras permanecen estables o incluso mejoran a lo largo de la mayor parte de la vida adulta.

### CI ADULTO: EL PATRÓN CLÁSICO

Los ancianos, como grupo, no se desempeñan tan bien como los adultos más jóvenes en la Escala de Inteligencia Adulta Wechsler (WAIS). Pero, cuando se observan las calificaciones en las subpruebas que componen la WAIS, se descubre fácilmente que el descenso ocurre casi por completo en el desempeño no verbal. En las cinco subpruebas que conforman la escala de ejecución, las calificaciones declinan con la edad; sin embargo, en las seis pruebas que constituyen la escala verbal (en particular las pruebas de vocabulario, información y comprensión) las calificaciones descienden sólo ligeramente y de manera muy gradual (véase la figura 6.3). A esto se le denomina **patrón de envejecimiento clásico** (Botwinick, 1984).

¿Qué puede explicar este patrón? Por una razón, los ítems verbales que se sostienen con la edad se basan en conocimiento directo; a diferencia de las pruebas de ejecución, que no requieren que el examinado imagine o haga algo nuevo (Schonfield y Robertson, 1968; según cita Botwinick, 1984). Además del procesamiento de nueva información, las tareas de ejecución involucran rapidez y habilidades perceptuales y motoras. Los hallazgos relacionados con la diferencia de edad con respecto al desempeño en este tipo de tareas se atribuye a lentificación muscular y neurológica (Storandt, 1976).



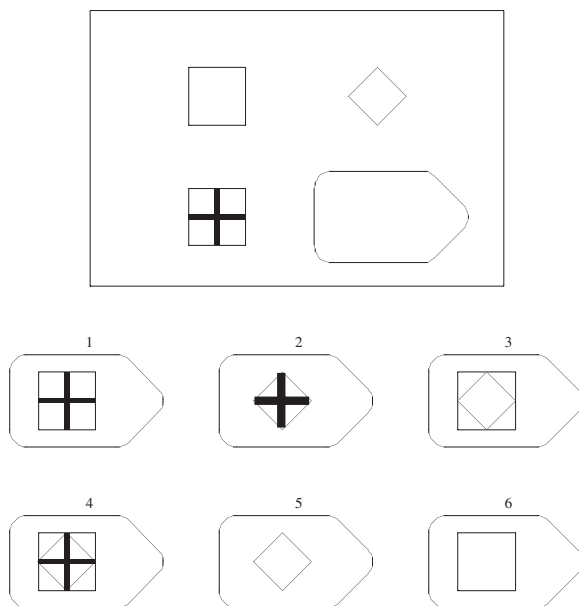
**FIGURA 6.3** Patrón de envejecimiento clásico de la Escala de Inteligencia Adulta Wechsler (WAIS-R). Las calificaciones en las subpruebas de desempeño o ejecución declinan mucho más rápido en relación con la edad que las calificaciones en las subpruebas verbales. FUENTE: Botwinick, 1984.

## INTELIGENCIA FLUIDA Y CRISTALIZADA: BIOLOGÍA FRENTE A CULTURA

Otra importante línea de investigación que encontró una divergencia entre dos tipos de habilidades es la de John L. Horn (1967, 1968, 1970, 1982a, 1982b) y Raymond B. Cattell (1965). Con base en varias pruebas, estos investigadores proponen una distinción entre la *inteligencia fluida* y la *inteligencia cristalizada*: entre la forma de inteligencia determinada en su mayor parte por factores genéticos y fisiológicos (principalmente el estado del cerebro y el sistema nervioso), que declina con la edad, y la forma de inteligencia afectada en especial por la experiencia cultural, que se sostiene o incluso mejora.

La **inteligencia fluida** es la capacidad para procesar información novedosa (por ejemplo, seguir instrucciones en diagramas para modelar un cisne doblando una hoja de papel). Es la habilidad para aplicar facultades intelectuales a situaciones que requieran poco o ningún conocimiento previo (J. L. Horn, 1982a, 1982b). Este tipo de inteligencia se basa en la percepción de relaciones complejas, implicaciones e inferencias. Es única en un individuo y básicamente no recibe influencia del conocimiento previo. Los psicólogos miden la inteligencia fluida por medio de pruebas como las matrices progresivas de Raven, que incluyen tareas como seleccionar el patrón que completa más adecuadamente una serie más amplia (véase la figura 6.4).

La **inteligencia cristalizada** es la habilidad para aplicar la información y experiencia aprendidas, es decir, el conocimiento adquirido a lo largo de la vida. Depende de la educación y los antecedentes culturales y, desde luego, de la memoria. Los adultos muestran inteligencia cristalizada en una gran variedad de situaciones que requieren



**FIGURA 6.4** Ítem simulado semejante a los que se encuentran en las Matrices Progresivas de Raven.

FUENTE: Copyright 1994 por Harcourt Assessment, Inc. Reproducido con permiso. Todos los derechos reservados.

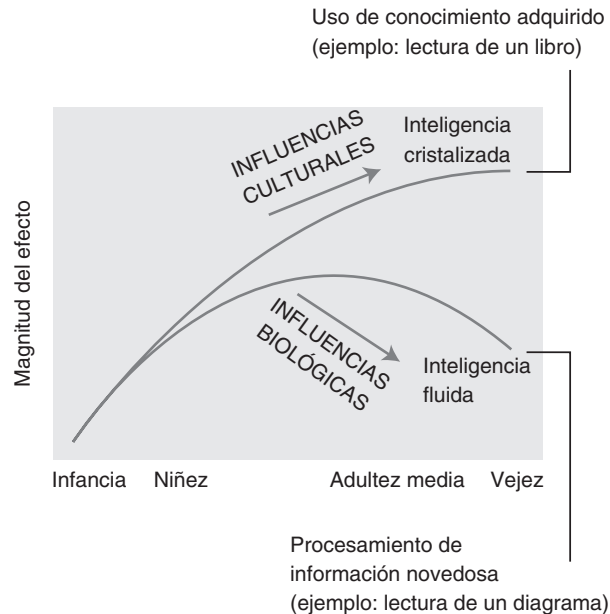
habilidades basadas en la memoria semántica (véase el capítulo 5), como comprensión de lenguaje, razonamiento matemático y aplicación de conocimiento de hechos, costumbres sociales y valores (J. L. Horn, 1982a, 1982b). La inteligencia cristalizada depende del procesamiento de información automático bien aprendido, especialmente en tareas complejas como leer, que requiere de muchas operaciones intelectuales. Los psicólogos miden la inteligencia cristalizada mediante pruebas de vocabulario, información general, analogías, asociaciones de palabras y respuestas a situaciones sociales y dilemas. En algunas tareas se pueden utilizar tanto la inteligencia fluida como la cristalizada.

Las inteligencias fluida y cristalizada alcanzan su cima en diferentes momentos (véase la figura 6.5). La inteligencia fluida comienza a declinar en la adultez joven, acaso debido a cambios en el cerebro. Pero la inteligencia cristalizada por lo general se incrementa a lo largo de la adultez media y con frecuencia hasta cerca del final de la vida. De hecho, hasta las edades de 55 a 65, el aumento de la inteligencia cristalizada es aproximadamente igual al declive en inteligencia fluida. Las habilidades verbales se agudizan, especialmente cuando se emplean de manera regular (J. L. Horn, 1982a, 1982b; J. L. Horn y Donaldson, 1980).

Entonces, como en el patrón de envejecimiento clásico en la WAIS, se ven dos tipos de inteligencia que siguen diferentes trayectorias. Sin embargo, en el patrón de envejecimiento clásico, las calificaciones verbales y de ejecución tienden a declinar a lo largo de la mayor parte de la adultez; la diferencia, aunque sustancial, es de grado.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Si pudieras detener el clásico patrón de envejecimiento, ¿querrías retener la capacidad de inteligencia fluida a costa de la creciente cristalización de la inteligencia? ¿Sí, no? ¿Por qué?



**FIGURA 6.5 Cambios en la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada a lo largo del ciclo de vida.**

Aunque las habilidades fluidas (principalmente con determinación biológica) declinan después de la adultez joven, las habilidades cristalizadas (principalmente con influencia cultural) aumentan hasta la adultez tardía. FUENTE: J. L. Horn y Donaldson, 1980.

Resulta mucho más alentador el patrón de inteligencia cristalizada, que mejora hasta bastante tarde en la vida, aun cuando la inteligencia fluida desciende.

#### EL MODELO DE PROCESO DUAL: MECÁNICA Y PRAGMÁTICA DE LA INTELIGENCIA

La edad “se suma mientras se aleja”, remarcó el poeta William Carlos Williams en uno de los tres libros de poemas que escribió entre su primera apoplejía a los 68 y su muerte a los 79 años.

Baltes y sus colegas (1993; Baltes, Dittman-Kohli y Dixon, 1984; Dixon y Baltes, 1986; Li *et al.*, 2004) proponen un **modelo de proceso dual** de funcionamiento intelectual adulto, que se construye a partir del trabajo de Horn y Cattell acerca de inteligencia fluida y cristalizada. El modelo del proceso dual incluye aspectos de inteligencia que están sujetos a deterioro, y también otros que pueden continuar avanzando. El modelo identifica y busca evaluar dos tipos de procesos intelectuales: el *mecánico* y el *pragmático*.

La **mecánica de la inteligencia** se refiere a las funciones básicas, determinadas fisiológicamente, del cerebro. Incluyen rapidez y precisión del procesamiento de entrada sensorial, visual y memoria motora, y habilidades como comparar y categorizar, que se llevan a cabo en la memoria operativa. Al igual que la inteligencia fluida, estos procesos con frecuencia declinan con la edad. Un ejemplo es un deterioro en la habilidad para ignorar información extraña, un problema similar a los errores de intrusión en la memoria (véase el capítulo 5).

La **pragmática de la inteligencia** se construye sobre la mecánica. Estos procesos involucran un amplio rango de conocimientos y habilidades acumulado con base cultural, como la lectura, la escritura, la comprensión de lenguaje, el pensamiento práctico, la experiencia especializada y las habilidades ocupacionales; todas, áreas de crecimiento potencial. Esta dimensión es similar a la inteligencia cristalizada y depende enormemente de la memoria a largo plazo.

Es probable que las personas en la adultez media y los ancianos mejoren en el uso de la información y el “saber hacer” que se acumula a partir de la educación, el trabajo y otras experiencias. De hecho, dice Baltes, estas habilidades pragmáticas sobrepasan con frecuencia la condición mecánica del cerebro. Tal situación puede ejemplificarse de la siguiente manera: un anciano que aprendió a leer puede superar intelectualmente a una persona más joven que esté en mejor forma neurológicamente, pero que no haya desarrollado habilidades pragmáticas (Baltes, 1993; Li *et al.*, 2004).

#### INVESTIGACIÓN SECUENCIAL: EL ESTUDIO LONGITUDINAL SEATTLE

La mayoría de los estudios de inteligencia adulta discutidos hasta el momento han sido transversales y por tanto pueden confundir cohorte con edad. Los adultos más jóvenes pueden desempeñarse mejor que los ancianos no debido a una ventaja conferida por la juventud, sino porque son más saludables y mejor nutridos, cuentan con más o mejor escolaridad, obtuvieron más información de la televisión, tienen empleos que dependen del pensamiento en vez de la labor física, o poseen más (y más reciente) experiencia resolviendo pruebas. El promedio más pobre que muestran los ancianos también puede reflejar **caída terminal**, una súbita reducción en desempeño intelectual poco antes de morir (Botwinick, 1984; K. F. Riegel y Riegel, 1972; véase el capítulo 13, Johansson *et al.*, 2004).

En contraste con los datos obtenidos de la investigación transversal, los primeros estudios longitudinales muestran un aumento en la inteligencia al menos hasta los 50 años (Bayley y Oden, 1955; W. A. Owens, 1966). Pero este diseño de investigación puede favorecer a una muestra más antigua como resultado de la práctica y *la muerte experimental*, una tendencia que lleva a los que puntúan más bajo a desistir a lo largo del proceso (Botwinick, 1984; Schaie, 2000).

El Estudio de Inteligencia Longitudinal Seattle, dirigido por K. Warner Schaie y sus colegas durante un lapso de más de cuatro décadas (Schaie, 1979, 1983, 1988a, 1988b, 1990, 1994; Schaie y Hertzog, 1983, 1986; Schaie y Strother, 1968; Willis y Schaie, 1999), intentó superar los inconvenientes de las investigaciones transversales y longitudinales clásicas. Aunque este estudio en marcha se llama *longitudinal*, usa *experimentación secuencial* (véase el capítulo 2), una combinación de métodos transversales, longitudinales y de series cronológicas (Baltes, 1985, Schaie, 1979, 1983; Schaie y Hertzog, 1983; Schaie y Strother, 1968).

El estudio comenzó en 1956, con 50 participantes elegidos al azar: 25 hombres y 25 mujeres en cada grupo formado cada 5 años, entre los 20 y los 70 años de edad. Se les aplicó una batería de pruebas cronometradas que medían cinco habilidades intelectuales primarias (véase la tabla 6.1) originalmente identificadas por Thurstone (1938). Conforme el estudio progresaba se agregaron mediciones adicionales de habilidades intelectuales. Cada siete años, los participantes originales se volvieron a examinar y se agregaron nuevos; hacia 1998 se había examinado aproximadamente a 6 000 personas, que conformaban una muestra socioeconómica muy diversa. Los investigadores también elaboraron historias personales y de salud y administraron pruebas psicológicas.

¿Cuáles fueron los hallazgos del estudio? Los adultos más saludables aparentemente no experimentaron un significativo deterioro en la mayoría de las habilidades hasta después de los 60 años. Si viven lo suficiente, el funcionamiento intelectual de la mayoría de las personas mostrará algún descenso en cierto punto, pero no en todas o incluso en la mayoría de las habilidades. En promedio, los participantes mostraron un incremento intelectual hasta finales de los treinta o principio de los cuarenta años, estabilidad hasta mediados de los cincuenta o principio de los sesenta, y luego sólo pequeñas dosis hasta los setenta años. Incluso entonces, menos de un tercio a los 74, y menos de la mitad a los 81 años, habían descendido significativamente durante los 7 años anteriores. Aunque la mayoría de las personas parecen perder alguna competencia intelectual en sus 80 y 90 años, tales pérdidas se muestran principalmente en circunstancias no familiares, enormemente complejas, desafiantes o estresantes (Schaie, 1990, 1994, 2000, 2005).

Uno de los principales hallazgos, que apoya el enfoque de desarrollo del ciclo de vida de Baltes, es que el cambio es multidimensional: “no hay un patrón uniforme de cambios relacionados con la edad... [para] todas las habilidades intelectuales” (Schaie, 1994, p. 306). Virtualmente ninguno de los participantes descendió en todos los frentes, y muchos mejoraron en áreas específicas. El estudio también encontró que las habilidades fluidas descienden antes que las cristalizadas. Sin embargo, las pérdidas en habilidades fluidas como razonamiento inductivo y orientación espacial no comienzan sino hasta mediados de los 60, y las pérdidas en habilidades cristalizadas no comienzan sino hasta los 70 u 80 años (Willis y Schaie, 1999). Estos hallazgos sugieren que ninguna medida por sí sola, como el CI, puede describir adecuadamente los cambios debidos a la edad en los individuos o las diferencias por edad entre grupos (Schaie, 1994).

**TABLA 6.1**

*Pruebas de habilidades intelectuales primarias aplicadas en el Estudio Longitudinal Seattle de inteligencia adulta*

<b>Prueba</b>	<b>Habilidad medida</b>	<b>Tarea</b>	<b>Tipo de inteligencia</b>
Significado verbal	Reconocimiento y comprensión de palabras	Encontrar sinónimos al relacionar palabras estímulo con otro vocablo de una lista de opción múltiple	Cristalizada
Número	Aplicación de conceptos numéricos	Revisar problemas de suma simples	Cristalizada
Facilidad de palabra	Recuperación de palabras de la memoria a largo plazo	Pensar en tantas palabras como sea posible, comenzando con una letra dada, en un periodo de tiempo dado	Parte cristalizada, parte fluida
Orientación espacial	Rotación mental de objetos en espacio bidimensional	Seleccionar ejemplos rotados de figuras que coincidan con la figura estímulo	Fluida
Razonamiento inductivo	Identificación de regularidades e inferencia de principios y reglas	Completar una serie de letras	Fluida

FUENTE: Schaie, 1989.

Schaie (1990) sugiere que los adultos pueden optimizar el funcionamiento cognitivo global al mantener algunas habilidades y perder otras, un concepto que Baltes (1993; Baltes y Baltes, 1980, 1990; Freund y Baltes, 2002), en su modelo del proceso dual, llama **optimización selectiva con compensación**. A través de la optimización selectiva con compensación los ancianos pueden usar sus fortalezas pragmáticas para compensar las habilidades mecánicas debilitadas (Baltes, 1993; Baltes, Lindenbergh y Staudinger, 1998; Baltes y Smith, 2004; Marsiske, Lange, Baltes y Baltes, 1995). Al utilizar una o más formas de compensación, los adultos mayores pueden acortar la brecha entre su habilidad y su nivel esperado de desempeño. De esta forma, es posible conseguir un nivel satisfactorio de desempeño para una habilidad dada, y el potencial de un individuo puede aumentar (Dixon y Hultsch, 1999).

El pianista Arthur Rubinstein, quien todavía mantenía un buen estado de salud cuando tenía 80 años, en una entrevista de televisión explicó cómo se las ingenió para lograrlo: tocaba pocas piezas, practicaba cada pieza con más frecuencia y frenaba antes de un pasaje rápido para que el auditorio pensara que tocaba más rápidamente de lo que en realidad lo hacía. Como octogenario, el pianista Vladimir Horowitz también bajó sus tempos y eligió un repertorio técnicamente menos demandante, pero sus ejecuciones mostraban extraordinaria madurez y fineza. Un crítico de *The New York Times* escribió sobre Horowitz: “La fuerza no necesaria-

mente disminuye con la edad, simplemente cambia su forma” (Schonberg, 1992, p. 288). Los ancianos, aunque puedan tardar más en realizar ciertas cosas, y quizá ya no sean tan hábiles con material no familiar, pueden sacar ventaja del juicio maduro y la introspección desarrollada a lo largo de una vida de experiencia.

### ¿Los cambios en la inteligencia varían?

Una característica sorprendente del Estudio Longitudinal Seattle es la gran variación entre los individuos. Para algunas personas, las habilidades intelectuales comienzan a declinar a partir de los 30 años; para otras, no hay declive hasta los 70; y aproximadamente un tercio de las personas mayores de 70 años califican más alto que el adulto joven promedio. Incluso en sus 80 años, más de la mitad mantienen su competencia en al menos cuatro de las cinco áreas primarias. Como resultado, hay un rango más amplio de habilidad entre los ancianos que entre los más jóvenes. Algunas personas permanecen relativamente fuertes en un área, algunas más lo hacen en otra (Schaie, 1990, 1994, 2000, 2005).

Ciertos investigadores, por tanto, desplazan la atención de las diferencias etarias globales y los cambios grupales a patrones individuales de cambio y a variables que pueden ayudar a explicarlos (Schaie, 1990, 1994, 2000). Por ejemplo, las personas que obtienen altas calificaciones en la vejez tienden a ser flexibles y a estar satisfechas con sus logros a mitad de su vida; a no padecer enfermedades cardiovasculares u otros males crónicos; a ser relativamente adinerados y bien educados; a tener matrimonios estables con cónyuges intelectualmente ágiles; a haber realizado trabajos complejos no rutinarios y a vivir vidas activas y estimulantes; y a mantener alta rapidez de procesamiento perceptual (Dutta, Schulenberg y Lair, 1986; Gribbin, Schaie y Parham, 1980; Gruber y Schaie, 1986; Gruber-Baldini, 1991; Hertzog, Schaie y Gribbin, 1978; Schaie, 1984, 1990, 1994, 2001). Un factor relevante, que se discutirá



© Bettmann/Corbis Images

*El pianista Vladimir Horowitz, que se mantuvo activo hasta su muerte, a los 85 años, compensó sus habilidades mecánicas debilitadas al elegir piezas técnicamente menos demandantes, interpretar a tempos más lentos y concentrarse en la interpretación.*



con posterioridad, es cómo y cuánto, los individuos usan sus habilidades. Otros factores tienen que ver con género y cultura.

### DIFERENCIAS DE GÉNERO

¿Hombres y mujeres difieren con respecto a cómo se modifican sus habilidades intelectuales con la edad? La respuesta es sí, aunque las diferencias generalmente son pequeñas y pueden reflejar los tipos de habilidades que hombres y mujeres son alentados a desarrollar.

En el Estudio Longitudinal Seattle, el funcionamiento global de los hombres disminuyó más rápido que el de las mujeres. La caída terminal puede ser un factor: a cualquier edad, más hombres que mujeres están cerca de morir. Las mujeres parecen deteriorarse más temprano en habilidades fluidas y los hombres en habilidades cristalizadas (Schaie, 1994, 2001). Por ejemplo, las habilidades espaciales, como encontrar direcciones de un mapa o ensamblar un librero, se deterioran aproximadamente el doble en mujeres que en hombres, quienes van a la cabeza y se mantienen estables en esa área bien entrados a sus 80 años. Por otra parte, las mujeres tienden a retener su ventaja inicial en el razonamiento inductivo (por ejemplo, imaginar con cuánta frecuencia pasan los autobuses al observar un horario), que declina aproximadamente a la misma tasa en ambos sexos. Las mujeres también conservan la delantera en memoria verbal (recordar listas de palabras, por ejemplo), facilidad de palabra (pensar en palabras que comienzan con *b* y comprensión verbal (reconocer palabras que aprendieron), aunque la comprensión desciende a los 80 años (Maitland *et al.*, 2000). La orientación espacial, vocabulario y memoria verbal de los hombres alcanza su cúspide a los 50 años; la cima en las mujeres ocurre a principio de los 60 años. Sin embargo, la rapidez perceptual de las mujeres declina más de prisa que la de los hombres (Willis y Schaie, 1999).

Cierta investigación indica una posible base neurológica para la superioridad global de las mujeres. Un estudio de los tipos de errores cometidos por cada sexo sugiere que los lóbulos frontales de los hombres, que controlan la planeación estratégica y la gestión de las tareas, comienza a mostrar pérdidas funcionales a los 70 años, aproximadamente diez años más temprano que los lóbulos frontales de las mujeres (Hochanadel, 1991). El cerebro de una mujer tiene un *cuerno calloso*, la banda ancha de fibras que conecta los dos hemisferios, más grueso. Estas interconexiones más densas pueden permitir a las mujeres usar sus fortalezas verbales, concentradas en el lado izquierdo del cerebro, para compensar las debilidades espaciales en el derecho (Foreman, 1994; Innocenti, 1994).

### EFFECTOS CULTURALES Y DE COHORTE

El Estudio Longitudinal Seattle encontró que salud, trabajo y educación influyen en el desempeño intelectual durante la edad adulta. Si esto es así, factores culturales como la disponibilidad y la calidad de atención a la salud y oportunidades educativas y laborales parecerían tener alguna influencia. Las tendencias en salud, educación y otros factores de estilo de vida, así como las “alzas” y “bajas” en las generaciones, los avances tecnológicos, las guerras, plagas, hambrunas y otros eventos, son parte de la experiencia formativa compartida de diferentes generaciones o cohortes. Y las diferencias de cohorte pueden distorsionar los hallazgos acerca de los efectos de edad.

En un análisis factorial aplicado a las calificaciones obtenidas en la WAIS hecho hace más de tres décadas, un equipo de investigadores (Birren y Morrison, 1961) encontró

que el nivel educativo jugó un papel mucho más significativo que la edad en *g* (habilidad mental general). Dado que en esa época las cohortes más viejas tenían menos escolaridad que las más jóvenes, las comparaciones transversales se podían malinterpretar a menos que se eliminaran los efectos de la educación (Botwinick, 1984; Kaufman, 2001; Schaie, 2000). Si algunos de estos primeros hallazgos de declives relacionados de manera aparente con la edad en realidad reflejaran diferencias de cohorte, se esperaría que las distinciones se emparejaran conforme los adultos jóvenes beneficiados con una mayor oportunidad educativa envejecieran. De hecho, un estudio de 20 estudiantes universitarios y 20 ancianos con educación preuniversitaria no encontró diferencias grupales significativas en el razonamiento formal (Blackburn, 1984).

La salud es un factor engañoso debido a su estrecha relación con la edad. Los estudios muestran que los ancianos saludables se desempeñan mejor en la pruebas de inteligencia que aquellos con una salud pobre (Botwinick, 1984; Gottfredson y Deary, 2004). ¿Esto significa que la salud, como la educación, se debe controlar cuando se estudian los efectos de la edad? O, dado que el declive en salud con frecuencia tiende a acompañar a los ancianos, ¿una muestra de estudio que esté conformada sólo por ancianos saludables estaría artificialmente sesgada? En cualquier evento, las mejoras en nutrición y atención médica deben, con el tiempo, disminuir las diferencias de cohorte debidas a salud.

En el estudio Seattle, cohortes sucesivas, como se esperaría, calificaron progresivamente más alto en las mismas edades en razonamiento inductivo y significado verbal. Por ejemplo, la persona promedio de 40 años en 1985 se desempeñó mejor en estas dos áreas que la persona promedio de 40 años en 1971. Pero, nuevamente como era de esperar, esta ganancia se ha equilibrado. Y el desempeño en algunas otras áreas, particularmente habilidades numéricas, en realidad ha declinado entre las cohortes más recientes. Schaie (1990) concluye que es posible alcanzar un punto donde los ancianos ya no están en tanta desventaja competitiva y, al menos en las habilidades numéricas, incluso pueden superar a los más jóvenes. Por otra parte, sugiere que, la sociedad estadounidense puede estarse acercando a un límite en la mejoría posible para cohortes ancianas sucesivas, como resultado de la educación y de estilos de vida saludables.

## ¿La inteligencia muestra plasticidad?

Un conflicto clave que separa a los psicólogos que poseen una visión relativamente optimista del desarrollo intelectual en la adultez de quienes tienen una menos positiva es el tema de la *plasticidad*, o *modificabilidad*: si el desempeño intelectual se puede mejorar o no durante los años de la adultez media en adelante. Horn y Cattell, entre otros, subrayan el declive en la inteligencia fluida, que conciben como biológicamente inevitable. Schaie, Baltes y sus colegas subrayan el fuerte desempeño de las habilidades cristalizadas o pragmáticas, junto con el surgimiento de nuevas habilidades (que se discuten en el capítulo 7); y afirman que incluso el desempeño fluido puede mejorar en cierta medida con entrenamiento y práctica.

Dado que la plasticidad es una característica clave del enfoque de desarrollo del ciclo de vida de Baltes, no sorprende que él y sus colegas hayan estado al frente de la investigación acerca de los efectos del entrenamiento sobre la plasticidad. Muchos de estos estudios se basaron en el Proyecto de Desarrollo y Enriquecimiento Adulto (ADEPT, por sus siglas en inglés), originado en la Pennsylvania State University

(Baltes y Willis, 1982; Blieszner, Willis y Baltes, 1981; Plemons, Willis y Baltes, 1978; Willis, Blieszner y Baltes, 1981). Un seguimiento de siete años de ADEPT encontró que los participantes que recibieron entrenamiento declinaron significativamente menos que un grupo control (Willis, 1990; Willis y Nesselroade, 1990). En un estudio con base en ADEPT, adultos con una edad promedio de 70 años que recibieron entrenamiento en relaciones figurales (reglas para determinar la siguiente figura en una serie), una forma de medición de la inteligencia fluida, mejoró más que un grupo control que no fue entrenado. Un tercer grupo que trabajó con los mismos materiales de entrenamiento y problemas, pero sin instrucción formal, también se desempeñó mejor que el grupo control, y este grupo de autoenseñanza mantuvo la mejora de sus habilidades después de un mes (Blackburn, Papalia-Finlay, Foye y Serlin, 1988). Aparentemente la oportunidad de trabajar sus propias soluciones fomentó un aprendizaje más duradero.

En el entrenamiento *individual* relacionado con el Estudio Longitudinal Seattle (Schaie, 1990, 1994; Schaie y Willis, 1986; Willis y Schaie, 1986), los ancianos que ya mostraban declives en inteligencia mejoraron significativamente en otras dos áreas definidas como habilidades fluidas: orientación espacial y, especialmente, razonamiento inductivo. De hecho, aproximadamente cuatro de cada diez participantes recuperaron los niveles de pericia que mostraban catorce años antes. Los varones lograron una mayor mejoría gracias al entrenamiento en razonamiento inductivo y las mujeres en virtud al entrenamiento en orientación espacial, hasta el punto de acortar la brecha de género en el último. Además, los participantes entrenados conservaron un avance respecto de un grupo control no entrenado, incluso siete años después (Schaie, 1994). Y las ganancias medidas con tareas de laboratorio mostraron correlaciones sustanciales con mediciones objetivas de tareas cotidianas (Willis, Jay, Diehl y Marsiske, 1992; Schaie, 1994).

El hecho de que el entrenamiento mejore el desempeño o incluso revierta las pérdidas asociadas con el envejecimiento implica que cierto grado de descenso normalmente observado se puede deber a la falta de práctica. Los ancianos se deterioran en parte porque ya no se involucran en actividades, o carecen del apoyo social y cultural que les permitiría mantener determinadas habilidades intelectuales (Dixon y Hultsch, 1999). Los adultos pueden ser capaces de mantener o expandir esta capacidad de reserva al involucrarse en un programa de toda la vida de ejercicio intelectual. Tocar un instrumento musical, aprender a reparar objetos, casi cualquier especie de reto intelectual que involucre tareas nuevas o no familiares, pueden ayudar (Golden, 1994). La vejez no necesariamente es una época de declive intelectual; los adultos pueden tomar iniciativas para mantener o mejorar su capacidad intelectual a lo largo del ciclo de vida (Dixon y Baltes, 1986).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Dado que la estimulación intelectual tiene un impacto sobre el desempeño cognitivo y las habilidades de vida adaptativas, ¿qué grado de esfuerzo se debe realizar para fomentar que se continúe con la educación de los ancianos?

## Resumen: inteligencia y edad

Los cuatro conflictos discutidos (habilidades simples frente a habilidades múltiples, crecimiento frente a deterioro, variabilidad y plasticidad) han generado una intensa controversia, y continúa habiendo cierta disputa. Sin embargo, la mayoría de los investigadores actuales creen que la inteligencia está conformada por múltiples habilidades. Las pruebas de inteligencia miden sólo algunas de ellas.

Los investigadores que rastrean varias habilidades intelectuales a través de la adultez encontraron que algunas, por lo general las que dependen de la condición física

del cerebro, declinan con la edad (aunque a diferentes ritmos); otras, que dependen del conocimiento y habilidades acumuladas, siguen estables e incluso pueden aumentar. Las diferencias, algunas de las cuales son influidas por el género y la cultura, existen entre y dentro de los individuos. De hecho, hay ancianos que no muestran declive, o incluso mejoran, en habilidades que por lo general disminuyen con la edad. Los hallazgos longitudinales del funcionamiento intelectual, resultan paralelos de la investigación reciente acerca de sistemas biológicos internos (véase el capítulo 4), que, cuando se miden longitudinalmente, varían de un declive marcado a ninguno.

Finalmente, la investigación ha demostrado que es posible que los adultos mejoren su desempeño intelectual a lo largo del ciclo de vida, incluso en tareas que involucren inteligencia fluida. Estos hallazgos son paralelos a mejoras espectaculares en fuerza muscular y movilidad que se logran con programas de levantamiento de pesas para adultos de 90 años (véase el capítulo 3). Más aún, la investigación en memoria (capítulo 5) sugiere que, incluso para el desempeño intelectual, la biología puede limitar el mejoramiento en ancianos más que en jóvenes.

Como Sternberg indica, las pruebas de CI tienden a restar importancia a los aspectos innovadores y prácticos de la inteligencia. En el resto de este capítulo se discute la creatividad; mientras que en el capítulo 7 se observa la resolución de problemas y otras habilidades que pueden surgir o profundizarse en la adultez madura.

## CREATIVIDAD

¿Qué es la creatividad? ¿Se puede medir? Si es así, ¿cómo? ¿Qué causa su florecimiento? ¿Aumenta o disminuye con la edad?

### ¿Qué es la creatividad?

Aproximadamente a la edad de 40 años, Frank Lloyd Wright diseñó Robie House en Chicago, Agnes de Mille montó la coreografía para el musical de Broadway *Carousel* y Louis Pasteur desarrolló la teoría de gérmenes como causantes de la enfermedad.\* Charles Darwin tenía 50 cuando presentó su teoría sobre la evolución. Toni Morrison ganó el Premio Pulitzer por *Beloved*, una novela que escribió aproximadamente a los 55 años. Pero la creatividad no está limitada a los Darwin y De Mille, también puede observarse en el inventor que elabora una trampa para ratones más eficaz, o un promotor que desarrolla una forma innovadora de venderla.

La creatividad comienza con el talento, pero éste no es suficiente. Los niños pueden mostrar *potencial creativo*; pero en los adultos, lo que cuenta es el *rendimiento creativo*: qué, y cuánto, produce una mente creativa (Sternberg y Lubart, 1995). El rendimiento creativo es el producto de una red de fuerzas biológicas, personales, sociales y culturales. Surge de la interacción dinámica entre el creador, las reglas y las técnicas del dominio, y los colegas que trabajan en dicho dominio (Gardner, 1986, 1988; Simonton, 2000b).

Los talentos excepcionales son menos innatos que aprendidos: requieren entrenamiento y práctica sistemática (Simonton, 2000b). El logro creativo extraordinario, de acuerdo con un análisis (Keegan, 1996), resulta del profundo conocimiento

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué características se asocian con las personas creativas? ¿Estás de acuerdo con el texto?

\* A menos que se indique lo contrario, esta discusión se basa en Papalia, Olds y Feldman (2004).

enormemente organizado de una materia; motivación intrínseca para laborar con tenacidad por amor al trabajo, no por recompensas externas; y un fuerte vínculo emocional con el trabajo, que estimula al creador a perseverar ante los obstáculos. Lo que lleva a un Einstein “a rebasar el umbral del pensador competente pero ordinario y convertirse en un pensador extraordinario y creativo”, dice Keegan (1996, p. 63), es la adquisición de conocimiento experto. Una persona primero debe profundizar concienzudamente en un campo antes de poder ver sus limitaciones, vislumbrar partidas radicales y desarrollar un punto de vista nuevo y único.

Sin embargo, la relación entre creatividad y experiencia es compleja. En un estudio sobre la trayectoria de 59 compositores clásicos, la creatividad no siguió un curso recto ascendente. Las últimas composiciones con frecuencia fueron menos exitosas estéticamente hablando que las primeras, y la cantidad general de tiempo empleado en entrenamiento y composición musical fue más predictiva del éxito estético en un género particular, como componer óperas, que la cantidad de tiempo empleado en trabajar en dicho género. Tales hallazgos sugieren que el sobreentrenamiento en un género particular puede obstaculizar la creatividad, y que la versatilidad, y no sólo la experiencia, puede jugar un papel importante en aquélla (Simonton, 2000a).

Las personas enormemente creativas toman iniciativas y se arriesgan (Torrance, 1998); tienden a ser independientes, no conformistas, no convencionales y flexibles, y están abiertas a nuevas ideas y experiencias (Simonton, 2000b). Sus procesos de pensamiento con frecuencia son no conscientes, lo que conduce a súbitos momentos de iluminación (Torrance, 1988). Como Gandhi, observan un problema más profundamente que otras personas y encuentran soluciones que no se le ocurren a otros (Sternberg y Horvath, 1998).

La creatividad se desarrolla durante toda la vida en un contexto social y no necesariamente en ambientes nutricios. En vez de ello, parece surgir de diversas experiencias que debilitan las restricciones convencionales y de experiencias desafiantes que fortalecen la habilidad para perseverar y superar obstáculos. El ambiente político y cultural puede afectar el florecimiento o inhibición de la creatividad, como ocurrió, por ejemplo, en la antigua Unión Soviética (Simonton, 2000b).

## Creatividad e inteligencia

Los tres *aspectos* de la inteligencia identificados por Sternberg (véanse los capítulos 9 y 13) pueden jugar un papel en la relación entre inteligencia y creatividad (Sternberg y Lubart, 1995).

El componente *intuitivo* ayuda a definir un problema o a verlo desde una nueva perspectiva. Las personas creativas muestran un “insight” especial en tres formas distintas: 1) escogen información relevante sobre el problema, con frecuencia información que nadie más consideró; 2) “juntan unidades de información de dos en dos” encontrando relaciones entre diferentes partes de la información que aparentemente no están relacionadas; y 3) ven analogías entre un problema nuevo y uno que ya habían encontrado. De nuevo, tales habilidades se vuelven más eficientes con la experiencia y el conocimiento (Sternberg y Horvath, 1998).

El componente *analítico* de la inteligencia puede evaluar una idea y decidir si vale la pena continuar. James D. Watson, biólogo molecular que ganó el premio Nobel por el descubrimiento de la estructura del ADN, fue descrito por uno de sus estudiantes graduados en la Universidad de Harvard como poseedor de “un instinto

sagaz para los problemas importantes, eso que conduce a los grandes resultados, él parece [...] extraerlo de la nada” (Edson, 1968, pp. 29-31).

El aspecto *práctico* de la inteligencia entra en juego al “vender” una idea, hacer que se le acepte. Thomas Edison obtuvo más de mil patentes para sus invenciones, creó varias compañías para venderlas y logró que su nombre y fotografía aparecieran en los periódicos. Este aspecto práctico puede fortalecerse en la adultez media.

## Estudio y medición de la creatividad

¿Cómo comparas la creatividad de un artista, científico o director de películas distinguido, con las actividades y habilidades creativas de las personas ordinarias? Una forma de realizar esto es pensar en la creatividad como algo que está formado de cinco niveles: 1) expresión espontánea, como en los garabatos de los niños; 2) producir trabajos artísticos o científicos; 3) inventar un objeto, método o técnica nuevo y útil; 4) modificar un concepto; y 5) originar un nuevo principio o movimiento revolucionario (Taylor, 1959). Desde luego, el quinto nivel rara vez se logra, y los estudios psicométricos del comportamiento creativo por tanto se han enfocado en los otros cuatro (Torrance, 1988). En gran parte, como los tests de inteligencia intentan medir las habilidades que predicen el éxito en la escuela, las pruebas psicométricas de la creatividad pretenden medir las habilidades que predicen la productividad creativa. Otros investigadores utilizan métodos biográficos, estudios de caso o autorreportes para identificar las fuentes y aspectos de la creatividad en las vidas y obras de innovadores reconocidos. Incluso otros estudiosos emplean métodos basados en el estudio del laboratorio para identificar elementos del proceso creativo. A continuación estudiaremos estos tres enfoques.

### EL ENFOQUE PSICOMÉTRICO: PENSAMIENTO DIVERGENTE

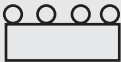



Algunas de las primeras investigaciones psicométricas acerca de la creatividad se enfocaron en su relación con el CI. De hecho, la inteligencia general, como la miden las pruebas que arrojan un CI estándar, tienen poca relación con el desempeño creativo (Simonton, 2000b). Aunque las personas creativas tienden a ser bastante inteligentes, los niños o adultos académicamente *más* dotados no suelen ser los pensadores más originales (Getzels, 1964, 1984; Getzels y Jacson, 1962; MacKinnon, 1962). Investigación más reciente sugiere que el CI óptimo para el desarrollo creativo es de sólo aproximadamente 19 puntos por arriba del promedio para un campo particular (Simonton, 1985).

Si las personas enormemente inteligentes no son las más creativas, entonces el pensamiento creativo y el éxito escolar pueden requerir diferentes habilidades. Guilford (1956, 1959, 1960, 1986) distingue entre pensamiento convergente y divergente: el **pensamiento convergente** busca una sola respuesta correcta (por lo general, la convencional); el **pensamiento divergente** encuentra una amplia gama de frescas posibilidades. El pensamiento divergente no sólo es fluido (capaz de generar muchas respuestas), sino también flexible, original y elaborativo.

A diferencia de las pruebas de inteligencia, que apelan al pensamiento convergente, las pruebas de creatividad apelan al pensamiento divergente (véase la figura 6.6). La **Prueba de Pensamiento Creativo de Torrance** (Torrance, 1966, 1974; Torrance y Ball, 1984), es probablemente el test psicométrico de creatividad de más amplio uso; incluye tareas como citar usos inusuales para un objeto común (como

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué tipo de creatividad encuentras más interesante? ¿Qué enfoque usarías para estudiarla?

PREGUNTAS	RESPUESTA COMÚN	RESPUESTA CREATIVA
¿Cuántas cosas diferentes podrían ser estos dibujos? 	Mesa con cosas encima.	Pies y dedos.
	Tres personas sentadas alrededor de una mesa.	Tres ratones comiendo un trozo de queso.
	Flor.	Paleta que se rompe en pedazos.
	Dos iglúes.	Dos pacas de heno en una alfombra voladora.
¿Qué tienen en común la carne y la leche?	Ambas provienen de animales.	Ambas son inspeccionadas por el gobierno.
¿De cuántas formas se podría usar un periódico?	Hacer sombreros de papel.	Romperlo si estás enojado.

**FIGURA 6.6** Las pruebas de creatividad buscan identificar pensamiento divergente. FUENTE: Adaptado de Wallach y Kogan, 1967.

un clip), completar una figura y escribir lo que un sonido trae a la mente. Al emplear esta prueba, Torrance intentó comprender qué tipo de personas por lo general son creativas. Encontró que los individuos creativos tienden a ser audaces, independientes, honestos, tenaces, curiosos y no temen arriesgarse. Sobre todo, como Akira Kurosawa, son apasionados por lo que hacen.

Aunque las pruebas como la de Torrance son bastante confiables (producen resultados consistentes), hay discusión acerca de si tienen *validez de constructo*; es decir, si identifican a las personas que son creativas en la vida real (Anastasi, 1988; Mansfield y Busse, 1981; Simonton, 1990). La afirmación de validez de Torrance (1988) se basa en estudios longitudinales de estudiantes de escuela elemental y bachillerato, que comenzaron cuando los tests estaban en preparación (Torrance, 1972a, 1972b, 1981). Los estudios de seguimiento después de intervalos que van de 7 a 22 años encontraron que las pruebas predijeron exitosamente cuáles jóvenes serían creativos al convertirse en adultos. Sin embargo, puesto que estas pruebas se aplican a adultos con menos frecuencia que a los niños, se sabe muy poco acerca de su valor predictivo a través del ciclo de vida adulto. Y, como Guilford reconoció, el

pensamiento divergente no es el único factor en la creatividad; también son relevantes la sensibilidad y la habilidad para redefinir o reinterpretar problemas para obtener soluciones únicas. Las personas enormemente creativas observan los problemas más profundamente que otras y encuentran soluciones que no se le ocurren a los demás (Sternberg y Horvath, 1998).

#### EL ENFOQUE BIOGRÁFICO:

##### ESTUDIO DE LOS TRIUNFADORES CREATIVOS

La dificultad para definir y medir la creatividad condujo a algunos investigadores a poner atención a un enfoque más básico: estudios de personas, vivas o muertas, que fueron reconocidas como creativas. Tales investigadores buscaban pistas de la naturaleza y obras de la creatividad al estudiar biografías y escritos autobiográficos o autorreportes como diarios y cartas.

Un defensor actual de este enfoque es Howard Gardner, cuya teoría de inteligencias múltiples ya se discutió. Mientras que los investigadores psicométricos suponen que la creatividad es igual en científicos, artistas y otros, Gardner sugiere que es *multifactorial* y puede operar de modo diferente en distintos campos. De acuerdo con Gardner, la creatividad comienza con un alto grado de talento en una o más áreas cognitivas, pero el talento no lo es todo. La creatividad es una red de fuerzas biológicas, personales, sociales y culturales.

Puesto que la creatividad es tan compleja y dado que se sabe tan poco de ella, Gardner (1986, 1988) diseñó una investigación interdisciplinaria inclusiva que usara la experiencia de psicólogos, científicos cognitivos, historiadores, antropólogos y neurobiólogos para estudiar las vidas y obras de gigantes creativos reconocidos. Gardner bosquejó lineamientos preliminares para tal estudio en la vida de Sigmund Freud, con base principalmente en la biografía clásica de Ernest Jones (1961).

Freud fue enormemente talentoso en varios tipos de inteligencia que Gardner enumera: lingüística, lógica, intrapersonal (pues construyó su teoría psicoanalítica sobre el discernimiento de su propia psique) e interpersonal (aunque era rechazado lo mismo que admirado). Pero Jones creía que lo que llevó a Freud al pináculo del logro creativo fue su habilidad para ver en un hecho aislado (como el descubrimiento de sus sentimientos reprimidos hacia sus padres) una clave para las fuerzas que motivan el comportamiento humano.

Freud mismo atribuyó su éxito más a su personalidad que a sus habilidades intelectuales. Despreciaba su intelecto y se quejaba de que no tenía talento para la ciencia o las matemáticas. Sintió que sus fortalezas eran una curiosidad compulsiva, una fuerte naturaleza aventurera y una pasión por conquistar, combinados con una autodisciplina rigurosa, tenacidad, perseverancia y habilidad para soportar críticas hostiles. Fue un adicto al trabajo y con frecuencia veía pacientes hasta muy entrada la noche y luego escribía en las primeras horas de la mañana, rutina que mantuvo casi hasta su muerte.

La creatividad no se desarrolla en el vacío. Además de un *don cognitivo* y *rasgos de personalidad*, un estudio biográfico como el de Gardner propone el examen de dos dimensiones ambientales: el *campo* de trabajo de la persona y su *sociedad*. Freud, desde luego, no simplemente contribuyó a un campo de conocimiento; creó uno nuevo. Un camino para la investigación biográfica sería examinar el estado de conocimiento en la época en que comenzó su trabajo y luego rastrear cómo cambia-



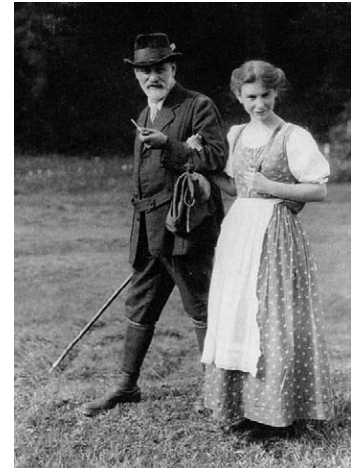
ron sus ideas en cada paso del camino, como hizo el psicólogo Howard Gruber (1981) en su estudio pionero de los cuadernillos de Charles Darwin (véase el recuadro 6.3). Entonces puede ser posible diseñar simulaciones por computadora de los procesos mentales de Freud. Pero tal estudio todavía estaría incompleto sin un análisis histórico de las condiciones en la Viena del siglo XIX: una sociedad conservadora, pero al mismo tiempo un centro de aprendizaje sin paralelo. Dado que el propósito final sería iluminar no simplemente la vida creativa de un individuo, sino las fuentes de creatividad y condiciones bajo las cuales se desarrolla, se necesitarían muchos de esos estudios de caso para proporcionar suficiente material en bruto para la generalización.

Gardner (1988) sospecha que la tensión sirve como trampolín para la creatividad. La fuente de dicha tensión puede ser un ajuste pobre entre dos o más elementos en la vida de una persona: constitución biológica, fortalezas y debilidades intelectuales, estilos intelectual y de personalidad, y campo elegido. Esta tensión motiva al individuo a “tomar una nueva dirección y, a final de cuentas, elaborar un producto creativo” (p. 320). En el caso de Freud, el problema de ajuste se mostró en su búsqueda de un campo en el que él pudiera dejar su marca. No fue sino hasta finales de sus treinta años, que comenzó a enfocarse en las áreas de investigación que aportarían frutos en la obra de su vida. En el caso de Kurosawa, la exposición a las culturas oriental y occidental produjo una tensión creativa que le permitió reinterpretar brillantemente los temas de las tragedias de Shakespeare como el rey Lear (*Ran*) y Macbeth (*Trono de sangre*) en el contexto de un rompimiento de la estructura firmemente ordenada de la sociedad japonesa tradicional.

De acuerdo con Freud, la tensión sexual está en la raíz del esfuerzo creativo; si la curiosidad sexual de un niño se *sublima*, o dirige hacia canales socialmente aceptados, puede resultar en un trabajo enormemente creativo. En uno de sus propios estudios biográficos, Freud (1910/1957, 1947) sugirió que la pintura más famosa del maestro renacentista Leonardo da Vinci, la *Mona Lisa*, era una expresión del deseo hacía mucho tiempo enterrado por la madre soltera de quien Leonardo fue separado en la niñez temprana.

Para Freud (1949), el acto de la creación surge de sueños y fantasías infantiles dominados por la mente consciente racional. Ya sea que estos procesos se originen o no en impulsos sexuales sublimados, como Freud creía, la alternación de discernimiento espontáneo con esfuerzo racional consciente es un tema recurrente en los autorreportes de connotados artistas y científicos. Jonas Salk, quien desarrolló la vacuna contra la poliomielitis, recuerda que solía intentar dibujar lo que se sentiría ser un virus o una célula cancerosa. Jacob W. Getzels (1964), un pionero en el estudio de la creatividad, observó que las introspecciones con frecuencia destellan en la mente de un creador después de un periodo de ensoñación perezosa o una lucha aparentemente infructuosa.

El logro creativo extraordinario, de acuerdo con un análisis (Keegan, 1996), resulta del conocimiento profundo y enormemente organizado de una materia; la **motivación intrínseca** para laborar tenazmente por amor al trabajo, no por recompensas externas; y un fuerte vínculo emocional al trabajo, que estimula a una persona creativa a perseverar ante los obstáculos. Un estudio reciente, que confirmó la



© Mary Evans Picture Library/  
Sigmund Freud Copyrights

*Sigmund Freud, el fundador del psicoanálisis (aquí con su hija Anna), sostuvo que la creatividad es resultado de tensión sexual sublimada.*



## *La creatividad cuesta trabajo a cualquier edad*

A los 48 años, la cantante de jazz Ella Fitzgerald comenzó a grabar una serie de 19 álbumes de casi 250 clásicos populares y terminó 11 años después. Leonard Bernstein tenía 53 años cuando compuso su obra *Mass* en memoria del presidente John F. Kennedy. El escritor británico William Golding produjo 11 novelas después de *El señor de las moscas*, que terminó cuando tenía 43 años; ganó el prestigioso Booker Prize británico por *Derecho de paso*, que se publicó cuando tenía 69 años. El artista Marc Chagall diseñó el monumental mosaico *Las cuatro estaciones* hacia finales de sus ochenta y el vitral *America Windows* cuando tenía 90 años. Estos son sólo algunos ejemplos de logros creativos en la adultez media y la vejez.

¿Qué pasa por las mentes de las personas enormemente creativas? ¿Qué permite que algunos de ellos sigan siendo productivos más allá de los años pico usuales para sus campos? Es posible encontrar algunas pistas en un extenso estudio que el psicólogo Howard Gruber realizó acerca de los procesos intelectuales de Charles Darwin, quien publicó su controvertida teoría de la evolución a los 50 años, mucho más allá de la edad cuando la mayoría de los científicos hacen sus innovaciones más importantes (Gardner, 1981).

La teoría de Darwin se basó en sus observaciones, meticulosamente registradas, de fósiles, plantas, animales y rocas a lo largo de la costa de Sudamérica y las islas del Pacífico durante un viaje de exploración de cinco años dos décadas atrás. Gruber estudió minuciosamente los cuadernillos de



© Bettmann/Corbis Images

*Muchos logros creativos ocurren en la adultez media o más tarde. En sus cuarenta, la cantante de jazz Ella Fitzgerald comenzó a grabar una serie de 19 álbumes de clásicos populares que le tomó 11 años terminar.*

Darwin para mapear la ruta de su pensamiento durante los 18 meses posteriores a su regreso de dicho viaje.

A Gruber le sorprendió cuánto tiempo tomó a Darwin, entonces a finales de sus veinte, pensar a

importancia de la motivación intrínseca, mapeó el pensamiento y sentimientos de doce científicos conocidos internacionalmente durante varias fases del proceso creativo. El estudio también encontró que, para el trabajo creativo, se requiere *tolerancia a la frustración*, la habilidad para tolerar sentimientos negativos (Runco y Albert,

través de una nueva idea. Darwin llegó al menos a un callejón sin salida antes de toparse con un ensayo del economista inglés Thomas Malthus, que describía cómo los desastres naturales y guerras mantenían bajo control el aumento de población humana. Después de leer la descripción de Malthus de la lucha por la supervivencia, a Darwin se le ocurrió que las especies cuyas características estaban mejor adaptadas a su ambiente tenderían a sobrevivir, y otras no lo harían. Incluso entonces, después de leer el ensayo de Malthus, a Darwin le llevó varios meses desarrollar su principio de selección natural, que explica cómo los rasgos adaptativos se transmiten a través de la reproducción. Y no fue sino hasta más de dos décadas más tarde que finalmente publicó su teoría y la evidencia que la apoyaba.

Aunque cada mente trabaja de modo un poco diferente, Gruber encontró algunas cosas en común entre los procesos de pensamiento de Darwin y los de otras figuras enormemente creativas en las artes y ciencias:

- Trabajan *minuciosa y lentamente* para dominar el conocimiento y las habilidades para resolver un problema. Darwin estudió pinzones durante 8 años, hasta que probablemente sabía más acerca de éstos que nadie.
- Constantemente *visualizan* ideas. Darwin dibujó una imagen particular, un árbol ramificado, una y otra vez, así refinó su teoría de cómo las especies más complejas evolucionaron en el “árbol” de la naturaleza.

- *Tienen metas*; poseen un fuerte sentido de orientación al logro y saben hacia dónde quieren ir.
- Tienen *redes de proyectos*, y con frecuencia hacen malabares con varios proyectos o actividades aparentemente sin relación.
- Son *capaces de hacer a un lado los problemas* de los que tienen muy poca información para resolver e ir sobre algo más, o adoptar suposiciones operativas temporales. Darwin hizo esto cuando se estancó en preguntas acerca de la herencia para las que no tenía respuestas confiables.
- Son *audaces*. Darwin necesitó valor para publicar una teoría que despedazaba las intrincadas ideas de su época.
- En lugar de trabajar en aislamiento (como frecuentemente se cree que actúan), *colaboran* o discuten sus ideas con otros, al elegir pares y diseñar ambientes que nutren su trabajo.
- *Disfrutan dar vuelta a las ideas* en sus mentes. Darwin leía el ensayo de Malthus por diversión.
- A través de trabajo arduo, *se transforman ellos mismos*, hasta que lo que sería difícil para alguien más parezca fácil para ellos.

Desde el punto de vista de Gruber, el crecimiento creativo en los adultos puede ser un proceso de desarrollo que abarca un periodo de años, en gran medida como el crecimiento cognitivo de los niños. Si esto es cierto, entonces es necesario estudiar por qué este desarrollo parece detenerse o frenarse para algunas personas en la adultez joven, mientras que en otros continúa a lo largo de toda la vida.

1990; Shaw, 1992, 1992b). Puesto que los científicos entendían que sentimientos como ira, miedo, tristeza, vergüenza, depresión, ansiedad, autodesprecio y sensibilidad al rechazo son parte necesaria del proceso, eran capaces de enfrentarlos y superarlos (Shaw, 1989, 1992a, 1992b).

## INVESTIGACIÓN DE LABORATORIO: “DETECCIÓN DE PROBLEMAS”

La formulación de un problema con frecuencia es más importante que su solución, la que puede ser simple cuestión de habilidad matemática o experimental. Para plantear nuevas preguntas, nuevas posibilidades, para considerar las viejas preguntas desde un nuevo ángulo, se requiere imaginación y marcar el avance real de la ciencia. (Einstein e Infeld, 1938, p. 92.)

El comentario de Einstein presagiaba una observación acerca del biólogo molecular James D. Watson. Watson y Francis Crick ganaron el premio Nobel por su descubrimiento de la estructura del ADN, la sustancia genética que dirige el funcionamiento de todas las células del cuerpo.

Aún así, el amplio reconocimiento de la **detección del problema** —la habilidad para identificar y formular problemas novedosos e importantes— como una característica del pensamiento creativo aguardaba la finalización de un estudio longitudinal clásico de estudiantes de arte adultos jóvenes, uno de los primeros intentos por investigar la creatividad en el laboratorio. Getzels y Mihaly Csikszentmihalyi (1968, 1975, 1976), otros pioneros en el estudio de la creatividad, pidieron a estos estudiantes de arte seleccionar y ordenar objetos para una naturaleza muerta. Los estudiantes establecieron sus propios problemas artísticos, que luego procedían a resolver. Aquellos cuyos trabajos fueron juzgados por expertos como los mejores y más originales, y quienes más tarde probaron ser más exitosos, fueron los que planteron “problemas” más inusuales y complejos. El estudio fue replicado más tarde por otro investigador, con resultados similares (Arlin, 1975, 1984).

Esta investigación apoya la sugerencia de Sternberg de que la creatividad se puede ligar al desarrollo del pensamiento maduro. Un cambio en énfasis de la resolución de problemas a la detección de éstos a veces se describe como característica del *pensamiento posformal*, una forma madura de pensar que se explora en el capítulo 7.

## Creatividad y edad

¿Existe alguna relación entre desempeño creativo y edad? En las pruebas psicométricas de pensamiento divergente, las diferencias en edad aparecían consistentemente. Ya sea que los datos fueran transversales o longitudinales, las calificaciones pico, en promedio, giraban en torno a finales de los treinta. Una curva grupal similar surge cuando la creatividad se mide mediante variaciones en resultados (número de publicaciones, pinturas o composiciones). Una persona en la última década de una carrera creativa por lo general sólo produce aproximadamente la mitad de lo que generó durante finales de los treinta o principios de los cuarenta, aunque un poco más que en los veinte (Simonton, 1990).

Existen tres formas de lograr un gran resultado a lo largo de la vida: 1) comenzar temprano, 2) seguir intentando y 3) ser inusualmente prolífico. No sólo estos tres factores se asocian con alta producción total, los tres están ligados. Las personas creativas que comienzan a producir temprano y mantienen una gran producción por lo general continúan siendo enormemente productivos más tarde en su vida (Feist y Barron, 2003). Pablo Picasso, considerado por muchos como el más grande artista

del siglo xx, comenzó a pintar en la niñez y, hasta su muerte en 1974, a los 91 años de edad, produjo más de 200 pinturas y esculturas al año.

Sin embargo, la curva de edad varía dependiendo del campo. Poetas, matemáticos y físicos teóricos tienden a ser más prolíficos a finales de sus veinte o principio de sus treinta. Los psicólogos investigadores alcanzan su cima alrededor de los 40 años, seguidos por un declive moderado. Los novelistas, historiadores y filósofos se vuelven cada vez más productivos a lo largo de sus cuarenta o cincuenta y luego se equilibran. Estos patrones se comprueban en distintas culturas y periodos históricos (Dixon y Hultsch, 1999; Simonton, 1990).

Desde luego, no todo lo que produce un creador es igualmente notable; incluso Picasso pudo producir algún material menor. La *razón de calidad*, la proporción de grandes obras a producción total, no mantiene relación con la edad. Los periodos en los que una persona crea el mayor número de trabajo memorable también tienden a ser aquellos en los que dicha persona genera el mayor número de labor olvidable (Simonton, 1998). Por ende, la probabilidad de que una obra *particular* sea una obra maestra no tiene nada que ver con la edad. Algunas de las exitosas canciones cimeras del compositor Irving Berlin las escribió en sus cincuenta, sesenta, setenta y ochenta años, y no tuvieron más o menos probabilidad, que las canciones que creó a principio de sus veinte, de que resultaran inmortales.

A veces las pérdidas en productividad se compensan con ganancias en calidad. Los análisis relacionados con la edad en temas de la antigua Grecia y obras shakesperianas muestran un desplazamiento de la preocupación juvenil sobre el amor y el romance a asuntos más relevantes (Simonton, 1983, 1986). Y un estudio del “canto de cisne” de 172 compositores encontró que sus últimas obras, por lo general bastante cortas y melódicamente simples, estuvieron entre sus más ricas, importantes y exitosas (Simonton, 1989).\*

Una teoría clásica (Beard, 1874) ofrece una explicación simple para este fenómeno, y al por qué incluso la *cantidad* de la producción en campos como la filosofía y la historia con frecuencia se mantiene hasta tarde en la vida. De acuerdo con esta teoría, existen dos factores en la creatividad: entusiasmo y experiencia. El entusiasmo alcanza su pico temprano, y de ahí en adelante la producción disminuye. Pero la experiencia continúa construyéndose e infunde a las últimas obras, especialmente a aquellas que requieren reflexión condimentada con introspección madura y sabiduría, lo que falta a los productos de la juventud.

El poeta alemán Rainer Maria Rilke (1984) escribió: “¡Ah!, los versos representan tan poco cuando uno los escribe joven. Uno debe esperar y reunir sentido y dulzura durante toda una vida, y si es posible una larga vida, y luego, casi al final, uno quizá pueda ser capaz de escribir diez líneas que sean buenas.” Este crecimiento del pensamiento maduro y la sabiduría, junto con un crecimiento paralelo en razonamiento moral, es el tema central del capítulo 7, el tercero de la trilogía acerca del desarrollo intelectual en la adultez.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Basado en la edad en la que los profesionales en varios campos experimentan picos en sus carreras, ¿qué elección de carrera harías?

\*A menos que se indique lo contrario, la discusión en esta sección se basa en Papalia, Olds y Feldman (2004).

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

### *La inteligencia y su medición: el enfoque psicométrico*

- La mayoría de los psicólogos concuerda en que el comportamiento inteligente está orientado a metas y es adaptativo, e involucra razonamiento, adquisición de conocimiento y resolución de problemas.
- El enfoque psicométrico supone que los individuos poseen cantidades variables y mensurables de inteligencia. Las pruebas psicométricas valoran comprensión verbal, cálculo matemático, razonamiento y ejecución no verbal.
- Las pruebas de inteligencia para adultos se califican al compararse con normas estandarizadas que utilizan el CI de desviación.
- Las pruebas de inteligencia infieren la habilidad del desempeño y pueden estar sujetas a sesgo cultural. Se cuestiona su pertinencia para adultos maduros.

**comportamiento inteligente (p. 193)**

**enfoque psicométrico (p. 194)**

**coeficiente intelectual (CI) (p. 196)**

**CI de desviación (p. 196)**

**Escala Wechsler de Inteligencia Adulta**

**(WAIS) (p. 197)**

**sesgo cultural (p. 199)**

**sin sesgo cultural (p. 199)**

**culturalmente justos (p. 199)**

### *Desarrollo intelectual en la adultez: conflictos básicos*

- Una visión multifactorial de la inteligencia puede explicar avances y deterioros simultáneos; una visión unitaria no puede hacerlo.
- Sternberg propone tres elementos de inteligencia: componencial, experiencial y contextual. Los elementos experiencial y contextual (incluido el conocimiento básico) puede volverse más importante en la adultez.
- Gardner propone siete "inteligencias" independientes: lingüística, lógica-matemática, espacial, musical, corporal-cinestésica, intrapersonal e interpersonal.
- El patrón de envejecimiento clásico en la WAIS muestra un declive mucho mayor y más agudo en tareas de ejecución (no verbales) que en tareas verbales. Se encuentra que la inteligencia fluida declina con la edad, mientras que la inteligencia cristalizada permanece constante o mejora.
- De acuerdo con el modelo de proceso dual de Baltes, las ganancias en la pragmática de la inteligencia (cristalizada) pueden compensar las pérdidas en la mecánica de la inteligencia (fluida).
- El Estudio Longitudinal Seattle de Inteligencia Adulta, al emplear un diseño secuencial, encontró que el desarrollo intelectual es multidireccional y muestra gran variabilidad individual, pequeñas diferencias de género y significativos efectos de cohorte.
- El entrenamiento y la práctica pueden mejorar el desempeño incluso de las tareas fluidas; los declives se pueden relacionar principalmente con la falta de ejercicio intelectual.

**análisis factorial (p. 202)**

**elemento componencial (p. 204)**

**elemento experiencial (p. 204)**

**elemento contextual (p. 205)**

**conocimiento tácito (p. 206)**

**patrón de envejecimiento clásico (p. 208)**

**inteligencia fluida (p. 209)**

**inteligencia cristalizada (p. 209)**

**modelo del proceso dual (p. 211)**

**mecánica de la inteligencia (p. 211)**

**pragmática de la inteligencia (p. 211)**

**caída terminal (p. 211)**

**optimización selectiva con compensación (p. 212)**

## *Creatividad*

- La creatividad se ha definido en términos de productos, actitudes, proyectos, habilidades o procesos. Con frecuencia se considera una forma de resolución de problemas. La creatividad se ha estudiado mediante pruebas psicométricas, con estudios biográficos y mediante investigación de laboratorio.
- Los estudios de casos biográficos pueden examinar factores cognitivos y de personalidad, campo de trabajo y ambiente cultural.
- Las fuentes y condiciones sugeridas de la creatividad incluyen tensión, motivación intrínseca, tolerancia al afecto, detección de problemas y un interjuego de pensamiento consciente y no consciente, racional e irracional.
- Tanto en las pruebas psicométricas como en la producción real se aprecia un declive en la creatividad relacionado con la edad.
- Los individuos tienden a producir el mayor número, aunque no necesariamente la mayor proporción, de obras principales en los periodos pico de productividad (mitad de la vida o antes, dependiendo del campo).

**pensamiento convergente (p. 220)**

**pensamiento divergente (p. 220)**

**Pruebas de Pensamiento Creativo de  
Torrance (p. 220)**

**motivación intrínseca (p. 223)**

**detección de problemas (p. 226)**

# Pensamiento maduro, sabiduría e inteligencia moral

## El papel de la experiencia

- Aplicación de la experiencia
- Resolución de problemas cotidianos
- Pensamiento integrativo

## Más allá de Piaget: nuevas formas de pensar en la adultez

- Pensamiento reflexivo
- Pensamiento posformal

## Un modelo de ciclo de vida del desarrollo cognitivo

### Sabiduría

- Sabiduría en folclor, mitos y filosofía
- Conceptos y valoraciones psicológicas
- Resumen: sabiduría y edad

### Desarrollo moral

- Teoría de Kohlberg: razonamiento moral
- Teoría de Gibbs: desarrollo de juicio moral
- Teoría de Gilligan: género y moralidad posformal

## Inteligencia, creatividad, sabiduría y desarrollo moral: una última palabra



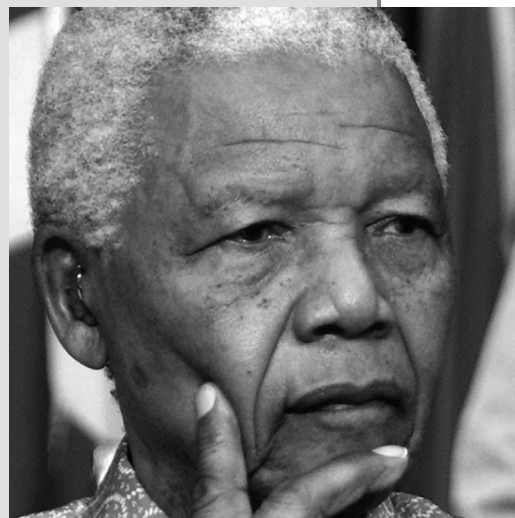
## PUNTO DE PARTIDA: NELSON MANDELA

*Aceptar toda la experiencia como la base a partir de la cual el espíritu humano destila significados y valores es parte del significado de la madurez.*

—Howard Thurman, *Meditations of the Heart*, 1953

EL PRIMER NOMBRE DE NELSON MANDELA,\* Rolihlahla, significa “suscitar problemas”, algo que hizo durante su larga lucha por derrocar el *apartheid*, el rígido sistema de separación y opresión racial de Sudáfrica. Pero, mientras el joven Mandela se describía como apasionado, impulsivo y fácilmente irritable, el hombre de 71 años de edad, que en 1990 fue puesto en libertad tras 26 años de encarcelamiento, era bastante sensato y ecuánime. “Llegué a la madurez”, declara (Stengel, 1994).

El histórico acuerdo que resultó en la elección de Mandela cuatro años después como el primer presi-



© Reuters/Juda Ngwenya/Corbis Images

\*Las fuentes de información biográfica acerca de Nelson Mandela son Benson (1986), Goodrich (1995), Hargrove (1989), Mandela (1994), Meer (1988), Nelan (1994), Stengel (1994), P. Taylor (1994) y Watson (1994).



dente negro de su país, fue la realización de un sueño de la infancia. Mandela nació y fue educado en el seno de una familia perteneciente a la realeza; había escuchado a los ancianos cuando hablaban sobre una época pasada de paz, libertad e igualdad. Más tarde, fue suspendido de la universidad por participar en una protesta estudiantil y en 1941, al igual que miles de jóvenes de comunidades rurales, se dirigió a la zona industrial de Johannesburgo para buscar empleo. Ahí observó los efectos de la barrera de color: escuálidas favelas acosadas por el crimen en los suburbios de una ciudad próspera. Consiguió empleo, terminó la universidad por correspondencia y se convirtió en abogado. Cada día su oficina se llenaba de personas acusadas de violar leyes injustas.

Mientras tanto, Mandela se unió al Congreso Nacional Africano (CNA). Ayudó a organizar demostraciones no violentas, que sólo atrajeron represión, leyes cada vez más severas y hostigamiento policial. En 1952, después de convertirse en vicepresidente del CNA, se le prohibió, como a muchos otros militantes negros, asistir a reuniones o salir de Johannesburgo.

En diciembre de 1956, en una redada nocturna, él y otros 155 líderes del CNA fueron arrestados y acusados de conspiración para derrocar al gobierno. Después de un juicio de cuatro años, y de que en cierta ocasión la policía abriera fuego sobre espectadores pacíficos, los acusados fueron absueltos. Pero el CNA fue proscrito, como antes lo había sido Mandela. Él tuvo que ocultarse y organizó una huelga nacional de tres días. El gobierno intentó sofocarla, pero no lo consiguió, y encarceló a más de 10 mil africanos, la mayoría sin haber sido juzgados previamente.

Aunque con renuencia, Mandela decidió que el movimiento tendría que tomar las armas, pero con la consigna de no atacar a civiles sino propiedades y edificios. Fue el autor intelectual de bombardeos sobre 23 objetivos en las principales ciudades. “No lo maqué con un espíritu imprudente, ni porque

me atraiga la violencia”, dijo en su juicio. “Lo planeé como resultado de una concienzuda y serena valoración de la situación política que surgió después de muchos años de tiranía, explotación y opresión de mi gente” (Benson, 1986, pp. 146-147).

Condenado a cadena perpetua en 1964, a los 45 años, Mandela continuó dirigiendo la lucha de su gente desde su prisión insular. Cuando no estaba haciendo trabajos forzados, tomaba clases de historia, economía y afrikáans, el idioma de sus adversarios blancos, junto con sus compañeros de encierro. Comenzó un largo diálogo con oficiales del gobierno, primero mediante cartas y luego en reuniones secretas.

Sumamente paciente, confiado y resuelto, Mandela planeó derrocar a la oposición. Mientras más tiempo permanecía en prisión un hombre de justicia atrapado en un sistema injusto, su autoridad moral se incrementaba. En 1985 rechazó un ofrecimiento de liberación a cambio de abstenerse de acciones violentas o ilegales. Mandela, por entonces un símbolo internacional de resistencia, explicó, en un comunicado al pueblo africano, que su libertad era inseparable de la suya. Cinco años después, el nuevo presidente de Sudáfrica, F. W. de Klerk, lo liberó, legalizó el CNA y otras organizaciones políticas negras, abolió las leyes discriminatorias y prometió una constitución no racial. El CNA, a su vez, abandonó la lucha armada. A pesar de la desconfianza mutua, Mandela y De Klerk negociaron un acuerdo para crear una nueva constitución, convocaron a elecciones libres y evitaron una guerra civil. Por estos logros, recibieron el premio Nobel de la paz en 1993.

Después de vencer a De Klerk en los comicios, Mandela, a los 75 años, se abocó a la desafiante tarea de reformar el sistema político y económico de Sudáfrica. Abordó la tarea con la misma determinación cauta y valor moral que mostró durante su largo confinamiento. A pesar de las adversidades que él y su pueblo sufrieron, sabía que el resentimiento no lo ayudaría a lograr sus metas. En nombre de la

inclusión cultural, impulsó a los negros sudafricanos a aprender afrikáans y a cantar el antiguo himno nacional junto con el nuevo. “Comenzamos una nueva era”, dijo, “de esperanza, de reconciliación, de

construcción nacional” (Nelán, 1994, p. 28). Nelson Mandela se retiró de la vida pública en 1999. En la actualidad reside en su tierra natal, Qunu, Transkei, y continúa activo trabajando en temas específicos.

NELSON MANDELA ES UN LÍDER NATO, hombre de gran inteligencia e impulso. En su juventud, fue un hombre de acción. En su adultez media y vejez, también se ha mostrado como un individuo de pensamiento disciplinado y palabras medidas. ¿Las experiencias de Mandela (como él comenta) lo ayudaron a construir una forma de pensamiento más sabia y madura, útil para cambiar las reglas autoritarias impuestas por los blancos y adoptar una democracia multirracial? ¿Los adultos maduros cuya experiencia puede ser menos extraordinaria o radical que la de Mandela también desarrollan nuevas formas de pensamiento? ¿Has notado algunos cambios aparentes en cómo piensan tus padres o abuelos conforme envejecen? Y si la cognición madura muestra características distintivas, ¿qué procesos están involucrados?

En vez de enfocarse sobre los cambios *cuantitativos* que se producen en las habilidades intelectuales (como se hizo en el capítulo 6), gran parte de la teoría y la investigación —que surgió principalmente de las perspectivas organicista y contextual— se enfoca en los cambios *cualitativos*, ya sean universales o individuales, y a sus implicaciones para la evaluación de la inteligencia a través del ciclo de vida adulto. En la primera sección de este capítulo se describen los procesos de pensamiento que capitalizan la experiencia: la resolución de problemas específicos y cotidianos y el pensamiento integrativo. A continuación, se observa el pensamiento maduro como una etapa del desarrollo cognitivo. Luego se examinan varios significados de *sabiduría* y se aborda el estudio del desarrollo moral: cómo los adultos resuelven dilemas morales, desde los meramente personales hasta los conflictos de época como aquellos que enfrentó Nelson Mandela.

## 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). Otros han ido más allá e identifican un estadio adicional de complejidad lógica llamado *pensamiento posformal* (que se discute más adelante en este capítulo), que puede observarse en adultos maduros.

## Aplicación de la experiencia

Dos jóvenes médicos residentes en el laboratorio de radiología de un hospital examinan una placa torácica de rayos X. Estudian una mancha blanca poco común en el lado izquierdo. “Parece un gran tumor”, dice finalmente uno de ellos. El otro asiente con la cabeza.

Justo entonces, un radiólogo que pertenece al personal desde hace mucho tiempo entra y observa sobre sus hombros la radiografía. “Este paciente tiene un pulmón colapsado y necesita cirugía inmediata”, declara (Lesgold, 1983).

De acuerdo con muchos estudios, en los adultos maduros la habilidad para resolver problemas novedosos (inteligencia fluida) puede disminuir gradualmente, aunque muestran una creciente competencia para resolver problemas en sus campos de elección. ¿Por qué? La respuesta, de acuerdo con William Hoyer y sus colegas (Hoyer y Rybash, 1994; Rybash, Hoyer y Roodin, 1986), radica en el conocimiento especializado, 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. Esta experiencia parece ser relativamente independiente de cualquier falla en la inteligencia general y en la maquinaria de procesamiento de información del cerebro.

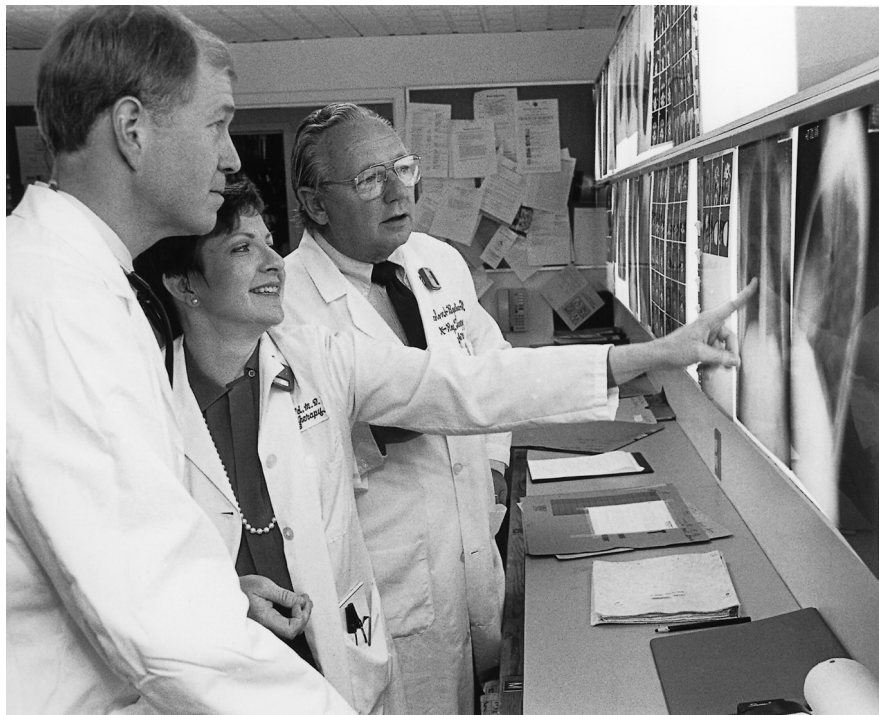
En un estudio (Ceci y Liker, 1986), los investigadores identificaron a treinta hombres en la adultez media y en la vejez que eran ávidos espectadores y apostadores en el hipódromo. Sobre la base de la habilidad para elegir a los ganadores, los investigadores dividieron a los hombres en dos grupos: “experto” y “no experto”. Una prueba de CI no arrojó diferencias significativas en inteligencia. Pero se encontró que los “expertos” utilizaban un método de razonamiento sofisticado, que integraba las interpretaciones a partir de la información interrelacionada acerca de cada caballo; los “no expertos”, en contraste, tendían a emplear métodos más simples y menos exitosos. De nuevo, esta diferencia no se relacionaba con el CI: los “expertos” con bajos CI usaban razonamiento más complejo que los “no expertos” con altos CI.

La explicación del grupo Hoyer para esta aparente paradoja es que, con la experiencia, el procesamiento de información y el pensamiento fluido se enfocan en sistemas de conocimiento específicos. Este proceso de **encapsulamiento** facilita la incorporación, el acceso y uso del **conocimiento dentro de cada campo de especialidad**. De hecho, una gran cantidad de evidencia apunta al hecho de que la eficacia del procesamiento de información depende del tipo de material a procesar (Hoyer y Rybash, 1994). El encapsulamiento es principalmente unidireccional e irreversible; mientras los adultos permanezcan sanos y vigorosos, continuarán acumulando experiencias y destrezas. Por otra parte, las habilidades encapsuladas se vuelven menos disponibles para usos generales (resolver problemas fuera del campo específico). Por tanto, a pesar de una pérdida general en inteligencia fluida, el encapsulamiento “captura” o salva habilidades fluidas para la resolución de problemas especiales.

De acuerdo con este modelo, el encapsulamiento resulta en distintas formas adultas de pensar y conocer. Los niños y adolescentes son más capaces de asimilar una amplia variedad de conocimiento *nuevo*; sin embargo, los adultos se concentran en perfeccionar y ampliar el conocimiento *existente* en una forma flexible y abierta que permita su aplicación a situaciones multifacéticas e impredecibles de la vida real, tales como comprar acciones o elegir ganadores en la pista de carreras.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿De qué manera tu educación formal, combinada con otras experiencias de vida, influyen en la complejidad de tu habilidad de razonamiento?



© Tim Davis/Photo Researchers

*La experiencia para interpretar radiografías, como en muchos otros campos, depende del conocimiento especializado obtenido, que continúa aumentando con la edad. Los expertos con frecuencia parecen ser guiados por la intuición y no pueden explicar cómo llegan a conclusiones.*

El “pensamiento experto” con frecuencia parece automático e intuitivo. Dado que los expertos por lo general no están conscientes de los procesos de pensamiento en que se basan sus decisiones (Dreyfus, 1993-1994; Rybash *et al.*, 1986), no pueden explicar fácilmente cómo llegan a una conclusión o en qué se equivocó alguien que no es experto. En el ejemplo anterior, es posible que el radiólogo experimentado no sea capaz de explicar por qué los residentes considerarían diagnosticar un pulmón colapsado como un tumor; de igual modo, hasta un maestro ajedrecista ni siquiera puede considerar los movimientos entre los que un novato se debatiría mentalmente. Los expertos no se apoyan en reglas; en vez de ello, aplican intuitivamente su experiencia acumulada, o lo que Sternberg llama *conocimiento tácito* (véase el capítulo 6), a casos particulares (Dreyfus, 1993-1994). En un estudio, por ejemplo, enfermeras novatas observaron las reglas que habían aprendido para cuidar bebés; las enfermeras experimentadas usaban la intuición para guiarlas en decidir cuándo era mejor *no* apegarse a las reglas (Benner, 1984).

En un estudio (Hoyer e Ingolfsdottir, 2003) con técnicos de laboratorio médico, dos grupos de edad, de 24 y 49 años, se pusieron a prueba en la identificación de diferentes tipos de bacterias. A los novatos de cada edad también se les dio la misma tarea. El desempeño en la detección de los técnicos médicos en la adultez media fue igual al de los técnicos médicos adultos jóvenes cuando se presentaron pistas de ubi-

cación y pistas contextuales. Este hallazgo sugiere que el conocimiento de las constantes basadas en la experiencia pasada con tareas similares permitió a los expertos en la adultez media acortar algunas operaciones y pasos. Los técnicos médicos que no tuvieron pistas de ubicación y un contexto congruente mostraron déficits relacionados con la edad en alguna de las tareas. Este estudio apoya la idea de que el conocimiento adquirido acerca de las constantes en ciertas tareas permite el desempeño eficiente continuo sin diferencias relacionadas con la edad para personas experimentadas.

El modelo de encapsulamiento es coherente con el enfoque de desarrollo del ciclo de vida de Baltes como una forma de explicar la creciente habilidad en algunas áreas a pesar del deterioro encontrado en otras. De acuerdo con el modelo de encapsulamiento, los avances en la experiencia especializada continúan al menos a lo largo de la adultez media, antes de que un deterioro con base fisiológica pueda limitarlos.

## Resolución de problemas cotidianos

La habilidad para llevar a cabo actividades consideradas como esenciales en la vida independiente es un aspecto de lo que se entiende por inteligencia cotidiana. Los auxiliares para la cognición cotidiana incluyen el diseño de etiquetas que faciliten tomar medicamentos correctamente y proporcionen instrucciones claras acerca de cómo utilizar un electrodoméstico (Stine-Morrow y Miller, 1999). Otro aspecto de la inteligencia cotidiana es la aplicación de habilidades cognitivas a problemas cotidianos que sean complejos y multidimensionales (Schaie y Willis, 1996).

Si la experiencia especializada permite a los adultos encontrar mejores soluciones de problemas en ciertos campos, ¿qué hay acerca de los problemas prácticos de la vida diaria? ¿La experiencia hace a los adultos “expertos” en la resolución de problemas cotidianos?

En un estudio (Denney y Palmer, 1981), a 84 adultos entre las edades de 20 y 79 años se les requirió solucionar dos tipos de problemas. Uno era similar al juego “veinte preguntas”. A los participantes se les mostraron 42 imágenes de objetos comunes y se les pidió que imaginaran en cuál estaba pensando el examinador, planteando preguntas que se pudieran responder con un sí o un no. La calificación se basaba en el número de preguntas que necesitaban para obtener la respuesta y en el porcentaje de preguntas que eliminaban a más de un objeto a la vez (“¿Es un animal?”, en vez de sólo un objeto, “¿es una vaca?”). Mientras más ancianos eran los participantes, peor se desempeñaban en esta parte de la prueba.

El segundo tipo de problema involucraba situaciones como las siguientes: *Tu sótano se inunda. Estás atrapado en un automóvil durante una tormenta de nieve. Tu hijo de 8 años debió llegar hace hora y media de la escuela.* Las respuestas que mostraron autoconfianza y reconocimiento de algunas causas y soluciones posibles obtuvieron las calificaciones más altas. En esta parte de la prueba, las personas en sus cuarenta y cincuenta años, que basaron sus respuestas en experiencias de la vida cotidiana, fueron quienes encontraron mejores soluciones a problemas prácticos. Hubo un estudio de seguimiento, que intentó dar una ventaja a los ancianos al plantear problemas con los que estarían más familiarizados (jubilación, vejez y mala salud); pero las personas en sus cuarenta todavía encontraban las mejores soluciones en comparación con los más jóvenes o los ancianos (Denney y Pearce, 1989). La conclusión fue que los beneficios de la experiencia para lidiar con problemas alcanza un límite en algún punto durante la adultez, quizás en la adultez media.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué problemas cotidianos caracterizan las vidas de adultos jóvenes, adultos medios y adultos mayores?  
¿Cuáles son las consiguientes demandas para la habilidad cognitiva?

Sin embargo, otros investigadores que estudiaron la resolución de problemas cotidianos obtuvieron diferentes resultados (Cornelius y Caspi, 1987). Estos investigadores elaboraron un inventario que reunía problemas típicos que adultos jóvenes, medios y tardíos, podrían experimentar como consumidores; al administrar una casa; al resolver conflictos con miembros de la familia, amigos y compañeros de trabajo; y al lidiar con información técnica. Para cada situación, se presentaban cuatro posibles respuestas. Por ejemplo: “Descubres que no fuiste tomado en cuenta para obtener un ascenso. Tú: *a*) ¿intentarías descubrir por qué no lo obtuviste? *b*) ¿tratarías de ver el lado positivo de la situación? *c*) ¿aceptarías la decisión? *d*) ¿te quejarías con un amigo de lo injusto de la decisión?” Un grupo de jueces de diversas edades, de los cuales la mayoría no tenía formación profesional en psicología, calificó la efectividad de las respuestas. Esta vez, la capacidad para resolver problemas cotidianos (según la definieron los jueces) *no* disminuyó después de la adultez media. En vez de ello, como la inteligencia cristalizada, el desempeño en el inventario mejoró en la adultez tardía.

Con la intención de resolver las discrepancias en la investigación previa, Camp, Doherty, Moody-Thomas y Denney (1989) diseñaron un estudio basado en parte en problemas utilizados en los anteriores estudios de Denney y en parte en problemas reales que los participantes habían enfrentado, como peleas matrimoniales, disputas con vecinos, emergencias de salud, pérdidas de empleo y violencia callejera. Esta vez, los participantes mismos generaron las soluciones, que fueron calificadas de acuerdo con su *calidad* en lugar de su cantidad. Como en el estudio de Cornelius y Caspi, los ancianos no mostraron deficiencias por causa de la edad. Su desempeño en la resolución de sus propios problemas fue similar al de los adultos más jóvenes y se mostraron más satisfechos con sus soluciones.

## Pensamiento integrativo

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. Tal característica integrativa del pensamiento adulto tiene implicaciones en muchos aspectos de la vida.

En una serie de estudios, a estudiantes universitarios y ancianos se les pidió recordar y resumir historias (Labouivie-Vief y Hakim-Larson, 1989). Una de éstas fue una fábula acerca de un lobo que prometía recompensar a una cigüeña por retirar un hueso atorado en su garganta. La cigüeña sacó el hueso con su pico, una manobra que involucró poner su cabeza en las fauces del lobo, y luego pidió la recompensa prometida. ¡El lobo replicó que la recompensa de la cigüeña era que podía irse viva! (Labouivie-Vief, Schell y Weaverdyck, 1982.)

Ambos grupos pudieron recordar la historia en detalle, pero dieron resúmenes muy diferentes. Los de los estudiantes fueron más largos y detallados y se concretaron en el material del texto. Los resúmenes producidos por los ancianos (cuya edad promedio era 74 años) tendieron a ser más cortos y puntuales. Los adultos mayores integraron la “moraleja” de la historia con observaciones basadas sobre la experiencia y aprendizaje del mundo real. Por ejemplo, un anciano extrajo la moraleja de que una buena acción es una recompensa en sí misma, pero también notó “cierta astu-

cia” por parte del lobo, “quien buscó ayuda en un momento de necesidad, pero era incapaz de dar algo de sí mismo, aunque fuera de alguna forma insignificante, para mostrar su aprecio” (Labouvie-Vief y Hakim-Larson, 1989, p. 13). El pensamiento de los ancianos fue más flexible que el de los más jóvenes, cuyos intentos por hacer un resumen estuvieron limitados al recuerdo literal de la historia.

El pensamiento integrativo tiene implicaciones emocionales y sociales. La habilidad para interpretar eventos en una forma madura permite a muchos adultos solucionar episodios infantiles que alguna vez los perturbaron (Schafer, 1980). La investigación mostró, por ejemplo, que la madurez y adaptación de las mujeres en la adultez se relaciona no con lo que realmente ocurrió entre ellas y sus madres, sino en el cómo perciben el comportamiento de sus madres hacia ellas (Main, 1987).

La sociedad se enriquece con esta característica integrativa del pensamiento adulto. Con frecuencia, son los adultos maduros quienes crean mitos y leyendas inspiradoras, quienes traducen las verdades de la condición humana en símbolos a los cuales las generaciones más jóvenes pueden voltear en busca de una guía (Gutmann, 1977). Es muy probable que las personas tengan que ser capaces de pensar de manera integrativa antes de poder convertirse en líderes morales y espirituales.

La intuición, el pensamiento integrativo y la interpretación subjetiva son características relevantes de lo que algunos investigadores comenzaron a ver como una etapa especial de madurez del desarrollo intelectual: el pensamiento posformal. A continuación se analiza este tema.

## MÁS ALLÁ DE PIAGET: NUEVAS FORMAS DE PENSAR EN LA ADULTEZ

De acuerdo con Piaget, el pensamiento comienza en la niñez temprana con la manipulación de la información sensorial. Luego progresa hacia la resolución de problemas concretos, por ejemplo, juzgar si la cantidad de agua en un contenedor cambia cuando se vierte en otro de forma diferente. Muchos adolescentes alcanzan el estadio más alto propuesto por Piaget, el de las operaciones formales: pueden pensar de manera abstracta, sistemática y lógica; pueden plantear y poner a prueba hipótesis acerca de la realidad. 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. Una línea de la teoría e investigación neopiagetiana aborda los niveles más altos de razonamiento abstracto, o *pensamiento reflexivo*. Otra línea de investigación lidia con el *pensamiento posformal*, que combina lógica con experiencia práctica en la resolución de problemas ambiguos.

### Pensamiento reflexivo

El **pensamiento reflexivo** es una forma compleja de cognición, que fue definida por primera vez por el filósofo y educador estadounidense John Dewey (1910/1991) como “consideración activa, persistente y cuidadosa” de información o creencias con base en la evidencia que las sostiene y en las conclusiones a las que conduce. Los pensadores reflexivos continuamente cuestionan hechos supuestos, extraen inferencias y hacen conexiones. Al construir sobre las operaciones formales propuestas por Piaget, los pensadores reflexivos pueden crear sistemas intelectuales complejos que

reconcilian ideas o consideraciones aparentemente opuestas: por ejemplo, al integrar varias teorías de física moderna o al proponer una teoría general del desarrollo humano que explique los diferentes tipos de comportamiento (Fischer y Pruyne, 2003).

Se cree que la capacidad para el pensamiento reflexivo surge entre los 20 y 25 años de edad. Es hasta ese momento que las regiones corticales del cerebro manejan el pensamiento de orden superior en un sistema nervioso completamente mielinizado. Al mismo tiempo, el cerebro forma nuevas neuronas y sinapsis y conexiones dendríticas. El apoyo ambiental puede estimular el desarrollo de conexiones corticales más fuertes y densas. Por tanto, aunque casi todos los adultos desarrollan la *capacidad* para convertirse en pensadores reflexivos, pocos logran alcanzar una destreza óptima en esta habilidad, y es posible que no sean capaces de aplicarla de manera consistente en diversos tipos de problemas. Por ejemplo, un adulto joven puede entender el concepto de justicia pero quizá se le dificulte relacionarla con otros conceptos como bienestar social, ley, ética y responsabilidad. Esto puede explicar, como se discutirá más adelante en este capítulo, por qué pocos adultos, por no hablar de adolescentes, pueden alcanzar los niveles más altos de razonamiento moral propuestos por Kohlberg. Para muchos adultos, la educación superior estimula el progreso hacia el pensamiento reflexivo (Fischer y Pruyne, 2003).

## Pensamiento posformal

PENSAMIENTO CRÍTICO  
¿Qué evidencia tenemos  
para apoyar el concepto  
de pensamiento  
posformal?

A finales de la década de los sesenta y principios de la de los setenta, los investigadores querían observar cómo los adultos jóvenes, las personas en la adultez media y los ancianos se desempeñarían en los tipos de tareas que Piaget utilizó para medir el desarrollo cognitivo en la niñez (Papalia, 1972; Papalia y Bielby, 1974; K. H. Rubin, 1973; Rubin, Attewell, Tierney y Tumulo, 1973; Sanders, Laurendeau y Bergeron, 1966; Tomlinson-Keasy, 1982). Cuando algunos ancianos dieron respuestas similares a las de los niños pequeños (al decir, por ejemplo, que el agua vertida de un contenedor delgado a uno ancho pesaba más “porque era más grande”) los investigadores interpretaron esto como posible evidencia de regresión a un estadio anterior de pensamiento (Papalia, 1972). Pero estudios posteriores sugirieron que algunos ancianos daban respuestas “erróneas” porque su pensamiento tomaba más hechos en cuenta. Por ejemplo, cuando se les preguntó si había la misma cantidad de espacio en casas con formas diferentes hechas con el mismo número de bloques, una anciana dijo: “cuando comienzas a decorarla, se pierde siempre algo de espacio porque debes tener un pasillo escaleras arriba así como escaleras abajo, lo que te roba espacio” (Roberts, Papalia-Finlay, David, Blackburn y Dellman, 1982, p. 191). Por tanto, los investigadores comenzaron a preguntarse si tales respuestas “preformales” en realidad podían representar un *avance* en desarrollo cognitivo, un estadio más allá de las operaciones formales.

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).

### 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 puede haber verdad, lógica y validez en otros puntos de vista. Cuando hay conflicto, un lado debe ser correcto y el otro equivocado. El pensamiento polarizado con frecuencia se proyecta en los conflictos emocionales. Las personas con un pensamiento inmaduro, cuando se enojan, culpan a la otra persona en vez de aceptar parte de la responsabilidad (Blanchard-Fields, 1986; Labouvie-Vief, 1990a, 1990b; Labouvie-Vief, Hakim-Larson, DeVoe y Scheberlein, 1989). Los pensadores polarizados se caracterizan por dar respuestas definitivas cuando resuelven problemas estructurados y perciben cualquier ambigüedad como resultado de un pensamiento confuso. Ven todo en negro o blanco. Los pensadores posformales, en cambio, pueden apreciar los distintos matices de gris (Labouvie-Vief, 1990a, 1990b).

El pensamiento posformal es relativista. Al igual que el pensamiento reflexivo, 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 (como las de los israelíes o los palestinos, o las de dos compañeros románticos), cada una de las cuales, desde su propia perspectiva, puede tener una afirmación válida y cierta (Labouvie-Vief, 1990a, 1990b; Sinnott, 1996, 1998, 2003).

El pensamiento posformal se desarrolla a través de experiencias que abren una posibilidad de mirar las cosas de una manera poco convencional. Para muchos estudiantes provenientes de colegios tradicionales, los retos académicos y sociales de la universidad ofrecen una oportunidad de cuestionar los aprendizajes obtenidos en la infancia. La experiencia universitaria socava la creencia en verdades absolutas, eternas y objetivamente verificables. Muchos estudiantes experimentan un giro de 180 grados y llegan a creer que “todo es relativo”: que toda realidad es subjetiva y todo significado se liga al contexto. Sin embargo, con el tiempo, por lo general se mueven más allá de una posición totalmente relativista y buscan diversos medios de evaluar las situaciones especiales que se les presentan (Labouvie-Vief, 1990a, 1990b).

En un estudio que inspiró gran parte de la investigación acerca del pensamiento posformal, William Perry (1970) entrevistó a 67 estudiantes de Harvard y Radcliffe a lo largo de los años de sus estudios universitarios. Encontró que su pensamiento progresó de la rigidez a la flexibilidad y, al final del proceso, a convicciones elegidas de manera voluntaria. Primero, dice Perry, conforme los estudiantes conocen una amplia variedad de ideas, reconocen la existencia de muchos puntos de vista diferentes. También aceptan su propia incertidumbre. Sin embargo, consideran esta etapa temporal, y esperan aprender con el tiempo “la respuesta correcta”. A continuación, llegan a conceptualizar todo el conocimiento y valores como relativos. Reconocen que cada sociedad e individuo tienen su propio sistema de valores. Ahora se dan cuenta de que sus opiniones acerca de muchos temas son tan válidas como las de cualquier otro, incluso las de un padre o profesor. Pero se sienten abandonados y perdidos; no pueden encontrar significado o valor sólido en este laberinto de sistemas y creencias. El orden se sustituyó por caos. Finalmente, logran obtener un

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿En qué circunstancias se esperaría que los procesos de pensamiento permanezcan estables o demuestren avance?

**compromiso dentro del relativismo.** Generan sus propios juicios y eligen sus propias creencias, valores y compromisos a pesar de la incertidumbre y del reconocimiento de la validez de otras posibilidades.

Basándose en la obra de Perry, Gisela Labouvie-Vief (1982, 1990a, 1990b, 1997), psicóloga de la Wayne State University, propone tres niveles del desarrollo cognitivo adulto:

1. **Nivel intrasistémico.** Las personas en este nivel, que corresponde al estadio de operaciones formales de Piaget, pueden razonar dentro de un solo sistema de pensamiento (por ejemplo, geometría euclidiana o no euclidiana, capitalismo o socialismo, cristianismo o budismo) pero no desmarcarse de éste para reflexionar sobre el mismo. Los adolescentes y quienes entran a estudios universitarios son capaces de lidiar sólo con un sistema lógico como “correcto” y, aunque pueden reconocer que otras personas sostienen opiniones diferentes, es difícil para ellos aceptar que un argumento o sistema alternativo puede ser tan válido como el propio.
2. **Nivel intersistémico.** Las personas se vuelven conscientes de los múltiples y contradictorios sistemas de pensamiento. Aunque pueden discutir y elaborar sobre estos sistemas y cada vez son más capaces de tolerar el conflicto, todavía ven los sistemas como distintos e irreconciliables.
3. **Nivel integrado.** Este nivel se caracteriza por apertura, flexibilidad y reflexión responsable y autónoma. Las personas ven el cambio y la diversidad como positivos, y pueden recurrir a diferentes perspectivas y sistemas de valores. Como Nelson Mandela, eligen sus propios principios y actúan de acuerdo con éstos, no fortuita o arbitrariamente, sino al integrar la subjetividad con una nueva forma, más madura, de objetividad. La verdad ya no se percibe como absoluta o como totalmente relativa, sino que es juzgada a partir de una reflexión racional y disciplinada y de pensamiento y discusión colectivos.

No hay una edad fija para alcanzar alguno de estos niveles. Aunque las personas por lo general no logran pensamiento posformal hasta la adolescencia tardía o la adultez temprana, los adultos en sus cuarenta no necesariamente piensan de manera más madura que quienes están en sus veinte (Labouvie-Vief, Adams, Hakim-Larons, Hayden y DeVoe, 1987).

#### 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 y 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).

En una relación íntima, una pareja debe lidiar con tres diferentes realidades lógicas: la de cada uno de los miembros y la de la relación misma, que llega a adquirir

vida propia. 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).

Algunas investigaciones han encontrado una progresión hacia el pensamiento posformal a lo largo de la adultez joven y media, especialmente cuando las emociones están involucradas. En un estudio, a los participantes se les pidió juzgar qué causaba los resultados de una serie de situaciones hipotéticas, como un conflicto matrimonial. Los adolescentes y los adultos jóvenes tienden a culpar a los individuos, mientras que las personas en la adultez media se mostraron más proclives a atribuir el comportamiento a una interrelación entre las personas y su medio ambiente. Mientras más ambigua la situación, mayores fueron las diferencias por edad en la interpretación (Blanchard-Fields y Norris, 1994).

Un estudio longitudinal con 130 estudiantes de medicina de primer año aportó evidencia empírica que apoya el valor del pensamiento posformal. Sus grados de tolerancia hacia la ambigüedad, junto con su empatía como estudiantes de tercero y cuarto años (una combinación de emoción y cognición), predijo su desempeño clínico según calificaron sus pacientes (Morton *et al.*, 2000).

#### CAMBIO CULTURAL Y PENSAMIENTO POSFORMAL

¿El pensamiento posformal puede observarse en culturas donde la educación superior no es común? ¿El contacto transcultural puede facilitar el pensamiento posformal?

Un estudio con mujeres que trabajaban en granjas porcícolas en Honduras (descrito en el recuadro 7.1) encontró que un cambio hacia el pensamiento posformal parece ocurrir cuando las ideas, percepciones o interpretaciones de la realidad “ya no pueden dar sentido adecuado al mundo” (L. Johnson, 1991, p. 62). Es posible que la tensión resultante cause que las personas abran sus mentes a otras ideas, percepciones o interpretaciones más adecuadas en una situación cambiante (Sinnott, 1989). Una forma de identificar el potencial para el desarrollo del pensamiento posformal, entonces, es observar los grupos que experimentan situaciones enormemente estresantes mientras están aislados del contacto social normal.

La historia de 45 viajeros uruguayos cuyo avión chocó en los Andes nevados en invierno proporciona un ejemplo de cómo puede desarrollarse una nueva realidad (Read, 1974). Las patrullas de búsqueda dieron a todos por muertos, pero diez semanas después dos sobrevivientes bajaron de la montaña y obtuvieron ayuda para otros 14. Un análisis de los diarios de algunos de los sobrevivientes durante el primer mes (Sinnott, 1984) revela el nivel de pensamiento en el que operaban varias personas.

Inmediatamente después del choque, reinó el pánico. Después de los primeros momentos, algunos sobrevivientes comenzaron a calmar a los otros, pero quienes operaban en los niveles concreto o formal no reconocieron que los papeles y comportamientos normales no funcionarían en esta situación de crisis. Los intentos por “hablar” con quienes todavía estaban histéricos sólo consiguieron irritar a todos. Un mes después, mostraban los diarios, el grupo se reestructuró a sí mismo. Las relacio-

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué cambios culturales mundiales podrías predecir? ¿De qué manera podrían influir estos cambios en los procesos de pensamiento en la sociedad global?



## *Pensamiento posformal y cambio cultural*

En 1984, la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID, por sus siglas en inglés) lanzó un programa para “empoderar” a las mujeres que viven en granjas de subsistencia en Honduras: serían entrenadas para iniciar y manejar un negocio cooperativo de crianza y comercialización de cerdos. El proyecto desafiaba las costumbres establecidas en dichas comunidades rurales; por tanto, su éxito dependería de un gran cambio en las actitudes culturales hacia el papel de las mujeres.

En el sistema social existente, las mujeres estaban subordinadas al hombre y tenían poca o ninguna experiencia en la toma de decisiones independientes o acción autodirigida. Con frecuencia cuidaban de cerdos que amarraban cerca de sus casas, pero cuando estaban listos para ser vendidos en el mercado, el hombre era quien los transportaba y cobraba el dinero. En el nuevo programa de la AID, las mujeres criarían una raza diferente de cerdos, importados de Estados Unidos, más grandes y magros que los que usualmente eran criados en el área y requerían de más cuidados. En lugar de criar algunos cerdos en casa, a las mujeres se les enseñaría a operar granjas de cerdos, y serían ellas quienes tendrían que manejar todas las fases de la operación, incluido el mercadeo.

Los administradores del proyecto se dieron cuenta de que para que éste resultara, las mujeres necesitarían un entorno de apoyo. Antes de introducir el programa en el pueblo, miembros del personal se reunieron con los líderes y los esposos de las mujeres que iban a participar para explicarles cómo operaría el proyecto y hablarles sobre los nuevos comportamientos que se introducirían en el sistema social. El pueblo no sería parte del programa a menos que los esposos y los líderes aceptaran las nuevas funciones de las mujeres.

Las mujeres se reunían regularmente en grupos pequeños con una facilitadora, que debía capacitarlas para la toma de decisiones y el manejo de los problemas que surgieran durante el primer año. Las facilitadoras se desempeñaban como moderadoras, mentoras y agentes de cambio. Cada facilitadora dirigía dos grupos. Nueve meses después de comenzar el proyecto, los dos grupos dirigidos por una de las facilitadoras lograron criar cerdos de manera exitosa, mientras que los otros dos fracasaron.

¿Qué explica este resultado? De acuerdo con un observador capacitado que visitaba regularmente los grupos (L. Johnson, 1991), las dos facilitadoras mostraron niveles de pensamiento notablemente diferentes. La facilitadora de los dos grupos exito-

nes y roles se modificaron drásticamente. Muchas personas elevaron su nivel de pensamiento predominante. Quienes tomaron un enfoque posformal flexible surgieron como líderes. Podían hablar con todos los del grupo en un nivel intelectual y podían lidiar con personas tanto en términos de sus reglas sociales anteriores como en los de sus funciones en su nueva sociedad.

### CRITERIOS PARA EL PENSAMIENTO POSFORMAL

Un prominente investigador, Jan Sinnott (1984, 1998, 2003), propone varios criterios del pensamiento posformal:

- “La *caja de cambios*”. Habilidad para pensar dentro de al menos dos diferentes sistemas lógicos y pasar fácilmente del razonamiento abstracto a la

sos parecía operar en un nivel posformal en sus interacciones con las mujeres, y éstas se mostraban más capaces de definir y resolver problemas relacionados con la empresa.

La facilitadora que fracasó, quien parecía estar al nivel de las operaciones formales, dominaba las discusiones grupales. Era rígidamente moralista, despreciaba las costumbres locales e intentaba imponer sus propias ideas. Puesto que ella parecía incapaz de ir más allá de su propia forma de pensar, no pudo dar a las mujeres modelo alguno para hacer las cosas de distinto modo y tampoco les brindó ayuda para conciliar los puntos de vista diferentes. La facilitadora exitosa actuó desde la perspectiva de que las costumbres locales eran diferentes, pero no necesariamente inferiores, a la forma en que ella intentaba enseñar. Al propiciar una comunicación con el grupo que incluyera una retroalimentación, ayudó a las mujeres y a los otros habitantes del pueblo a comprender que sus antiguas formas de interacción no eran adecuadas para abordar la situación nueva (criar los cerdos importados). Como resultado, el propio pensamiento de las mujeres se amplió; fueron capaces de pensar y comportarse de una nueva manera.

La facilitadora posformal alentó la solución de problemas y la toma de decisiones cooperativas.

Consiguió que las mujeres con las que trabajó aprendieran cómo resolver problemas de diferentes maneras y, quizá lo más importante, a creer que *podían* adquirir conocimientos nuevos, así como habilidades y resultados. Cuando uno de los grupos comenzó a discutir sobre el modo de gastar el dinero y acusó a la tesorera de apropiarse de los fondos para su uso personal, la facilitadora exploró las causas posibles del problema desde varios puntos de vista. Sugirió más de una solución posible y por último se enfocó en la que parecía más adecuada: que la tesorera elaborara una lista de los gastos realizados y para qué propósitos, con recibos adjuntos, y que en el futuro proporcionara reportes financieros mensuales, prácticas que no eran familiares a estas mujeres. ¿Qué habría hecho la otra facilitadora en esta situación? Las discusiones del observador con ella sugieren que habría decidido si la tesorera era culpable o no, y, de serlo, la habría sustituido. Al actuar unilateralmente y moverse de inmediato a lo que ella estimaba como la solución correcta, habría desaprovechado la oportunidad de que las mujeres en sus grupos experimentaran con la toma de decisiones cooperativas y de que desarrollaran autoconfianza en su propio desempeño.

práctica, y viceversa, con respecto a situaciones del mundo real. (“Esto puede funcionar en el papel mas no en la vida real.”)

- *Definición de problemas.* 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. (“Esto es un problema ético, no uno legal, así que los precedentes judiciales realmente no ayudan a resolverlo.”)
- *Cambio proceso-producto.* 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. (“En el pasado me topé con este tipo de problema y lo resolví de esta manera” o “En este caso, la mejor solución disponible sería...”)

- *Pragmatismo*. Habilidad para elegir la mejor de entre varias posibles soluciones lógicas y reconocer los criterios para elegirla. (“Si quieres la solución más barata, haz esto; si quieres la más rápida, haz aquello.”)
- *Soluciones múltiples*. 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. (“Intentémoslo a tu manera; si no funciona, podemos probar la mía.”)
- *Conciencia de la paradoja*. Reconocimiento de que un problema o solución involucra conflicto inherente. (“Si haces esto obtendrás lo que quieres, pero eso sólo te hará infeliz al final.”)
- *Pensamiento autorreferencial*. Conciencia de una persona de que debe ser evaluada de acuerdo con la lógica que usa; en otras palabras, de que está utilizando pensamiento posformal.

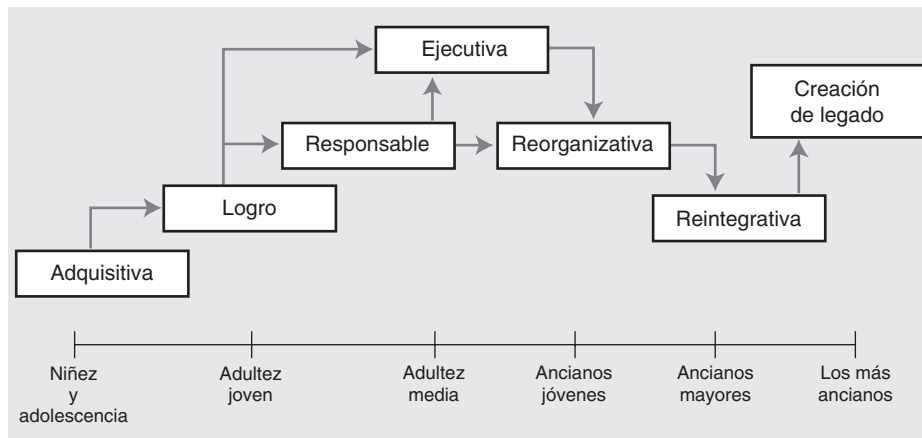
## UN MODELO DE CICLO DE VIDA DEL DESARROLLO COGNITIVO

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿En qué se asemejan y en qué difieren el modelo de Piaget y el del desarrollo cognitivo de Schaie?

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); su trabajo en el Estudio Longitudinal Seattle se abordó en el capítulo 6. Schaie describe el desarrollo intelectual como un proceso acorde a los cambios que son significativos para las personas y a cómo interpretan y responden a sus experiencias. Las etapas de este modelo (véase la figura 7.1) 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. **Etapla 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. **Etapla de logro** (final de la adolescencia o principios de los veinte 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. **Etapla 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. **Etapla ejecutiva** (treinta o cuarenta años a lo largo de la adultez media). Las personas en la etapa ejecutiva —que puede traslaparse 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. **Etapla 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. **Etapla reintegrativa** (adultez tardía). Los adultos mayores, quienes es posible que hayan dejado de involucrarse en actividades sociales y cuyo funcio-



**FIGURA 6.1** *Etapas de desarrollo cognitivo en adultos.* FUENTE: Schaie y Willis, 2000.

namiento 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. **Etapas 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.

Insistimos: si los adultos pasan por etapas como éstas, entonces las pruebas psicométricas tradicionales, que usan el mismo tipo de tareas para medir la inteligencia en todos los periodos de vida, pueden ser inadecuadas para ellos. Es posible que las pruebas desarrolladas para medir el conocimiento y las habilidades en niños no sean adecuadas para evaluar la competencia intelectual en adultos jóvenes o personas en la adultez media, quienes usan el conocimiento y las habilidades para resolver problemas prácticos y lograr metas que ellos mismos se han trazado. Si los tests convencionales fracasan en la medición de habilidades centrales de la inteligencia adulta, es posible que se necesite medir lo que Schaie (1978) llama **validez ecológica**: pruebas que muestran competencia para lidiar con retos de la vida real, como balancear una cuenta de cheques, consultar un horario de trenes o tomar decisiones informadas acerca de problemas médicos.

El modelo de Schaie también atrae la atención hacia un relevante desarrollo cognitivo de la adultez tardía: un enfoque sobre tareas que tienen un significado personal. Esto puede coincidir con lo que a veces se entiende por *sabiduría*, que es el tema que revisaremos a continuación.

## SABIDURÍA

La *sabiduría* (como *inteligencia* o *creatividad*) tiene muchos significados, pero ninguna definición precisa; aunque la mayoría de las personas cree saber lo que es

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué aspectos del comportamiento consideras que son los más importantes para caracterizar la sabiduría? ¿Por qué?



## Comparación de la sabiduría con la inteligencia y la creatividad

“Los procesos de sabiduría, inteligencia y creatividad son los mismos”, afirma Sternberg (1990). “Lo que los diferencia es su uso” (p. 153). Con base en una serie de estudios diseñados para investigar la manera en que los adultos distinguen los tres atributos, Sternberg construye un modelo teórico de inteligencia, creatividad y sabiduría: tres procesos intelectuales que, afirma, sólo difieren en sus aplicaciones (véase la tabla 7.1).

¿Cómo se relacionan las personas inteligentes, sabias y creativas con el conocimiento? Las personas inteligentes lo recuerdan, analizan y utilizan de manera efectiva. Las personas sabias sobresalen en **metacognición**, o conocimiento acerca del conocimiento. Sondean en el conocimiento para encontrar su significado más profundo. Entienden lo que saben y lo que no saben, los límites de lo que pueden saber y cómo el conocimiento afecta su pensamiento. Las personas creativas van más allá de lo que realmente conocen para crear algo nuevo. Por ende, “si consideramos el conocimiento existente como escenario restrictivo, como si fuese una prisión, podemos ver a la persona sabia intentando comprender la prisión y sus fronteras, a la persona inteligente tratando de hacer su vida lo más llevadera posible en el encierro, y a la persona creativa ideando cómo escapar de ahí” (Sternberg, 1990, p. 153).

Una segunda diferencia tiene que ver con la manera en que se procesa la información. Una persona inteligente utiliza procesos de pensamiento automáticos para lidiar eficientemente con las tareas rutinarias o familiares. Un individuo creativo se resiste a la automatización y prefiere lidiar con lo que es novedoso y no rutinario. Una persona sabia intenta entender cómo y por qué funciona la automatización.

El *estilo intelectual* es la forma en que la persona dirige o gobierna su propio funcionamiento mental. Las personas inteligentes son como ejecutivos: aplican reglas y resuelven problemas; por otra parte, los individuos creativos son como legisladores: deciden qué hacer y establecen nuevos modos de realizar cosas. Es probable que les guste contestar preguntas de examen con respuestas que el

examinador nunca consideró. Las personas sabias, en cambio, son como jueces: son evaluadores, aunque no juzgan rígidamente. Es probable que dimensionen un reactivo de examen e intenten imaginar por qué se preguntó.

Inteligencia, creatividad y sabiduría se relacionan con diferentes actitudes hacia la ambigüedad y los obstáculos. Una persona inteligente intenta eliminar la ambigüedad y sortear los obstáculos con respecto del problema definido. Un individuo creativo ve la ambigüedad como un mal necesario y busca formas de redefinir el problema para evitar obstáculos. Una persona sabia se siente cómoda con la ambigüedad y simplemente quiere entender los obstáculos y por qué existen.

¿Cuáles son las metas del comportamiento inteligente, sabio y creativo? La persona inteligente está motivada por saber y entender más y más cosas. La persona sabia busca entender a profundidad, obtener el significado subyacente. La persona creativa “quiere ver las cosas de manera diferente a como lo hacen los demás” (Sternberg, 1990, p. 156).

Finalmente, es más probable que cada atributo sea valorado de diferente manera en ciertos tipos de contextos. Una persona que es considerada inteligente en la escuela puede ser vista como ingenua o pretenciosa en otros escenarios del mundo real. Un individuo que es percibido como creativo en un ambiente puede resultar excéntrico en otro. Una persona que se considera sabia en un contexto puede ser vista como tonta o soñadora en otro.

Otra investigación sugiere que es posible que algunas de estas distinciones se pierdan con la edad, que la sabiduría y la creatividad, por ejemplo, puedan integrarse más (Simonton, 1990). La detección de problemas se ha identificado como una característica tanto del pensamiento creativo como del posformal, o de la inteligencia madura (Arlin, 1984). Es probable, entonces, conforme la persona envejece, que las conexiones entre inteligencia, sabiduría y creatividad puedan volverse más complejas y las diferencias menos claras (Sternberg y Lubart, 2001).



**TABLA 7.1**

*Comparación de seis aspectos de sabiduría, inteligencia y creatividad*

<b>Aspecto</b>	<b>Sabiduría</b>	<b>Inteligencia</b>	<b>Creatividad</b>
Conocimiento	Comprensión de sus presuposiciones y significados, así como de sus limitaciones	Recuerdo, análisis y uso	Ir más allá de lo que está disponible
Procesos	Comprensión de lo que es automático y por qué	Automatización de procedimientos	Preferencia por tareas novedosas
Estilo intelectual primario	Judicial	Ejecutivo	Legislativo
Personalidad	Comprensión de la ambigüedad y los obstáculos	Eliminar la ambigüedad y superar obstáculos dentro de un marco convencional	Tolerancia de la ambigüedad y redefinición de obstáculos
Motivación	Comprensión de lo que se sabe y lo que esto significa	Saber y usar lo que se sabe	Ir más allá de lo que se sabe
Ambiente	Apreciación, en el entorno, de la profundidad de comprensión	Apreciación, en el entorno, del alcance y la amplitud del entendimiento	Apreciación, en el entorno, de ir más allá de lo que actualmente se comprende

FUENTE: Sternberg (1990).

cuando se la encuentran (véase el recuadro 7.2 y la tabla 7.1). ¿Cómo puede describirse la sabiduría? ¿Es intelectual, emocional o espiritual, o los tres? ¿Las personas se vuelven más sabias conforme envejecen, como se cree comúnmente, o la sabiduría es independiente de la edad?

### Sabiduría en el folclor, mitos y filosofía

Aunque el concepto de sabiduría es al menos tan antiguo como la civilización, apenas recientemente se comenzó a investigar de manera sistemática. En sus estudios, los psicólogos modernos han utilizado conceptos anteriores que se encuentran en el folclor, mitos y filosofía.

La sabiduría popular es una colección de parábolas, proverbios e historias que reflejan conocimiento pragmático especial o dominio de la vida. Tiene tres funciones principales: práctica, moral y espiritual. Es una guía para vivir y una fuente o manifestación de crecimiento espiritual. Estos dichos y cuentos con frecuencia giran en torno a una persona, como el rey Salomón en la Biblia, cuyas palabras y acciones son consideradas la encarnación del juicio maduro (Holliday y Chandler, 1986).

En tiempos antiguos, estos relatos se transmitían de manera oral, con frecuencia por ancianos, para la instrucción y entretenimiento de los escuchas, tanto adultos

como niños. (Nelson Mandela, en Sudáfrica, obtuvo su erudición cuando niño, mientras se sentaba en un consejo comunal.) Cuando se inventó la escritura, los escribas registraron muchas de estas historias. La sabiduría ancestral que se encuentra en libros como la Biblia y el Corán incluyen pronunciamientos y principios morales que forman la base de enseñanzas religiosas.

Los escritos míticos en todas las culturas muestran a héroes jóvenes que exploran y dominan el mundo exterior. En contraste, las historias sobre adultos maduros se centran en una búsqueda de sabiduría (Chinen, 1985). El joven guerrero que parte en una travesía heroica y el maduro buscador de autoconocimiento son ejemplos de lo que el psicólogo suizo Carl Jung (1933) llamó **arquetipos**. Éstos representan importantes ideas recurrentes en la tradición mítica de una cultura, que sobrevive en su “inconsciente colectivo”. Uno de dichos arquetipos, que aparece en el cuento ruso “Vasilisa, la Sabia”, trata de la iniciación de una niña en el uso de sus poderes intuitivos (Estés, 1992). Otro es el de un anciano sabio que aparece cuando un joven héroe necesita ayuda o consejo. Tal imagen arquetípica se nutre de fuentes tan antiguas como el cuento griego de Mentor, el tutor que aconsejó al hijo de Odiseo, Telémaco, a mantenerlo fuera de peligro. La palabra *mentor* se empezó a utilizar para definir a la persona que utiliza la experiencia acumulada y la sabiduría para guiar a un joven aprendiz.

Un ejemplo moderno puede verse en la película *Star Wars*. El joven Luke Skywalker intenta destruir la monstruosa nave espacial Estrella de la Muerte del imperio del mal. Al principio, planea dirigir sus armas con el uso de una computadora ubicada en su pequeña nave de combate. Luego escucha la voz de Obi-Wan Kenobi, su consejero y maestro, que pide apagar la computadora y confiar en la “fuerza”. Luke lo hace y la fuerza de vida del universo lo ayuda a dirigir su disparo para destruir la Estrella de la Muerte.

Para los filósofos griegos clásicos, la sabiduría era una guía para la conducta correcta. Pero, más que dichas frases sabias o leyendas alegóricas, su fuente era la reflexión y el razonamiento. Para Sócrates, la sabiduría yacía en las revelaciones del autoexamen y el comportamiento moral. Para Platón, la acción virtuosa era el producto del pensamiento racional. Aristóteles distinguía entre dos fuentes de sabiduría: ética práctica y una búsqueda de la naturaleza y de los orígenes del universo y de la vida humana. Por ende, la sabiduría comenzó a relacionarse con el conocimiento y el aprendizaje (Holliday y Chandler, 1986).

Aunque las visiones de la sabiduría en la filosofía occidental se enfocan principalmente en juicios acerca del mundo externo y el comportamiento humano, algunas de las tradiciones filosóficas orientales más antiguas miran hacia el interior del desarrollo de estados espirituales de conciencia “superiores”. De acuerdo con los Vedas, escritos hindúes sagrados, la sabiduría se encuentra en completa sintonía con la naturaleza interior del yo y con las leyes universales subyacentes a la naturaleza (Alexander, 1982; Alexander, Kurth, Travis, Warner y Alexander, 1991; Alexander, Swanson, Rainforth, Carlisle y Todd, 1991). El desarrollo espiritual comienza con el desapego tanto del cuerpo como de la mente y sus relaciones con el mundo exterior, “frenar el flujo de pensamiento” e “ir con el flujo de la vida”. A final de cuentas, uno puede experimentar la “existencia sin pensamiento”, un estado de “conciencia impersonal” que se eleva por encima de las emociones austeras, la comprensión limitada y la conciencia centrada en la vida diaria (Atchley, 1991, pp. 3, 4). También en

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué símbolos y temas recurrentes de la literatura, el teatro y el cine representan sabiduría?

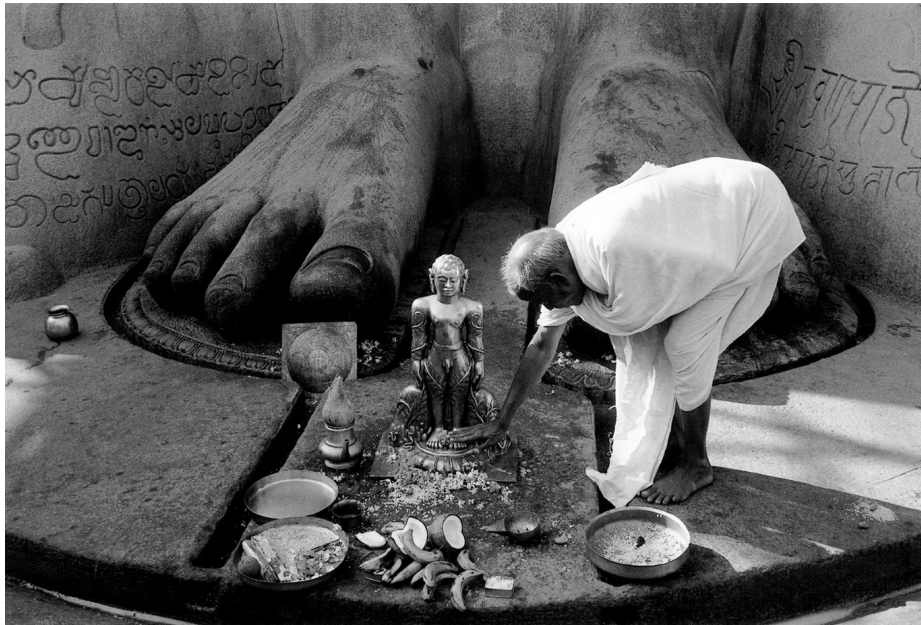
algunas formas de budismo la sabiduría se logra al “trascender las fronteras” del yo (Dittman-Kohli y Baltes, 1990, p. 68). Los elementos clave de éstas y otras definiciones orientales de sabiduría son el rechazo de la lógica como la base del pensamiento superior y la habilidad para lograr una perspectiva más allá del yo.

## Conceptos y evaluaciones psicológicas

En la actualidad, ante el envejecimiento del planeta, la sabiduría, considerada en muchas tradiciones culturales como patrimonio principal de la vejez, se ha convertido en un tema importante para la investigación psicológica. El interés en la sabiduría se ha incrementado en varias líneas de investigación, cada una de las cuales refleja diferentes aspectos de sus significados tradicionales. El abordaje clásico es el de la sabiduría como un aspecto del desarrollo de la personalidad en la vida tardía. En la actualidad, algunos teóricos adoptan una perspectiva más contextual y describen la sabiduría como una habilidad cognitiva. Otros consideran la sabiduría como una integración de intelecto y emoción. Un enfoque más, que tiene raíces en la filosofía oriental, se concentra en el dominio espiritual. Observa cada uno de estos abordajes.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo caracterizan la sabiduría los psicólogos del desarrollo?



© Alex Webb/Magnum Photos

*En contraste con la filosofía occidental, los conceptos orientales de sabiduría se basan en estados de conciencia espirituales superiores y armonía con el universo. El jainismo subraya la autonegación física, la reverencia de toda forma de vida y las buenas acciones como una ruta al nirvana, o extinción del yo consciente. Este peregrino jain de la India se inclina respetuosamente ante una figura del señor Bahūbali, reverenciado como santo, de quien se dice permaneció de pie todo un año, inmóvil en una posición de yoga, mientras las vides subían por sus brazos.*

## 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 de los ocho conflictos en el desarrollo de la personalidad, el de *integridad contra desesperación* (véase el capítulo 11). La sabiduría es la comprensión del significado de la vida que puede llegar a las personas que contemplan la proximidad de la muerte, una “preocupación informada y desapegada de la vida ante la muerte” (Erikson, 1985, p. 61). Sabiduría significa asumir la vida que se ha vivido sin mayor arrepentimiento. 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.

## CLAYTON Y MEACHAM: DEFINICIONES COGNITIVAS

Una de las primeras investigadoras cognitivas en dar una definición operativa de la sabiduría fue Vivian Clayton (1975, 1982), entonces en la University of Southern California. En contraste con la *inteligencia* (que definió como una habilidad para pensar de manera lógica y abstracta), Clayton definió *sabiduría* como la habilidad para enfrentar paradojas, reconciliar contradicciones y hacer y aceptar compromisos. Dado que las personas sabias evalúan los efectos de sus actos sobre ellos mismos y los demás, la sabiduría es especialmente útil para la toma de decisiones prácticas en un contexto social. Mientras que la inteligencia ayuda a saber cómo hacer algo, la sabiduría pregunta si *debe* hacerse. Las personas sabias, entonces, son mejores que otras para resolver problemas sociales que involucran valores, como manejar las tensiones raciales o decidir cuál cónyuge debe tener la custodia de un niño en un caso de divorcio.

¿Quién es más probable que sea sabio: un niño o un anciano? John A. Meacham (1990), psicólogo de la State University of New York en Buffalo, da una respuesta sorprendente al afirmar que es más probable que la sabiduría sea un atributo de los jóvenes, pues los ancianos saben demasiado y están muy seguros de su conocimiento.

La idea de que la humildad es un ingrediente importante de la sabiduría se remonta a Sócrates, quien fue considerado el más sabio de todos los griegos porque sabía cuánto desconocía. De acuerdo con Meacham (1982, 1990), las personas sabias equilibran su adquisición de conocimiento con el reconocimiento de su falibilidad inherente. Las personas sabias no saben más que las ignorantes, sólo usan el conocimiento de manera distinta. Sobresalen por plantear preguntas y aplicar las respuestas a situaciones reales. La experiencia, lejos de producir sabiduría, “presenta la mayor amenaza a la sabiduría, en particular cuando conduce a la simple acumulación de información, al éxito y al poder” (Meacham, 1990, p. 209). En vez de ello, la sabiduría llega a partir de saber menos o volverse más escéptico acerca de lo que se sabe. Puede perderse en la vejez a menos que el individuo esté rodeado de personas que permitan la expresión de dudas y el cuestionamiento de las certezas.

## BALTES: HACIA UNA DEFINICIÓN EMPÍRICA

En contraste con Meacham, Baltes (1993) y sus asociados consideran la sabiduría como un tipo especial de conocimiento experto. Desde finales de los años ochenta, han trabajado en una definición que es empíricamente comprobable y coherente con

los significados que las personas comunes y corrientes, históricamente, han asignado al término. Y han realizado una amplia investigación para verificar su definición.

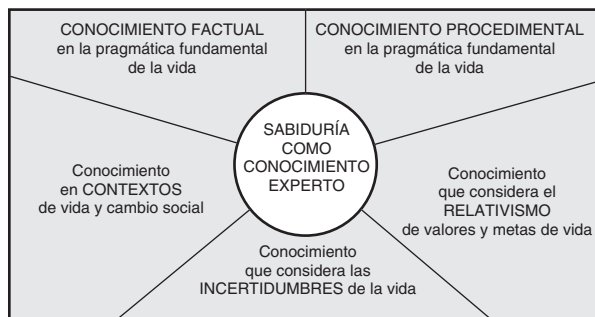
La sabiduría, para Baltes, es conocimiento especializado de la **pragmática fundamental de la vida**, “lo que permite excelentes juicios y consejos acerca de asuntos relevantes e inciertos” (Baltes, 1993, p. 586). La pragmática fundamental de la vida consiste en conocimiento y habilidades que van al corazón de la condición humana: la dirección, interpretación y significado de la vida. Este conocimiento factual y procedimental de los fundamentos de la vida constituye dos criterios básicos de la sabiduría.

Otros tres criterios son la conciencia de las incertidumbres de la vida; el conocimiento del relativismo de valores, metas y prioridades; y la comprensión de la importancia del contexto y el cambio social (Baltes, 1993; Staudinger, Smith y Baltes, 1992; véase la figura 7.2).

La sabiduría, en el modelo de proceso dual de Baltes (véase el capítulo 6), es parte de la *pragmática de la inteligencia*, un dominio cognitivo que permanece estable e incluso puede continuar mejorando en la adultez tardía (Baltes, 1993; Dittmann-Kohli y Baltes, 1990). Por tanto, mientras que Clayton considera la sabiduría como distinta de la inteligencia, Baltes la ve como un componente de esta última (Blanchard-Fields, Brannan y Camp, 1987). En efecto, la sabiduría se convierte en el equivalente funcional de la experiencia en un campo especializado: el conocimiento de cómo vivir bien (Rybash *et al.*, 1986).

Desde luego, no todos se convierten en sabios, así como no todos se vuelven expertos en ajedrez o computadoras. De hecho, Baltes afirma que la sabiduría puede ser bastante excepcional. Aunque es posible desarrollarla en cualquier periodo de la vida, el envejecimiento parecería proporcionar suelo fértil para su crecimiento. Una vida más larga significa mayor tiempo para el desarrollo de condiciones favorables como habilidad mental general; educación o entrenamiento; práctica en el uso de habilidades requeridas; guía de mentores; experiencias de liderazgo, y especialización profesional. Sin embargo, eventualmente, las pérdidas en los procesos de la cognición con base fisiológica pueden limitar aún más el refinamiento de la sabiduría.

Para poner a prueba la relación entre edad y sabiduría, el equipo de Baltes realizó una serie de estudios para comparar las respuestas de adultos de varias edades y diferentes antecedentes profesionales ante dilemas hipotéticos. Las respuestas se



**FIGURA 7.2** *Cinco criterios de la sabiduría.* FUENTE: Baltes, 1993.

evaluaron de acuerdo con criterios similares a los de la figura 7.2; para considerarse “sabia”, una respuesta tenía que calificar alto en las cinco áreas.

En un estudio (Smith y Baltes, 1990), en el que participaron 60 profesionales alemanes con altos niveles de estudio, de 25 a 81 años de edad, se les pidió responder a cuatro dilemas hipotéticos: 1) Una profesionista de 33 años debe decidir si acepta un gran ascenso profesional o iniciar una familia. 2) A un hombre de 63 años, cuya compañía cierra la sucursal donde trabaja, le ofrecen elegir entre jubilación temprana o mudarse a la oficina central durante 2 o 3 años. 3) Un mecánico a quien han despedido del trabajo tiene la opción de mudarse a otra ciudad para buscar empleo o permanecer en casa con sus hijos en edad preescolar mientras su esposa continúa la carrera de enfermería que recientemente retomó. 4) Una viuda de 60 años, que acaba de terminar un curso de negocios y abrió su propia compañía, se entera de que su hijo fue abandonado con dos niños pequeños y quiere que le ayude a cuidarlos. Un panel de profesionales con experiencia en servicios sociales calificó las respuestas de acuerdo con los cinco criterios. De 240 soluciones, sólo 5 por ciento fueron calificadas “sabias”. Los participantes más ancianos no mostraron más o menos sabiduría que los jóvenes; las once respuestas “sabias” se distribuyeron casi equitativamente entre adultos jóvenes, personas en la adultez media y ancianos. Pero los participantes más jóvenes y ancianos mostraron más sabiduría acerca de decisiones que tenían relación con su propia etapa de vida; por ejemplo, el grupo de ancianos dio las mejores respuestas para resolver los problemas de la viuda de 60 años.

Para verificar si ciertos tipos de experiencia de vida por sí mismas facilitan el desarrollo de la sabiduría, los investigadores establecieron un estudio similar en un grupo de distinguidas personalidades que se encontraban en la adultez media y vejez (su edad promedio era 67), quienes fueron identificadas por otros como sabias (Baltes, Staudinger, Maercker y Smith, 1993). Casi 60 por ciento de estas personas publicó autobiografías y más de 40 por ciento de ellas había estado en el movimiento de resistencia alemán contra los nazis. Cuando se les presentaron dos dilemas (el descrito anteriormente acerca de la viuda de 60 años y otro acerca de una llamada telefónica de un amigo que quiere suicidarse) estos participantes superaron a psicólogos clínicos ancianos (quienes previamente se desempeñaron mejor en tales tareas), así como a grupos de control de ancianos y adultos más jóvenes con educación y desarrollo profesional similar.

Quizá la aportación más significativa de Baltes y sus asociados al estudio de la sabiduría sea su intento por estudiarla sistemática y científicamente. Su hallazgo clave es que la sabiduría, aunque no es exclusiva de la vejez, es una área en la que los ancianos, en especial quienes han tenido ciertos tipos de experiencias, pueden sobresalir o desempeñarse mejor. Una reflexión similar puede encontrarse en la siguiente observación, hecha por un hombre en sus sesenta años, poco antes de morir:

Muchas personas nunca alcanzan ningún tipo de madurez o sabiduría. Las experiencias de la vida para muchos no les aportan nada nuevo, sino simplemente son repetitivas. Para otros, la sabiduría y la madurez pueden ocurrir temprano en la vida. Hay sin embargo, una cualidad única que tienen algunas personas ancianas y maduras, y, con un poco de suerte también las sabias: ésta es la posibilidad de poder voltrear hacia el pasado y verse a sí mismos de una manera que no les es posible a las personas más jóvenes, maduras y sabias. (Shier, 1992.)

## LABOUVIE-VIEF: INTEGRACIÓN DEL INTELECTO Y AFECTO

Si los problemas que las personas sabias resuelven mejor se centran en valores, ¿el intelecto es todo lo que se necesita para resolverlos? De acuerdo con algunos teóricos, solucionar problemas de valores requiere una síntesis de intelecto y afecto (emoción). Labouvie-Vief (1990a, 1990b), una de las más prominentes entre estos teóricos, define *sabiduría* como una integración de dos modos básicos de conocimiento: *logos* (objetivo, analítico y racional) y *mythos* (subjetivo, experiencial y emocional). Ella ve esta integración como la principal tarea de desarrollo de un adulto sano. El funcionamiento mental pleno y maduro consiste en un diálogo constante entre *mythos* y *logos*, en el que “un modo [*mythos*] proporciona riqueza y fluidez experiencial, y el otro [*logos*] cohesión lógica y estabilidad” (1990b, p. 53).

Esta sabiduría no necesariamente aparece en una edad avanzada; de hecho, parece alcanzar su cima en la adultez media. No se trata sólo de experiencia. Lo que hace sabias a las personas no es simplemente el conocimiento especializado, “sino más bien el conocimiento de temas que son parte de la condición humana [...] La sabiduría consiste [...] en la habilidad de ver a través y más allá de la unicidad y la especialización individual, y poder apreciar aquellas estructuras que son comunes a la humanidad”. Si la sabiduría tiene su propio dominio, dice Labouvie-Vief, debe ser suficientemente amplio para abarcar moral y ética, “comprender las emociones propias y la vida interior, y diferenciarlas de las de los demás”, y emplear dicha comprensión de manera racional y reflexiva (1990b, pp. 77-78). Es de suponer que en este punto, Baltes (1993) estaría de acuerdo; de hecho, cita la obra de Labouvie-Vief como complementaria a la suya. En etapas posteriores del desarrollo cognitivo, las emociones mejoran el procesamiento cognitivo (Isaacowitz, Charles y Carstensen, 2000).

## SABIDURÍA Y DESARROLLO ESPIRITUAL

Muchas culturas orientales, en vez de enfocarse en la racionalidad y el conocimiento, buscan el desapego de la mente consciente como una vía al crecimiento espiritual interior (Atchley, 1991). Algunos investigadores, influidos por la filosofía oriental, creen que la sabiduría se basa en el crecimiento espiritual y es probable que se desarrolle a una edad tardía.

De acuerdo con una de estas definiciones (Achenbaum y Orwoll, 1991), la sabiduría tiene tres facetas interrelacionadas: **sabiduría intrapersonal** (autoexamen, autoconocimiento e integridad); **sabiduría interpersonal** (empatía, comprensión y madurez en las relaciones humanas); y **sabiduría transpersonal** (capacidad para trascender al yo y luchar por crecer espiritualmente). La sabiduría transpersonal, similar a la “conciencia impersonal” de la filosofía védica de los hindúes, es la clave para las otras dos, pues proporciona un punto ventajoso más allá de las estrechas preocupaciones del yo, desde el cual se observa uno mismo y sus propias relaciones. La contemplación puede mejorar las tres facetas de la sabiduría (Atchley, 1991).

Si la sabiduría tradicionalmente se asocia con la edad, entonces puede ser más probable que la contemplación y el desarrollo espiritual ocurran en la vida tardía. La *interioridad*, una tendencia hacia la introspección y la preocupación por la vida interior, que se asocia con el envejecimiento (Jung, 1966; Neugarten, 1977), puede

funcionar como estímulo. En un experimento, cuando 92 adultos jubilados utilizaron localizadores electrónicos durante una semana, reportaron que voluntariamente pasaban casi la mitad de su tiempo de caminata en soledad, con frecuencia absortos en pensamientos desafiantes y enfocados (Larson, Zuzanek y Mannell, 1985). Un anciano, libre de la preocupación juvenil de las metas y tensiones mundanas, puede estar más abierto a “la autorrealización. [...] al florecimiento de un mundo interior hasta el momento opacado por los problemas de la vida cotidiana” (Atchley, 1991, p. 5).

## Resumen: sabiduría y edad

Hasta el momento, los hallazgos en la investigación acerca de la relación entre sabiduría y edad no son claros. Baltes supone que la edad puede conducir a la sabiduría, pero no encuentra datos que lo confirmen, aunque ciertos tipos de experiencias “productoras de sabiduría” pueden dar a los ancianos una ventaja. La obra de Labouvie-Vief sugiere que la sabiduría llega a su máximo punto en la adultez media. ¿Por qué, entonces, las tradiciones literarias occidentales clásicas y las espirituales orientales describen a la sabiduría como el reino de la vejez?

Una posible razón, que sería consistente con los hallazgos de Labouvie-Vief, es el incremento de la longevidad. Los antiguos bien pudieron imaginar a los “ancianos sabios” de mitos y leyendas en sus cuarenta o incluso más jóvenes. Entonces, de nuevo, la discrepancia puede ser cuestión de definición. La investigación que emplea otras definiciones de sabiduría, o se enfoca en otras de sus características, puede producir resultados distintos. Si, por ejemplo, la sabiduría requiere trascender al yo, puede tomar mucho tiempo adquirirla. Sin embargo, sería difícil comprobar esa definición en el laboratorio.

Trascender al yo puede modificar y mejorar el pensamiento cerrado y egoísta (Csikszentmihalyi y Rathunde, 1990). G. Stanley Hall (1922), un pionero en el estudio del envejecimiento, ubicó dicho rol especialmente en los ancianos, quienes al estar libres de las preocupaciones propias de sus profesiones y por su imparcialidad y amplitud de visión, pueden ofrecer una mirada fresca acerca de la sociedad y sus males, y brindar una sabiduría “que el aprendizaje no puede darnos [...] una clase de crítica más compleja de la vida” (pp. 410-41). Aquí se ve una de las funciones más antiguas de la sabiduría: la guía moral. Pero, ¿cómo ocurre tal desarrollo moral?

## DESARROLLO MORAL

Una mujer está a punto de morir de cáncer. Un químico descubrió un medicamento que los doctores creen que puede salvarla. El químico cobra 2 000 dólares por una pequeña dosis, 10 veces de lo que le cuesta elaborar el medicamento. El esposo de la mujer enferma, Heinz, pide prestado a todos sus conocidos, pero sólo puede reunir 1 000 dólares. Ruega al químico que le venda el medicamento por 1 000 dólares o que le deje pagar el resto más adelante. El químico se rehúsa, y dice: “yo descubrí el medicamento y ganaré dinero con él”. Heinz, desesperado, entra a la tienda del hombre y roba el medicamento. ¿Debería Heinz hacer esto? ¿Por qué sí o por qué no? (Kohlberg, 1969.)



## Teoría de Kohlberg: razonamiento moral

El dilema de “Heinz” es el ejemplo más famoso del estudio del desarrollo moral creado por Lawrence Kohlberg. Durante más de 30 años, Kohlberg llevó a cabo un estudio con 75 hombres jóvenes, a partir de 1950, cuando tenían de 10 a 16 años de edad. Les contó historias que planteaban dilemas hipotéticos como el de Heinz; en el corazón de cada uno de ellos estaba el concepto de justicia. Al preguntar a los participantes cómo resolverían el problema, Kohlberg concluyó que muchas personas llegan a juicios morales de manera independiente; no simplemente adoptan los estándares de padres, profesores o pares.

Kohlberg estaba menos interesado en las respuestas que las personas daban a sus dilemas, que en el razonamiento detrás de las respuestas. Dos personas que dieran respuestas opuestas al dilema de Heinz podrían estar en el mismo nivel moral si sus razonamientos se basaran en factores similares. Con base en los procesos de pensamiento mostrados por las respuestas, Kohlberg (1969) describió tres niveles de razonamiento moral que, en teoría, son acordes a los estadios cognitivos de pensamiento preoperacional, de operaciones concretas y de operaciones formales de Piaget:

- **Nivel I: moralidad preconventional.** Las personas, bajo controles externos, obedecen reglas para evitar el castigo o daño a personas o propiedades; o actúan en su propio interés y reconocen que otros harán lo mismo. Este nivel es típico de los niños de 4 a 10 años de edad.
- **Nivel II: moralidad de conformidad a roles convencionales.** Las personas interiorizan los patrones y modelos de las figuras de autoridad. Les interesa ser “buenos”, agradables y se preocupan por los demás, y por mantener el orden social. Por lo general, este nivel se alcanza después de los 10 años; muchas personas no logran ir más allá, incluso en la adultez.
- **Nivel III: moralidad de principios morales autónomos.** La moralidad está completamente internalizada. Las personas ahora reconocen conflictos entre estándares morales y hacen sus propios juicios con base en criterios como lo correcto, la igualdad y la justicia. Las personas generalmente no alcanzan este nivel de razonamiento moral sino hasta al menos los 13 años, o más comúnmente en la adultez joven, si alguna vez lo hacen.

Cada uno de los tres niveles se divide en dos etapas; Kohlberg agregó después un nivel de transición y una séptima etapa. La tabla 7.2 proporciona las descripciones de los niveles y etapas que generalmente son vistas en los adultos.

### “VIVE Y APRENDE”: EXPERIENCIA Y MORALIDAD

La experiencia conduce a los adultos a reevaluar sus criterios sobre lo que es correcto y justo. Algunos adultos ofrecen de manera espontánea experiencias personales para argumentar sus respuestas a dilemas morales como el de Heinz. Es más probable que las personas que han tenido cáncer o cuyos parientes o amigos lo han padecido, perdonen el robo de una medicina costosa para salvar a una esposa moribunda y a explicarlo en términos de su propia experiencia (Bielby y Papalia, 1975). Dichas experiencias, influidas de manera contundente por la emoción, provocan respuestas que no surgirían a partir de discusiones impersonales hipotéticas, y es más probable que ayuden a las personas a considerar otros puntos de vista.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué vocaciones o profesiones corresponden a cada una de las etapas de razonamiento moral de Kohlberg?

**TABLA 7.2**

*Niveles y etapas de razonamiento moral de Kohlberg observadas usualmente en adultos\**

**Niveles**

*Nivel II: moralidad convencional.* Los patrones paternos y sociales se interiorizan como un deseo por ser “bueno” o seguir las reglas aceptadas.

*Nivel II-III: posconvencional pero no basada aún en una moralidad de principios.* En este nivel de transición, las personas reconocen estándares morales en conflicto. Han ido más allá del sistema moral de su sociedad pero todavía no desarrollan su propio sistema de principios morales.

**Etapas de razonamiento**

*Etapas 3: mantenimiento de relaciones y expectativas mutuas.* Punto de vista empático: es correcto satisfacer las expectativas de los demás con respecto a la propia persona (es decir, hija, hermano, amigo) y mostrar cuidado y preocupación mutuos, de modo que parezca “bueno” a los ojos de uno mismo y de los otros. Las personas evalúan un acto por su motivo o por ponerse ellos mismos en el lugar de otra persona (regla de oro).

*Etapas 4: mantenimiento del sistema y la conciencia social.* Punto de vista del “contrato social”: es correcto satisfacer las obligaciones sociales, obedecer leyes y contribuir a la sociedad con la finalidad de mantener su buen funcionamiento y tener una conciencia clara. (“¿Y si todos lo hicieran?”) Un acto es malo si viola una regla, excepto en casos extremos de conflicto con otras obligaciones y derechos establecidos.

*Etapas 4 1/2: elección emocional subjetiva.* Punto de vista relativista arbitrario: es correcto escoger y elegir entre ideas u obligaciones morales sobre la base de sentimientos personales, en vez de estar atado por estándares sociales.

\*El nivel I, moralidad preconvencional, por lo general se ve en niños menores de 10 años.  
FUENTES: Adaptado de Kohlberg (1969), Kohlberg y Ryncarz (1990), Lickona (1976).

Aunque la conciencia cognitiva de los principios morales superiores se desarrolla en la adolescencia, la mayoría de las personas no se comprometen con aquéllos sino hasta la adultez, cuando los momentos cruciales del desarrollo de la identidad con frecuencia se relacionan con conflictos morales (Kohlberg, 1973). Dos experiencias que impulsan el desarrollo moral en la adultez joven son el conflictivo cuestionamiento de los valores fuera de casa (como ocurre en la universidad o en el servicio militar, o en ocasiones en viajes al extranjero) y el ser responsable por el bienestar de otra persona (como en la paternidad).

Con respecto a los juicios morales, entonces, las etapas cognitivas no lo explican todo. Desde luego, es improbable que alguien cuyo pensamiento todavía se encuentre en el estadio de operaciones concretas propuesto por Piaget tome decisiones

## Niveles

*Nivel III: moralidad de principios autónomos.* Las decisiones morales se basan en principios internos, principios que derivan de la razón y que toman en cuenta los valores fundamentales de justicia y bienestar humano.

## Etapas de razonamiento

*Etapas 5: utilitarismo y derechos fundamentales.* Punto de vista "previo a la sociedad": es correcto juzgar un sistema social mediante estándares que existían antes del establecimiento de una sociedad particular. Las leyes deben crearse de acuerdo con cálculos racionales que busquen el mayor beneficio para la mayoría. Por lo general, las leyes deben obedecerse, de modo que traten a las personas de manera imparcial y satisfagan las obligaciones del "contrato" social. Sin embargo, la protección de ciertos valores y derechos fundamentales sobrepasa la regla mayoritaria.

*Etapas 6: principios éticos universales.* Punto de vista absolutista: es correcto comprometerse con principios universales, racionalmente válidos, como la igualdad de los derechos humanos y el respeto por la dignidad humana, ya sea que estos principios entren o no en conflicto con las leyes de una sociedad particular.

*Etapas 7: perspectiva cósmica.* Punto de vista trascendental: es correcto verse a sí mismo y la propia conducta no sólo como parte de la humanidad, sino del universo. Todas las partes del universo están conectadas de manera integral, y las acciones de un individuo impactan sobre el bienestar del todo. Los derechos humanos y los principios éticos se basan en las leyes de la naturaleza (ley natural).

morales en un nivel posconvencional. Pero incluso, es posible que alguien que se encuentre en el estadio de operaciones formales no alcance el nivel más alto de pensamiento moral a menos que la experiencia coincida con la cognición. Muchos adultos que son capaces de razonar de manera lógica no escapan de un molde convencional para hacer sus propios juicios morales a menos que, como en el caso de Nelson Mandela, sus experiencias los hayan preparado para el cambio.

En éste y otros aspectos, la obra de Kohlberg se relaciona con la literatura sobre el pensamiento posformal. Aunque el mismo Kohlberg iguala la moralidad posconvencional con el razonamiento formal, sus paralelismos con el pensamiento posformal son impresionantes, particularmente los aspectos de la experiencia, la emoción y los principios elegidos subjetivamente para resolver ambigüedad y conflicto. Una

conexión entre pensamiento posformal y moralidad posconvencional también explicaría por qué muchas personas no logran por completo el nivel posconvencional sino hasta la adultez, si es que lo alcanzan.

#### UNA SÉPTIMA ETAPA: LA PERSPECTIVA CÓSMICA

En determinado momento Kohlberg cuestionó su sexta etapa, al hablar sobre la dificultad de encontrar personas con un alto nivel de desarrollo moral (Muuss, 1988). Poco antes de su muerte, Kohlberg trabajaba en una séptima etapa, que va más allá de consideraciones acerca de la justicia y tiene mucho en común con trascender al yo en la tradición oriental. En esta séptima etapa, los adultos se cuestionan: “¿Por qué ser moral? ¿Por qué ser justo en un universo que parece injusto?” (Kohlberg y Ryncarz, 1990, p. 192; énfasis agregado).

La respuesta, sugirió Kohlberg, se encuentra en lograr una **perspectiva cósmica**: “una sensación de unidad con el cosmos, la naturaleza o Dios”. Este enfoque permite a una persona ver los conflictos morales “desde la perspectiva del universo como un todo” (Kohlberg y Ryncarz, 1990, pp. 191, 207). Puede o no involucrar creencias religiosas, pero se halla en paralelo con la etapa de fe más madura que el teólogo James Fowler (1981) identificó en entrevistas con aproximadamente 400 personas de 4 a 80 años de edad. En dicha etapa de fe más desarrollada, “uno experimenta una unidad con las condiciones finales su propia vida y de su ser” (Kohlberg y Ryncarz, 1990, p. 202).

En la etapa 7, la ética se sustenta en la *ley natural*, en principios basados en la naturaleza humana y forma parte integral del orden natural de las cosas. Al experimentar unidad con el cosmos, una persona llega a reconocer que todo está conectado. Esto significa que las acciones de una persona afectan todo y a todos los demás, y las consecuencias se reflejan de vuelta en ella.

A mediados del siglo XIX, el jefe nativo americano Seattle expresó de manera elocuente pensamientos similares acerca de las estrechas relaciones entre las personas y toda la naturaleza. Así es como respondió cuando el gobierno estadounidense intentó comprar las tierras de su tribu:

Somos parte de la Tierra y ella es parte de nosotros... Lo que le ocurre a la Tierra le ocurre a todos los hijos de la Tierra... Todas las cosas están conectadas... El hombre no urdió la red de la vida, él es simplemente una hebra en ella. Cualquier cosa que haga a la red, la hace a sí mismo... Así, si les vendemos nuestra tierra, ámenla como la hemos amado. Cuídenla como la hemos cuidado... Como somos parte de la tierra, ustedes también son parte de la tierra. *Somos* hermanos después de todo. (Campbell y Moyers, 1988, pp. 34-35.)

#### INVESTIGACIÓN TRANSCULTURAL ACERCA DE LA TEORÍA DE KOHLBERG

Los niños estadounidenses a los que Kohlberg y sus colegas dieron seguimiento hasta la adultez avanzaron a través de las etapas de Kohlberg en secuencia, y ninguno se saltó alguna de ellas. Sus juicios morales se correlacionaron positivamente con edad, nivel educativo, CI y estatus socioeconómico (Colby, Kohlberg, Gibbs y Lieberman, 1983). Los estudios transculturales confirman esta secuencia hasta cierto punto. Los ancianos de países distintos a Estados Unidos tienden a calificar en etapas más avanzadas que las personas más jóvenes. Pero las personas de culturas no occidentales rara vez califican por arriba de la etapa 4 (C. P. Edwards, 1977;

Nisan y Kohlberg, 1982; Snarey, 1985). Es posible que estas culturas no fomenten mayor desarrollo moral, pero parece más probable que algunos aspectos de jerarquía moral de Kohlberg no encajen en los valores culturales de algunas sociedades. Observa más de cerca tres culturas en las que se han estudiado los dilemas de Kohlberg: china, kibbutzim israelí e hindú.

**China** El dilema de Heinz, quien no podía comprar un medicamento para su esposa enferma, fue utilizado en Taiwan. Al ser cuestionado, un tendero contestó que no daría comida al hombre para su esposa enferma.

Esta versión parecería increíble para los habitantes chinos, quienes en la vida real están más acostumbrados a escuchar a un tendero decir en tal situación: “debes dar cosas a las personas, ya sea que tengan o no dinero” (Wolf, 1968, p. 21). También están involucradas otras diferencias culturales (Dien, 1982). En el formato de Kohlberg, los entrevistados toman una decisión: esto o lo otro, con base en sus propios sistemas de valores. En la sociedad china, las personas enfrentan dilemas como éstos discutiéndolos abiertamente, se guían por estándares comunitarios e intentan encontrar una forma de resolver el problema para complacer a tantas partes como sea posible. La visión china es que los seres humanos nacen con tendencias morales cuyo desarrollo tiene que ver con sentimientos intuitivos espontáneos apoyados por la sociedad, en vez de un pensamiento analítico, elección individual o responsabilidad personal. En Occidente, incluso las personas buenas pueden ser severamente castigadas si, bajo la influencia de ciertas circunstancias, rompen una ley. Los chinos no están acostumbrados a leyes universalmente aplicadas; prefieren acatar las acertadas decisiones de un juez sabio. Mientras que la filosofía de Kohlberg se basa en justicia, el *ethos* chino tiende hacia la conciliación y la armonía.

¿Cómo, entonces, la teoría de Kohlberg, enraizada en valores y reflejo de ideales occidentales, puede aplicarse al desarrollo moral en una sociedad oriental que funciona bajo líneas muy diferentes? Algunos dicen que se requiere una visión alternativa, que mida la moralidad por la habilidad para hacer juicios con base en normas de reciprocidad, reglas de intercambio, recursos disponibles y relaciones complejas (Dien, 1982).

Sin embargo, es necesario tener cuidado para evitar hacer generalizaciones demasiado amplias acerca de actitudes culturales. Los conceptos de derecho, bienestar y justicia existen en todas las culturas, aunque pueden aplicarse de modo diferente. Afirmar que las culturas occidentales son individualistas y las orientales colectivistas ignora las diferencias individuales e incluso las actitudes diametralmente opuestas dentro de cada cultura, y las situaciones contextuales específicas en las que se aplican los juicios morales (Turiel, 1998). Por ejemplo, la generosa donación de fondos de ayuda de Estados Unidos para las víctimas del tsunami en el sureste de Asia mostró que la compasión puede ser un aspecto tan relevante como la competencia en el *ethos* estadounidense.



© Thelma Shumsky/Image Works

*El jefe nativo americano Seattle ejemplificó la etapa más alta de pensamiento ético de Kohlberg en su respuesta a la petición del gobierno estadounidense para comprar las tierras de su tribu.*

## Teoría de Gibbs: desarrollo de juicio moral

Un enfoque alternativo reciente es el de John Gibbs, un colega de mucho tiempo de Kohlberg, cuya teoría “neokohlbergiana” toma como base la teoría de aquél, pero también se aleja de ella. La teoría de Kohlberg hace ciertas afirmaciones básicas sobre la moralidad y el desarrollo moral. Gibbs y otros neokohlbergianos concuerdan con estos puntos básicos:

- Un importante aspecto de la moralidad es cómo las personas razonan moralmente. Por ende, es relevante estudiar el desarrollo del juicio o razonamiento moral.
- El desarrollo del juicio moral es un proceso de toda la vida que implica más que sólo interiorizar las normas morales de la sociedad. Los niños “construyen” nociones básicas de justicia o reciprocidad a través de la interacción con pares y otras oportunidades de toma de perspectiva. El juicio moral se desarrolla aún más en la adolescencia y la adultez mediante la expansión de las perspectivas sociales en escenarios como el de una universidad o diversos ambientes laborales.
- Tal toma de perspectiva social, junto con el desarrollo cognitivo general, produce una secuencia modelo de etapas de juicio moral. La secuencia debe ser evidente en todas las culturas, occidentales y orientales.

No obstante, como has visto, a la jerarquía de etapas de Kohlberg no le va bien en estudios llevados a cabo en culturas no occidentales, y sus etapas posconvencionales 5 y 6 son raras incluso en Estados Unidos; tales etapas parecen representar filosofías occidentales de élite en vez de etapas de madurez moral general. De hecho, las etapas 5 y 6 no son particularmente evidentes incluso entre líderes morales en la adultez media y tardía (véase el recuadro 7.3 en la p. 262). Kohlberg mismo cuestionó su sexto estado porque es muy raro.

El problema, de acuerdo con Gibbs, se encuentra en alguna parte en el enfoque de dilemas de Kohlberg. En vez de ello, Gibbs y sus colegas (Gibbs, Basinger y Fuller, 1992) desarrollaron un cuestionario estructurado. Gibbs puntualizó que Kohlberg no derivó directamente esta jerarquía de tres niveles a partir de los datos empíricos, sino de los escritos especulativos del filósofo y educador John Dewey (Dewey y Tufts, 1908). No obstante, conforme progresaba el estudio longitudinal de Kohlberg, los datos sugerían cada vez más que la jerarquía de Dewey no era una buena base. La noción de que cierto juicio moral en el nivel “convencional” es resultado de interiorización no coincide con la idea de Kohlberg de que el juicio moral se construye. Y los ejemplos de verdadero pensamiento “posconvencional” continuaron siendo raros incluso conforme sus participantes alcanzaban la adultez. En la visión de Gibbs, remover el esquema Dewey de la teoría de Kohlberg resulta en una imagen más válida de desarrollo moral.

En su *Moral Development and Reality* (2003), Gibbs presenta el juicio moral como un proceso, en curso durante toda la vida, para lograr una comprensión moral más clara y profunda. Su teoría entraña dos fases que se traslapan dentro del desarrollo moral de la vida: convencional y existencial. Mientras que el desarrollo convencional involucra etapas universalmente identificables, el desarrollo existencial no. La teoría de Gibbs del desarrollo moral durante el ciclo de vida se muestra en la tabla 7.3.

### Teoría neokohlbergiana de desarrollo del juicio moral durante el ciclo vida de Gibbs

El desarrollo del juicio moral durante el ciclo vital consiste en fases que se traslapan: convencional y existencial.

- I. El desarrollo convencional (las normas de edad son de Gibbs *et al.*, 1992, y Basinger *et al.*, 1995) abarca niveles de inmadurez y madurez en cada etapa.
  - A. Las etapas inmaduras o superficiales. (Se construyen en la niñez temprana; por lo general, hacia la adolescencia, el uso del pensamiento de etapa 1 es mínimo, y el pensamiento de etapa 2 declina considerablemente.) Este nivel es superficial debido a que la moral se confunde con lo físico o momentáneo (etapa 1) o con lo pragmático (etapa 2). La moralidad también se confunde con prejuicios y motivos egocéntricos (abiertamente en la etapa 1, más sutil en la etapa 2).
    1. *Etapa 1: centraciones.* La moralidad tiende a confundirse con tamaño físico o poder (“Papá es el jefe porque es grande y fuerte”) o con los deseos egocéntricos momentáneos de la propia vida mental (“Es justo porque lo quiero”). Las filosofías adultas de “puede que sea correcto” se derivan de esta etapa.
    2. *Etapa 2: intercambios pragmáticos.* Las ganancias en comprensión psicológica conducen a una toma de perspectiva más desarrollada; sin embargo, la moralidad todavía se basa en cómo una persona trata a los demás o cómo los otros la tratan y es autocentrada (por ejemplo, la regla dorada se malinterpreta como “haz algo por los demás si ellos hicieron o harán algo para ti”).
  - B. Las etapas profundas o maduras. (Por lo general se construyen y socializan durante la niñez tardía y la adolescencia, con elaboraciones en años posteriores; la construcción del nivel maduro puede tener lugar durante la adultez para aquellos adultos con problemas de retraso en el desarrollo.) Los juicios morales son maduros a tal grado que apelan a las bases intangibles e ideales (confianza mutua, cuidado, respeto) y al punto de vista moral (regla dorada, ¿cómo te gustaría ser tratado?) de la vida social adulta. La moralidad normativa madura se aplica principalmente a relaciones interpersonales o comunidades homogéneas (etapa 3), pero se puede expandir a otros sistemas sociales (etapa 4). Estas etapas presuponen las habilidades hipotética y deductiva que Piaget refiere en la etapa de las operaciones formales.
    1. *Etapa 3: mutualidades.* “Hazlo como te gustaría que lo hicieran por ti ...”; la regla dorada de la moralidad, con base en la perspectiva de la tercera persona. Reciprocidad ideal, confianza mutua o el compartir íntimo es la base para las relaciones interpersonales. Una versión relativizada de la etapa 3 (los actos morales de una persona verdaderamente sincera son correctos para ella) se denomina Transición  $\frac{3}{4}$  tipo R (Gibbs *et al.*, 1992) o  $3\frac{1}{2}$  (Colby, 1978).
    2. *Etapa 4: sistemas.* Los contextos sociales para mutualidades se expanden más allá del uno a uno para abordar la necesidad de valores y estándares comúnmente aceptados en un sistema social complejo.
- II. Desarrollo existencial (cambios cualitativos ya no caracterizables como una secuencia de etapas estándar. Aunque se asocian con la adultez, esta fase de la vida puede comenzar tan temprano como en la adolescencia para pensadores operacionales formales y posformales; sin embargo, a lo largo de la vida de los demás, esta fase puede permanecer ausente). El desarrollo existencial trasciende las etapas de juicio moral estándar. La fase existencial involucra contemplación hipotética, reflexión metaética, la formulación de principios o filosofías morales, y despertar espiritual o inspiración ontológica. La inspiración existencialmente profunda puede disminuir las distorsiones cognitivas en la propia moralidad y revitalizar la dedicación a la vida moral.



### *Liderazgo moral en la adultez media y tardía*

¿Qué hace que una madre soltera de cuatro niños pequeños, sin dinero y con una educación de tercero de secundaria, dedique su vida al trabajo misionero religioso en beneficio de sus vecinos igualmente pobres? ¿Qué motiva a un pediatra a dedicar gran parte de su práctica a los niños pobres en vez de a pacientes cuyos padres podrían proporcionarle un ingreso lucrativo?

A mediados de los años ochenta, dos psicólogos, Anne Colby y William Damon, buscaron respuestas a preguntas como éstas. Durante dos años, se embarcaron en una búsqueda de personas que mostraran excelencia moral poco común en sus vidas diarias. Los investigadores eventualmente identificaron 23 “personas morales ejemplares”, las entrevistaron a profundidad y estudiaron cómo se habían convertido en líderes morales (Colby y Damon, 1992).

Para encontrar personas morales ejemplares, Colby y Damon trabajaron con un panel de 22 “nominadores expertos”, personas que en sus vidas profesionales regularmente pensaban acerca de ideas morales: filósofos, historiadores, pensadores religiosos, etcétera. Los investigadores extrajeron cinco criterios: compromiso sustancial con los principios que mostrarán con respecto a la humanidad; comportamiento congruente con los ideales propios; voluntad para arriesgar el interés propio; inspirar a

otros a la acción moral; y humildad, o falta de preocupación por el ego propio.

Las personas elegidas variaron ampliamente en edad, educación, ocupación y etnicidad. Hubo 10 hombres y 13 mujeres, de 35 a 86 años de edad, de distintos contextos y razas: blancos, afroamericanos e hispanos. La educación varió de primero de secundaria hasta maestrías y doctorados y grados en leyes; y las ocupaciones incluían profesiones religiosas, empresariales, de enseñanza y de liderazgo sociales. Las áreas de preocupación incluían pobreza, derechos civiles, educación, ética, ambiente, paz y libertad religiosa.

La investigación produjo algunas sorpresas, no siendo la menor de ellas la que este grupo mostró cuando se midió el juicio moral clásico de Kohlberg. A cada persona se le preguntó acerca del “dilema de Heinz”, y sobre un dilema de seguimiento: cómo debe castigarse al hombre si roba el medicamento. De 22 personas ejemplares (una respuesta no se calificó), sólo la mitad calificó en el nivel posconvencional; la otra mitad calificó en el convencional. La principal diferencia entre los dos grupos fue el nivel educativo: quienes tenían estudios universitarios y posgrados tuvieron más probabilidad de calificar en el nivel superior, y ninguna de las personas que sólo tenía el certificado de secundaria

La fase convencional ocurre principalmente durante la niñez y la adolescencia. Las etapas de Gibbs en esta fase se parecen un poco a las etapas de Kohlberg, pero Gibbs sostiene que se deben caracterizar de modo diferente: las etapas 1 y 2 se encuentran en un nivel inmaduro, mientras que las etapas 3 y 4 no son simplemente “convencionales” sino que ya se localizan en el nivel maduro. Las etapas inmaduras son superficiales; las personas en tales etapas confunden moralidad con marcadas apariencias o poder físico (etapa 1) o con reciprocidad concreta estilo “si tú rascas mi espalda, yo rascaré la tuya” (etapa 2). Las etapas maduras son profundas; penetran a través de la superficial para acceder a las bases intangibles e ideales de las



calificó por arriba del nivel convencional. Es evidente que no es necesario calificar en las etapas más altas de Kohlberg para vivir una vida moral ejemplar.

¿Cómo se vuelve moralmente comprometida una persona? Las 23 personas morales ejemplares no se desarrollaron aisladas, sino que respondieron a influencias sociales. Algunas de éstas, como las de los padres, fueron importantes desde la niñez. Pero muchas otras influencias se volvieron significativas en años posteriores, y ayudaron a las personas del estudio a evaluar sus capacidades, formar metas morales y desarrollar estrategias para lograrlas.

Estas personas morales ejemplares se comprometieron con el cambio durante toda su vida: enfocaron sus energías en cambiar la sociedad y las vidas de las personas para mejorar. Pero permanecieron estables en su compromiso moral, en lo que sentían que era relevante para determinar sus acciones. Al mismo tiempo, siguieron creciendo a lo largo de su vida, permanecieron abiertas a nuevas ideas y continuaron aprendiendo de otros.

Los procesos responsables para la estabilidad en los compromisos morales fueron graduales, y tomó muchos años construirlos. También fueron colaborativos: los líderes tomaban consejo de sus seguidores, y las personas que se destacaban por sus juicios independientes aprovecharon de manera significativa la retroalimentación de quienes estaban cerca de

ellos, tanto de individuos que compartían sus metas como de quienes tenían diferentes perspectivas.

Junto con sus compromisos morales duraderos, ciertas características de personalidad parecían permanecer con las personas morales ejemplares a lo largo de la adultez media y tardía: regocijo con la vida, habilidad para obtener lo mejor de una mala situación, solidaridad con los demás, dedicación en el trabajo, sentido del humor y humildad. Tendían a creer que el cambio era posible, y este optimismo los ayudaba a combatir lo que con frecuencia parecía una abrumadora desigualdad y a persistir ante la derrota.

Aunque sus acciones con frecuencia significaban riesgo y dificultad, estas personas no se veían como valientes. Ni se angustiaban ante las decisiones. Dado que sus metas personales y morales coincidían, continuaban avanzando y realizaban lo que creían era necesario hacer, sin calcular consecuencias personales para ellos mismos o sus familias, y sin sentir que se estaban sacrificando o martirizando.

Desde luego, no hay “un programa especial” para crear un gigante moral, así como no parece posible escribir instrucciones para producir un genio en algún otro campo. Lo que puede aportar el estudio de las vidas de tales personas es el conocimiento de que los individuos ordinarios pueden elevarse a la grandeza y que la apertura al cambio y las nuevas ideas pueden persistir a lo largo de la adultez.

relaciones interpersonales (etapa 3) o, más ampliamente, a los sistemas sociales (etapa 4). Esta tendencia etaria en juicio moral, de acuerdo con Gibbs, se encuentra ampliamente presente a través de las culturas occidental y oriental.

El discernimiento para una comprensión moral más profunda durante el desarrollo estándar debe mucho a la etapa de operaciones formales de Piaget de reflexión individual y separada, de acuerdo con Gibbs. El proceso de lograr una comprensión moral más profunda no se detiene con las etapas de la fase convencional. Al citar a otros investigadores, Gibbs apunta que la reflexión puede producir no sólo una comprensión más profunda de la reciprocidad moral, sino también aprecio de la vida moral en general.

## Teoría de Gilligan: género y moralidad posformal

Puesto que los estudios originales de Kohlberg se realizaron en niños y hombres, Carlo Gilligan (1982, 1987a, 1987b) argumentó que su sistema daba un mayor peso a los valores “masculinos” de justicia e imparcialidad que a los valores “femeninos” de compasión, responsabilidad y bondad. Gilligan sugiere que el dilema moral central de una mujer es el conflicto entre sus propias necesidades y las de los demás. Aunque la mayoría de las sociedades por lo general esperan asertividad y juicio independiente del hombre, desean de la mujer autosacrificio y generosidad hacia los demás.

Para encontrar cómo las mujeres hacen elecciones morales, Gilligan (1982) entrevistó a 29 mujeres embarazadas acerca de sus decisiones para continuar o terminar con su embarazo. Ellas vieron la moralidad en términos de egoísmo frente a responsabilidad, definida como una obligación por proporcionar cuidados y evitar lastimar a otros. Gilligan concluyó que las mujeres piensan menos acerca de justicia abstracta e imparcialidad que los hombres, y más acerca de sus responsabilidades hacia personas específicas. (La tabla 7.4 menciona los niveles propuestos por Gilligan para el desarrollo moral en las mujeres.)

Sin embargo, otra investigación no encontró, en absoluto, diferencias de género significativas en razonamiento moral (Brabeck y Shore, 2003). Un análisis de gran escala que compara resultados de 66 estudios no encontró diferencias significativas en las respuestas de hombres y mujeres a los dilemas de Kohlberg a través del ciclo de vida (L. J. Walker, 1984). En los pocos estudios en los que los hombres calificaron ligeramente más alto, los hallazgos no se relacionaron claramente con género, pues los varones por lo general tuvieron un grado más alto de estudios y consiguieron mejores empleos que las mujeres. Un análisis más reciente de 113 estudios alcanzó una conclusión ligeramente más matizada. Aunque las mujeres fueron más proclives a pensar en términos de cuidado y los hombres en los de la justicia, estas diferencias fueron pequeñas, especialmente entre estudiantes universitarios. Las edades de los encuestados y los tipos de dilemas o preguntas fueron factores más significativos que el género (Jaffee y Hyde, 2000). Por ende, el peso de la evidencia no parece respaldar los argumentos originales de Gilligan: un sesgo hacia la perspectiva masculina en la teoría de Kohlberg o que exista una perspectiva femenina distinta sobre la moralidad (L. Walker, 1995).

En su propia investigación posterior, Gilligan describió el desarrollo moral *tanto* en hombres *como* en mujeres conforme evolucionaban más allá del razonamiento abstracto. En estudios que emplean dilemas morales de la vida real (por ejemplo, si una amante debe confesar su amorío a su esposo), en vez de dilemas hipotéticos como los que utilizó Kohlberg, Gilligan y sus colegas encontraron que muchas personas en sus veinte años estaban insatisfechas con una estrecha lógica moral y fueron más capaces de vivir con contradicciones morales (Gilligan, Murphy y Tappan, 1990). Parece, entonces, que si la anterior investigación de Gilligan reflejó un sistema de valores alternativo, no se basó en el género. Al mismo tiempo, con la inclusión de su séptima etapa, el pensamiento de Kohlberg evolucionó hasta un punto de mayor concordancia con el de Gilligan. Ambas teorías ahora colocan la responsabilidad hacia otros en el nivel más alto de pensamiento moral. Las dos reconocen la importancia para ambos sexos de sus conexiones con otras personas y de la compasión y el cuidado.

**TABLA 7.4**

*Niveles de Gilligan de desarrollo moral en mujeres*

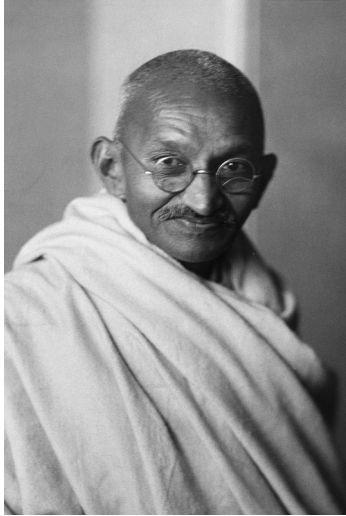
<b>Etapa</b>	<b>Descripción</b>
Nivel 1: orientación de supervivencia individual	La mujer se concentra en ella misma, en lo práctico y lo que es mejor para ella.
<i>Transición 1: De egoísmo a responsabilidad</i>	La mujer se da cuenta de su conexión con los demás y piensa acerca de cuál sería una elección responsable en términos de otra persona (como el hijo nonato), así como para ella misma.
Nivel 2: bondad como autosacrificio	Esta sabiduría femenina convencional dicta a su dueña sacrificar los propios deseos y da prioridad a lo que otra persona quiere y pensará de ella. Ella se considera a sí misma responsable de las acciones de los otros, aunque hace a los otros responsables de las elecciones que realiza. Está en una posición dependiente, en la que sus esfuerzos indirectos por ejercer control con frecuencia se convierten en manipulación, a veces a través del uso de culpa.
<i>Transición 2: De bondad a verdad</i>	La mujer valora sus decisiones, no sobre la base de cómo reaccionarán los otros, sino sobre sus intenciones y las consecuencias de sus acciones. Desarrolla un nuevo juicio que toma en cuenta sus propias necesidades, junto con las de los demás. Quiere ser “buena” al ser responsable de los otros, pero también quiere ser “honesta” al ser responsable consigo misma. La supervivencia regresa como una mayor preocupación.
Nivel 3: moralidad de la no violencia	Al elevar el mandato en contra de lastimar a alguien (incluida ella misma) a un principio que gobierna todo juicio y acción moral, la mujer establece una “igualdad moral” entre ella misma y los demás y entonces es capaz de asumir la responsabilidad de la elección en los dilemas morales.

FUENTE: Adaptado de Gilligan, 1982.

**INTELIGENCIA, CREATIVIDAD, SABIDURÍA Y DESARROLLO MORAL: UNA ÚLTIMA PALABRA**

Hay un límite al [...] progreso en la inteligencia; pero el desarrollo de las cualidades del corazón no conoce fronteras. (M. K. Gandhi, citado por Kumar y Puri, 1983.)

La generosidad fue fundamental en la vida de Mohandas Karamchaud Gandhi, conocido como Mahatma, o “gran alma”. Gandhi luchó durante décadas para lograr la independencia de la India del dominio británico, para que los hindúes y los musulmanes, así como todas las demás personas pudieran vivir en armonía. Consideraba que la violencia nunca estaba justificada, ni siquiera en la lucha por las



© Hulton-Deutsch Collection/Corbis Images

*La filosofía de la no violencia de Mahatma Gandhi fue un arma moral formidable en la lucha de la India por su independencia de Inglaterra.*

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Por qué crees que los actos de autosacrificio no violentos producen respuestas violentas y apasionadas?

causas más nobles. Aunque con frecuencia estuvo encarcelado por sus actividades, nunca dudó de sus creencias o metas. Cuando la India finalmente logró su independencia en 1947, y se creó el Estado musulmán separado de Pakistán, Gandhi, entonces a finales de sus setenta, inició una huelga de hambre como un esfuerzo por detener la violencia que se presentaba. Esta arma moral logró lo que, de acuerdo con el *London Times*, “muchas divisiones [de tropas] no podrían haber hecho”. Movidos por el acto de autosacrificio de Gandhi, tanto hindúes como musulmanes dejaron las armas. Otra huelga de hambre, en Delhi, en enero de 1948, condujo a esfuerzos cooperativos para dar protección a la minoría musulmana. Pero doce días después de romper su ayuno, Gandhi, entonces de 78, fue tiroteado y asesinado en su camino a una reunión de oración. El asesino era un seguidor hindú que no podía aceptar la visión fraternal de Gandhi.

La filosofía de no violencia de Gandhi tuvo una profunda influencia en otros grandes líderes, entre ellos Nelson Mandela y Martin Luther King, Jr. Gandhi mismo ejemplifica la habilidad para lidiar con problemas casi imposibles de solucionar mediante una fusión creativa de intelecto y emoción, espiritualidad y persuasión moral. En sus esfuerzos por desactivar conflictos e inspirar cooperación, mostró gran sabiduría, basada en una visión moral trascendente.

Pocas personas alcanzan las cumbres de la inteligencia, creatividad y sabiduría, o consiguen el liderazgo moral y espiritual que Gandhi logró, y pocos tienen carreras tan influyentes. Pero cuidar y preocuparse por los demás son cualidades importantes en cualquier adulto, como la profesión a la que han decidido dedicarse. En capítulos posteriores se regresará a estos aspectos del mundo social de la adultez.

#### RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

- Un gran número de teóricos e investigadores se han enfocado en los cambios cualitativos que ocurren en el pensamiento maduro, más que en los cambios cuantitativos que pueden medirse psicométricamente.

#### *El papel de la experiencia*

- De acuerdo con el modelo de Hoyer, los adultos maximizan su funcionamiento intelectual mediante el encapsulamiento de habilidades fluidas dentro de campos específicos de conocimiento especializado.
- 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.

#### **encapsulamiento (p. 233)**

#### *Más allá de Piaget: nuevas formas de pensar en la adultez*

- Muchos investigadores proponen una etapa posformal de pensamiento adulto, más allá de la etapa más avanzada propuesta por Piaget, la de las operaciones formales.

- Se dice que en la universidad ocurre el cambio al pensamiento posformal, ya que los estudiantes se exponen a ambigüedades y puntos de vista opuestos, y su pensamiento por lo general avanza de la rigidez a la flexibilidad de compromisos elegidos libremente.
- Labouvie-Vief propone tres niveles de desarrollo cognitivo adulto: intrasistémico, intersistémico e integrado.
- Los criterios para pensamiento posformal incluyen “caja de cambios”, conciencia de múltiples causas y soluciones, pragmatismo, conciencia de la paradoja, y contracciones y expansiones de pensamiento formal.

**pensamiento reflexivo (p. 237)**

**pensamiento posformal (p. 238)**

**compromiso con relativismo (p. 239)**

**nivel intrasistémico (p. 240)**

**nivel intersistémico (p. 240)**

**nivel integrado (p. 240)**

**subjetividad necesaria (p. 240)**

### *Un modelo de ciclo de vida de desarrollo cognitivo*

- Schaie propone cinco etapas de desarrollo cognitivo relacionado con la edad: adquisitiva (niñez y adolescencia), logro (adultez joven), responsable y ejecutiva (adultez media) y reintegrativa (adultez tardía).
- Este modelo sugiere una necesidad por desarrollar nuevos tipos de pruebas de inteligencia que sean ecológicamente válidas para adultos.

**etapa adquisitiva (p. 244)**

**etapa de logro (p. 244)**

**etapa responsable (p. 244)**

**etapa ejecutiva (p. 244)**

**etapa de reorganización (p. 244)**

**etapa reintegrativa (p. 244)**

**etapa de creación de legado (p. 245)**

**validez ecológica (p. 245)**

### *Sabiduría*

- Sternberg, con base en estudios sobre los puntos de vista de adultos acerca de la creatividad, la inteligencia y la sabiduría, hace una distinción entre los tres conceptos apoyándose en el control automático del procesamiento de información, el enfoque en el conocimiento, los estilos de regulación mental, los factores de personalidad, las motivaciones fundamentales y los ambientes de apoyo.
- Los psicólogos modernos que investigan la sabiduría se apoyan en tradiciones folclóricas, míticas y filosóficas.
- De acuerdo con Erikson, la sabiduría es una virtud que surge de la crisis final del desarrollo de la personalidad humana, *integridad frente a desesperación*. Ello permite la aceptación de la vida propia y la proximidad de la muerte.
- Entre las definiciones cognitivas de sabiduría, la de Baltes se ha puesto a prueba empíricamente. Baltes considera la sabiduría como la destreza en la “pragmática fundamental de la vida”.
- Para Labouvie-Vief, la sabiduría es una síntesis de razón con emoción, o experiencia subjetiva, y parece alcanzar su cima en la adultez media.
- Algunos investigadores, con influencia de filosofías orientales, consideran la sabiduría como un producto del desarrollo espiritual o la trascendencia del yo.

**metacognición (p. 246)**

**arquetipos (p. 248)**

**pragmática fundamental de la vida  
(p. 251)**

**sabiduría intrapersonal (p. 253)**

**sabiduría interpersonal (p. 253)**

**sabiduría transpersonal (p. 253)**

### *Desarrollo moral*

- La teoría de Kohlberg de razonamiento moral sostiene que las personas razonan los principios morales; por tanto, el desarrollo moral se relaciona con el desarrollo cognitivo.
- Muchos adultos permanecen en el nivel de moralidad convencional de Kohlberg; algunos avanzan a un nivel posconvencional de principios morales autónomos.
- La teoría de Gibbs de pensamiento moral toma un enfoque de ciclo de vida; el desarrollo ocurre en etapas.
- Gilligan critica el énfasis de Kohlberg sobre la justicia como un valor predominantemente masculino y propone una teoría de desarrollo moral de la mujer con énfasis en los cuidados y la responsabilidad.
- El reciente trabajo de Gilligan sugiere que muchos adultos, tanto hombres como mujeres, alcanzan una etapa de moralidad relativista que refleja pensamiento posformal.

**moralidad preconvencional (p. 255)**  
**moralidad de conformidad a roles**  
**convencionales (p. 255)**

**moralidad de principios morales**  
**autónomos (p. 255)**  
**perspectiva cósmica (p. 258)**

# Educación, trabajo, ocio y jubilación

## Educación

- Universidad y estudios superiores
- Aprendizaje durante toda la vida
- Analfabetismo adulto

## Trabajo y ocio

- Elección vocacional y desarrollo de carrera
- Cambio en los patrones ocupacionales
- Edad y desempeño laboral
- Estrés laboral
- Desempleo
- Trabajo, ocio y desarrollo intelectual

## Jubilación y otras opciones para la vejez

- ¿Cómo ha cambiado la jubilación?
- Jubilarse o no jubilarse
- Financiamiento para la jubilación
- Preparación para la jubilación
- ¿Cómo usan su tiempo los jubilados?
- ¿Cómo la jubilación afecta al bienestar?
- ¿Cómo la jubilación afecta a la sociedad?



## PUNTO DE PARTIDA: JIMMY CARTER

*¿Qué soy  
sino un poema sin terminar  
en el que constantemente trabajo?*

—Rita Duskin, "My Portrait",  
en *The Frugal Chariot*, 1970

JAMES EARL ("JIMMY") CARTER, Jr.,\* fue uno de los presidentes más impopulares de Estados Unidos en el siglo xx. Sin embargo, transcurrida poco más de una década de que había dejado el cargo, se convirtió en uno de los ex presidentes más activos y admirados en la historia estadounidense moderna, "rescatando causas perdidas o ignoradas con un celo misionero", y un sorprendente grado de éxito (Nelson, 1994).

Durante su infancia, en la pequeña y rural Plains, Georgia, Carter ayudaba en la granja de su familia, vendiendo cacahuates y algodón.



© AP/Wide World Photos

\*Las fuentes de información biográfica acerca de Jimmy Carter son Bird (1990), Carter (1975), Carter Center (1995), J. Nelson (1994), *World Book Yearbook* 1977, Wooten (1995) y varios artículos periodísticos.

Sus padres le transmitieron valores tradicionales: educación, trabajo duro, fe religiosa y servicio público. Decidió ser oficial de la marina por influencia de un tío suyo que fue operador de radio en la flota del Pacífico. Ganó un nombramiento en la Naval Academy de Estados Unidos y fungió como oficial de máquinas del primer submarino nuclear bajo las órdenes del capitán Hyman G. Rickover. Tal personaje “tuvo una profunda influencia sobre mi vida”, escribió Carter tiempo después. “... [Rickover] esperaba lo máximo de nosotros, pero siempre aportó más” (*World Book Yearbook*, 1977, p. 53).

La carrera de Carter tomó un nuevo rumbo después de la muerte de su padre. Renunció a la marina y regresó a Plains a administrar la granja familiar y el almacén de cacahuates. Enemigo confeso de la segregación racial, ganó por un margen muy estrecho la senaduría de Georgia en 1962 y la gubernatura en 1970. Cuando fue gobernador, reestructuró el sistema de gobierno estatal y coaccionó, a través de nuevas leyes, la equidad del apoyo estatal a los distritos escolares ricos y pobres, estableció centros comunitarios para niños con discapacidad intelectual e impulsó una cultura de protección del medioambiente. Estableció la selección meritatoria de jueces y oficiales estatales y aumentó enormemente el número de plazas y empleos para personas afroamericanas.

En 1976, en medio de la ola del escándalo Watergate que provocó la caída del presidente Richard M. Nixon, Carter —antes poco conocido fuera de Georgia— ganó la candidatura demócrata en la primera ronda después de un triunfo arrollador en 18 elecciones primarias. Compitió para convertirse en el primer sureño del siglo xx en ser electo presidente. Su atractivo radicaba en que era un extraño que “limpiaría” el gobierno y restauraría un tono moral. Pero a pesar de sus logros históricos como la instauración de la paz entre Israel y Egipto y un tratado para abdicar al control del canal de Panamá, se empantanó en la interminable crisis de los rehenes iraníes y aceptó su culpa en el incremento de los precios de combustible, que trajo como consecuencia largas colas para comprar gasolina y una economía debilitada. Después de una derrota aplastante ante Ronald

Reagan en las elecciones de 1980, se retiró de la vida política.

O así parecía. Sólo observa lo que Carter ha hecho desde entonces:

Es profesor en la Emory University y presta servicios como diácono y profesor en la escuela dominical de una iglesia bautista. Ayuda a construir casas para familias de bajos ingresos a través de Habitat for Humanity. Fundó el Carter Center, que patrocina programas internacionales sobre derechos humanos, educación, atención preventiva a la salud, técnicas agrícolas y resolución de conflictos, y ha participado en la liberación de cientos de prisioneros políticos. Como pacificador y guardián de la libertad, Carter supervisó las elecciones nicaragüenses que expulsaron a los sandinistas del poder. Negoció un cese al fuego entre los musulmanes bosnios y los serbios. Presionó a China para liberar prisioneros políticos. Ha ayudado a establecer y llevar a cabo elecciones justas en Indonesia, China, Nigeria, Mozambique y muchos otros países en desarrollo. Fue el primer ex presidente estadounidense en visitar Cuba. Por estos actos de valor, idealismo y servicio, recibió la medalla presidencial de la libertad y el primer premio de derechos humanos de las Naciones Unidas. En 2002, a los 78 años, ganó el premio Nobel de la paz.

Se ha dicho que Carter “usó su presidencia como un trampolín para conseguir cosas más grandes” (Bird, 1990, p. 564). Liberado de las presiones de la política, se ha elevado al papel de un anciano estadista exitoso.

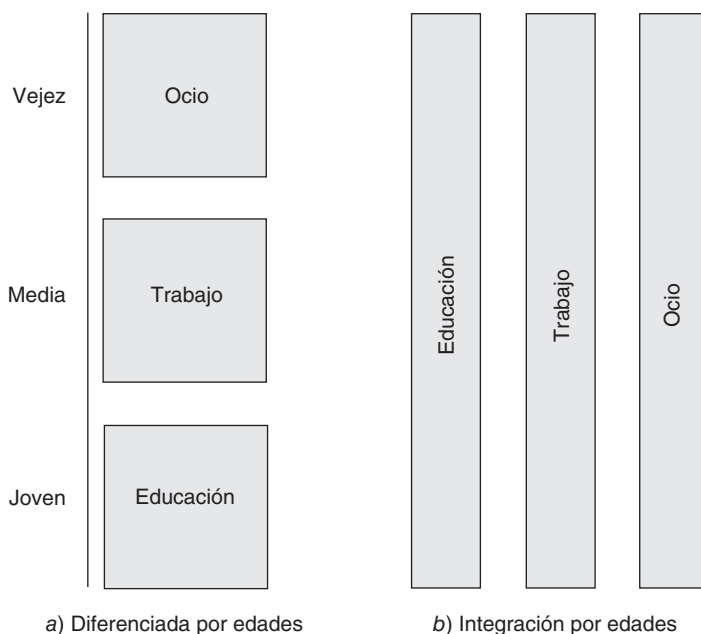
Carter ha escrito más de 15 libros; *The Virtues of Aging* es uno de los más recientes. ¿Qué considera Carter como virtudes del envejecimiento? “Tenemos un grado de libertad sin precedente para elegir lo que queremos hacer [...]. Poseemos la oportunidad de sanar heridas [...]. Tenemos la oportunidad de fortalecer los lazos de comprensión con las personas que más amamos.” Y todavía hay nuevos mundos por conquistar. “Nuestro principal propósito”, dice Carter, “no es simplemente vivir [...] sino saborear cada oportunidad de placer, emoción, aventura y logro” (Beyette, 1998, pp. 6A-7A).



EL “RETIRO FORZADO” DE JIMMY CARTER recibió una gran publicidad. Pocos adultos tienen los recursos y oportunidades de un ex presidente, pero Carter está lejos de ser el único en utilizar productivamente sus años de retiro. Es uno de los muchos adultos mayores cuyo activismo en la edad tardía los conduce a una perspectiva sobre cómo puede estructurarse la vida a través de la adultez.

La estructura de vida típica en las sociedades industrializadas se **diferencia por edades**: los papeles se basan en la edad (como en el lado izquierdo de la figura 8.1). El papel principal de los jóvenes es el de ser estudiantes. Los adultos jóvenes y la personas en la adultez media son predominantemente trabajadores. Los ancianos organizan sus vidas en torno a la jubilación y el ocio. Sin embargo, como observó Matilda Riley (1994), investigadora social en el National Institute on Aging:

[...] estas estructuras fracasan para acomodar muchos de los cambios en las vidas de las personas. Después de todo, ¿tiene sentido gastar casi un tercio de la vida adulta en el retiro? ¿O acumular más trabajo en los ocupados años de la adultez media? ¿O etiquetar como “muy viejo” a personas tan jóvenes como de 55 años que quieren trabajar? ¿Tiene sentido suponer que [...] los ancianos físicamente capaces, un estimado de 40 millones en el próximo siglo, deben esperar mayor apoyo *de* la sociedad que de lo que aportan *a* la sociedad? [...]. Seguramente, ¡algo tendrá que cambiar! (p. 445).



**FIGURA 8.1 Estructuras sociales contrastantes.** a) La estructura tradicional diferenciada por edades, típica de las sociedades industrializadas. Los papeles de educación, trabajo y ocio principalmente se “asignan” a diferentes etapas de la vida. b) La estructura de integración de edades que distribuiría los tres tipos de roles a lo largo del ciclo de vida adulta y ayudaría a romper las barreras sociales entre generaciones.

FUENTE: M. W. Riley, 1994, p. 445.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿De qué manera las distintas búsquedas de trabajo y ocio sufren cambios durante la vida adulta?

Los papeles diferenciados por edades son vestigio de una época antigua, cuando la vida era más corta y las instituciones sociales menos diversas. El resultado es un *atraso estructural*: la cantidad de ancianos que es capaz de contribuir con la sociedad está creciendo, pero las oportunidades para emplear y recompensar sus habilidades son inadecuadas. Además, al dedicarse sólo a un aspecto de la vida a la vez, las personas no disfrutaban cada periodo de la vida tanto como podrían y no se preparan adecuadamente para la siguiente fase. Por ejemplo, al concentrarse en el trabajo, los adultos pueden olvidar cómo jugar; entonces, cuando se retiran, es posible que no sepan qué hacer con una abundancia repentina de tiempo de ocio.

En una sociedad de **integración de edades** (como en el lado derecho de la figura 8.1), todos los aspectos (aprendizaje, trabajo y juego) estarían disponibles para adultos de todas las edades (Bolles, 1979; Riley, 1994). Podrían intercalar periodos de educación, trabajo y ocio a lo largo del ciclo de vida. Las cosas parecen modificarse en dicha dirección. Los estudiantes universitarios pueden tomar programas de trabajo-estudio o “detenerse” por un tiempo antes de reanudar su educación. Las personas en la adultez media y los ancianos pueden regresar a la escuela o tomar, por decir, un año sabático para dedicarlo a un interés especial. Una persona puede tener varias carreras sucesivas, cada una con requisitos adicionales de educación o entrenamiento. Las personas pueden retirarse antes o después que en el pasado, o no hacerlo en absoluto. Los jubilados pueden dedicar tiempo al estudio o a desarrollar una nueva forma de trabajo.

Mientras estudiamos los aspectos de educación, trabajo, ocio y jubilación, ten en mente que muchas de las investigaciones reflejan el antiguo modelo de roles sociales diferenciados por edades y las cohortes cuyas vidas describen. Con el surgimiento de la “integración de edades” en muchas sociedades, las cohortes futuras pueden tener experiencias y actitudes muy diferentes.

## EDUCACIÓN

Uno de los últimos dibujos del artista español Francisco de Goya, hecho durante sus ochenta años, es un bosquejo de un anciano que anda con dificultad con una muleta y bastón. En el dibujo, Goya escribió *Aún aprendo* (Lewis, 1968). Aunque la educación formal tradicionalmente termina en la adultez joven, las personas continúan aprendiendo en la escuela de la vida. Y en la actualidad más y más adultos de todas las edades se integran a programas educativos para obtener grados, aprender nuevas habilidades, seguir intereses, mejorar su alfabetización o perseverar con los retos y oportunidades del mundo laboral, o simplemente porque disfrutaban aprender.

### Universidad y estudios superiores

El rostro de la educación superior en Estados Unidos es cambiante. En la actualidad, más personas obtienen títulos universitarios que en el pasado, especialmente más mujeres. De los adultos jóvenes de 25 a 29 años en 2003, 28 por ciento completó el bachillerato, uno por ciento menos que el alto récord establecido en 2002 (U.S. Bureau of the Census, 2004). Las tasas de conclusión de los estudios universitarios para mujeres en dicho grupo de edad superaron a las de los varones jóvenes (32 por ciento y 27 por ciento, respectivamente). Alrededor de 58 por ciento de todos los títulos obtenidos para el ciclo escolar 2001-2002 se otorgaron a mujeres. Éstas obtuvieron más títulos, tanto en carreras técnicas y universitarias como en maestrías, que los hombres. Aunque los varones todavía obtienen más títulos doctorales (53

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuándo piensas que podrás dejar de ocuparte de manera formal de tu educación?  
¿Cuáles son tus planes para búsquedas educativas a lo largo de tu vida?

por ciento) y profesionales (52 por ciento), el porcentaje de mujeres que se hicieron de dichos grados fue mayor que en años anteriores (NCES, 2005a).

La inscripción a licenciatura alcanzó 14.3 millones en 2002, casi el doble que en 1970 (NCES, 2005). Este aumento se dio a la par de una disminución en la proporción de estudiantes “tradicionales” (quienes se inscriben tiempo completo después del bachillerato, trabajan medio tiempo o nada en absoluto, y dependen financieramente de sus padres). Aquéllos representan ahora sólo el 27 por ciento de los estudiantes de licenciatura. Por otra parte, 44 por ciento de los estudiantes de licenciatura se inscriben en escuelas donde el tiempo de los estudios es de dos años, y 39 por ciento lo hace en las que ofrecen un tiempo parcial de estudio (NCES, 2002).

Los estudiantes “no tradicionales”, en contraste, representan una creciente proporción del cuerpo estudiantil en la educación posterior a la secundaria. Entre los estudiantes de licenciatura, 43 por ciento cuentan con 24 años o más, y 56 por ciento son mujeres. Además, 27 por ciento tiene personas que son dependientes de ellos, 13 por ciento son padres solteros y 80 por ciento poseen empleos, de los cuales el 39 por ciento son de tiempo completo (NCES, 2002). Los estudiantes no tradicionales incluyen mujeres casadas o divorciadas que necesitan aumentar sus ingresos, o aquellas cuyos hijos ya partieron del hogar y que buscan hacer estudios universitarios en ese punto de la vida, y mujeres que luchan por ser independientes y mantenerse solas.

Muchas universidades facilitan a los estudiantes faltar a clase o ganar créditos por estudio o trabajo independiente realizado en otras instituciones, y algunas buscan de manera activa estudiantes maduros que hayan abandonado sus estudios en el pasado. La mayoría da créditos por experiencia de trabajo y aprendizaje previo. Las universidades también intentan adaptarse a las necesidades prácticas de los estudiantes de edad no tradicional a través de la inscripción de tiempo parcial, clases sabatinas y nocturnas, el estudio independiente, guarderías en los campus, apoyo financiero, cursos de costo gratuito o reducido, y “educación a distancia” a través de computadoras o transmisiones de circuito cerrado. Los adultos que eligen regresar a la escuela están enormemente motivados. Aportan su individualidad y experiencia de vida a la clase.

El número de estudiantes de minorías en la educación superior casi se ha duplicado desde 1980. Las minorías constituyeron el 25 por ciento de la inscripción en licenciatura en instituciones de cuatro años y 36 por ciento en instituciones públicas de dos años (NCES, 2005b) durante 2002. El número de afroamericanos con cuatro o más años de educación superior aumentó más de 1990 a 2004 (6.3 por ciento) que en los veinte años previos (4.8 por ciento). En comparación, el número de estadounidenses blancos con logros educativos equivalentes creció 10.3 por ciento de 1970 a 1990, pero 6.2 por ciento de 1990 a 2004. Las tasas de participación de mujeres pertenecientes a las minorías crecieron más rápidamente desde 1990 que las tasas para hombres afroamericanos, blancos e hispanos. Sin embargo, el porcentaje de la población minoritaria con grados universitarios todavía va a la zaga de la de los blancos. En 2004, 26.4 por ciento de mujeres y 30 por ciento de varones blancos, con edades de 25 en adelante, completaron cuatro o más años de educación superior. Cifras comparables son 18.5 y 16.6 por ciento para mujeres y hombres afroamericanos, y 12.3 y 11.8 por ciento para mujeres y varones hispanos, respectivamente (U.S. Bureau of the Census, 2005).

Estas estadísticas son relevantes porque la educación es una llave para obtener empleo, en especial en el mercado laboral actual, rápidamente cambiante. Las personas con menores niveles de educación tienen más probabilidad de estar desempleadas que quienes ostentan mayores niveles de logro educativo. Con base en los promedios de

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿De qué manera se compara tu motivación, por asistir a clases y completar tus cursos, con la de tus pares y con la de los adultos jóvenes y mayores que has observado?

ingresos en 1999, las ganancias vitalicias se estiman en aproximadamente medio millón de dólares para graduados de secundaria y un millón de dólares, el doble, para los poseedores de un título de bachillerato. Sin embargo, los hombres continúan ganando más que las mujeres en cada nivel de educación. Los varones con grados profesionales, como médicos o abogados, ganarán aproximadamente dos millones de dólares más que las mujeres con grados equivalentes durante sus vidas (U.S. Bureau of the Census, 2002).

## Aprendizaje durante toda la vida

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué cambios puedes esperar que tenga la educación superior para promover el aprendizaje durante toda la vida?

Qian Likun, un brillante estudiante que camina a sus clases de atención a la salud y poesía china antigua, participó en una carrera de cuatro kilómetros. Es posible que esto no parezca raro, hasta que te enteras de que Qian tiene 102 años de edad, uno de los miles de estudiantes en la red china de “universidades para ancianos”. Desde la década de los 1980 se han fundado más de 800 de estas escuelas, lo que muestra el compromiso de China con su población anciana, y la voluntad y habilidad de los adultos mayores por aprender todo, desde lectura y escritura básicas, hasta materias esotéricas (Kristof, 1990). El programa de China ejemplifica una tendencia hacia el **aprendizaje durante toda la vida**, es decir, el estudio sostenido y organizado para adultos de todas las edades.

Los programas educativos diseñados específicamente para adultos mayores se encuentran en auge en muchas partes del mundo. Por ejemplo, Elderhostel es una red internacional de aproximadamente 1 600 instituciones educativas y culturales en más de 90 países, que ofrecen cada año casi 10 000 programas recreativos y educativos de bajo costo sin créditos. Estos programas combinan actividades de aprendizaje y ocio para adultos de 55 años y más, y están diseñados para impulsar el aprendizaje como una búsqueda de toda la vida. Los programas varían considerablemente; pueden incluir oportunidades tradicionales para estudiar artes y cultura, actividades en el exterior como excursionismo o paseos en kayak, u opciones para combinar servicio voluntario con aprendizaje. La investigación realizada en Elderhostel señaló que la satisfacción con la experiencia de aprendizaje no tiene relación con la edad (Abraham, 1998). Este hallazgo apoya el propósito de la organización: proporcionar enfoques innovadores al aprendizaje durante toda la vida, bajo el supuesto de que “compartir nuevas ideas, retos y experiencias tiene recompensas en todas las épocas de la vida”.

Desde 1949, cuando se estableció la ley referente al aprendizaje durante toda la vida, el gobierno de Japón fomenta oficialmente el aprendizaje, asumiéndolo como un proceso. Se establecieron *kouminkans* (centros educativos comunitarios adultos) y se proporcionaron subsidios financieros gubernamentales para alentar la educación y el aprendizaje durante toda la vida. Los programas incluyen una variedad de actividades educativas, pasatiempos y deportes. Para estimular la actualización de las habilidades laborales, las compañías japonesas suelen pagar cursos y ofrecer incentivos económicos a los empleados que obtengan certificados o diplomas en una amplia variedad de materias (Kobayashi, 1996). Sin embargo, los estudiantes “maduros” (22 años y más) constituyen menos del uno por ciento de graduados y del 10 por ciento de posgraduados en las universidades (Fuwa, 2001).

Actualmente en Estados Unidos, los ancianos tienen mayor nivel educativo que sus predecesores, y esta tendencia continuará conforme envejeczan las cohortes más jóvenes (Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2004). Noventa por ciento de la fuerza laboral civil empleada tiene diplomas de bachillerato (U.S. Bureau of the Census, 2000). El National Center for Education Statistics (NCES) menciona

varias actividades formales de aprendizaje durante toda la vida, incluidas habilidades de entrenamiento básico, enseñanza con aprendices, entrenamiento relacionado con el trabajo, cursos de interés personal y de inglés como segunda lengua. Cuando se excluyó a los estudiantes universitarios en edad tradicional, de 16 a 24 años, la participación de las personas en los programas de educación adulta aumentó de 34 por ciento en 1991, a 47 por ciento en 2001. Más de la mitad de los participantes se involucró en el aprendizaje al utilizar alguna forma de tecnología, como computadoras, conferencias por computadora e instrucción basada en programas de Internet. Las tasas más altas de participación en educación adulta se observaron en mujeres, blancas, de las islas de Asia y del Pacífico, y en quienes tuvieron niveles más altos de logro educativo (NCES, 2002). Tres de cada cuatro participantes en actividades educativas de medio tiempo tienen entre 25 y 34 años de edad (Kopka, Schantz y Korb, 1998).

Se reporta que los cursos relacionados con el trabajo son la forma más común de aprendizaje durante la vida entre los estudiantes de edad no tradicional (30 por ciento), seguida por cursos de interés personal (21 por ciento). Gran parte de la educación relacionada con el trabajo es pagada por el empleador (Kopka *et al.*, 1998). Más de 40 por ciento de la fuerza laboral y más de 50 por ciento de los graduados de bachillerato carecen de las habilidades básicas necesarias en sus empleos, de acuerdo con una encuesta auspiciada por el gobierno a más de 40 empleadores públicos y privados en varios campos. Los empleadores observan los beneficios de la educación para toda la vida en el lugar de trabajo en los siguientes aspectos: mejor estado de ánimo, aumento en la calidad del trabajo, mayor capacidad para el trabajo en equipo y una mayor habilidad para la resolución de problemas y para enfrentarse con tecnologías novedosas y otros cambios en el sitio de trabajo. También reportan que los empleados pueden mejorar en habilidades básicas como lectura, matemáticas y pensamiento crítico (Conference Board, 1999).

¿Por qué los adultos maduros van a la escuela? Una revisión de la literatura (Willis, 1985) identificó cinco metas para contestar lo anterior:

1. *Para adquirir conocimientos y habilidades que les permitan adaptarse, y mantenerse al día con los nuevos desarrollos en sus campos de trabajo, para obtener un ascenso profesional o conseguir las herramientas necesarias para abrir un negocio propio.* En Estados Unidos, casi dos tercios de los adultos que toman clases de tiempo parcial lo hacen por razones relacionadas con el trabajo (U.S. Department of Education, 1986).
2. *Para capacitarse para nuevas ocupaciones* cuando las antiguas se vuelven obsoletas o sus necesidades e intereses cambian. Algunas mujeres en la adultez media que han dedicado su adultez joven a las labores domésticas y la maternidad dan los primeros pasos hacia el reingreso en el mercado laboral.
3. *Para comprender y enfrentar los cambios tecnológicos y culturales*, como el uso de computadoras (véase el recuadro 8.1). Los ancianos con frecuencia quieren platicar con sus hijos y nietos que poseen una cultura computacional, para enviar y recibir correos electrónicos o explorar el Internet.
4. *Para comprender sus propios procesos de envejecimiento*, en particular los cambios en la memoria y otros aspectos de la cognición, y para aprender estrategias que les permitan sacar provecho de sus habilidades.
5. *Para desarrollar nuevos y satisfactorios papeles de retiro y ocio*; por ejemplo, estudiar un idioma para viajar al extranjero. Las personas que están a punto de jubilarse, con frecuencia, desean explorar intereses a los que no pudieron dedicar tiempo en el pasado.



## *Capacitación computacional: enseñar a los adultos trucos nuevos*

En una universidad de Nueva Orleans que ofrece cursos breves gratuitos a personas de 65 años o más, la oferta más popular es la capacitación en computadoras. Cada semestre se inscriben más de cien estudiantes, y la lista de espera es igualmente larga. Los programas de entrenamiento laboral de la American Association of Retired Persons (AARP) no pueden aceptar a todos los solicitantes para cursos introductorios o avanzados en el uso de computadoras y procesadores de palabras.

¿Por qué muchos ancianos quieren aprender a usar computadoras? Algunos sólo son curiosos. Otros necesitan adquirir nuevas habilidades laborales o actualizar las antiguas. Algunos más desean estar al día con las tecnologías más recientes: para comunicarse con sus hijos y nietos quienes poseen una cultura computacional o para imitar a sus amigos que están en la carrera de la información.

Inicialmente, hubo indicios de que algunos ancianos poseían actitudes menos positivas hacia las computadoras que los más jóvenes, pues las consideraban deshumanizadoras (Brickfield, 1984; Nickerson, 1981). Una encuesta telefónica aleatoria realizada en 1981 encontró que el uso de computadoras disminuía con la edad (de 40 por ciento entre los 45 a 54 años de edad, hasta 19 por ciento entre personas de 65 y más) pero también se relacionaba con el estatus socioeconómico y el nivel educativo. La encuesta encontró patrones similares para otras innovaciones tecnológicas: calculadoras electrónicas,

videograbadoras, videojuegos y cajeros automáticos (Brickfield, 1984).

En la actualidad, conforme las computadoras se han vuelto más accesibles y fáciles de utilizar, su uso se ha distribuido de manera más equitativa a través de los grupos de edad. Aproximadamente 70 por ciento de la población de edades de 25 a 50 años ocupan computadoras. Después de los 50, el uso de computadoras decae, pero incluso entre quienes tienen 70 años y más la utilización de computadoras aumentó de aproximadamente 5 por ciento en 1991 a más de 25 por ciento en 2001 (U.S. Department of Commerce, 2002). Es probable que una porción de estos aumentos se deba a efectos de cohorte, pues quienes respondieron a las encuestas de 1991 no corresponden al mismo grupo de personas que contestaron en 2001. Otros factores que contribuyen son el aumento en ingreso y nivel educativo de la población anciana perteneciente a la generación “baby boom” que está envejeciendo.

La investigación muestra de manera consistente que los adultos mayores pueden capacitarse para adquirir una cultura computacional (Garfein, Schae y Willis, 1988; Hartley, Hartley y Johnson, 1984; Rogers y Fisk, 2000). El desempeño de los ancianos en las tareas computacionales mejora con el tiempo y la experiencia (Czaja y Sharit, 1998, 1999; Czaja, 2001), pero pueden tardar más que los jóvenes en dominar las habilidades necesarias en esta tarea, por lo que es probable que necesiten ayuda (Char-

Con el aumento de la longevidad, se incrementará el interés en programas educativos que puedan hacer del retiro una experiencia más significativa y disfrutable. Con respecto a la disparidad en la expectativa de vida entre hombres y mujeres, hay una creciente necesidad de programas educativos para viudas, con un enfoque que favorezca una vida independiente, la gestión de finanzas personales y el desarrollo de nuevas relaciones.

Parece claro que, en la compleja sociedad de hoy, la educación nunca termina. Obtener un grado universitario a principio de los veinte no será suficiente para la mayoría de los adultos en el futuro. La expansión de la tecnología y el cambio en los

ness, Schumann y Boritz, 1992; Elias, Elias, Robbins y Gage, 1987; Zandri y Charness, 1989). Los ancianos con un mayor nivel educacional que fueron a dos semanas de entrenamiento en publicidad, terminaron más confiados y seguros acerca de sus habilidades que los que no lo tenían (Jay y Willis, 1992). Un estudio reciente en Ontario, Canadá, encontró que, tanto para los adultos jóvenes como para los ancianos, la ansiedad antes de la capacitación para utilizar el procesador de palabras no afectaba su desempeño final. Los investigadores observaron que: “si se puede persuadir a los ancianos a buscar re-entrenamiento, a pesar de cualquier actitud negativa inicial que muestren, el éxito en el entrenamiento será atribuido más a la función de los programas de entrenamiento que a las actitudes que éstos presentaban” (Charness *et al.*, 1992, pp. 103-104). Una advertencia que debe tomarse en cuenta es que los participantes en esta investigación fueron voluntarios que querían aprender a utilizar el procesador de palabras y presumiblemente creían que podrían hacerlo. Es posible que los hallazgos no se apliquen a personas a quienes se solicite tomar capacitación computacional en situaciones laborales.

¿Se necesitan técnicas especiales para capacitar a los adultos mayores? En general, la respuesta es no, ya que los métodos más efectivos para los adultos jóvenes también son los mejores para los ancianos (Charness *et al.*, 1992). Por ejemplo, combinar el uso de una computadora junto con un programa tutorial es más efectivo que utilizar sólo el último (Gist, Rosen y Schwoerer, 1988); y tener un instructor y un manual es mejor que el entrenamiento que

se basa únicamente en la computadora. En el estudio canadiense antes referido, un método que se basaba en el ritmo propio de los participantes funcionó mejor que uno basado en un ritmo fijo para ambos grupos de edad. Sin embargo, la velocidad a la que se imparta la capacitación puede ser más determinante para los aprendices ancianos que para los más jóvenes (Charness *et al.*, 1992).

Las siguientes sugerencias, que reflejan una necesidad de ser sensibles ante los cambios biológicos y cognitivos que comúnmente ocurren en una edad avanzada (Charness *et al.*, 1992, 2001; Rogers y Fisk, 2000; Zandri y Charness, 1989), pueden facilitar la instrucción en el uso de computadoras para los ancianos:

- Ofrecer instrucción más lenta o que respete el ritmo propio de los adultos mayores, al comprender que los aprendices ancianos necesitan más tiempo que los jóvenes.
- Realizar entrenamientos prácticos, en parejas o en grupos pequeños.
- Tener un instructor disponible para responder preguntas acerca de los conceptos y los términos no familiares.
- Brindar más ayuda a los aprendices ancianos con respecto a los problemas novedosos para ellos.
- Monitorizar el progreso para anticipar cualquier problema que pueda debilitar la confianza de los adultos mayores.
- Utilizar una interfaz basada en menús, en vez de en comandos.

mercados laborales requerirá un enfoque del ciclo de la vida hacia la educación. Los individuos deben estar preparados para tener varias carreras, diferentes entre sí. Conforme algunas ocupaciones se vuelvan obsoletas y otras surjan o requieran nuevas habilidades, el re-entrenamiento será más y más esencial.

Las experiencias de aprendizaje durante toda la vida que parecen más atractivas para los adultos mayores se relacionan con temas que les son personalmente significativos, que puedan enseñarse en ambientes que proporcionan experiencias de aprendizaje directo, que permitan a los adultos el control sobre todos los aspectos del proceso de aprendizaje y no sean muy costosas. Los ancianos están más interesados en

aprender acerca de cosas que enriquecen sus vidas, que los ayuden a permanecer saludables y que les brinden regocijo (AARP, 2000). Una necesidad específica para muchos adultos de todas las edades es el entrenamiento en el proceso de la alfabetización.

## Analfabetismo adulto

Ed es un impresor de seda de 29 años de edad, un oficio que aprendió en la secundaria. Puesto que es muy hábil, agradable y decidido, sus jefes y compañeros de trabajo no se dan cuenta, al principio, que no puede leer más allá de un nivel de cuarto o quinto grado. “He perdido muchos empleos debido a mi problema de lectura”, dice (Feldman, 1985).

De acuerdo con los resultados de encuestas referentes al nivel de alfabetización nacionales e internacionales, llevadas a cabo durante los años noventa, casi la mitad de los adultos estadounidenses no pueden entender materiales escritos, manipular los números y utilizar documentos adecuadamente como para triunfar en la economía del mundo actual (Sum, Kirsch y Taggart, 2002). En 2003, en una prueba que medía el nivel de alfabetización internacional, los adultos estadounidenses mostraron un desempeño más pobre que sus pares de Bermudas, Noruega y Suiza, pero mejor que los de Italia (Lemke *et al.*, 2003). Es probable que las personas con bajos niveles de educación estén desempleadas. Para quienes realizaron la prueba en Estados Unidos, el factor individual más importante relacionado con el grado de alfabetización continúa siendo el nivel de logro educativo. Casi la mitad de los adultos en Estados Unidos recibió calificaciones que representan los niveles más bajos de alfabetización en una encuesta nacional. Sorprendentemente, estos adultos eran representantes de todos los niveles de educación y ocupación. Aunque los años y el nivel de educación formal son factores importantes, la calidad de la educación y el estatus socioeconómico también son relevantes (U. S. Department of Education, 2001).

Casi 800 millones de adultos en el mundo eran analfabetos en 2002. El analfabetismo es especialmente común entre mujeres en países en desarrollo, donde no se considera importante que ellas estudien. La evaluación más amplia sobre educación básica que se ha llevado a cabo mostró que, aunque se ha logrado un significativo progreso en algunos países, el analfabetismo todavía es una realidad en el siglo XXI, tanto en países desarrollados como en desarrollo, a pesar de la universalidad de la educación elemental (UNESCO, 2004). Desafortunadamente, en muchas naciones en desarrollo, más de la mitad de su población joven y adulta es analfabeta, siendo dos tercios niñas y mujeres.

El analfabetismo crea su propio círculo vicioso, reduce oportunidades para muchos adultos y contribuye a un estigma social que obstaculiza la búsqueda de capacitación en las habilidades básicas a muchos que la necesitan. Puesto que la educación formal es un requisito fundamental para participar en una economía moderna impulsada por la información, la expansión de programas de alfabetización, preferentemente la forma más básica de educación adulta, es apremiante.

## TRABAJO Y OCIO

Con frecuencia, la primera pregunta que un adulto plantea cuando encuentra a otro es “¿a qué te dedicas?”. El trabajo que los adultos realizan es central para definir quiénes son y se entrelaza con todos los aspectos del desarrollo. Factores intelectuales, físicos, sociales y emocionales afectan el trabajo; y éste puede afectar todas las demás áreas de la vida.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué explicaciones puedes esbozar para la gran desigualdad con respecto al logro educativo, en personas de diversas naciones a través del ciclo de la vida?



Primero, se definirán algunos términos que se emplean, a veces de manera intercambiable, para describir el trabajo. Un *empleo* puede ser cualquier actividad que se realiza por una paga, pero este término por lo general se refiere a ser empleado por alguien o por alguna organización, en lugar de manejar un negocio propio. Un empleo puede ser temporal o transitorio. El término *ocupación*, en contraste, se refiere a un campo de trabajo o medio de sustento regular y relativamente permanente. El término *vocación* por lo general se refiere a un campo elegido. Una *profesión* es una ocupación o vocación que por lo general requiere formación universitaria o de posgrado e implica una gran cantidad de juicio y control independiente. La palabra *carrera* tiene una calidad dinámica; es una ruta de logro de desarrollo que, si sigue su curso natural, puede representar la obra de una vida.

*Ocio* hace referencia al uso discrecional del tiempo. El tiempo de ocio es tiempo libre, cuando las personas no se emplean lucrativamente y pueden hacer lo que quieren. La línea entre trabajo y ocio no siempre es fácil de dibujar. El mismo tipo de actividad (por decir, la fotografía) puede ser trabajo para una persona y pasatiempo para otra, y ambas pueden disfrutarse de igual manera. Las actividades desarrolladas durante el tiempo de ocio por lo general no tienen una compensación monetaria; ¿pero qué hay de un pintor dominical que ocasionalmente vende un lienzo en una feria de arte, o de alguien que consigue dinero al organizar una venta de garaje?

Sólo en las modernas sociedades desarrolladas el ocio es un aspecto significativo de la vida adulta, y no es sino hasta después del retiro que se vuelve un tema central. Durante los años treinta, Estados Unidos adoptó una semana laboral de 5 días de 8 horas para la mayoría de la población; las vacaciones pagadas también se volvieron obligatorias. Sin embargo, muchos trabajadores que inician o manejan negocios o intentan avanzar en sus carreras profesionales tienen poco tiempo de ocio.

En esta sección observaremos cómo las personas eligen su vocación y desarrollan carreras. Después se describirán patrones ocupacionales que son cambiantes y estudiaremos cómo la edad afecta el desempeño laboral. Analizaremos fenómenos como el estrés y el síndrome de agotamiento (*burnout*). Finalmente, examinaremos la interacción entre el trabajo, el ocio y el desarrollo intelectual. En la siguiente sección se discutirá cómo los adultos emplean el tiempo de ocio en la jubilación.

## Elección vocacional y desarrollo de carrera

¿Qué factores influyen en las decisiones acerca de la vocación? ¿Cómo progresan los adultos a lo largo de las trayectorias de las carreras elegidas? ¿Por qué algunas personas tienen carreras estables mientras que otras experimentan de uno o más cambios?

### PARSONS: RASGOS, HABILIDADES E INTERESES

En uno de los primeros estudios sobre la elección de carrera, Frank Parsons (1909) desarrolló un método para relacionar a los individuos con sus carreras adecuadas con base en sus rasgos de personalidad y habilidades. Una valoración inicial mide los logros pasados, las habilidades y las destrezas actuales, y las aptitudes (el potencial para desarrollar nuevas habilidades). También se examina el trabajo y los intereses generales. Toda la información antes mencionada se utiliza para identificar los tipos específicos de tareas para las que una persona es adecuada. Un instrumento bien conocido para evaluar la orientación vocacional es el Inventario de Intereses Strong, que relaciona los intereses con el éxito ocupacional (Sharf, 1992). Sus autores recopilaron información acerca de los intereses de un grupo de personas que se

desempeñaron adecuadamente y fueron felices en sus empleos o carreras. De dicho estudio se desprende que quienes contestan este test pueden identificar cómo sus intereses coinciden con los de personas exitosas en varias ocupaciones.

#### HOLLAND: TIPOS DE PERSONALIDAD Y VOCACIÓN

John Holland (1985) relacionó seis tipos de personalidad (investigadora, social, realista, artística, convencional y empresarial) con sus correspondientes ocupaciones o ambientes de trabajo. De acuerdo con la teoría de Holland, es probable que las personas con personalidades predominantemente *investigadoras* se conviertan en científicos o detectives; los tipos con un tipo de personalidad *social* pueden elegir una ocupación relacionada con la salud mental o enseñanza; las personas *realistas* pueden ser mecánicos o electricistas; las personas *artísticas* se convierten en escritores, artistas o músicos; las personas con un tipo de personalidad *convencional* eligen la contabilidad o la banca; y las personas *emprendedoras* se dedican a los negocios o a la administración. Las mujeres tienden a mostrar rasgos artísticos, sociales y convencionales y a elegir las ocupaciones correspondientes a aquéllos. La satisfacción laboral es mayor cuando un tipo de personalidad coincide con el ambiente laboral, y es más probable que el trabajador permanezca en dicha posición. Desde luego, una persona o un ambiente laboral no pueden ser descritos en términos de un solo rasgo “puro”; la problemática reside en cuál rasgo es predominante.

La teoría de Holland ha tenido una gran influencia, sobre todo en el desarrollo de inventarios de personalidad utilizados en orientación vocacional. Pero tiene muchas limitaciones relevantes. Primero, algunos empleos requieren una mezcla de rasgos y habilidades, y algunas personas son más felices que otras en éstos. Segundo, la teoría



© Tim Barnwell/Stock Boston

*¿La personalidad determina la elección ocupacional? Una teoría dice que sí. El género hace una diferencia, incluso después de cuatro décadas del movimiento de la mujer; por ejemplo, la gran mayoría de las enfermeras son mujeres.*

de Holland no trata con las fuerzas ambientales o culturales que limitan o influyen en la elección de carrera. Cuáles empleos están disponibles en un momento y lugar dado dependerá en parte del ambiente físico y su explotación. Una persona que viva en un área de minas de carbón tiene más probabilidad de convertirse en minero que otra que crezca en una gran urbe. Las diferencias socioeconómicas, incluidas las oportunidades educativas, con frecuencia también limitan la elección vocacional.

El género también influye. Una encuesta sobre los intereses de carrera en adolescentes sugiere que los hombres y las mujeres todavía tienden a gravitar en torno a carreras y roles laborales estereotipados. Las mujeres con educación superior todavía escogen empleos típicamente femeninos como la enfermería y la docencia, carreras que no suelen elegir los hombres con educación superior (Gallup, 2003).

Finalmente, la teoría de Holland fracasa para explicar *cómo* ocurre la elección de carrera, la asociación vital entre personalidad y ambiente laboral, o cómo se desarrolla la carrera a través del ciclo de vida adulto. El ambiente laboral en sí mismo puede ser un agente de cambio; por ejemplo, un electricista contratado para ayudar con la iluminación en un teatro puede descubrir su veta artística y comenzar a especializarse en iluminación teatral. La interacción entre la persona y el ambiente es dinámica.

La investigación plantea preguntas adicionales acerca de la validez de la teoría. Por ejemplo, las expectativas de las personas parecen tener más efecto sobre su satisfacción laboral que la relación entre tipo de personalidad y empleo. Holland (1996) recientemente modificó su teoría con el objetivo de incluir efectos interactivos entre el individuo y el ambiente laboral, los papeles de la *identidad vocacional* en la satisfacción laboral y el de la personalidad en la estabilidad de la carrera y la satisfacción laboral. La **identidad vocacional** es el nivel de claridad y estabilidad de las metas, intereses, personalidad y talentos, y cómo estos factores influyen en la toma de decisiones en un ambiente ambiguo (Carson y Mowlesian, 1993).

## SUPER: ETAPAS EN LA PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE CARRERA

Algunos teóricos que toman una perspectiva organicista han propuesto que la elección vocacional y el desarrollo de la carrera ocurren en etapas.

La conocida teoría de Donald Super (1957, 1985) abarca ocho etapas de exploración y desarrollo de carrera desde la pubertad hasta la adultez, que evolucionan junto con la maduración del autoconcepto de la persona. Estas etapas son: 1) cristalización, 2) especificación, 3) implementación, 4) establecimiento, 5) consolidación, 6) mantenimiento, 7) desaceleración y 8) retiro. (George Vaillant y Daniel Levinson, cuyas teorías de desarrollo de personalidad se discuten en el capítulo 11, describen etapas un tanto similares en el desarrollo de la carrera.)

Durante la **etapa de cristalización**, en la adolescencia temprana, una persona sólo tiene ideas generales acerca de una carrera. De acuerdo con la teoría de desarrollo psicosocial de Erikson (véase la tabla 2.2 del capítulo 2), la confusión de identidad por lo general es típica de los años adolescentes. Conforme los jóvenes comienzan a desarrollar un firme sentido del yo, generan también un concepto de ocupación como una característica definitoria del yo.

En la **etapa de especificación**, de la adolescencia tardía a los años universitarios, los jóvenes aprenden más sobre las diversas ocupaciones y lo que ocurre en el lugar de trabajo. Comienzan a enfocarse en rutas de carrera específicas y reconocen que elegir una vocación requiere abandonar otras posibilidades.

La **etapa de implementación** comienza a principio de los veinte años. Los adultos jóvenes comienzan a desempeñarse en uno o más empleos en un nivel inicial o ini-

cian el entrenamiento profesional. Es posible que al estar frente a frente con el mundo real del trabajo se modifique la elección de la carrera.

En la **etapa de establecimiento**, que comienza a mediados de los veinte años, los adultos jóvenes han hecho un compromiso con una carrera específica, por lo que han tenido un progreso a lo largo de la ruta elegida. Ahora ven su trabajo como una parte intrínseca de su autoconcepto.

Sobre la base de la experiencia obtenida durante la etapa de establecimiento, los adultos a mediados de sus treinta años evolucionan hacia la **etapa de consolidación**. Luchan por ascender en sus campos laborales tan rápido como sea posible, lo que continuamente consolida sus ganancias como un firme fundamento para el siguiente paso en la escalera.

Hacia la adultez media, las metas relacionadas con la elección de la carrera o se han alcanzado o se ven inasequibles, y la urgencia por avanzar en aquélla disminuye. Durante la **etapa de mantenimiento**, que por lo general comienza a mediados de los cuarenta años, las personas en la adultez media se enfocan en mantener, en vez de adquirir, prestigio, autoridad y responsabilidad.

Las personas reducen gradualmente su carga laboral conforme entran en la **etapa de desaceleración** a finales de los cincuenta años, cuando enfrentan la necesidad de retirarse en un futuro no distante y comienzan a distanciarse poco a poco de su trabajo, tanto física como emocionalmente. Aquellos cuyo autoconcepto está muy profundamente fundamentado en el trabajo pueden experimentar dificultades para dejarlo.

Finalmente, en la **etapa de retiro**, que tradicionalmente comienza a los 65 años, ocurre la separación formal del empleo y se requiere de ajustes, por carecer de una carrera como una característica definitoria del yo.

La teoría de Super, entonces, considera las decisiones de carrera como basadas en una comprensión racional y realista del yo y el mundo laboral. Sin embargo, los críticos de ésta cuestionan la idea de que un claro autoconcepto guía el desarrollo de carrera e indican que las rutas de éstas generalmente no avanzan en una forma tan razonada y ordenada; con frecuencia se presentan más como un resultado de la suerte o de factores emocionales. La teoría tampoco toma en cuenta las restricciones acerca de la libertad para hacer decisiones de carrera (Neff, 1985).

La teoría de Super se desarrolló en una época en la que menos mujeres trabajaban fuera de casa, y la toma de decisiones a finales de la adolescencia o de los veinte años con frecuencia determinaba toda la vida laboral de un hombre. En la actualidad muchas personas inician una segunda, tercera o incluso cuarta o quinta carrera en algún punto durante la adultez, y el retiro a los 65 años ya no es tan típico como durante los años cincuenta. Un conjunto universal de etapas no parece explicar adecuadamente las muchas formas de desarrollo de carrera.

## Cambio en los patrones ocupacionales

La estructura de la fuerza laboral estadounidense cambia profunda y rápidamente. Por primera vez, existen más personas en empleos ejecutivos, profesionales y técnicos (casi uno de cada tres trabajadores) que en manufactura o el transporte de bienes (uno en cinco). El número de empleos de tipo administrativo se incrementó en un 38 por ciento de 1980 a 1990, mientras que el de empleos especializados en fábricas declinó. Sólo 4 por ciento de la fuerza laboral tiene empleos no calificados (U. S. Bureau of the Census, 2000). Un resultado de lo anterior, ha sido un agudo descenso en las oportunidades laborales y en los salarios para trabajadores con un grado de estudios menor (Eisenberg, 1995).

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿De qué manera los patrones cambiantes en el lugar de trabajo afectarán la calidad de vida de los ancianos?

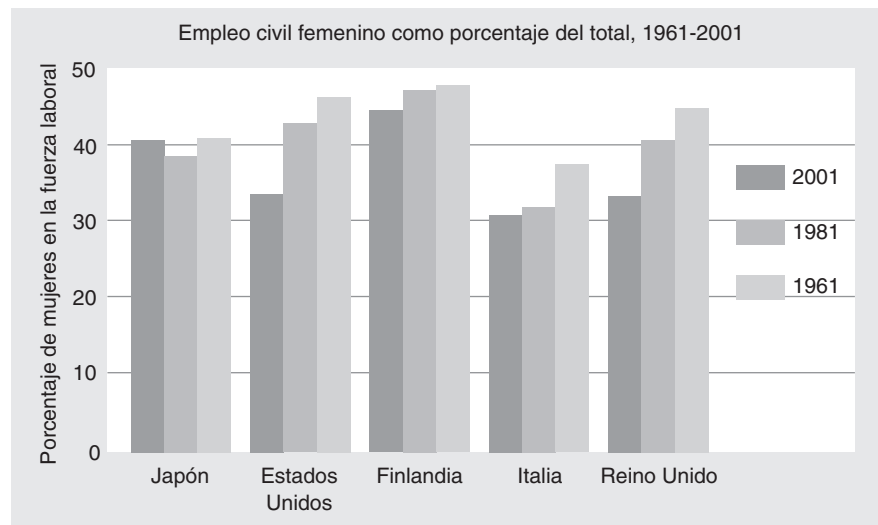
Los cambios en el mercado laboral actual incluyen la pérdida de empleos en las fábricas; un desplazamiento hacia el servicio y el trabajo basado en conocimientos específicos; la reducción de plazas dentro de las organizaciones; la tendencia hacia jerarquías más horizontales con menos administradores o supervisores, que otorga más responsabilidad a más trabajadores; y un enfoque creciente en la necesidad de una mayor productividad cada vez más eficiente (NIOSH, 2002). Más de 28 por ciento de los empleados estadounidenses se desempeñaron en horarios laborales flexibles en 1998 (BLS, 1999, 2001); los hombres blancos en ocupaciones gerenciales o profesionales tuvieron más probabilidad de trabajar en esta clase de horario. Conforme las organizaciones transitan de estructuras piramidales a otras más horizontales y simplificadas a través de su reducción y reestructuración, los empleados en la adultez media y los ancianos pueden enfrentarse a la pérdida de empleo, el estancamiento laboral y el hecho de que sus habilidades se hagan cada vez más obsoletas (Farr, Telsuk y Klein, 1998; Sterns y Miklos, 1995). Los trabajadores ancianos con frecuencia son despedidos debido a estereotipos como los siguientes: el ser considerados inadecuados para el reentrenamiento o para ambientes laborales de ritmos más rápidos (Hall y Mirvis, 1995a; Hall y Mirvis, 1995b; Mirvis y Hall, 1996). Más aún, dependiendo de la edad de ingreso a la carrera, es más probable que los trabajadores en la adultez media y los ancianos ocupen las posiciones gerenciales de nivel medio que con frecuencia son el foco de las estrategias de reducción y reestructuración de personal. Adicionalmente, el lento crecimiento de las compañías puede conducir a menos oportunidades para avanzar (Farr, Tesluk y Klein, 1998). Estos cambios sugieren que los trabajadores ancianos necesitan tomar más responsabilidades en el manejo de su carrera (Sterns y Gray, 1999; Sterns y Kaplan, 2003).

Los cambios organizacionales alteran la naturaleza de la relación entre la empresa y los empleados (Hall y Mirvis, 1996). El compromiso de los empleados para con los empleados puede extenderse sólo en tanto se requiera de sus habilidades y desempeño. De igual modo, el compromiso de los empleados con el empleador puede durar sólo mientras se satisfagan sus expectativas. Estos cambios colocan más énfasis en la adaptabilidad de los empleados y sus habilidades para aprender a aprender (Hall y Mirvis, 1996).

## GÉNERO EN EL CENTRO DE TRABAJO

Las mujeres constituyeron el 47 por ciento de la fuerza laboral total en 2003 (Department of Labor, 2003). El aumento en el empleo femenino es un fenómeno global (véase la figura 8.2). Una vida más larga implica que las mujeres ya no pasen la mayor parte o toda su vida adulta criando niños (Rowe y Kahn, 1998). Las tendencias tanto hacia el matrimonio y la crianza de niños en etapas tardías, como a formar familias más pequeñas, a tener horarios flexibles y el hecho de que los dos cónyuges trabajen, han facilitado a las mujeres en algunos países la búsqueda de metas ocupacionales. No obstante lo anterior, las mujeres a lo ancho de gran parte del mundo tienden a tener empleos de oficina, de ventas y servicios, especialmente durante los años de crianza de niños (UNESCO, 2000).

En Estados Unidos, el género guarda mucho menos relación con la elección vocacional que antes. Pero, aunque en la actualidad hay más mujeres estadounidenses que trabajan en empresas, en el gobierno y en profesiones liberales, los puestos más importantes todavía son ocupados por varones. Las mujeres estadounidenses hacen elecciones ocupacionales mucho más variadas que en el pasado, y sus ganancias relativas han mejorado conforme más mujeres se desarrollan en campos tradicional-



**FIGURA 8.2 Mujeres y trabajo.** Internacionalmente, las mujeres todavía representan menos de la mitad de la fuerza laboral global. Sin embargo, en 2003, casi el 60 por ciento de la población femenina estadounidense tenía un empleo fuera de casa (Department of Labor, 2004), ligeramente por encima del 50 por ciento de 2001. *FUENTE:* OECD Labor Force Statistics.

mente masculinos. En 2002, la mitad de todas las posiciones gerenciales y especialidades profesionales las poseían las mujeres, arriba del 41 por ciento de 1983 (BLS, 2004). Todavía el grupo ocupacional más grande conformado por mujeres profesionales es el de profesoras con 4.2 millones de personas, quienes en 2002 constituían el 35 por ciento de las mujeres profesionales (BLS, 2004). Las mujeres representan el 98 por ciento de los profesores de preescolar y jardín de niños, así como el 96 por ciento de los asistentes administrativos y secretarías, 80 por ciento de los profesores de escuela primaria y 90 por ciento de las enfermeras registradas, pero sólo el 15 por ciento de ingenieros químicos (BLS, 2004).

Las leyes que regulan la equidad de oportunidades en empleos se diseñan para dar a ambos sexos los mismos derechos en contratación, paga y promoción. Pero la realidad todavía está lejos de tal ideal. En promedio, los ingresos de las mujeres son aproximadamente del 78 por ciento del de los varones (BLS, 2004), y el panorama no es más prometedor para las mujeres en posiciones gerenciales y profesionales. Aunque los graduados universitarios en 2002 ganaron de manera global 76 por ciento más que quienes sólo tenían un diploma de secundaria, los graduados universitarios femeninos tenían ingresos de 809 dólares por semana, en comparación con 1 089 dólares para graduados universitarios masculinos (BLS, 2003). Sin embargo, los ingresos de las mujeres con educación superior (ajustada a la inflación) se elevaron casi 27 por ciento desde 1979, mientras que los ingresos reales de los varones aumentaron sólo uno por ciento (BLS, 2004).

#### MINORÍAS EN EL CENTRO DE TRABAJO

Las tasas de empleo y salarios de los afroamericanos disminuyeron en comparación con las de los blancos, a pesar de los grandes pasos dados en educación por aquéllos

desde 1940. Actualmente, aproximadamente 80 por ciento de los adultos jóvenes de ambas razas terminan el bachillerato, y las diferencias en las calificaciones de pruebas estandarizadas se han estrechado. Pero todavía asisten más blancos a la universidad y obtienen empleos mejor pagados. Las tasas de desempleo para afroamericanos (10.2 por ciento) e hispanoamericanos (7.6 por ciento) son casi el doble de altas que para los blancos (5.1 por ciento). (BLS, 2002.)

Además, los hombres afroamericanos que trabajan tiempo completo reciben sólo el 75 por ciento de lo que ganan los blancos, y las mujeres afroamericanas, 86 por ciento en comparación con los ingresos de las mujeres blancas. En 2002, el promedio de los ingresos de los hispanos (423 dólares a la semana) fue menor que el de los trabajadores afroamericanos (498 dólares a la semana) o blancos (624 dólares a la semana) (BLS, 2002). Incluso en los niveles profesionales más altos, las disparidades en los ingresos son grandes. Los hombres afroamericanos ganan sólo el 79 por ciento de lo que ganan los hombres blancos en posiciones similares, y las mujeres afroamericanas sólo el 57 por ciento (BLS, 2004).

## Edad y desempeño laboral

¿La edad afecta el desempeño en el empleo? Ante el incremento de casos de discriminación por edad, la eliminación del retiro obligatorio para la mayoría de las ocupaciones y el creciente número de trabajadores ancianos, hay una necesidad imperiosa de comprender la relación entre edad y desempeño laboral. La incapacidad de los investigadores para encontrar una relación lineal consistente entre edad y desempeño laboral puede sugerir que aquélla no existe (Sterns, Junkins y Bayer, 2001).

Los estudios acerca de ausentismo arrojan resultados contradictorios. Es evidente que esto se debe a que los trabajadores más jóvenes faltan al trabajo por razones fácilmente evitables (posiblemente debido a un menor nivel de compromiso), mientras que los trabajadores ancianos faltan por motivos ineludibles (probablemente debido a que tienen una salud más quebradiza o a que se recuperan más lentamente de los accidentes).

Cuando se estudia qué tan bien se desempeñan los adultos en el trabajo, el panorama, nuevamente no es muy claro. Se encontró que la experiencia es un predictor más adecuado de desempeño que la edad (Sterns y Gray, 1999). Cuando los ancianos hacen mejor su trabajo, puede deberse a que han estado más tiempo en el empleo; y es posible que las personas de grupos de edad mayor hayan cambiado menos de empleo que los más jóvenes. En general, las diferencias de edad parecen depender principalmente de cómo se mide el desempeño y de las demandas de un tipo específico de trabajo.

En un estudio en el que participaron personas de diferentes edades sin experiencia, a las que se les pidió aprender y desarrollar una tarea de búsqueda y recuperación de información en una base de datos digital, las diferencias que se encontraron en el resultado cuantitativo se debieron a la rapidez física. Cualquier diferencia entre trabajadores jóvenes y ancianos en el número de búsquedas completadas se debió al descenso en la rapidez física asociada con el envejecimiento. No se encontró ninguna diferencia significativa en la eficacia de navegación; y aunque hubo divergencias en qué tan precisa fue la documentación de cada tarea, dichas diferencias disminuyeron durante los tres días de prueba. Después del primer día (tras haber completado el entrenamiento), las personas en la adultez media mejoraron entre la tercera y cuarta jornada, pero los ancianos mejoraron más entre el cuarto y quinto día (Czaja, Sharit *et al.*, 2001). Por tanto, aunque los trabajadores ancianos aprenden más lentamente, las diferencias en desempeño disminuyen y pueden desaparecer con el tiempo. Otro examen de habilidades computacionales, esta vez entre programadores de compu-

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Por qué es necesario promulgar leyes para asegurar que los trabajadores ancianos competentes tengan oportunidades para trabajar y ganar salarios que les permitan mantenerse económicamente?



## *Discriminación por edad y seguridad pública*

¿Se debe requerir que los policías, bomberos, guardias de prisión y otras personas que realicen un trabajo peligroso esencial para la seguridad pública, se retiren a los 65 años de edad?

Cuando el Congreso de Estados Unidos emitió la Ley contra la discriminación por edad en el empleo (ADEA, por sus siglas en inglés) en 1986 para prohibir el retiro obligatorio, hizo una excepción con respecto a los oficiales de seguridad pública, hasta valorar si los trabajadores ancianos podían desempeñarse adecuadamente en empleos que implicaran proteger a la población.

Un grupo de trabajo interdisciplinario designado por el Congreso pasó casi dos años revisando más de 5 mil artículos de investigación y recopiló datos de más de quinientas ciudades. El presidente fue Frank Landy (1992, 1994), profesor de psicología y director del Center for Applied Behavioral Sciences en la Pennsylvania State University. El grupo estudió tanto los efectos de la edad sobre las habilidades cruciales como la probabilidad de que una emergencia médica discapacitante, un infarto o apoplejía por ejemplo, ocurriera en el empleo, lo que pondría en peligro a otras personas.

El equipo de investigación descubrió algunos hechos interesantes. La edad a la que se requirió la

jubilación a los oficiales de seguridad pública en varios lugares varió de 55 a 72 años. Sólo el 30 por ciento del tiempo de un oficial se empleó en tareas que involucraban directamente la seguridad pública; el resto de la jornada, un bombero, por ejemplo, se dedicaba a limpiar equipo, preparar alimentos, inspeccionar detectores de humo de viviendas o dar paseos por la estación a niños de escuelas.

El estudio, que hizo eco en los psicólogos del ciclo de vida, encontró que la condición física y las habilidades mentales variaban cada vez más con la edad y diferían más dentro de los grupos de edad que entre éstos. De hecho, los oficiales de seguridad pública de 60 a 65 años de edad tuvieron mejor condición general que los de 45 a 55, probablemente porque quienes no tienen condición dejan pronto tales empleos. Cualquier declive en las habilidades cruciales para realizar tareas de seguridad pública fue mínimo, en promedio, y no uniforme; algunas personas declinaron más rápido que otras, algunas más no lo hicieron en absoluto, y otras mejoraron con la edad, dependiendo principalmente del estilo de vida, nutrición, ejercicio y salud.

¿Cuál sería entonces la conclusión? Las pruebas de habilidades psicológicas, físicas y perceptuales-motoras específicas pueden predecir el desempeño

tadoras experimentados, no encontró diferencias entre los grupos de edad referentes a las habilidades especializadas requeridas para tales tareas (Perry *et al.*, 2003). Esto sugiere que los trabajadores ancianos pueden mantenerse a la par que los más jóvenes al actualizar sus habilidades para permanecer activos en el mercado laboral. Estos hallazgos contrastan con los estereotipos de los trabajadores ancianos que los dibujan como poco dispuestos al cambio o a aprender nuevas habilidades.

Las actitudes hacia el trabajo pueden afectar el desempeño laboral. Los adultos jóvenes tienden a estar menos satisfechos con sus trabajos que los adultos mayores (Salthouse y Maurer, 1996). Es probable que un empleo que requiera reflejos rápidos lo realice mejor una persona joven; mientras que un empleo que dependa de un juicio maduro pueda ser mejor manejado por un adulto mayor. Con frecuencia, los trabajadores ancianos son más productivos que los más jóvenes. Aunque pueden trabajar más lento que los jóvenes, tienden a ser más precisos (Czaja y Sharit, 1998; Salthouse y Maurer, 1996; Treas, 1995). La conclusión más apropiada es que cada individuo,



laboral mucho mejor que la edad de una persona. Más aún, la probabilidad de que una emergencia médica, como un infarto o apoplejía, ponga en riesgo el desempeño en una tarea crítica es muy pequeña. En un departamento de policía de 500 miembros, tal episodio puede ocurrir sólo una vez en 25 años. Y dado que muchas tareas que involucran directamente la seguridad pública se realizan en equipo, en caso de un acontecimiento como los descritos anteriormente, un compañero podría hacerse cargo de la situación. El grupo de investigación notó que los oficiales más ancianos con frecuencia cambian a empleos de escritorio seguros, donde pueden compartir sus conocimientos con los trabajadores más jóvenes. Los investigadores recomendaron sustituir la edad de retiro obligatoria con pruebas (que ya existían) para valorar la habilidad de los individuos particulares en la realización de un empleo determinado. ¿Cuál fue el resultado final? La idea de que los trabajadores adultos mayores, *como grupo*, ponen en peligro la seguridad pública no tiene fundamentos reales.

Sin embargo, éste no es el fin de la historia. Durante los debates en el Congreso, los sindicatos que representaban a los oficiales de seguridad pública atacaron los métodos, procedimientos, resultados e incluso los objetivos y motivos del estudio. Se opusieron a forzar a los trabajadores ancianos a some-

terse a pruebas de condición física y psicológica periódicas, una proposición que discutieron constantemente en las negociaciones contractuales. Los sindicatos también temían que el reporte, al minimizar los riesgos y el estrés del trabajo de seguridad pública, pondría en peligro los grandes beneficios referentes a la pensión de sus miembros (Landy, 1994). Se permitió que la exención de retiro obligatorio para oficiales de seguridad pública expirara a finales de 1993, pero el Congreso en 1996 reinstaló la exención y derogó la fecha de expiración. A principios de 2000, la Corte Suprema de Estados Unidos sostuvo que los empleados estatales que enfrentaran prejuicios por edad en sus empleos sólo tendrían protección de su estatuto estatal y ya no de la Ley Federal (Sterns, Doverspike y Lax, 2005). Por ende, los casos de retiro obligatorio que involucren a trabajadores de seguridad pública tendrán que ser evaluados en las de cortes estatales.

Al hacer de lado el aspecto político, este grupo de investigadores estableció un hito que tendrá una influencia más allá de esta legislación específica. Sus hallazgos y recomendaciones ya comenzaron a citarse en las cortes. Landy (1994) concluye que “ahora hay un claro reconocimiento del fundamento científico para eliminar este último vestigio de la discriminación por edad” (p. 20).

sin importar su edad, debe evaluarse con base en sus propios méritos, habilidades, destrezas y motivaciones, y no a partir de las características estereotipadas del grupo de edad particular con el que se le asocie (Sterns y Gray, 1999).

Un estudio exhaustivo ordenado por el Congreso estadounidense encontró que, incluso en profesiones sumamente demandantes y con mucha responsabilidad como las de policía y bombero, la edad por sí misma no parece ser un predictor preciso del desempeño laboral (véase el recuadro 8.2). Muchos trabajadores ancianos no sólo tienen experiencia y habilidades, sino que también son confiables, leales y respetuosos de la autoridad (AARP, 1999). Sin embargo, los gerentes empresariales con frecuencia suponen que los trabajadores ancianos tienen menos energía, son menos eficientes y flexibles y no desean o son incapaces de adaptarse al cambio; por tanto, es poco probable que las compañías inviertan en su capacitación. En tiempos difíciles, hay una tendencia a descartar en primer lugar a los trabajadores ancianos o a presionarlos para que se jubilen (“Negative Stereotypes”, 1995; “Older Workers”, 1993). No

obstante, las estadísticas del Department of Labor indican que los trabajadores ancianos se desempeñaron mejor en comparación con los trabajadores más jóvenes durante la recesión de 2003 (*The New York Times*, 9/8/03). Aunque tales signos positivos para los trabajadores ancianos se deben en parte a cambios demográficos como lo sucedido con los “baby boomers” cuando se acercan a la edad de retiro, los números positivos permanecen aun cuando este cambio demográfico lo explique.

Cuando se discuten los estereotipos de los trabajadores, es importante reconocer tanto los estereotipos de los adultos mayores como los de los trabajadores ancianos. Aunque el contenido de estos estereotipos sin duda se traslapa, también existen diferencias. Los estereotipos de los ancianos parecen abarcar las edades más avanzadas e incluir un amplio rango de contextos. Los estereotipos de trabajadores ancianos abarcan edades relativamente más jóvenes y se relacionan específicamente con el contexto laboral (Sterns y Gray, 1999).

Aunque los psicólogos han realizado progresos sustanciales para disipar los estereotipos por la edad, es muy claro que todavía queda trabajo por hacer. “Esto es especialmente cierto en los centros de trabajo”, escribe Frank J. Landy (1994, p. 10), entonces director del Center for Applied Behavioral Sciences en la Pennsylvania State University. La Ley contra la discriminación por edad en el empleo (ADEA, por sus siglas en inglés), que se emitió en 1986, protege a la mayoría de los trabajadores de 40 años y más en caso de no obtener un empleo, ser despedidos, recibir salarios más bajos o ser forzados a retirarse debido a su edad. La ley se aplica a compañías con veinte o más empleados. La ADEA eliminó algunas prácticas comunes, como los anuncios clasificados de empleos que especifican “edad: 25 a 35 años”. Pero, como Landy observa (1994, p. 10), “muchos empleadores se niegan a reconocer” las protecciones contra la discriminación por edad que se plantean en la ADEA. Las quejas por liquidaciones y políticas de pago y promoción injustas, y por la desigual disponibilidad de capacitación crecen cada día; y, con un creciente acopio de casos, la Equal Employment Opportunity Commission (Comisión para la Equidad en la Oportunidad de Empleo) promedia casi un año para investigar cada una. Más aún, la discriminación por edad con frecuencia puede ser muy difícil de probar. Un trabajador tiene que establecer que fue su edad, no alguna otra razón que argumente el empleador, lo que en realidad motivó una acción. Una revisión de casi 700 casos documentados entre 1970 y mediados de los ochenta (Snyder y Barrett, 1988) encontró que el empleador le ganó a los empleados casi dos tercios de las veces.

## Estrés laboral

Los japoneses tienen una palabra para designar el estrés ocupacional: *karoshi*, “muerte por exceso de trabajo”. Una encuesta encontró que 40 por ciento de los trabajadores japoneses tenían miedo de, literalmente, trabajar hasta morir.

El estrés laboral, el que se relaciona con el empleo, se ha convertido en una epidemia mundial, y no sólo en el nivel ejecutivo. Afecta a meseras en Suecia y a conductores de autobús en Europa continental. Ocurre en los países en desarrollo, donde los trabajadores de líneas de producción deben enfrentar las tensiones poco conocidas de la industrialización (U. N. International Labor Organization [UNILO], 1993). En Estados Unidos, los costos estimados de las lesiones y enfermedades relacionadas con el estrés laboral alcanzaron 400 mil millones de dólares al año en un aumento de demandas por compensación a trabajadores, gastos médicos, seguros a la salud, ausentismo y pérdida de la productividad (NIOSH, 2002). El estrés laboral es resultado de una interacción entre el trabajador individual y el ambiente ocupacional. Por tanto, se necesitan considerar tanto las características del trabajador

individual como las del centro de trabajo. Sin embargo, algunas situaciones laborales son estresantes para muchas personas y por tanto deben recibir mayor atención (NIOSH, 1999). Estas condiciones incluyen sobrecarga de trabajo, demandas conflictivas y condiciones ambientales que incluyen ruido y hacinamiento. Otros factores de estrés en el centro de trabajo incluyen los conflictos en las funciones que se desempeñan (por ejemplo, es posible que las demandas del trabajo y las responsabilidades domésticas se contrapongan, por lo que se da una ambigüedad de roles o incertidumbre acerca de qué papel se requiere desempeñar); la gran cantidad de trabajo; el bajo control en el empleo; los conflictos interpersonales, y el sentido de tiempo o esfuerzo desperdiciado (Nelson y Burke, 2000).

En la actualidad, muchos trabajadores estadounidenses laboran más duro y durante más tiempo para mantener su estándar de vida. Algunos trabajadores de ingreso medio tienen dos empleos para satisfacer sus necesidades (McGuire, 1999). Los empleados que tienen exceso de trabajo o aquellos que creen que sus habilidades no se reconocen de manera adecuada, o los que no tienen metas claras, tienden a mostrar un alto estrés y baja moral y productividad (Veninga, 1998). Otra causa de estrés en el empleo es el conflicto con los supervisores, subordinados y compañeros de trabajo. La violencia en el centro de trabajo, como respuesta al miedo, la incertidumbre o una percepción de injusticia, es un problema creciente (Clay, 1995; Freiberg, 1998).

Los altos niveles de estrés se vinculan con problemas de salud tan variados como enfermedades cardiovasculares, artritis, trastornos musculoesqueléticos de la espalda y extremidades superiores, trastornos psicológicos y lesiones en el centro de trabajo (Huang *et al.*, 2003; Johnston *et al.*, 2003; Spector *et al.*, 2002). El estrés también se vincula con resultados laborales negativos, incluidos ausentismo, volumen bajo de ventas e intenciones de renunciar. Intervenciones como el reconocimiento de las contribuciones del empleado, abordar los problemas en el empleo y programas de prevención de estrés pueden beneficiar tanto a empleadores como a empleados (NIOSH, 1999).

Conforme la naturaleza del trabajo cambia, las organizaciones también requieren modificaciones. Estos cambios pueden tener efectos tanto positivos como negativos en el estrés del trabajador. Mayores demandas de productividad y ajuste a nuevas clases de empleo pueden contribuir a ocasionar estrés; pero la flexibilidad creciente y las oportunidades adicionales de aprendizaje pueden tener resultados más positivos. Sin embargo, el aumento de la responsabilidad es un arma de doble filo; puede tener efectos positivos sobre los trabajadores que buscan mayor desafío y efectos negativos sobre quienes prefieren no tomar decisiones.

Muchas mujeres están especialmente bajo presión en el centro de trabajo. El estrés ocasionado por la necesidad de equilibrar las demandas del trabajo y de la familia es mayor para las mujeres que para los hombres. Las mujeres reportan demandas más pesadas de los miembros de la familia y más interferencia del trabajo con la vida familiar (Cinamon y Rich, 2002; Heymann, 2000). Tanto mujeres como hombres están de acuerdo en que las cargas de las labores domésticas y el cuidado de los hijos recaen principalmente en la mujer (Heymann, 2000). Los programas políticos que buscan integrar a las mujeres en labores o centros de trabajo típicamente masculinos también pueden constituir un factor adicional de estrés para la mujer, así como las políticas de la organización que niegan el acceso a la información, recursos y oportunidades; y el comportamiento sexual social incluido acoso sexual y acoso de género (acciones que insultan, degradan y hostilizan a las mujeres) (Nelson y Burke, 2000).

Algunas mujeres se quejan de que un invisible e inflexible “techo de cristal” inhibe su ascenso a los puestos más importantes (Federal Glass Ceiling Commission, 1995).

Muchas compañías implementan programas para ayudar a las mujeres a desarrollar formas positivas de enfrentar el estrés laboral. Otro abordaje es entrenar a las trabajadoras para que se vuelvan más asertivas y orientadas a las tareas, comportarse de manera más impersonal y pensar más analíticamente. Un tercer enfoque sugerido, con base en las cualidades que, generalmente, se piensa que son las fortalezas de las mujeres, es ofrecer talleres para hombres y mujeres acerca de cómo la gente puede trabajar en equipo de manera más efectiva (I. Stiver, comunicación personal, 1993).

La ley define dos tipos de acoso sexual: 1) favores sexuales demandados bajo amenaza de consecuencias en el empleo, como el despido; y 2) creación de un “ambiente hostil” dentro del cual el abuso severo y repetido con base en el género interfiere con el desempeño laboral (Gutman, 2000). El acosador puede ser hombre o mujer, y la víctima no es necesariamente del sexo opuesto (Equal Employment Opportunity Commission, 2004). Aunque la mayor parte de los cargos por acoso sexual los presentan las mujeres, 15 por ciento de los cargos documentados con la Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) en 2002 fueron presentados por hombres, arriba del 9 por ciento en 1992 (EEOC, 2004). El acoso sexual es una violación al Título VII de la Ley de Derechos Civiles federal estadounidense; las quejas se pueden presentar con la EEOC.

La presión psicológica creada por propuestas sexuales no deseadas, particularmente de un superior, pueden ser extremadamente estresantes. Pero la distinción entre acoso y comportamiento normal entre los sexos ha sido un problema muy molesto. La Corte Suprema de Estados Unidos sostiene que, para demostrar *acoso sexual*, el comportamiento debe ser tan “grave e invasivo” que cree un ambiente laboral que “una persona razonable encontraría hostil o abusivo”, ya sea que la víctima sufra o no daño psicológico real. Un ambiente hostil o abusivo no es simplemente ofensivo; es uno que puede interferir con el desempeño, impedir el avance o afectar el bienestar psicológico; por ejemplo, un centro de trabajo “permeado con ‘intimidación, humillación e insultos discriminatorios’” (Equal Employment Opportunity Commission, 1994, p. 7166).

La violencia en el centro de trabajo que termina en muerte con frecuencia es un tema de gran cobertura mediática. Sin embargo, algunos tipos de tal violencia ocurren mucho más frecuentemente pero reciben menos atención. Éstos incluyen amenazas verbales, chismes con la intención de dañar a otros, insultos y bravuconadas. Las trabajadoras son particularmente vulnerables a las agresiones en el centro de trabajo debido a los tipos de empleos que con frecuencia desempeñan. Las mujeres son las víctimas en aproximadamente dos tercios de tales agresiones, y 70 por ciento de ellas trabajan en ocupaciones de servicio como atención a la salud y trabajo social (NIOSH, 2001).

El **síndrome de agotamiento** (*burnout*) puede ser resultado del estrés relacionado con el trabajo; involucra agotamiento emocional, un sentimiento de incapacidad ante las labores del empleo y una sensación de desamparo y pérdida de control. Es especialmente común entre personas en las profesiones de ayuda (como docencia, medicina, terapia, trabajo social y trabajo policial) que se sienten frustradas por su incapacidad para ayudar a las personas tanto como les gustaría. El síndrome de agotamiento por lo general es una respuesta al estrés acumulado en vez de una reacción a una crisis inmediata. Sus síntomas incluyen fatiga, insomnio, dolores de cabeza, resfriados persistentes, trastornos estomacales, abuso de alcohol o drogas, y problemas para llevarse bien con la gente. Un trabajador con este síndrome puede renunciar súbitamente a un empleo, alejarse de su familia y amigos, y hundirse en la depresión (Briley, 1980; Maslach y Jackson, 1985).

## Desempleo

Acaso el mayor factor de estrés relacionado con el trabajo es la pérdida súbita e inesperada de un empleo. La tasa de desempleo en Estados Unidos era de 6 por ciento en 2003 (BLS, 2004).

La investigación acerca del desempleo desde los treinta años (que se concentra casi por completo en hombres) lo liga a enfermedades físicas y mentales (como infartos, apoplejías, depresión y ansiedad); a problemas conyugales y familiares; a problemas de salud, psicológicos y conductuales en niños; y a suicidio, homicidio y otros crímenes (Brenner, 1991; Merva y Fowles, 1992; Voydanoff, 1990). El estrés proviene no sólo de la pérdida de ingreso y las resultantes dificultades financieras, sino también de los efectos de esta pérdida en el autoconcepto de la persona desempleada. Los trabajadores que definen su identidad a partir de su trabajo, los varones que fincan su hombría en ser el soporte de una familia y las personas que establecen su valía en términos del valor monetario que representa su trabajo, están perdiendo algo más que un salario cuando se quedan sin su empleo. Pierden una parte de ellos mismos y de su autoestima (Voydanoff, 1987, 1990).

Las mujeres tienen la misma probabilidad que los hombres de sentirse contrariadas por la pérdida de un empleo. En un estudio realizado a los primeros empleados de una planta en Indiana que cerró en 1982, se observó que los desocupados de ambos sexos reportaron sufrir dolores de cabeza, problemas estomacales y presión arterial alta, y sentirse con menos control de su vida (Perrucci, Perrucci y Targ, 1988).

Un sentido de control interno se identifica como crucial para enfrentar el desempleo. Un estudio de 190 trabajadores desempleados encontró que quienes creen tener el control sobre las circunstancias de su despido sufrieron de menor ansiedad y depresión, y manifestaron menos síntomas físicos y mayor autoestima y satisfacción de vida que quienes creyeron que las fuerzas externas tenían el control (Cvetanovski y Jex, 1994).

Quienes enfrentan mejor el desempleo poseen algunos recursos financieros de los cuales echar mano, con frecuencia ahorros o ganancias de otros miembros de la familia. En vez de culparse ellos mismos por perder sus empleos, o verse como fracasados, valoran su situación más objetivamente. Tienen el apoyo de su familia y amigos comprensivos y adaptables (Voydanoff, 1990). Las personas que ven la pérdida de un empleo como un reto para crecer pueden desarrollarse emocional y profesionalmente. Pueden cambiar no sólo los empleos, sino toda la dirección de sus carreras.

## Trabajo, ocio y desarrollo intelectual

¿Las personas cambian como resultado del tipo de trabajo que realizan y de cómo aprovechan su tiempo de ocio? Algunos investigadores responden afirmativamente.

Una combinación de estudios transversales y longitudinales (Kohn, 1980) reveló una relación recíproca entre la **complejidad sustantiva** del trabajo, el grado de pensamiento y juicio independiente que requiere, y la flexibilidad de una persona para enfrentar las demandas intelectuales. Las personas con trabajos más complejos tienden a convertirse en pensadores más flexibles; y es probable que los pensadores flexibles continúen haciendo trabajo más complejo. ¿Por qué la complejidad del trabajo se liga tan cercanamente con el desarrollo intelectual? Una razón puede ser que, en una sociedad en la que el trabajo juega un papel central en las vidas de las personas, el dominio de tareas complejas da a las personas confianza en su habilidad para manejar y resolver problemas. También puede abrir sus mentes a nuevas experiencias y estimularlas para volverse más autodirigidas.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo influye una estructura de integración de edades en la habilidad personal para involucrarse productivamente en el trabajo, el ocio y el desarrollo intelectual?

El desarrollo no se limita al final de un día laboral; el tipo de trabajo que las personas realizan afectan y es influenciado por lo que hacen en otras áreas de la vida. Las personas con trabajo sustantivamente complejo “llegan a involucrarse en actividades de tiempo de ocio más demandantes intelectualmente. En resumen, las demandas del trabajo se llevan directamente a esferas no ocupacionales” (Kohn, 1980, p. 204).

Esta idea de una relación entre trabajo y ocio, porque el aprendizaje se desplaza de uno al otro (la **hipótesis de desbordamiento**) o debido a factores de personalidad que afectan a ambos, es una de las muchas formas de explicar los dos dominios. Otras tres hipótesis son éstas:

1. **Hipótesis de compensación.** Las actividades de ocio compensan lo que no ofrece el trabajo (Wilensky, 1960). Las personas que realizan trabajo monótono buscan actividades de ocio estimulantes; las personas que realizan trabajo desafiante descansan y se relajan durante su tiempo de ocio.
2. **Hipótesis de provisión-agotamiento de recursos.** El trabajo promueve o restringe ciertos tipos de actividades de ocio al proporcionar o reducir recursos de tiempo, energía y dinero (Staines, 1980).
3. **Hipótesis de segmentación.** El trabajo y el ocio son independientes; las elecciones que se hacen en un área no tienen relación con la otra (Dubin, 1956; Kabanoff, 1980).

El seguimiento a la investigación inicial sobre la complejidad sustantiva del trabajo exploró más profundamente la relación entre lo laboral y los aspectos intelectuales del ocio (Miller y Kohn, 1983). El hallazgo clave, que apoya la hipótesis de desbordamiento, fue que la complejidad sustantiva del trabajo, más que cualquier otro aspecto de una situación laboral, influye de manera contundente en el nivel intelectual de las actividades de ocio tanto de hombres como de mujeres, sin importar el ingreso y el nivel educativo.

Al parecer, para muchos adultos, el trabajo y el ocio son las dos caras de la misma moneda; las elecciones en una faceta de la vida afectan la otra. Si esto es así, entonces el tipo de trabajo que las personas realizan influye en cómo aprovechan su tiempo después del retiro. Además, en una sociedad en la que el trabajo y las opciones de ocio son cada vez más complejos, es de esperar que haya un continuo desarrollo intelectual en la vida tardía.

## JUBILACIÓN Y OTRAS OPCIONES

### PARA LA VEJEZ

La jubilación (retiro) es una idea relativamente nueva. Se instauró en muchos países industrializados durante finales del siglo XIX y comienzos del XX; pero en los países menos desarrollados, la mayoría de las personas todavía trabajan hasta que ya no son físicamente capaces.

### ¿Cómo ha cambiado la jubilación?

Una breve historia del retiro en Estados Unidos ilustra la evolución continua de esta transición de vida (Sterns y Kaplan, 2003). A lo largo del siglo XVIII y mediados del XIX, la jubilación era poco común. Los ancianos eran valorados por su experiencia y sabiduría, y el retiro forzado habría sido contrario a la ideología social de la época.

El surgimiento de la jubilación a finales del siglo XIX estuvo influenciado por el ascenso de los sindicatos, que buscaron privilegios para los trabajadores con base en

su antigüedad. La respuesta de la gerencia fue que los trabajadores ancianos eran menos capaces y más costosos. Las ideas imperantes acerca de los ancianos como gente acabada e inútil reforzó las políticas que suponían que éstos eran incompetentes para el trabajo (Richardson, 1993).

La jubilación obligatoria se convirtió en un mecanismo para desplazar a trabajadores ancianos y proporcionar oportunidades laborales a empleados más jóvenes. Los trabajadores que se jubilaban obligatoriamente tenían pocas esperanzas de encontrar otro empleo y con frecuencia sus recursos financieros resultaban insuficientes para mantenerse por sí mismos. La jubilación fue juzgada bajo una luz negativa y asociada con pobreza e inutilidad.

La depresión económica de los años treinta impulsó un sistema de seguridad social que, aunado a planes de pensión patrocinados por las compañías que los sindicatos habían negociado, abrieron la puerta a la jubilación casi universal a la edad de 65 años. La ley estadounidense de seguridad social, de 1935, se aprobó en respuesta al creciente número de ancianos que vivían en condiciones de pobreza (Richardson, 1993).

Pero la jubilación, como muchos otros aspectos del desarrollo adulto, se ha vuelto mucho más complicada. Las leyes estadounidenses contra discriminación por edad en el empleo (1967, 1978, 1986), en su mayor parte, han eliminado la jubilación obligatoria en Estados Unidos. La legislación ADEA de 1967 creó una clase protegida de personas con 40 años y más, pero mantuvo la jubilación obligatoria a los 65 años. En las revisiones de 1978, la edad de jubilación obligatoria se elevó a 70 años y se eliminó por completo para trabajadores federales. Ocho años después, en las revisiones de 1986, se suprimió toda jubilación obligatoria con excepciones específicas para pilotos de aerolíneas comerciales, controladores de tráfico aéreo, oficiales de seguridad (bomberos y oficiales de la ley), la milicia, ciertos oficiales electos y nominados, e individuos en posiciones de liderazgo clave con pensiones mayores a 44 mil dólares al año (Sterns, Doverspike y Lax, 2005). (Consúltense de nuevo el recuadro 8.2.)

Con la prohibición de la jubilación obligatoria como una forma de discriminación por edad, los adultos tienen muchas más opciones, entre ellas la jubilación temprana; el retiro de una carrera para iniciar otra; el trabajo de tiempo parcial para mantenerse ocupados o completar ingresos; regresar a la escuela; hacer trabajo voluntario; seguir otros intereses o no jubilarse en absoluto. La eliminación de las edades de jubilación obligatoria para casi todas las ocupaciones aumentó la autonomía individual y la responsabilidad para elegir cuándo y cómo dejar la fuerza laboral (Sterns y Gray, 1999).

En respuesta a los cambiantes ambientes sociales y organizacionales, la autogestión surgió como un tema principal. Con los trabajadores que cambian constantemente de empleadores, ocupaciones o empleos dentro de su compañía actual, se requiere responsabilidad individual para mantener y actualizar el conocimiento, las habilidades y las destrezas (Farr, Tesluk y Klein, 1998; Sterns y Sterns, 1995). De igual modo, la jubilación ha devenido en un asunto de autogestión. El individuo se ha convertido en el centro de la toma de decisiones concernientes a si debe, y cuándo y cómo, jubilarse. La transición del trabajo al retiro puede tomar diferentes formas, como empleos puente, trabajos de tiempo parcial y elección de nuevas carreras (Sterns y Gray, 1999; Sterns y Kaplan, 2003).

Las múltiples rutas del trabajo a la jubilación dejan ver a esta última como un proceso. Los cambiantes ambientes económicos han tenido un efecto espectacular sobre el bienestar financiero individual y la planeación de la jubilación. Es posible que algunas personas se vean obligadas a trabajar más tiempo del que planearon o

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿De qué manera los cambios en política social, como la jubilación obligatoria a una edad particular y la Ley de discriminación por edad en el empleo (ADEA), reciben la influencia de los mercados laborales y de las condiciones económicas?

a aceptar un plan de retiro temprano en vez de arriesgarse a ser despedido en una fecha posterior. Las características individuales, así como factores relacionados o no con el trabajo, impactan las opciones de empleo y de retiro e influyen en la planeación y la decisión de jubilarse anticipadamente (Sterns y Kaplan, 2003).

## Jubilarse o no jubilarse

“Me dan escalofríos sólo de pensar en no trabajar. Odio sentarme en el parque... La jubilación es la muerte.”

“Estoy impaciente... debe ser tan placentero como ha sido toda mi vida, sólo una forma diferente de invertir mi actividad.”

Estos comentarios contrastantes ejemplifican el amplio rango de sentimientos adultos en la parte final de la adultez media acerca del prospecto de la jubilación.

En la actualidad existen muchos tipos de roles para continuar trabajando en la vejez. “¡Nunca-me-jubilare!”, escribió el comediante George Burns (1983, p. 138) a los 87 años de edad. “Creo firmemente que debe seguirse trabajando tanto como se pueda.” Burns, quien todavía actuaba a finales de sus noventa años, forma parte del considerable número de ancianos triunfadores que mantienen sus mentes y cuerpos activos haciendo el trabajo que aman. La actriz Jessica Tandy, a los 81 años, ganó el premio de la Academia por su papel estelar en la película *Driving Miss Daisy* y obtuvo otra nominación al Oscar por *Fried Green Tomatoes*. Cuando murió a los 85 en 1994, estaba nominada para un premio Emmy. A los 91 años, Armand Hammer encabezaba Occidental Petroleum (Wallechinsky y Wallace, 1993). Julia Child todavía escribía libros de cocina y presentaba programas de televisión a sus noventa años. Durante los diez años anteriores a su muerte, cuando tenía 80 años, Jonas Salk trabajaba en una vacuna contra el SIDA (Bronte, 1993; Schmeck, 1995). Muchas otras personas no tan célebres van a trabajar todos los días como mecanógrafos, abogados, enfermeras o cajeros.

La manera en que los trabajadores ancianos evalúan su situación laboral se basa, en parte, en cómo suponen que son vistos por sus supervisores, en los resultados de pruebas, en la percepción de oportunidades de crecimiento dentro de la organización, en los aumentos salariales, en el involucramiento en la planeación y política de la organización, y en las observaciones que realizan sobre el trato que reciben por otros empleados. Comprender las fortalezas y debilidades propias también resulta esencial, así como la habilidad para cumplir responsabilidades y plazos. Las nuevas oportunidades de empleo pueden ser un incentivo para continuar trabajando tiempo completo, o las oportunidades puente pueden proporcionar un cambio gradual en responsabilidades a tiempo parcial. Un aspecto muy importante para conservar un trabajo es mantener la capacidad profesional. Un empleado capacitado y actualizado puede ser más valioso para una organización (Sterns y Kaplan, 2003). La cultura organizacional observada proporciona importantes mensajes a los empleados actuales. Los empleados en la adultez media y los ancianos por lo general están muy conscientes de un clima cambiante en el trato a los empleados con mucha antigüedad.

Es posible que las relaciones con los compañeros de trabajo influyan de manera importante en la manera en que las personas perciben su situación laboral. Los trabajadores en la adultez media y mayores tienden a valorar las relaciones en el empleo. Una relación negativa con los compañeros de trabajo puede conducir a un trabajador anciano valioso a decidir retirarse. Por otra parte, un empleado anciano que por motivos económicos, sienta la necesidad de trabajar más tiempo del que

### PENSAMIENTO CRÍTICO

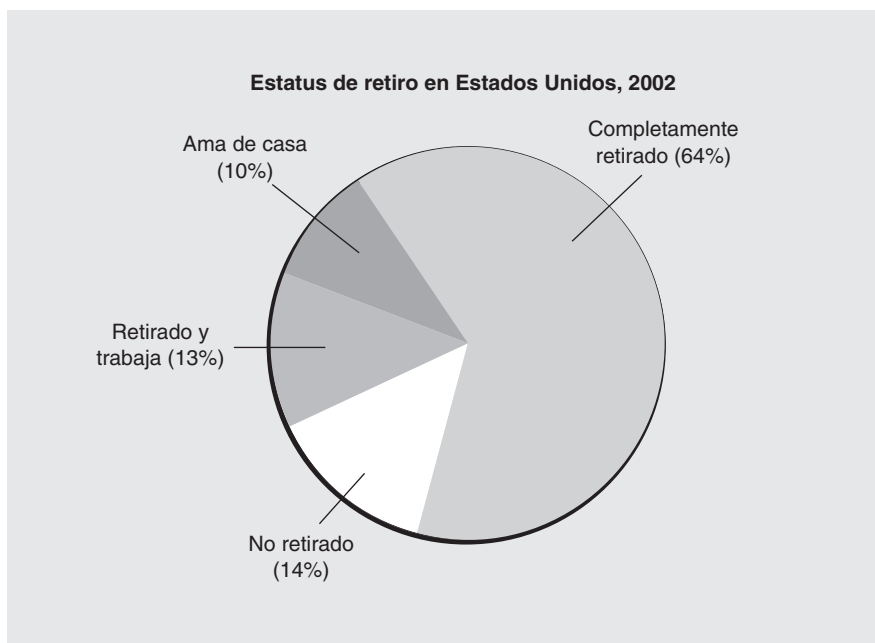
¿Qué aspectos pueden influir en tus decisiones con respecto al trabajo y la jubilación? ¿Cuánto tiempo prevés que continuarás trabajando?



quería puede presentar un reto para sus compañeros de trabajo y supervisores (Sterns y Kaplan, 2003).

El matrimonio y otras relaciones significativas pueden tener una gran influencia sobre las decisiones concernientes al trabajo y a la jubilación. La educación formal para la jubilación permite a las parejas involucrarse en ejercicios de planeación que con frecuencia contribuyen a crear una nueva conciencia de las necesidades y deseos de cada uno. La responsabilidad de cuidar a los padres puede ser una preocupación: un empleado puede elegir, o sentirse forzado, a jubilarse con la finalidad de atender a sus seres queridos (Sterns y Kaplan, 2003). Es posible que la elección de estar cerca de los hijos, nietos u otros importantes miembros de la familia sea una razón para jubilarse del empleo actual, mudarse y restablecer el hogar en otra población. Un nuevo empleo de tiempo parcial o de tiempo completo se convierte en una opción después de tal mudanza. Sin embargo, 80 por ciento de los ancianos eligen permanecer en sus comunidades de origen para estar cerca de familias y amigos (Sterns y Kaplan, 2003).

Incluso sin jubilación obligatoria, la mayoría de los adultos que pueden jubilarse lo hacen (véase la figura 8.3); y ante la longevidad creciente, pasan más tiempo en retiro que en el pasado (Kinsella y Gist, 1995). Para los hombres, el tiempo promedio de retiro aumentó de poco más de un año en los sesenta a doce hacia 1995; para las mujeres, el promedio aumentó de 9 a 21 años durante el mismo periodo (U. S. Census Bureau, 2001). En Estados Unidos, sólo alrededor de 16 por ciento de los ancianos y el 8 por ciento de las ancianas permanecieron en la fuerza laboral después de los 65 años, una tendencia que se ha mantenido estable durante los pasados diez años (AARP, 2003).

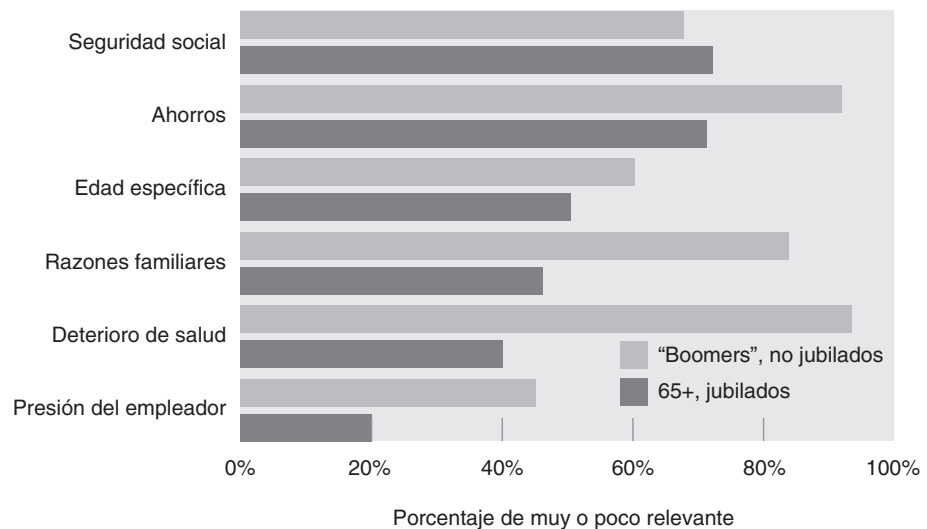


**FIGURA 8.3** *Jubilación y trabajo: estatus de retiro autodeclarado (edades 65+).* FUENTE: NCOA, 2002.

En contraste, en la mayor parte del mundo en desarrollo, gran cantidad de ancianos continúan trabajando por ingresos (Ferraro y Lu, 1999; Kaiser, 1993; U. S. Census Bureau, 2001): más de 40 por ciento en Perú y Corea del Sur, y más de 50 por ciento en México (U. S. Census Bureau, 2001). Los ancianos en muchos países subdesarrollados y en desarrollo siguen siendo económica y socialmente útiles; se involucran en tareas domésticas y funciones familiares y comunitarias como la enseñanza, la orientación, la negociación de matrimonios y la conducción de rituales religiosos; sin embargo, más del 90 por ciento no pueden o apenas pueden satisfacer sus necesidades básicas. Aunque la gran mayoría reporta estar satisfechos con sus vidas, es dudoso que tengan las mismas opciones, en comparación con los ancianos en naciones desarrolladas como Estados Unidos.

## Financiamiento para la jubilación

¿Por qué las personas se jubilan? (véase la figura 8.4) La salud deficiente es un factor en algunas decisiones (Sammartino, 1987), pero por lo general no es el factor de más peso (Parnes y Sommers, 1994; NCOA, 2002). Es más relevante la seguridad financiera, que usualmente depende de algún tipo de plan de jubilación público o privado. Se cree que aproximadamente un tercio de los ancianos del mundo (60 años en adelante) cuenta con programas de seguridad públicos para ancianos (U. S. Census



**FIGURA 8.4 Razones para decidir jubilarse.** En el contexto de la jubilación anticipada, los debates acerca de la seguridad social y los cambios en el sistema de pensiones se imponen, ¿la generación “baby boom” tendrá un patrón diferente para decidir jubilarse? El gráfico compara las respuestas de jubilados actuales con respuestas de “boomers” a la pregunta “¿Qué tan importante crees que será \_\_\_\_ en tu decisión para jubilarte?” (Se excluye el 6 por ciento de los “boomers” que ya están jubilados.) Los “boomers” califican todas las razones, excepto la seguridad social, como más relevantes, en comparación con cómo las califican los jubilados actuales. Las brechas son más grandes para los factores que los jubilados actuales califican como no tan importantes: razones familiares, declive de salud y presión del empleador. FUENTE: NCOA, 2002.

Bureau, 2001). La mayoría del apoyo social en la vejez proviene de los sistemas familiares.

La protección a la vejez apoyada por el gobierno por lo general toma una de cuatro formas. Los trabajadores en la mayoría de los países industrializados, incluido Estados Unidos, obtienen *seguros sociales*. Los beneficios vitalicios, con base en contribuciones previas de los empleadores, empleados o ambos, dependen de cuánto tiempo trabajó una persona y cuánto ganó. Algunos países desarrollados otorgan *pensiones universales* para todos los ciudadanos como un asunto de derechos humanos, independientemente de las ganancias previas; y algunos tienen una combinación de los dos sistemas (véase el recuadro 8.3). Algunos, como el Reino Unido y Estados Unidos, también poseen *planes de pensión voluntarios* sustentados por la recaudación de impuestos u otros dispositivos. Algunos países en desarrollo tienen *fondos previsores* manejados por el gobierno, planes de ahorro obligatorios financiados por el empleador y el empleado. En la jubilación, un trabajador obtiene el dinero en una sola exhibición. Con frecuencia, ciertos grupos, como los trabajadores agrícolas, no están cubiertos, y los fondos con frecuencia son inadecuados para protección a largo plazo (O’Grady-LeShane, 1993; Schulz, 1993b; U. S. Census Bureau, 2001).

En la mayoría de los países en desarrollo, los programas de seguridad social tienen un historial irregular. Con frecuencia, una mayoría de la población, en especial los trabajadores en el “sector informal” y en las áreas rurales, quedan fuera, y es común la mala administración (Schulz, 1993c, p. 70). Un nuevo sistema en Chile, una variación en el fondo previsor, combinado con regulación pública y garantías financieras, representa una alternativa significativa. Aunque los resultados preliminares son prometedores, existen preguntas acerca de si el plan puede sobrevivir a los reveses en los mercados de inversión y proporcionar suficiente ingreso para los futuros jubilados (Schulz, 1993c; U. S. Census Bureau, 2001).

En Estados Unidos, muchos trabajadores pueden retirarse y vivir de manera relativamente cómoda. (Véase la figura 8.5 en la p. 300 para un desglose de las fuentes de ingreso de los jubilados.) Sin embargo, en el reciente revés económico de 2003, muchas personas perdieron cantidades considerables de sus ahorros de retiro debido a significativas caídas en el mercado de valores. Estas pérdidas afectarán los planes de retiro de muchos estadounidenses durante los años por venir (*The New York Times*, 09/08/03). La seguridad social y otros programas de gobierno, como Medicare, que cubren la seguridad de salud básica para personas de 65 y más, permiten a los ancianos de hoy, como grupo, estar aproximadamente tan bien financieramente como los más jóvenes y los adultos en la adultez media, y sus ingresos netos medianos están por encima del promedio nacional (AARP, 2001).

Sin embargo, con una creciente población anciana, y proporcionalmente menos trabajadores que contribuyan al sistema de seguridad social, parece probable que los beneficios, en dólares reales, no continuarán subiendo y muchos incluso puedan declinar. Para las personas nacidas después de 1937, se prevé que la edad de elegibilidad para beneficios completos de seguridad social suba gradualmente de 65 a 67 años en 2010. Este cambio fue predicho con el incremento de la expectativa de vida, la disminución en mortalidad y las mejoras en salud entre los ancianos (Crimmins, Reynolds y Saito, 1999). Como con las pensiones privadas, un cambio de los planes de beneficios definidos, que garanticen un ingreso de retiro fijo, a planes de contri-

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué importancia tienen los seguros sociales en la financiación del retiro en Estados Unidos? ¿Qué propósito persiguen usualmente los seguros sociales?



## Trabajo y jubilación en Japón

En contraste con Estados Unidos, donde las reducciones, los incentivos para jubilación temprana y las desarticulaciones económicas sacan a los ancianos de la fuerza de trabajo, Japón ofrece un enfoque alternativo: una meta oficial, programada para el año 2010, de mantener a todas las personas saludables en la fuerza laboral hasta los 65 años de edad.

Japón, que tiene la expectativa de vida más alta y una de las tasas de natalidad más bajas del mundo, es el único país industrializado con una historia de políticas para alentar el empleo de los ancianos (Raymo *et al.*, 2004). Estas políticas apuntan no sólo a mejorar el bienestar de los ancianos, sino también a ayudar a los empleadores a satisfacer las necesidades de la fuerza de trabajo ante el recorte esperado de trabajadores jóvenes y a reducir la presión sobre un sistema de pensiones insuficientemente financiado. El recorte de trabajadores esperado es similar en naturaleza al anticipado en Estados Unidos debido a la “escasez de nacimientos” que siguió al “baby boom” de la Segunda Guerra Mundial. Una red de políticas y programas gubernamentales y organizacionales se diseñó para alentar a los trabajadores ancianos a permanecer en el empleo mientras se habilitaba el desarrollo de carreras de los trabajadores más jóvenes. El apoyo del gobierno para el empleo de los ancianos se sustenta en tres pilares: concesiones para los empleadores que continúen contratando trabajadores ancianos, políticas para mejorar los servicios de empleo gubernamentales y fomentar el reemplazo, y asistencia de colocación para trabajadores que busquen empleo así como a compañías

que soliciten trabajadores ancianos (Geneva Association, 2003).

El apoyo para el empleo de los ancianos beneficia a una cultura que tradicionalmente promueve el respeto por aquéllos y las políticas colectivistas para el beneficio de todos. Durante épocas de problemas económicos, antes de considerar despidos de empleados, se espera que una compañía japonesa busque otras formas de lograr ahorro de costos: reducir los pagos a los accionistas, recortar beneficios a los administradores, o incluso eliminar posiciones gerenciales (Usui, 1998). Por tanto, durante las recesiones económicas entre 1970 y 1985, los trabajadores japoneses experimentaron menos despidos que los trabajadores estadounidenses, y los recortes de personal, en vez de dirigirse a los trabajadores menos pagados y habilidosos, se distribuyeron equitativamente entre empleos manuales y del sector administrativo.

Una fuerza laboral en envejecimiento y recientes pérdidas de inversiones ejercen una gran presión sobre el sistema de pensiones público de Japón. La confianza en el sistema es tan bajo que 37 por ciento de quienes cumplen las condiciones no contribuyen con éste (*Economist*, 12/20/03). El sistema tiene dos formas: pensiones del empleado relacionadas con las ganancias y una pensión básica de tasa fija. Para apoyar un proceso de jubilación gradual, las enmiendas de 1994 proporcionan un desembolso parcial de la pensión del empleado entre las edades de 60 a 65 años (Usui, 1998) y un aumento en tarifas a la edad de 65 años para ser aptos para la pensión completa (Geneva Associa-

bución definidos más riesgosos, en los que los beneficios dependan de los rendimientos de los fondos invertidos, hacen al futuro financiero más incierto para muchos trabajadores (Rix, 1994).

Muchas compañías se reducen y por tanto ofrecen incentivos atractivos para alentar la jubilación temprana. Con frecuencia, los planes de pensión privada pena-

tion, 2003). La pensión básica estaría disponible a los 65 o, a una tasa reducida, a los 60.

Las prácticas de *teinen* (jubilación obligatoria) y *shukko* (transferencia de empleado) se coordinan con el sistema de pensiones público para ayudar a las compañías a retener a los trabajadores ancianos a un costo más bajo. Las empresas grandes y medianas implementan *teinen*, un tipo de jubilación parcial forzada (Geneva Association, 2003; Usui, 1998). A los 60 años, un empleado recibe un pago en una sola exhibición, que termina el contrato laboral vitalicio. Entonces el empleado puede cambiarse a una posición de segundo nivel, con frecuencia en la misma compañía pero con menor salario y estatus. También puede recibir una pensión gubernamental parcial para compensar la pérdida de ingreso, mientras que el empleador puede recibir dinero del gobierno para apoyar el empleo continuo de dicho trabajador.

Bajo *shukko*, los trabajadores en la adultez media y ancianos se pueden transferir a subsidiarias más pequeñas de la empresa matriz (Geneva Association, 2003). Al trabajador se le ofrecen oportunidades de empleo continuo y potencial desarrollo de carrera, mientras que la compañía más pequeña gana un trabajador con experiencia valiosa. La organización más grande ahorra dinero al remover a los empleados ancianos de su sistema de salario y promoción relacionado con la edad, lo que abre el camino a la promoción de los trabajadores más jóvenes. El *shukko* ayuda a explicar el alto porcentaje de trabajadores ancianos en las firmas más pequeñas de Japón.

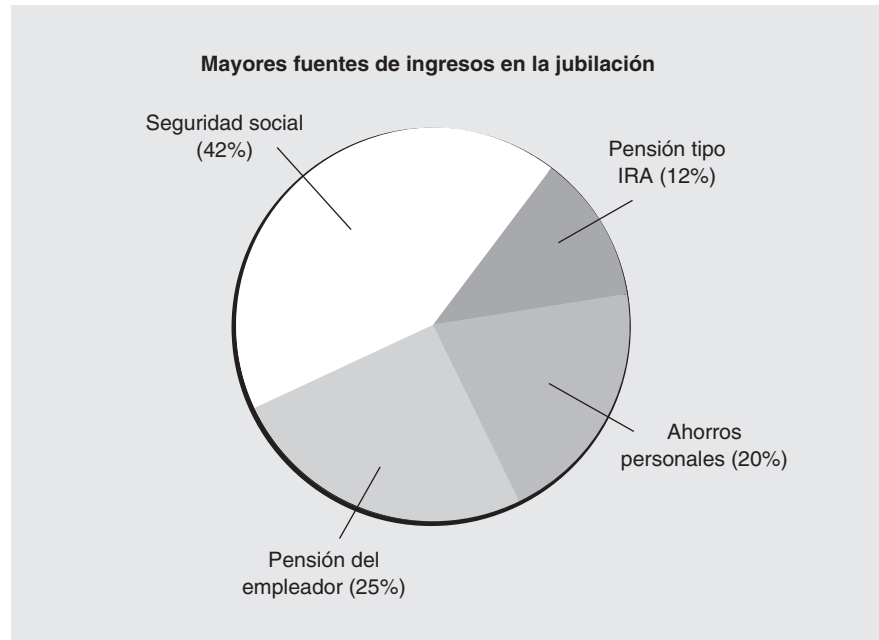
Como resultado de estas políticas, la tasa de empleo para los hombres de 60 a 64 años es muy alta en Japón: 75 por ciento, en comparación con

el 55 por ciento en Estados Unidos y Gran Bretaña, y sólo de 20 a 40 por ciento en Europa continental. Aproximadamente la mitad de todos los trabajadores que llegan a la edad *teinen* son contratados de nuevo por la misma organización, y muchos otros se cambian a empleos en el sector de servicios (*Economist*, 03/27/04).

Sin embargo, ante las políticas gubernamentales que favorecen el empleo de los ancianos, existen presiones contrarias. El cambio económico requiere que las compañías permanezcan competitivas en el mercado laboral global. Conforme crece la competencia, igual lo hacen los esquemas de jubilación temprana, y la reconstrucción es difícil. Algunas compañías cierran fábricas y las mudan a China, donde un ingeniero se puede contratar por un cuarto de la paga percibida por la misma profesión en Japón (*The New York Times*, 2004). A pesar de la cultura de respeto por los ancianos, la discriminación por edad es un problema muy extendido. De acuerdo con un reporte, 80 por ciento de los anuncios de “se solicita ayuda” mencionan un límite de edad superior que promedia alrededor de los 41 años (*Economist*, 3/27/04; Geneva Association, 2003). Las mujeres por lo general no están cubiertas por promesas de empleo de por vida. Muchas son forzadas a renunciar al casarse o al ser madres y siguen sin protección cuando reingresan a la fuerza laboral después de los años que dedicaron a la crianza infantil (Geneva Association, 2003; Raymo *et al.*, 2004).

Aunque existen problemas, el modelo japonés proporciona una interesante perspectiva acerca del trato hacia los trabajadores ancianos y cómo las organizaciones sociales pueden colaborar para apoyar su empleo.

lizan a los empleados que continúan trabajando después de principios de los sesenta (Quinn, 1993; Burtless y Quinn, 2002) pero el alejamiento de tales planes ayuda a aliviar esta presión. Sin embargo, para quienes viven lo suficiente, la seguridad social puede tener el efecto opuesto, al penalizar la jubilación temprana. La tendencia hacia la jubilación temprana entre los hombres parece haberse nivelado. Entre las



**FIGURA 8.5 Fuentes de ingreso en la jubilación, Estados Unidos, 2000.** FUENTE: NCOA, 2002.

mujeres, se ha compensado mediante una elevación en las carreras en la adultez media (Quinn, 1993; Burtless y Quinn, 2002).

## Preparación para la jubilación

“Ser útil es esencial para mi sentido de quién soy”, dice una bibliotecaria que se “deslizó” en la jubilación y tuvo sentimientos mixtos acerca de la decisión. “Mi empleo me dio estructura de vida. Alrededor de éste giró todo lo demás.”

La jubilación es una transición importante. La preparación puede ser una clave para hacer dicha transición exitosa y gratificante. De manera ideal, la planeación de la jubilación debe comenzar en la adultez media.

¿Qué tan bien planean su jubilación las personas en la adultez media? En una de las primeras encuestas de personas de 45 a 59 años de edad, cuatro de cada diez entrevistados reportó haber ahorrado muy poco o nada en absoluto para su jubilación, y dos de cada tres esperaba tener serios problemas para vivir con sus ingresos de jubilación (Rix, 1994). La generación “baby boom”, que pronto comenzará a jubilarse, como grupo tienen mayor nivel educativo y también mayores ingresos que sus padres; y muchas parejas tendrán seguridad social y beneficios de pensión de dos proveedores en vez de uno. Pero si la seguridad social y los beneficios de pensión no mantienen el ritmo con el costo de la vida, muchos “boomers” pueden sufrir dificultades reales (Farrell *et al.*, 1994; Rix, 1994). Se espera que los primeros “boomers” posean las mismas condiciones de bienestar que los actuales jubilados, pero se estima que los “boomers” tardíos enfrentarán menos probabilidades de mantener su estándar de vida

previo a la jubilación (Butrica y Uccello, 2004). Se espera que las mujeres que nunca se casaron, las divorciadas y los afroamericanos sean especialmente vulnerables.

La planeación para la jubilación debe incluir no sólo provisiones para necesidades financieras, sino también estructuración de vida para hacerla disfrutable y productiva después de la jubilación, anticipar problemas físicos y emocionales, y discutir cómo la jubilación afectará al cónyuge. La asistencia puede llegar a través de talleres pre-jubilatorios, libros de autoayuda y programas patrocinados por la compañía.

## ¿Cómo usan su tiempo los jubilados?

“La mayoría de los jubilados que conozco están tan ocupados que no comprendo cómo encuentran tiempo para trabajar”, dice un terapeuta de lenguaje jubilado.

Alguien que se jubila no se convierte en una nueva persona de la noche a la mañana; los hábitos y actitudes de toda la vida por lo general continúan influyendo en su comportamiento (Kelly, 1994). La ética de trabajo con la que muchas personas han vivido a lo largo de sus vidas adultas puede traducirse en lo que se llama *ética de ocupación*, una necesidad de mantenerse ocupado y activo de modo que no parezcan o se sientan holgazanes o inútiles (Ekerdt, 1986). Por tanto, un estudio encontró que los jubilados más satisfechos son personas con buena condición física que usan sus habilidades en trabajo pagado o voluntario de tiempo parcial (Schick, 1986). He aquí tres formas de usar el tiempo después de la jubilación: trabajo pagado, voluntariado y actividades de ocio.

### TRABAJO PAGADO DESPUÉS DE LA JUBILACIÓN

Algunas personas no se sienten satisfechas a menos que tengan un empleo pagado. Algunos jubilados encuentran empleos de tiempo parcial o uno nuevo de tiempo completo; algunos (quienes pueden llamarse a sí mismos “semijubilados”) siguen haciendo lo que hacían antes, pero recortan sus horas y responsabilidades. Es menos probable que los hombres autoempleados hagan un cambio abrupto del trabajo de tiempo completo a jubilación completa (Burkhauser y Quinn, 1989). Un estudio longitudinal de hombres originalmente identificados como talentosos en la niñez encontró que quienes estuvieron autoempleados en alguna época antes de la jubilación tuvieron más probabilidad de hacer algún tipo de trabajo de tiempo parcial después de la jubilación (Elder y Pavalko, 1993).

### VOLUNTARIADO

De un tercio a la mitad de los adultos estadounidenses con edades de 45 y más (dependiendo de cómo se plantean las preguntas de encuesta), reportan la participación en formas tradicionales de servicio comunitario como voluntarios en hospitales y escuelas. Cuando se incluyen en la encuesta preguntas referentes a formas menos tradicionales de servicio, 87 por ciento de este grupo de edad reporta participación. Los afroamericanos son los más activos en los esfuerzos dirigidos a los indigentes, derechos minoritarios, conflictos vecinales y tutorías (AARP, 2003). En una encuesta de 2003 elaborada por el Department of Labor de Estados Unidos, aproximadamente 24 por ciento de quienes tenían 65 años y más reportaban voluntariado en comparación con el 35 por ciento de quienes tenían edades de 35 a 44 años, 33 por ciento de quienes se encontraban entre los 45 a 54 años y 24 por ciento de quienes tenían edades de 16 a 24 años (BLS, 2003).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué características y factores específicos consideras que influyen en la elección de las actividades que realizan las personas jubiladas?

La mayoría de los voluntarios ancianos trabaja junto con adultos de todas las edades, más de la mitad en iglesias o sinagogas (Chambre, 1993). Son incontables los programas comunitarios que se crean específicamente para voluntarios ancianos. Los servicios patrocinados por el gobierno incluyen ejecutivos retirados que dan consejo a pequeños negocios, contadores retirados que ayudan a llenar devoluciones de impuestos, acompañantes maduros que visitan a ancianos frágiles en sus casas y abuelos sustitutos que por una pequeña remuneración proporcionan apoyo social y emocional a niños abandonados o autistas, padres adolescentes y consumidores de sustancias.

¿Qué explica las altas tasas de voluntariado? Una razón es la cambiante imagen pública de los ancianos y sus capacidades, un reconocimiento de que los ancianos pueden ser miembros activos y saludables que contribuyan a la comunidad. Entonces, el trabajo voluntario por sí mismo ha tomado un mayor estatus. Finalmente, la población anciana con algún grado de estudios en la actualidad tiene más que aportar y más interés para contribuir (Chambre, 1993).

En las naciones menos desarrolladas, como India, Camerún y Malta, los ancianos regularmente hacen contribuciones informales útiles y sin paga, como el cuidado de los niños, trabajar con oficiales locales y organizaciones cívicas para resolver problemas comunitarios, y visitar a vecinos ancianos que puedan estar enfermos o con necesidad de ayuda (S. C. Taylor, 1993). Encontrar formas para emplear a los ancianos voluntarios de maneras más efectivas será un reto mundial en los años venideros.

#### OCIO DURANTE LA JUBILACIÓN

Para muchos jubilados, la vida no es muy diferente que antes. Simplemente hay más tiempo para realizar el mismo tipo de actividades de ocio que siempre disfrutaron.

Las entrevistas con 25 hombres y mujeres “excepcionales” de medios modestos, que se retiraron de empleos rutinarios en una planta procesadora de alimentos en el medio oeste, revelaron más continuidad que cambio en sus estilos de vida. Estas personas, que no recibieron educación superior, “envejecieron en el lugar”, en los hogares donde habían vivido antes. La mayoría sólo hizo planes vagos para lo que querían hacer. Después de tomar uno o dos viajes en auto y acaso hacer algunos proyectos alrededor de la casa, se asentaron en nuevas rutinas aunque familiares. La diferencia importante fue un nuevo sentido de libertad (“Puedo hacer lo que quiero cuando quiero hacerlo”) y el alivio de la presión, la fatiga y el sonar de la alarma del reloj (Kelly, 1994, p. 490). Sus actividades por lo general eran accesibles y de bajo costo y giraban en torno a la familia, el hogar y las compañías: conversar, ver televisión, visitar a familiares y amigos, entretenimiento informal, ir a restaurantes baratos, jugar cartas o sólo hacer “lo que se presente” (Kelly, 1994, p. 491).

Resulta interesante el hecho de que ninguno de estos jubilados participó en actividades para ciudadanos maduros. Una explicación para este fenómeno observado con frecuencia es el concepto del *yo atemporal*, la idea de que las personas tienden a verse a sí mismas como la misma persona sin importar qué tan mayores sean (Kaufman, 1986). Puesto que muchos adultos mayores no piensan en ellos mismos como fundamentalmente diferentes que antes, pueden evitar actividades que los redefinan como “ancianos”.

Investigación adicional con el uso de datos longitudinales reportó continuidad en el nivel de actividad de los adultos, así como en la elección de actividades (Atchley, 1999; Verbrugge, Gruber-Baldini y Fozard, 1996). Sin embargo, el número de activi-



dades se estrecha con la edad, y las actividades físicamente más demandantes se descontinúan o se les dedica menos tiempo (Verbrugge, Gruber-Baldini y Fozard, 1996).

El **estilo de vida enfocado en la familia** de los antiguos trabajadores fabriles fue uno de los dos patrones comunes de actividad de jubilación identificados en un estudio anterior del mismo investigador (Kelly, 1987). El otro patrón, **inversión balanceada**, fue típico de personas con mayor grado de educación que asignaron su tiempo de manera más equitativa entre familia, trabajo y ocio. Estos patrones pueden cambiar con la edad. Los jubilados más jóvenes que estuvieron más satisfechos con su calidad de vida fueron aquellos que viajaron regularmente y asistieron a eventos culturales; después de los 75 años, la actividad basada en la familia y el hogar producía más satisfacción (Kelly, Steinkamp y Kelly, 1986). Un estudio canadiense (Mannell, 1993) encontró que los jubilados que estaban extraordinariamente satisfechos con sus vidas se involucraron en **ocio serio**, la actividad que “demanda habilidad, atención y compromiso” (Kelly, 1994, p. 502). Los pintores dominicales, carpinteros aficionados y otros que hacían un esfuerzo por volverse buenos en algo que amaban, con frecuencia usaban su tiempo de ocio expandido durante la jubilación para convertir tal interés en el foco central de sus vidas.

Una perspectiva étnica acerca del ocio proviene de una encuesta nacional de casi 1 700 ancianos estadounidenses. Menos de uno de cada cuatro ancianos afroamericanos se involucró en deportes en el exterior (como remar, observar aves, golf o tenis), en comparación con 85 por ciento o más de los ancianos blancos, hispanos y nativos americanos. La mayoría de los ancianos afroamericanos hacen cosas que producen algo útil, como coser, jardinería y pesca. Acaso porque la pobreza y la discriminación racial los ha excluido de muchas actividades de ocio a lo largo de sus vidas, es posible que no piensen en hacer cosas sólo por diversión. O es posible que continúen careciendo de los recursos para hacerlo (Brown y Tedrick, 1993).

Existen muchas formas de disfrutar la jubilación, pero todas tienen dos rasgos en común: hacer actividades y tener relaciones que resulten satisfactorias. Para la mayoría de los ancianos, ambas “son una extensión de las historias que han desarrollado a lo largo del curso de vida” (Kelly, 1994, p. 501).

## ¿Cómo la jubilación afecta al bienestar?

Un familiar que dice “es mejor ser rico y sano que pobre y enfermo” resume los sentimientos de muchas personas acerca de la jubilación. No es de sorprender que los jubilados que tienen una seguridad financiera y se sienten mejor, sean más felices en su retiro que quienes pierden sus ingresos y no se sienten suficientemente bien como para disfrutar su tiempo de ocio (Barfield y Morgan, 1974, 1978; Bossé, Aldwin, Levenson y Workman-Daniels, 1991; Kim y Moen, 2001). Un miedo común es que la jubilación puede erosionar la seguridad financiera y la salud, así como los contactos sociales de apoyo.

### CONDICIONES DE POBREZA EN LA JUBILACIÓN

Entre 1959 y 1999, la proporción de ancianos estadounidenses que vivían en condiciones de pobreza cayó de 35 por ciento a menos de 10 por ciento. Las mujeres ancianas tienen más probabilidad que los hombres de vivir en pobreza, y los ancianos afroamericanos e hispanoamericanos tienen tres y casi dos veces, respectivamente, la probabilidad que los ancianos blancos estadounidenses de tener ingresos

por debajo del límite de pobreza (AOA, 2004). Las parejas casadas rara vez experimentan pobreza después de la jubilación, especialmente si cuentan con beneficios de pensión. Sin embargo, cuando el marido muere, su viuda tiene cuatro veces más probabilidades que la persona casada de caer por debajo del límite de pobreza (Burkhauser, Holden y Feaster, 1988). Los ancianos que viven solos o con personas a las que no les une ningún parentesco presentan casi tres veces más probabilidad de ser pobres, que quienes viven con miembros de la familia (AOA, 2004).

Puesto que muchos empleos usualmente realizados por trabajadores de grupos minoritarios no son cubiertos por la seguridad social, tales personas tienen más probabilidad que otros de terminar en la Old Age Assistance (asistencia para la vejez). Más de 23 por ciento de los ancianos afroamericanos y más de 19 por ciento de los ancianos hispanos son pobres, en comparación con sólo 11 por ciento de los ancianos blancos (AOA, 2004).

El dinero y la salud son las principales preocupaciones de los jubilados, y el costo de la atención a la salud de largo plazo es una de las preocupaciones más significativas de todas. Para aliviar el riesgo de pobreza que resulta de una enfermedad crónica, muchas personas creen que hay necesidad de un programa de seguridad de autoapoyo patrocinado por el gobierno. Éste ha sido un tema constante durante toda una década.

#### SALUD FÍSICA Y MENTAL

La jubilación en sí por lo general tiene poca influencia sobre la salud física (Herzog, House y Morgan, 1991; Palmore, Fillenbaum y George, 1984), ¿pero afecta a la salud mental? La respuesta puede depender de cuándo y por qué la gente se jubila. Un análisis de los datos de seis estudios longitudinales, tres nacionales y tres locales, encontró que aunque la jubilación por lo general tiene poco efecto sobre la moral, la jubilación temprana, que con frecuencia es resultado de pobre salud, tiende a conducir a un mayor deterioro en la salud y en la satisfacción (Palmore *et al.*, 1984). De entre 1 516 ancianos entrevistados en el estudio transversal Boston Veterans Administration Normative Aging Study, los jubilados tuvieron más probabilidad que los trabajadores de reportar depresión, comportamiento obsesivo-compulsivo y síntomas físicos sin causa orgánica. Quienes se jubilaron tempranamente (antes de los 62) o tarde (después de los 65) reportaron más síntomas (Bossé, Aldwin, Levenson y Ekerdt, 1987). Es posible, entonces, que la jubilación no acarree problemas mentales, sino más bien que se jubilen debido a que ya presentan problemas. Un estudio de 200 hombres en la misma muestra que se jubilaron en el año anterior sugiere que “quienes son forzados a jubilarse inesperada o involuntariamente, por razones de salud, cierre del lugar de trabajo, etc., o quienes experimentan deterioros de salud o financieros después de la jubilación pueden experimentar mayor estrés de jubilación que quienes se retiran voluntariamente, a tiempo y sin cargas financieras” (Bossé *et al.*, 1991, p. P13).



© Preuss/Image Works

*Durante la jubilación, los amigos de tiempo de ocio pueden sustituir a los compañeros de trabajo como fuentes de apoyo social.*

inesperada o involuntariamente, por razones de salud, cierre del lugar de trabajo, etc., o quienes experimentan deterioros de salud o financieros después de la jubilación pueden experimentar mayor estrés de jubilación que quienes se retiran voluntariamente, a tiempo y sin cargas financieras” (Bossé *et al.*, 1991, p. P13).

Un estudio que observó directamente los efectos de la jubilación voluntaria frente a la involuntaria encontró que, al menos para las personas de 65 años y más, quienes tenían control sobre la decisión se encontraban más satisfechos con sus vidas y presentaron menos deterioro cognitivo que quienes no lo tuvieron (Herzog *et al.*, 1991). Estos hallazgos son consistentes con las primeras investigaciones que encontraron efectos negativos producidos por una jubilación inesperada o involuntaria (Beck, 1982).

La jubilación inesperada o involuntaria puede afectar a las mujeres de manera especialmente severa (Matthews y Brown, 1988). Entrevistas con 124 mujeres y 176 hombres que se habían jubilado aproximadamente hacía 8 años y vivían en un área urbana de Ontario, Canadá, revelaron que, aunque la jubilación no era traumática en general, el predictor más fuerte de su efecto sobre la moral era si las personas jubiladas se retiraron o no en un momento de su propia elección. Las mujeres tuvieron más probabilidad que los hombres de haberse jubilado por razones que tenían que ver con otras personas, por ejemplo, la jubilación o incapacidad del esposo o algún otro miembro de la familia.

### APOYO SOCIAL

Para la mayoría de los adultos, el trabajo es una conveniente fuente de contacto social; y el contacto social puede ser una relevante fuente de apoyo, en especial conforme la gente envejece. ¿La pérdida de estos contactos extensos y regulares con los compañeros de trabajo (que también pueden ser amigos y confidentes) afecta el bienestar de las personas después de la jubilación?

Investigaciones transversales encontraron que los ancianos jubilados desde hace mucho tiempo tenían menos contactos sociales que los jubilados más recientes o quienes continuaban trabajando al menos tiempo parcial. Pero, aunque la medida de la red social y la frecuencia de los contactos declina, la calidad del apoyo (tener gente para apoyarse en tiempos de crisis) aparentemente no decrece. Un estudio longitudinal de tres años de 1 311 ancianos relativamente sanos en el Boston Normative Aging Study confirmó tal hallazgo (Bossé, Aldwin, Levenson, Spiro y Mroczek, 1993). Dos explicaciones de desarrollo del ciclo de vida para este fenómeno son las *teorías del convoy* y la *de selectividad*.

La *teoría del convoy*, propuesta por Robert Kahn y Toni Antonucci (1980), distingue las relaciones en términos de su intimidad relativa. Sólo los círculos exteriores de contacto social de una persona son significativamente afectados por la jubilación. Los compañeros de trabajo en estos círculos tienden a alejarse, a ser sustituidos por nuevos amigos de ocio o bien, se pasa más tiempo con otros amigos y conocidos. Pero, sin importar lo que ocurra a estas amistades relativamente casuales, los jubilados todavía tienen un círculo interno estable de amigos cercanos y miembros de la familia y por tanto no sienten una pérdida del apoyo social o bienestar.

Las redes familiares y de amistad, así como afiliaciones a grupos, promueven el ajuste a la jubilación. La transición de la jubilación es más fácil si los retirados cuentan con amigos y familia que los apoyen en su nuevo papel (Kim y Moen, 2001). En un estudio de 753 jubilados y trabajadores de adultez media tardía (edades de 58 a 64 años), el estado civil tuvo un efecto significativo sobre las actitudes positivas hacia la jubilación, lo que indica que estar casado puede proporcionar un apoyo social que amortigua la incertidumbre de la jubilación (Mutran *et al.*, 1997). En un estudio longitudinal de jubilados recientes, la calidad marital se relacionó positiva-

mente con el ajuste a la jubilación. La disminución en la satisfacción marital después de la jubilación se relacionó con declive en la moral entre mujeres en adultez media tardía (pero no entre hombres en adultez media) (Kim y Moen, 2001).

La **teoría de selectividad** de Laura Carstensen (1991, 1995, 1998) se enfoca en los cambios con respecto al funcionamiento de los contactos sociales en la vida adulta. De acuerdo con su teoría, la interacción social tiene tres funciones: 1) es una fuente de información; 2) ayuda a las personas a desarrollar y mantener un sentido del yo; y 3) es una fuente de placer o bienestar emocional. Las primeras dos funciones, información e identidad, declinan porque son menos necesarias conforme pasa el tiempo; pero la función emocional, que depende de la calidad del apoyo social, se vuelve central. Los jubilados se tornan más selectivos acerca de sus interacciones sociales, de modo que pueden mantener una calidad alta de apoyo social confiable con personas a las que realmente disfrutaban y con quienes pueden contar en tiempos de necesidad. Por ende, lejos de disminuir el bienestar, las limitaciones sobre la red de apoyo social de una persona que envejece pueden ser positivas y adaptativas.

#### AUTOCONCEPTO EN LA JUBILACIÓN

Muchos factores influyen el autoconcepto de una persona en la jubilación. Algunos de ellos son la comprensión del cambio y la conciencia del paso del tiempo. Cómo se percibe el cambio en los demás y en uno mismo y cómo se consideran y entienden las implicaciones del tiempo futuro son aspectos principales de la integración cognitiva personal que conduce a autocomprensión creciente. Primero sobreviene la comprensión del yo pasado y los valores, preferencias y deseos que se basan en el ayer. La jubilación ofrece oportunidades para regresar a donde la familia solía vivir, mantener contacto cercano con antiguos amigos o usar la casa de verano de la familia. Esta comprensión enriquecida del pasado propio puede complementarse con una nueva perspectiva del yo futuro propio. Nuevos estilos y ambientes de vida, nuevos amigos y actividades se vuelven opciones reales. Una persona puede elegir realizar un nuevo conjunto de actividades de vida en un ambiente comunitario familiar (Sterns y Kaplan, 2003).

Un segundo factor que influye el autoconcepto es la percepción que se tenga acerca del control sobre la vida personal. Una persona en el mundo del trabajo puede sentir que posee el control debido a los recursos financieros, la posición que ostenta o la antigüedad, o puede sentirse extremadamente vulnerable con base en la situación financiera y el clima empresarial actuales. Muchas personas en su jubilación tuvieron que cambiar el estilo de vida para regresar a trabajar por paga con la finalidad de mantener un estándar de vida deseado.

Un tercer factor es la introspección personal (qué tan bien se comprende uno a sí mismo: las motivaciones, deseos, enfoque en el trabajo y relaciones con la familia, amigos y organizaciones). El autoestudio, la educación y la asesoría pueden ayudar a este proceso.

Tanto la instrumentación de todas estas influencias sobre el autoconcepto como la necesidad de interpretación, planeación, complejidad y sabiduría son parte de la adecuada capacidad de las personas para manejar su retiro.

#### ¿Cómo afecta la jubilación a la sociedad?

Cómo y cuándo se lleva a cabo la jubilación de las personas las afecta no sólo a ellas y a sus familias, sino a la sociedad como un todo. Casi todos los países industrializa-

dos están preocupados acerca del costo de apoyar a sus crecientes poblaciones de ancianos. En Estados Unidos, los déficits federales masivos elevaron las dudas acerca de la disponibilidad para continuar financiando los derechos de seguridad social. Una respuesta es alentar a los ancianos a seguir trabajando, mediante la eliminación de la jubilación obligatoria y elevar la edad para obtener todos los beneficios de la seguridad social. Por otra parte, el desempleo y los altos costos laborales para los trabajadores experimentados crean presiones por políticas para convencer (o impulsar) a los ancianos a retirarse de la fuerza laboral, como se hace en Francia, Alemania y Holanda. Sin embargo, estas políticas están siendo revisadas (Kinsella y Velkoff, 2001).

El impacto social de la jubilación se vincula estrechamente con la tasa de dependencia: el tamaño comparativo de las secciones productivas y dependientes de una población. Con los ancianos que viven más y crecen en número, la porción de la población en los años productivos (la edad 18 a 64 años) disminuirá en relación con la que se presume dependiente (65 años o más). En Estados Unidos se espera que esta tasa caiga de 5.5 en 1980 a 2.5 en 2040 (Adamchak y Friedmann, 1983), lo que sugiere que en el futuro no habrá suficientes trabajadores para apoyar a la población que envejece. Pero los ancianos no son el único grupo “dependiente”. Conforme el número de ancianos aumente, el de niños y adolescentes disminuirá, lo que mantendrá la dependencia *total* por debajo de lo que era en 1960, cuando los “baby boomers” estaban creciendo (Adamchak, 1993). Una cuestión relevante, entonces, es qué tan deseosos estarán los adultos que trabajan de asumir una mayor carga para apoyar a la generación más anciana en lugar de la más joven.

En realidad, desde luego, algunos adultos mayores y algunos menores de 18 trabajan, mientras que muchas personas en “edad laboral” no lo hacen. Por tanto, una forma más realista (aunque más difícil) de calcular una tasa de dependencia es observar quién realmente está o no está en la fuerza laboral. Los estudios que intentan hacer esto concluyen que es probable que la carga total sobre el segmento laboral de la población *disminuya* porque habrá más trabajadores, incluidas más mujeres y minorías, para compartir la carga (Adamchak y Friedmann, 1983; Crown, 1993). Esto será especialmente cierto si una gran proporción de ancianos en las cohortes futuras permanece en la fuerza laboral.

Los cálculos de dependencia sólo son tan buenos como las suposiciones sobre las que se basan: las de tasas de natalidad, inmigración y desempleo (quiénes participan en la fuerza laboral; cuándo se retiran las personas; políticas y programas sociales; patrones de envejecimiento; actitudes culturales y otros factores que están sujetos a cambio y son difíciles de anticipar). Dado que todos estos factores varían considerablemente de un país a otro, lo mismo sucederá con los costos y retos de apoyar a una población que envejece. Sobre todo, argumenta Crown (1993), “la costeabilidad de una población que envejece estará dictada principalmente por el crecimiento económico futuro” (p. 36). Si los ingresos de los trabajadores en los países industrializados crecen más rápido que las tasas impositivas para financiar programas para los ancianos, la carga de la dependencia será más ligera.

También es necesario reconocer que los adultos, en particular las mujeres, que no “trabajan” con frecuencia pasan una cantidad de tiempo considerable cuidando a sus hijos, nietos, padres, lo que constituye una aportación económica significativa que no se considera en los cálculos de dependencia o, por lo general, en las pensiones (O’Grady-LeShane, 1993). Un reporte de las Naciones Unidas (1991) observó que,

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Por qué es importante identificar y monitorear las condiciones que influyen en las tasas de dependencia futuras?

si el trabajo doméstico y el cuidado de la familia se incluyeran en los cálculos de la productividad nacional, el producto mundial total se elevaría en 25 a 30 por ciento. Los abogados de las mujeres argumentan que es necesario redefinir el trabajo para incluir las funciones de cuidado de la familia que todavía son las tareas centrales de muchas mujeres en todo el mundo, y que es necesario encontrar formas para compensar a las mujeres por dicho trabajo durante sus años productivos y después de ellos (O'Grady-LeShane, 1993).

Tanto por razones económicas como psicológicas, algunos expertos, que ejemplifican el envejecimiento productivo tanto en las culturas menos desarrolladas como en las desarrolladas, predicen un “fin de la jubilación como se le conoce” (S. C. Taylor, 1993, p. 32). Con ello no dan a entender el regreso del duro sistema de antaño (“trabaja hasta que caigas”), sino una proliferación de opciones para actividad productiva que pueda beneficiar a los ancianos y a la sociedad como un todo. Como M. W. Riley (1994) sugirió, los últimos años podrían ser más satisfactorios al reestructurar el curso de vida. En la actualidad, los adultos jóvenes por lo general se zambullen en su educación y sus carreras, las personas en la adultez media usan más su energía para ganar dinero y algunos ancianos tienen problemas para ocupar su tiempo. Si las personas en todas las edades equilibraran el estudio, trabajo y ocio en sus vidas, los adultos jóvenes sentirían menos presión para establecerse antes, las personas en la adultez media se sentirían menos abrumadas y los ancianos que quieran y sean capaces de continuar realizando trabajo productivo estarían más estimulados y se sentirían, y serían, más útiles.

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

- La longevidad aumentada y las instituciones sociales cambiantes pueden anunciar una variación en los roles diferenciados por edad a otros de integración por edad.

### *Educación*

- Una gran proporción de los estudiantes universitarios de hoy están en edad no tradicional; la mayoría son mujeres. Muchos abandonaron la escuela y después regresaron para completar su educación.
- El aprendizaje durante toda la vida es una tendencia relevante. La educación para adultos toma una amplia variedad de formas, desde cursos a nivel universitario hasta programas que están orientados práctica o socialmente.
- Las metas de los aprendices ancianos son ganar conocimiento que les permita adaptarse y habilidades, entrenarse para nuevas ocupaciones, comprender y enfrentarse al cambio tecnológico y cultural, comprender sus propios procesos de envejecimiento y desarrollar nuevos y satisfactorios roles de jubilación y ocio.
- El analfabetismo adulto es un problema mundial. En las sociedades complejas, el analfabetismo funcional requiere un creciente nivel de habilidad.

**diferenciado por edad (p. 271)**  
**integración de edades (p. 272)**

**aprendizaje durante toda la vida**  
**(p. 274)**

### *Trabajo y ocio*

- De acuerdo con la teoría de Holland, la elección vocacional se basa en una relación entre el tipo de personalidad y el ambiente laboral.

- La teoría de Super propone ocho etapas de desarrollo de carrera ligadas al autoconcepto que va madurando.
- Los cambios significativos en la fuerza laboral estadounidense incluyen un desplazamiento de los sectores de la manufactura y el transporte a los de los servicios y la información, del trabajo de tipo manual al administrativo, de las posiciones asalariadas de tiempo completo a la contratación independiente y los empleos de tiempo parcial o temporal, y de una preponderancia de los hombres blancos a un creciente número de mujeres y minorías.
- A nivel mundial ocurre un aumento en el empleo de la mujer. Las mujeres tienden a tener empleos de bajo estatus y tiempo parcial y a ganar menos que los hombres; pero dicho patrón cambia en Estados Unidos, donde la discriminación por género en el centro de trabajo es ilegal.
- En Estados Unidos, los afroamericanos tienen las tasas más altas de desempleo. Entre los profesionales, los afroamericanos tienen las ganancias más bajas.
- Las aparentes diferencias por edad en el desempeño laboral parecen depender de la experiencia, de cómo se mide el desempeño y de las demandas del empleo.
- Las causas de estrés laboral incluyen una combinación de alta presión y baja autonomía; conflicto interpersonal; sobrecarga de trabajo; y tensiones que afectan a las mujeres y las minorías.
- El desempleo tiene efectos tanto físicos como psicológicos para hombres y mujeres.
- Las personas que realizan trabajo más complejo tienden a involucrarse en actividades de ocio intelectualmente más demandantes.

**identidad vocacional (p. 281)**

**etapa de cristalización (p. 281)**

**etapa de especificación (p. 281)**

**etapa de implementación (p. 281)**

**etapa de establecimiento (p. 282)**

**etapa de consolidación (p. 282)**

**etapa de mantenimiento (p. 282)**

**etapa de desaceleración (p. 282)**

**etapa de retiro (p. 282)**

**síndrome de agotamiento (*burnout*)  
(p. 290)**

**complejidad sustantiva (p. 291)**

**hipótesis de desbordamiento  
(p. 292)**

**hipótesis de compensación (p. 292)**

**hipótesis de provisión-agotamiento  
de recursos (p. 292)**

**hipótesis de segmentación (p. 292)**

### *Jubilación y otras opciones para la vejez*

- La mayoría de los adultos en los países industrializados se jubilan. Muchos ancianos en los países menos desarrollados trabajan, pero no pueden satisfacer sus necesidades básicas.
- Las finanzas, más que la salud, por lo general determinarán la decisión para la jubilación.
- La mayoría de los trabajadores estadounidenses se jubilan antes de los 65, pero la tendencia hacia la jubilación temprana se ha nivelado en la actualidad.
- Las opciones para usar el tiempo después de la jubilación incluyen trabajo pagado, voluntariado y actividades de ocio. El estilo de vida después de la jubilación tiende a relacionarse con las cosas que una persona disfrutaba hacer antes de aquella.
- Las viudas, las minorías y las personas con enfermedades crónicas tienen más probabilidad de empobrecer después de la jubilación.
- Aunque la cantidad de los contactos sociales disminuye después de la jubilación, la calidad de las redes de apoyo social por lo general no decrece.
- El autoconcepto influye en qué tan bien una persona maneja su jubilación, y es afectado por la comprensión del pasado, la percepción del sentido de control y la introspección personal.

- El impacto social de la jubilación tiene que ver con la tasa de dependencia. Los estudios sugieren que no es probable que aumente la carga total de la dependencia, pero el crecimiento económico será un factor clave para mantener soportable dicha carga.
- Con longevidad creciente, puede estar en camino un cambio de la jubilación al “envejecimiento productivo”.

**estilo de vida enfocado en la familia**  
(p. 303)

**inversión balanceada (p. 303)**

**ocio serio (p. 303)**

**teoría del convoy (p. 305)**

**teoría de selectividad (p. 306)**

**razón de dependencia (p. 307)**



# Relaciones íntimas y estilos de vida

## Fundamentos de las relaciones íntimas

- Relaciones: una perspectiva desde el desarrollo
- Amistad
- Amor
- Sexualidad

## Estilos de vida maritales y no maritales

- Soltería
- Relaciones homosexuales: gays y lésbicas
- Cohabitación
- Matrimonio
- Divorcio y segundas nupcias
- Consecuencias económicas del divorcio
- ¿Qué hace que un matrimonio funcione?

## Vida familiar

- Cambio de estructuras familiares
- La paternidad hoy
- La paternidad como una experiencia del desarrollo
- Cuando los hijos se alejan: el nido vacío
- Paternidad, cambio de roles y satisfacción marital
- Permanecer sin hijos



## PUNTO DE PARTIDA: INGRID BERGMAN, ACTRIZ "INFAME"

*La relación es la vida, y esta relación es un movimiento constante, un cambio constante.*

—J. Krishnamurti, *You Are the World*, 1989

INGRID BERGMAN\* (1915-1982) fue una de las actrices de teatro y cine más distinguidas del mundo. Aunque quizá se le recuerde mejor por su papel protagónico en *Casablanca*, ganó premios de la Academia por *Luz que agoniza*, *Anastasia* y *Asesinato en el Expreso de Oriente*, así como el New York Film Critics' Award por *Sonata de otoño* y un Emmy por *Otra vuelta de tuerca*. En 1981, un año antes de su muerte, regresó a los escenarios para interpretar a la primera ministra de Israel Golda Meir en *Una mujer llamada Golda*, miniserie por la que ganó el Emmy.

La vida personal de Bergman fue tan dramática como cualquier



© Bettmann/Corbis Images

\* Las fuentes de la información biográfica acerca de Ingrid Bergman fueron Bergman y Burgess (1980) y Spoto (1997).

trama de película. Uno de los títulos de sus películas, *Notorious* (*Encadenados*),\* resume el abrupto cambio en su imagen pública en 1949, cuando Bergman, considerada como un mujer íntegra y pura, impactó al mundo al abandonar a su esposo e hija de diez años por el director de cine italiano Roberto Rossellini, un hombre casado. El escándalo fue mayor cuando se supo que Bergman estaba embarazada de Rossellini.

Bergman estaba obsesionada con la actuación desde que asistió por primera vez a una obra en su natal Suecia, cuando tenía once años. Alta, torpe y tímida, se transformaba sobre el escenario. Abandonó la Royal Dramatic School de Estocolmo a los 18 años para hacer su primera película, enfrentando la cólera del director de la escuela, quien le advirtió que el cine destruiría su talento.

A los 22 años, se casó con el doctor Petter Lindstrom, un dentista guapo y exitoso ocho años mayor que ella, quien más tarde se convirtió en un prominente cirujano cerebral. Fue él quien la apremió a aceptar la invitación del productor David Selznick de ir a Hollywood para filmar *Intermezzo*. Llegó cuando tenía 23 años, y su esposo y pequeña hija, Pia, la alcanzaron más tarde.

Su filmografía se alternaba con periódicos discursos de domesticidad. “Tengo mucho que hacer, como siempre, y tener casa, marido e hija debe ser suficiente para la vida de cualquier mujer”, escribió durante uno de tales interludios. “Pero aún así pienso que cada día es un día perdido. Como si sólo la mitad de mí estuviera viva” (Bergman y Burgess, 1980, p. 110).

Bergman comenzó a ver a su marido —quien siempre fue un apoyo y le ayudó a tomar decisiones— como sobreprotector, controlador, celoso y

crítico. La pareja pasó largas horas, días y semanas separada, ella en el estudio o en gira, él en el hospital.

Mientras tanto, Bergman comenzaba a cansarse de filmar en estudios. Cuando vio la multipremiada película de Rossellini, *Roma, ciudad abierta*, quedó impactada por su poder y realismo y por la libertad y el valor artístico del director. Le escribió, ofreciéndole ir a Italia y trabajar con él. El resultado fue *Stromboli*, y el final de lo que ella veía entonces como un matrimonio restrictivo e insatisfactorio. “No fue mi intención enamorarme e ir a Italia por siempre”, escribió a Lindstrom disculpándose. “¿Pero cómo puedo remediarlo o cambiarlo?”

A los 33 años, Bergman, quien había sido número uno en la taquilla, se convirtió en paria en Hollywood. Su aventura estuvo en los encabezados de todo el mundo. Lo mismo que el nacimiento ilegítimo de Robertino en 1950, su divorcio apresurado en México y el matrimonio por poder con Rossellini llevado a cabo ahí mismo (pues a su vez el italiano había anulado su propio matrimonio), el nacimiento de unas hijas gemelas en 1952 y la lucha por los derechos de visita a Pia, quien se puso del lado de su padre y durante seis años no vio a su madre, que se encontraba acosada por la culpa.

El amor tempestuoso de Bergman y Rossellini no duró por siempre. Cada película que hacían juntos fracasaba y, finalmente, pasó lo mismo con su matrimonio. Pero el lazo con sus hijos, cuya custodia Bergman cedió a Rossellini para evitar otra amarga batalla, hizo que continuaran siendo parte de la vida del otro. En 1958, a sus 43 años, Ingrid Bergman había revitalizado su carrera y hecho las paces con su hija mayor, y contrajo nupcias por tercera vez, con Lars Schmidt, un productor teatral nacido en Suecia. El matrimonio duró 16 años, a pesar de constantes separaciones relacionadas con el trabajo, hasta que finalmente terminó en un divorcio amigable. Schmidt y Bergman siguieron siendo amigos cercanos durante el resto de su vida.

\* El título original de la película, *Notorious*, en la lengua inglesa funciona como un adjetivo que se aplica a sustantivos negativos. Su traducción al español sería infame, de mala fama, de pésima reputación.

LA HISTORIA DE INGRID BERGMAN se relaciona con muchos temas que se cubrirán en este capítulo: amistad, amor, matrimonio y paternidad.\* Desde luego, ningún relato puede abarcar el amplio rango de relaciones íntimas y estilos de vida de la actualidad. En muchas sociedades, las personas ya no desean simplemente casarse, permanecer casadas, tener hijos y mantener distintos roles para hombres y mujeres (Eisenberg, 1995; O'Grady-LeShane, 1993; Thornton, 1989). Los adultos pueden decidir si y cuándo casarse, divorciarse o volverse a casar y, si lo desean, cuándo y cómo ser padres. Algunos eligen vivir una paternidad sin matrimonio, con alguien del mismo o del otro sexo. Algunos permanecen solteros y viven solos o en escenarios grupales. Algunas parejas deciden permanecer sin hijos; otros demoran la paternidad hasta sus treinta, la adultez media o más tarde. Un creciente número se convierte en padres solteros, ya sea por elección o por divorcio o viudez. En el presente capítulo, conforme se discuten las relaciones íntimas y los patrones de estilo de vida, podrás comprender tus propias relaciones y encontrar información útil acerca de un aspecto relevante y desconcertante del desarrollo adulto: lidiar con personas que son tan complicadas como tú mismo.

## FUNDAMENTOS DE LAS RELACIONES ÍNTIMAS

La adultez joven es la época cuando las personas establecen relaciones que pueden tener continuidad durante gran parte de su vida adulta: relaciones basadas en la amistad, el amor y la sexualidad. Pero en muchas sociedades, la edad cronológica ya no es tan importante como la edad social. En una sociedad tan cambiante, las amistades pueden ir y venir. En una sociedad más libre, puede pasar lo mismo con los compañeros maritales y sexuales. Y en una sociedad con una perspectiva más realista hacia los ancianos y sus necesidades y deseos, virtualmente nunca es demasiado tarde para el romance y la satisfacción sexual.

La Internet ha dado una nueva dimensión a las relaciones. Aquellas que se establecen en línea tienden a ser más débiles que las que se dan cara a cara. En un estudio longitudinal de 93 familias de Pittsburgh de diversos vecindarios, los usuarios de Internet tienden a involucrarse menos socialmente, a comunicarse menos con su familia y a tener menos amigos. El uso de Internet también se asoció con aumento en soledad y depresión (Kraut *et al.*, 1998). Sin embargo, un estudio de seguimiento sugiere que estos efectos negativos se pueden relacionar con el empleo inicial de una nueva tecnología y puede disminuir con el uso rutinario (Kraut *et al.*, 2002).

¿Qué puede decir la investigación acerca de cómo se desarrollan y cambian las relaciones íntimas a lo largo de la vida adulta?

### Relaciones: una perspectiva del desarrollo

Erikson vio el desarrollo de las relaciones íntimas como la tarea crucial de la adultez joven. La *intimidad* puede o no incluir contacto sexual. Un relevante elemento de la intimidad es el *autodescubrimiento*: “revelar información importante de uno mismo

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué secuencia crees que es la más saludable para desarrollar una relación íntima? ¿Cuáles son las dificultades para seguir una ruta deseable?

\* Parte de la discusión en este capítulo se basa en Papalia, Olds y Feldman (2004).

a otro” (Collins y Miller, 1994, p. 457). Las personas establecen intimidad, y la mantienen, a través de los descubrimientos compartidos, sensibilidad a las necesidades del otro y aceptación y respeto mutuos (Harvey y Omarzu, 1997; Reis y Patrick, 1996).

La intimidad incluye una sensación de pertenencia. La necesidad de establecer relaciones fuertes, duraderas, cercanas y cariñosas es un poderoso motivador del comportamiento humano. Las emociones más fuertes, tanto positivas como negativas, se evocan mediante apegos íntimos. Las personas tienden a ser más saludables, física y mentalmente, y a vivir más, si tienen relaciones cercanas satisfactorias (Baumeister y Leary, 1995; Myers y Diener, 1995).

Conforme los adultos jóvenes entran a la universidad o a un centro de trabajo, adquieren responsabilidades y toman sus propias decisiones, deben completar la negociación de autonomía que comenzó en la adolescencia y redefinir sus relaciones con sus padres (Lambeth y Hallett, 2002; Mitchell, Wister y Burch, 1989). Si los adultos jóvenes no logran resolver conflictos con sus padres en una forma sana, pueden encontrarse representando conflictos similares en sus nuevas relaciones con amigos, colegas y compañeros. También pueden, acaso por primera vez, encontrar pares de diversos grupos étnicos; y necesitan estar al tanto de cómo las diferencias interculturales dan forma a las percepciones y actitudes (Lambeth y Hallett, 2002).

Conforme se independizan, los adultos jóvenes buscan intimidad emocional y física en las relaciones con sus pares y compañeros románticos. Estas relaciones requieren habilidades tales como autoconciencia, empatía, habilidad para comunicar emociones, toma de decisiones sexuales, resolución de conflictos y habilidad para sostener compromisos. Dichas habilidades son esenciales conforme los adultos jóvenes deciden casarse, formar sociedades sin matrimonio u homosexuales, o vivir solos, y tener o no hijos (Lambeth y Hallett, 2002).

Conforme las personas envejecen, tienden a pasar menos tiempo con otros (Carstensen, 1996). Con frecuencia, el trabajo es una fuente conveniente de contacto social; por tanto, los que llevan mucho tiempo de jubilados tienen menos contactos sociales que los jubilados más recientes o quienes continúan trabajando. Para algunos adultos mayores, las enfermedades hacen más difícil salir y ver personas. Los estudios también muestran que los ancianos con frecuencia pasan por alto oportunidades para aumentar el contacto social y es más probable que, a diferencia de los adultos más jóvenes, se sientan satisfechos con redes sociales más pequeñas. Sin embargo, el contacto social que los ancianos *sí* mantienen es más importante para su bienestar que nunca antes (Lansford, Sherman y Antonucci, 1998).

¿Por qué es así? De acuerdo con la *teoría del convoy*, presentada en el capítulo 8, los cambios en el contacto social por lo general sólo afectan los círculos sociales exteriores, menos íntimos, de una persona. Después de la jubilación, conforme los compañeros de trabajo y otros amigos casuales se alejan, la mayoría de los ancianos conservan un círculo interno estable de “escultas” sociales: amistades cercanas y miembros de la familia, quienes representan un apoyo social continuo y que afectan en gran medida su bienestar para bien o para mal (Antonucci y Akiyama, 1995; Kahn y Antonucci, 1980).

De acuerdo con la *teoría de selectividad socioemocional* (Carstensen, 1991, 1995, 1996), los ancianos se vuelven cada vez más selectivos acerca de las personas con quienes pasan su tiempo. Cuando las personas perciben que les queda poco tiempo,

las necesidades emocionales inmediatas se vuelven prioritarias sobre las metas a largo plazo. Un estudiante universitario puede soportar gustoso a un profesor que le desagrada con el objetivo de adquirir conocimientos y estudiar un posgrado; un anciano puede estar menos dispuesto a pasar tiempo valioso con un amigo que le altera los nervios. Los adultos jóvenes con una media hora libre y sin compromisos urgentes pueden elegir pasar tiempo con alguien que les gustaría conocer mejor; los ancianos tienden a elegir a alguien que conocen bien.

Aunque es posible que los ancianos establezcan menos relaciones cercanas que las personas más jóvenes, tienden a sentirse bien con las que tienen (Antonucci y Akiyama, 1995). A pesar de que el tamaño de la red social y la frecuencia de los contactos se reducen, la calidad del apoyo social evidentemente no lo hace (Bossé, Aldwin, Levenson, Spiro y Mroczek, 1993).

Gran parte de la vida de los ancianos está enriquecida por la presencia de amistades de mucho tiempo y miembros de la familia. Aunque es posible que los ancianos vean a las personas con menos frecuencia, las relaciones personales continúan siendo relevantes, quizás incluso más que antes (Antonucci y Akiyama, 1995; Cars-tensen, 1995; C. L. Johnson y Troll, 1992).

## Amistad

Las amistades son parte importante de la vida en toda edad. Los amigos proporcionan compañía, alguien con quien compartir actividades, apoyo emocional en tiempos difíciles y una sensación de identidad e historia. Las amistades por lo general se basan en intereses y valores mutuos y se desarrollan entre personas de la misma generación o en la misma etapa de vida familiar, quienes validan las creencias y comportamientos mutuos (Dykstra, 1995). Los adultos jóvenes que están estableciéndose en su trabajo profesional y tal vez se encuentren ocupados en la crianza de sus bebés no tienen mucho tiempo para pasar con los amigos. Sin embargo, las amistades son relevantes para ellos. Las personas con amigos tienden a poseer un sentido de bienestar; o bien, tener amigos hace que las personas se sientan bien consigo mismas, o las personas que se sienten bien consigo mismas tienen más facilidad para hacer amigos (Hartup y Stevens, 1999; Myers, 2000).

Las mujeres por lo general establecen amistades más íntimas que los hombres y encuentran más satisfactoria la amistad con otras mujeres que con los hombres. Los hombres tienen más probabilidad de compartir información y actividades, no confidencias, con los amigos (Rosenblut y Steil, 1995).

Las redes sociales tienden a volverse más pequeñas y más íntimas en la adultez media. En comparación con las personas más jóvenes, muchas personas en la adultez media tienen poco tiempo y energía para dedicar a los amigos; están demasiado ocupados con la familia y el trabajo y con generar recursos para la jubilación. Sin embargo, las amistades persisten y son una fuerte fuente de apoyo emocional y bienestar, especialmente para las mujeres (Adams y Allan, 1998; Antonucci *et al.*, 2001). Las amistades con frecuencia giran en torno al trabajo y la paternidad; otras se basan en contactos vecinales o en organizaciones voluntarias (Antonucci *et al.*, 2001; Hartup y Stevens, 1999). Una mujer que haya demorado la maternidad hasta finales de sus treinta o sus cuarenta puede tener amistad con otras madres que sean muchos años más jóvenes que ella, así como con colegas profesionales que sean mucho mayores.

La calidad de las amistades durante la adultez media con frecuencia compensa la falta de tiempo dedicado a ellas. Especialmente durante una crisis, como un divorcio o un problema con un padre anciano, los adultos buscan a los amigos para obtener apoyo emocional, guía práctica, confort, compañía y plática (Antonucci y Akiyama, 1997; Hartup y Stevens, 1999; Sutor y Pillemer, 1993). El significado de la amistad cambia poco durante el ciclo de la vida, pero su contexto y contenido puede variar.

Entre los ancianos, las amistades por lo general ya no se vinculan con el trabajo y la paternidad, como en periodos anteriores de la adultez. En vez de ello, se enfocan en la compañía y el apoyo (Hartup y Stevens, 1999).

El hecho de que las personas *elijan* a sus amigos puede ser especialmente importante para los ancianos, quienes con frecuencia sienten que el control sobre sus vidas se les escabulle (Adams, 1986). Este elemento de elección puede ayudar a explicar por qué la mayoría de los ancianos tienen amigos cercanos, y por qué quienes tienen un círculo activo de amigos son más felices y más sanos (Babchuk, 1978-1979; Lemon, Bengtson y Peterson, 1972; Steinbach, 1992).

La intimidad es relevante para los ancianos, quienes necesitan saber que todavía son valorados y queridos a pesar de sus pérdidas físicas y de otra índole. Esto es especialmente cierto para las mujeres anteriormente casadas (Essex y Nam, 1987). Hasta bien avanzada la vejez, las mujeres continúan viendo a sus amigos al menos con tanta frecuencia como en el pasado. Los ancianos ven menos a los amigos, o los ven más en grupos en lugar de hacerlo de manera individual, y consideran la amistad menos importante (Field y Minkler, 1988).

Las personas ancianas pasan más tiempo de ocio activo con los amigos, y la jovialidad y espontaneidad de las amistades las ayuda a elevarse sobre las preocupaciones diarias. La brevedad relativa y la poca frecuencia con que ven a los amigos puede agregar su sabor especial. Los ancianos disfrutan más el tiempo que pasan con sus amigos que el que comparten con sus familias (Antonucci y Akiyama, 1995). Los amigos y vecinos con frecuencia sustituyen a los miembros de la familia que están lejos. Y aunque los amigos no pueden sustituir a un esposo o un compañero, pueden ayudar a compensar la falta de uno (Hartup y Stevens, 1999).

Los adultos mayores de 85 años que mantienen amistades, con frecuencia llaman amigo a alguien que anteriormente habría sido considerado simplemente como conocido. Puesto que las discapacidades pueden obstaculizar el contacto cara a cara, las amistades se pueden mantener por teléfono o correo y en estos casos tienden a ser menos íntimas que en años anteriores (Johnson y Troll, 1994).

## Amor

Para la mayoría de los adultos, una relación amorosa con un compañero, del mismo o del otro sexo, es un elemento esencial de sus vidas. De acuerdo con la **teoría triangular del amor** de Robert J. Sternberg (1985b; Sternberg y Barnes, 1985; Sternberg y Grajek, 1984), el amor tiene tres fases o elementos: intimidad, pasión y compromiso. La *intimidad*, el elemento emocional, involucra autodescubrimiento, lo que conduce a conexión, calidez y confianza. La *pasión*, el elemento motivacional, se basa en impulsos internos que traducen la excitación fisiológica en deseo sexual. El *compromiso*, el elemento cognitivo, es la decisión de amar y permanecer con el ser amado. El grado en el que estos tres elementos están presentes determina qué tipo de amor siente la gente (véase la tabla 9.1) y las incongruencias pueden provocar

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué relevancia tienen en tu vida los amigos, las personas significativas y los miembros de la familia? ¿Alguno es más importante que los otros?

**TABLA 9.1**

*Patrones de amor*

<b>Tipo</b>	<b>Descripción</b>
Sin amor	Los tres componentes del amor (intimidad, pasión y compromiso) están ausentes. Esto describe la mayoría de las relaciones personales, que son simplemente interacciones casuales.
Agrado	La intimidad es el único componente presente. Esto es lo que se siente en la verdadera amistad y en muchas relaciones amorosas. Hay cercanía, comprensión, apoyo emocional, afecto, adhesión y calidez. Ni la pasión ni el compromiso están presentes.
Enamoramiento	La pasión es el único componente presente. Éste es el “amor a primera vista”, una fuerte atracción física y excitación sexual, sin intimidad o compromiso. Puede encenderse súbitamente y morir igual de rápido, o, dadas ciertas circunstancias, a veces puede durar mucho tiempo.
Amor vacío	El compromiso es el único componente presente. Con frecuencia éste se encuentra en las relaciones de largo plazo que han perdido intimidad y pasión, o en los matrimonios arreglados.
Amor romántico	La intimidad y la pasión están presentes. Los amantes románticos se atraen físicamente uno a otro y se enlazan emocionalmente. Sin embargo, no están comprometidos el uno con el otro.
Amor de compañía	La intimidad y el compromiso están presentes. Ésta es una amistad comprometida de largo plazo, que con frecuencia ocurre en los matrimonios en los que la atracción física murió pero en la que los compañeros sienten cercanía mutua y tomaron la decisión de permanecer juntos.
Amor fatuo	La pasión y el compromiso están presentes, sin intimidad. Éste es el tipo de amor que conduce a un cortejo turbulento, en el que una pareja hace un compromiso sobre la base de la pasión sin permitirse el tiempo para desarrollar intimidad. Este tipo de amor por lo general no dura, a pesar del intento inicial por comprometerse.
Amor consumado	Los tres componentes están presentes en este amor “completo”, por el que luchan muchas personas, especialmente en las relaciones románticas. Es más fácil alcanzarlo que conservarlo. Cualquier miembro de la pareja puede cambiar lo que quiere de la relación. Si el otro miembro de la pareja también cambia, la relación puede desarrollarse en una forma diferente. Si la otra persona no cambia, la relación se puede disolver.

FUENTE: Sternberg, 1985b.

problemas en las relaciones. Algunas investigaciones sugieren que la confianza, que es esencial para la intimidad con un amante, depende de la seguridad de los apegos tempranos, apegos a padres o cuidadores en la infancia y niñez (DeAngelis, 1994).

¿Los opuestos se atraen? No como regla. La investigación encuentra una tendencia hacia el **emparejamiento selectivo**: así como las personas eligen a los amigos con quienes tienen algo en común, tienden a enamorarse y casarse con alguien muy parecido a ellos (Epstein y Gutmann, 1984). De acuerdo con la hipótesis de emparejamiento, las personas que están saliendo y que son casi igualmente atractivas son las más probables para desarrollar relaciones cercanas (Harvey y Pauwels, 1999). Los amantes con frecuencia se parecen uno al otro en apariencia física y atractivo, salud mental y física, inteligencia, popularidad y calidez. Es probable que sean similares en el grado en que sus padres son felices como individuos y como pareja, y en factores como estatus socioeconómico, raza, religión, educación e ingreso (Murstein, 1980). Marido y mujer con frecuencia también tienen temperamentos similares; quienes corren riesgos con frecuencia se casan con otros arriesgados, ¡aunque puedan estarse exponiendo a un divorcio temprano! (Zuckerman, 1994.)

Desde luego, el amor no siempre dura. Entre estudiantes universitarios a quienes se les pidió recordar cómo o por qué se enamoraron o desenamoraron de un compañero anterior, aquellos que pudieron explicar por qué terminaron sus relaciones anteriores estaban más satisfechos con sus compañeros actuales que aquellos cuyas relaciones anteriores parecían no estar resueltas (Clark y Collins, 1993).

## Sexualidad

El desarrollo sexual tiene un lado físico (véase el capítulo 3), pero también uno social. En Estados Unidos actualmente hay mucho más apertura para discutir y expresar la sexualidad de la que existía en el pasado, y mayor aceptación de la actividad sexual como algo normal, sano y placentero. Un cambio principal se ha dado con respecto a la mayor aceptación del sexo prematrimonial o no marital, particularmente en una relación monógama amorosa. Un cambio asociado, es el cuestionamiento del *estándar doble*, el código que tradicionalmente daba a los hombres más libertad sexual que a las mujeres. Un tercer cambio implica mayor apertura y aceptación hacia la homosexualidad.

### ORIENTACIÓN SEXUAL

Comúnmente se reconocen tres **orientaciones sexuales**: **homosexual**, atracción hacia individuos del propio género; **heterosexual**, atracción entre individuos de distintos géneros; y **bisexual**, atracción hacia miembros de cualquier género. A las personas con orientación homosexual en ocasiones se les conoce como “gay” (tanto hombres como mujeres) o “lesbiana” (sólo mujeres). La orientación sexual es diferente del comportamiento sexual en tanto que aquélla se refiere a sentimientos y autoconcepto. La orientación sexual de una persona puede o no expresarse en el comportamiento (American Psychological Association, 2001).

La homosexualidad se considera normal en muchas sociedades (Evans-Pritchard, 1970; Ford y Beach, 1951; Herdt, 1981, 1987, Schieffelin, 1976), o incluso como preferible a la heterosexualidad (Kelly, 1976; van Baal, 1966); y su incidencia parece ser similar en diversas culturas (Hyde, 1986). En Estados Unidos, aunque la homosexualidad se ha vuelto más visible en años recientes, sólo 2.8 por ciento de los

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Crees que la presión cultural, los patrones de comportamiento aprendidos o las características heredadas juegan un papel relevante en la orientación sexual?



hombres y 1.4 por ciento de las mujeres en una gran encuesta nacional representativa se identifican a sí mismos como homosexuales o bisexuales. Sin embargo, 5 por ciento de los hombres y 4 por ciento de las mujeres reportan al menos un encuentro homosexual como adultos. La identificación homosexual fue más prevalente (9 por ciento para hombres y 3 por ciento para mujeres) en las ciudades más grandes (Michael, Gagnon, Laumann y Kolata, 1994).

La orientación homosexual no se limita a un tipo particular de persona. Los hombres gais y las mujeres lesbianas son de todas las edades, antecedentes culturales, razas, religiones y nacionalidades. Trabajan en todas las ocupaciones y viven en todos los países (American Psychological Association, 2001). La orientación sexual surge para la mayoría de las personas en la adolescencia temprana sin alguna experiencia sexual previa. Más aún, algunas personas reportan intentar arduamente durante muchos años cambiar su orientación sexual de homosexual a heterosexual, sin éxito. Por estas razones, los psicólogos no consideran que la orientación sexual sea una elección consciente que se pueda cambiar voluntariamente (American Psychological Association, 2001).

¿Qué causa la orientación sexual? Freud creía que está determinada por estilos de paternidad; los teóricos del aprendizaje afirman que (como cualquier otro comportamiento) es aprendido a través de imitación y reforzamiento. Hasta el momento, ninguna de estas perspectivas es apoyada de manera contundente por la investigación.

Una revisión de un gran número de estudios indica que la biología puede jugar un importante papel en la orientación sexual (Gladue, 1994). Un hombre o mujer que sea gemelo idéntico de un homosexual tiene aproximadamente un 50 por ciento de probabilidades de volverse homosexual; en comparación, la cifra para un gemelo fraterno es de sólo aproximadamente 20 por ciento, y la cifra para un hermano adoptado es de 10 por ciento o menos. Aunque una serie de estudios vincularon la homosexualidad masculina con una pequeña región del cromosoma X heredado de la madre (Hamer, Hu, Magnuson, Hu y Pattatucci, 1993; Hu *et al.*, 1995), investigaciones posteriores fracasaron para replicar estos hallazgos (Rice, Anderson, Risch y Ebers, 1999). No se ha establecido de qué manera la actividad hormonal afecta el desarrollo del cerebro y cómo las diferencias en la estructura cerebral pueden provocar una diferencia en la orientación sexual (Golombok y Tasker, 1996). Sin embargo, se ha reportado una diferencia anatómica entre hombres homosexuales y heterosexuales en una área del cerebro que gobierna el comportamiento sexual (LeVay, 1991).

Desde luego, no puede asegurarse que una correlación entre orientación sexual y estructura o funcionamiento cerebral indiquen una relación causal. Sin embargo, aunque no todos los hombres y mujeres pueden lograr su orientación sexual en la misma forma, parece cada vez más probable que se trata de un proceso complejo en el que los genes pueden interactuar con ciertos aspectos hormonales y ambientales cruciales.

Las actitudes negativas hacia la homosexualidad disminuyen lentamente en Estados Unidos, pero casi tres de cada cuatro hombres y más de dos de cada tres mujeres todavía la desapruaban (Gardiner *et al.*, 1998). De acuerdo con una encuesta del *Newsweek* (2000), casi la mitad de la población encuestada considera a la homosexualidad un pecado, y un tercio de los entrevistados en otra encuesta (*Americans on Values*, 1999) cree que es una enfermedad, contrarios a la posición establecida por la American Psychiatric Association (APA, 2000).

El estigma social contra la homosexualidad, y la discriminación que refleja, puede tener efectos significativos sobre la salud mental de gays y lesbianas. Algunos estudios encontraron un mayor riesgo de ansiedad, depresión y otros trastornos psiquiátricos entre gays y lesbianas que entre heterosexuales.

#### ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO SEXUALES

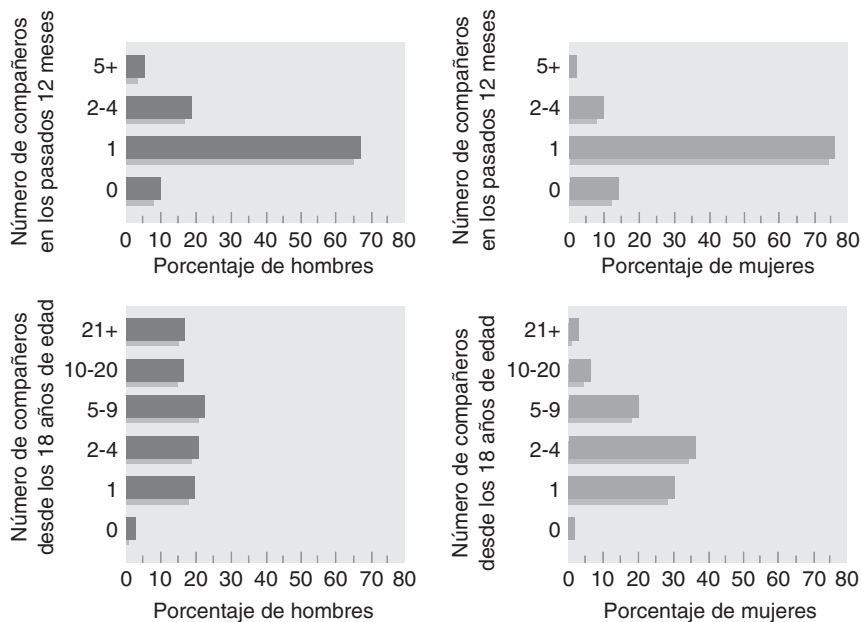
Las visiones acerca de la actividad sexual caen en tres categorías principales, de acuerdo con una gran encuesta nacional de actitudes y comportamiento sexuales. Alrededor de 30 por ciento de los estadounidenses tienen actitudes tradicionales, o *reproductivas*, hacia el sexo: que el sexo es permisible sólo para propósitos reproductivos dentro del matrimonio. Otro 25 por ciento (más hombres que mujeres) tienen una visión *recreativa* del sexo: que cualquier cosa que se sienta bien y no lastime a nadie es buena. Aproximadamente 45 por ciento tienen una visión *relacional*: que el sexo se debe acompañar con amor o afecto, pero no necesariamente matrimonio (Laumann y Michael, 2000). Estas tres visiones estructuran el debate nacional acerca de qué es bueno y malo cuando se trata de comportamiento sexual.

De acuerdo con un reporte, 61 por ciento de los hombres, pero sólo el 12 por ciento de las mujeres, nacidos antes de 1910 admiten el sexo prematrimonial. Hacia la década de los ochenta, las mujeres tenían casi tanta experiencia sexual antes del matrimonio como los hombres (T. W. Smith, 1994).

El cambio en actitudes hacia el sexo prematrimonial entre los adultos jóvenes en Estados Unidos desde los años 60 es impresionante. Entre 1965 y 1994, la desaprobación del sexo antes del matrimonio cayó de 63 a 30 por ciento entre hombres y de 80 a 44 por ciento entre mujeres (Scott, 1998).

Sin embargo, en algunos otros aspectos, el cambio en actitudes y comportamiento sexual no es tan radical. Ni hombres ni mujeres parecen ser tan promiscuos como a veces se piensa. La media de compañeros sexuales después de los 18 es de dos para mujeres y de seis para hombres. La mayoría de las personas encuentran a sus parejas a través de conocidos mutuos y por ende tienden a ser similares en edad, nivel educativo y antecedentes raciales, étnicos y religiosos (véase la figura 9.1).

La desaprobación del sexo extramarital en la actualidad es incluso mayor en la sociedad estadounidense que la desaprobación de la homosexualidad, 94 por ciento, aunque acaso no tan intensa o tan públicamente expresada como en la época de Ingrid Bergman. El patrón de una fuerte desaprobación del sexo extramarital y una bastante débil desaprobación del sexo antes del matrimonio también es una realidad en países europeos como Gran Bretaña, Irlanda, Alemania, Suecia y Polonia, aunque los grados de desaprobación difieren de un país a otro. Estados Unidos tiene más actitudes restrictivas que cualquiera de estos países, excepto Irlanda, donde la influencia de la iglesia católica es fuerte. Por ejemplo, en Alemania y Suecia, sólo del 3 al 7 por ciento de los adultos desaprueban el sexo antes del matrimonio (Scott, 1998). En China, las actitudes sexuales y la actividad sexual antes y fuera del matrimonio se han liberalizado drásticamente a pesar de la prohibición oficial de tener sexo extramarital (Gardiner *et al.*, 1998). Las encuestas tomadas a intervalos de cinco años en Holanda encontraron que, en gran medida como en Estados Unidos, las actitudes hacia el sexo extramarital se liberalizaron entre 1965 y 1975 y luego se volvieron más restrictivas. Las personas más jóvenes, con mayor nivel educativo y



**FIGURA 9.1** *Número de compañeros sexuales en los pasados 12 meses y desde los 18 años de edad.* FUENTE: Datos de Michael, Gagno, Laumann y Kolata, 1994.

menos religiosas tienden a mostrar actitudes más liberales hacia el sexo, y los hombres son todavía más liberales que las mujeres (Kraaykamp, 2002).

Aunque una buena relación sexual se considera importante para la calidad de vida, para la mayor parte de los ancianos, la calidad de las relaciones interpersonales es incluso más relevante. La actividad sexual reportada declina con la edad tanto para hombres como para mujeres. Esto se puede deber a condiciones médicas y a la pérdida de un compañero (AARP, 1999).

La brecha generacional en actitudes sexuales entre quienes alcanzaron la madurez en la década de los sesenta y sus padres puede presagiar una vida sexual más activa para la generación más joven conforme envejece. Las mujeres de 45 a 59 años tienen muchas más probabilidades de aprobar el sexo entre compañeros no casados y menos probabilidad de creer que “el sexo sólo es para gente joven”, que las mujeres de 60 años y más. Los ancianos también adoptan valores más conservadores que los hombres más jóvenes, pero la brecha es mucho más estrecha. Una brecha generacional en actitudes hacia la sexualidad sugiere que las futuras generaciones de adultos mayores pueden no aceptar la abstinencia como lo hace la actual generación anciana (AARP, 1999).

#### SIDA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL

Alrededor de 30 por ciento de los adultos, debido a la amenaza del SIDA, dice que ha modificado su comportamiento sexual al tener menos compañeros, elegirlos más cuidadosamente, usar condones o abstenerse del sexo (Feinleib y Michael, 2000; Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, 1994; Michael, Gagnon, Laumann y Kolata,

1994). De hecho, de acuerdo con un gran estudio nacional representativo, cerca del once por ciento dice que se abstiene del sexo por completo (Michael *et al.*, 1994). De igual modo, en una muestra nacional representativa de mujeres sexualmente experimentadas, no casadas, de 15 a 44 años de edad, un tercio cambió su comportamiento, limitando frecuentemente el número de compañeros (McNally y Mosher, 1991).

Las prácticas de sexo seguro se volvieron prevalentes entre los homosexuales a principio de los noventa, cuando otrora muchos habían llegado irresponsablemente al punto de la promiscuidad sin considerar las posibles consecuencias.

De acuerdo con los Centers for Disease Control, el número de estadounidenses con SIDA es de 816 149 (CDC, 2001). A nivel mundial el número se estima en 42 millones (CDC, 2001) y 21.8 millones han muerto, incluidos 3.1 millones en el año 2002. Cada año 5 millones de personas se infectan, 15 mil al día (CDC, 2001). Se sabe que más de 448 mil ciudadanos estadounidenses han muerto de SIDA. Los nuevos medicamentos ayudaron en parte a que el número de muertes por año declinara de 50 610 en 1995 a 16 371 en 2002 (CDC, 2003; Pear, 2001). La disponibilidad de tratamiento medicamentoso costeable en África es una preocupación actual.

## ESTILOS DE VIDA MARITALES Y NO MARITALES

**PENSAMIENTO CRÍTICO**  
¿Qué factores influyen en las personas para que elijan estilos de vida distintos al matrimonio tradicional?

Las reglas actuales para considerar un comportamiento aceptable son más flexibles que durante la primera mitad del siglo xx. Las normas actuales ya no exigen que las personas se casen, permanezcan casadas o tengan hijos, y a qué edades. Las personas pueden permanecer solteras, vivir con un compañero de cualquier sexo, divorciarse, volver a casarse, ser padres solteros o no tener hijos; y las opciones pueden cambiar durante el curso de la adultez.

La proporción de hogares estadounidenses conformados por parejas casadas con sus propios hijos cayó de 40 por ciento en 1970 a 24 por ciento en 2000. Mientras tanto, la proporción de hogares en los que una persona vive sola aumentó de 17 a 26 por ciento (Fields y Casper, 2001; U. S. Bureau of the Census, 2002). Actualmente, las personas se casan más tarde, si acaso lo hacen; otros más tienen hijos fuera del matrimonio, si los tienen; y algunos más terminan con sus matrimonios (Fields y Casper, 2001; T. Smith, 1999). Aún así, un abrumador 95 por ciento de hombres y mujeres se ha casado en algún momento antes de los 65 años de edad, “lo que indica que el matrimonio todavía es parte importante de la vida estadounidense” (Fields y Casper, 2001; Fields, 2004, p. 10).

En esta sección, se aborda el matrimonio y sus alternativas. En la siguiente, se examina la paternidad.

### Soltería

El número de adultos jóvenes que no se han casado aumentó drásticamente. En 2000, alrededor del 45 por ciento de las personas de 25 a 29 años no se había casado, la cifra aumentó en tres veces desde 1970. Incluso entre las personas de 35 a 44 años, el 15.5 por ciento nunca se había casado (Fields y Casper, 2001). La tendencia es particularmente pronunciada entre mujeres afroamericanas, 35 por ciento de las cuales siguen sin casarse a finales de sus treinta (Teachman, Tedrow y Crowder, 2000).

En un estudio de 300 mujeres solteras afroamericanas, blancas y latinas en el área de Los Ángeles (Tucker y Mitchell-Kernan, 1998), los miembros de los tres grupos tuvieron dificultad para encontrar hombres con similares antecedentes educativos y sociales; pero a diferencia de los otros dos grupos, las mujeres afroamericanas, cuya edad promedio fue de 40 años, parecieron relativamente despreocupadas por la situación.

Aunque algunos adultos jóvenes permanecen solteros porque no encuentran a la pareja correcta, otros lo son por elección. Hoy en día más mujeres se mantienen a sí mismas, y la presión social para casarse es menor. Algunas personas quieren ser libres para correr riesgos, experimentar y hacer cambios, viajar por el país o por el mundo, ejercer su profesión, continuar estudiando o hacer trabajo creativo sin preocuparse sobre cómo su búsqueda de autorrealización afecta a otra persona. Algunas gozan la libertad sexual o un estilo de vida emocionante. Algunas sólo disfrutan estar solas. Y otras posponen o evitan el matrimonio por el temor de que terminará en divorcio. El aplazamiento tiene sentido, pues, como verás, mientras más jóvenes sean las personas cuando se casan por primera vez, más probabilidad hay de que se separen. En términos generales, a los solteros les gusta su estatus (Austrom y Hanel, 1985). La mayoría no están solos (Cargan, 1981; Spurlock, 1990); están ocupados y activos y se sienten seguros de sí mismos.

En más de la mitad del mundo, 5 por ciento o menos de los ancianos y 10 por ciento o menos de las ancianas nunca se han casado. En Europa, tal diferencia de género puede reflejar la cantidad de los hombres casaderos que cobró la Segunda Guerra Mundial, cuando la cohorte actual de ancianos estaba en edad para casarse. En algunos países latinoamericanos y del Caribe, las proporciones de los que nunca se han casados son más altas, probablemente debido a la prevalencia de uniones consensuales (Kinsella y Velkoff, 2001). En Estados Unidos, sólo 4 por ciento de los hombres y mujeres de 65 años y más nunca se han casado (Administration on Aging, 2001). Es probable que este porcentaje aumente conforme los individuos en la adultez media de hoy envejecen, dado que proporciones más grandes de dicha cohorte, especialmente afroamericanos, permanecen solteros (U. S. Bureau of the Census, 1991a, 1991b, 1992, 1993).

Los ancianos que nunca se casaron son más propensos que sus pares divorciados o viudos a preferir la vida de solteros y menos propensos a estar solos (Dykstra, 1995). En un estudio, las mujeres que nunca se casaron ni tuvieron hijos fueron clasificadas en tres tipos de roles o relaciones relevantes: lazos con parientes consanguíneos, como hermanos o tíos; lazos de tutores con personas más jóvenes; y amistades de la misma generación y el mismo sexo (Rubinstein, Alexander, Goodman y Luborsky, 1991).

Los ancianos anteriormente casados tienen muchas más probabilidades de salir con alguien que las ancianas, probablemente por la mayor disponibilidad de mujeres en este grupo de edad. La mayoría de los ancianos que tienen citas son sexualmente activos pero no esperan casarse. Entre blancos y afroamericanos, los hombres están más interesados en el involucramiento romántico que las mujeres, quienes pueden temer quedar “encerradas” en los tradicionales roles de género (K. Bulcroft y O’Conner, 1986; R. A. Bulcroft y Bulcroft, 1991; Tucker, Taylor y Mitchell-Kernan, 1993).

Conforme las mujeres afroamericanas envejecen, tienen menos probabilidad que los varones afroamericanos de casarse, involucrarse románticamente o interesarse

en una relación romántica, acaso por razones prácticas, como el que las mujeres no casadas tienden a estar mejor financieramente que las casadas (Tucker *et al.*, 1993). Pero un estado de soltería entraña riesgos: una mujer afroamericana que viva sola en la edad tardía tiene tres veces más probabilidad de ser pobre que una mujer blanca en dicha situación (U. S. Bureau of Census, 1991b).

## Relaciones gays y lésbicas

Los adultos tienen más probabilidad que los adolescentes de identificarse a sí mismos como homosexuales. Debido a la fuerte desaprobación social de la homosexualidad, **salir del armario**, el proceso de descubrir abiertamente una orientación homosexual, con frecuencia es lento y doloroso. Dejar el armario por lo general ocurre en cuatro etapas, que posiblemente nunca se logren por completo (King, 1996):

1. *Reconocimiento de la homosexualidad.* Esto puede tener lugar temprano en la niñez o no, hasta la adolescencia o más tarde. Puede ser una experiencia solitaria, dolorosa y confusa.
2. *Salir a conocer a otros homosexuales* y establecer relaciones sexuales y románticas. Esto puede no ocurrir sino hasta la adultez. El contacto con otros homosexuales puede disminuir los sentimientos de aislamiento y mejorar la autoimagen.
3. *Informar a la familia y amigos.* Muchos homosexuales pueden no hacer esto durante mucho tiempo, o nunca. La revelación puede ocasionar desaprobación, conflicto y rechazo; o profundizar la solidaridad y el apoyo familiares (Mays, Chatters, Cochran y Mackness, 1998).
4. *Apertura completa.* Esto incluye decir a colegas, empleadores y otros. Los homosexuales que alcanzan esta etapa logran la aceptación saludable de su sexualidad como parte de quiénes son.

Debido al secreto y el estigma que rodean a la homosexualidad, los estudios de gays y lesbianas tienden a tener problemas de muestreo. La poca investigación que existe acerca de personas gays se enfoca principalmente en hombres blancos urbanos con ingreso y educación por arriba del promedio. Las lesbianas estudiadas hasta el momento también tienden a ser principalmente blancas, profesionistas y de clase media o alta.

Esta investigación sugiere que las relaciones gays y lésbicas toman muchas formas, pero la mayoría de los homosexuales (como la mayoría de los heterosexuales) busca amor, compañía y satisfacción sexual a través de la relación con una persona. Tales relaciones son más comunes en sociedades que los toleran, aceptan o apoyan (Gardiner *et al.*, 1998). Los ingredientes de la satisfacción a largo plazo son muy similares en las relaciones homosexuales y heterosexuales (Patterson, 1995b).

Las lesbianas tienen más probabilidad de tener relaciones monógamas estables que los hombres gays. Sin embargo, desde la epidemia de SIDA, los hombres gays han estado más interesados en relaciones de largo plazo. Los compañeros gays y lesbianas que viven juntos tienden a ser tan comprometidos como las parejas casadas (Kurdek, 1995).

Las relaciones gays y lésbicas tienden a ser más fuertes si se reconocen como tales por parte de la familia y amigos, y si la pareja busca apoyo en ambientes gays (Haas

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Debe permitirse el matrimonio de las personas con orientación homosexual? ¿Que adopten niños? ¿Que sean cubiertas por el plan de atención a la salud de su compañero?

y Stafford, 1998). Salir del armario con los padres con frecuencia es difícil mas no necesariamente tiene un impacto adverso sobre la relación de pareja (LaSala, 1998). Cuando la familia y los amigos brindan apoyo y validan la relación, su calidad tiende a ser mayor (R. B. Smith y Brown, 1997).

Las parejas gays y lésbicas tienden a ser más igualitarias que las parejas heterosexuales pero, como con muchas parejas heterosexuales, equilibrar el compromiso con las carreras y la relación puede ser difícil. Las parejas gays en las que un compañero está menos enfocado en su carrera que el otro tienen tiempos tranquilos, pero las parejas en las que ambos compañeros están centrados en la relación tienden a ser más felices.

Actualmente, los gays y lesbianas que se encuentran en la adultez media crecieron en una época cuando la homosexualidad se consideraba una enfermedad mental, y los homosexuales tienden a estar aislados no sólo de la comunidad en general, sino unos de otros. En la actualidad, esta generación pionera apenas comienza a explorar las oportunidades inherentes a la aceptación creciente de la homosexualidad.

Dado que muchos homosexuales todavía no “salen del armario” sino hasta bien entrada la adultez, la aparición de este evento crucial puede afectar otros aspectos del desarrollo. Los gays y lesbianas en la adultez media se pueden asociar abiertamente por primera vez y establecer relaciones. Muchos todavía trabajan los conflictos con los padres y otros miembros de la familia (en ocasiones incluidos cónyuges) u ocultan su homosexualidad.

En un estudio, más de 25 por ciento de las lesbianas en la adultez media vivían solas, incluso si estaban involucradas en relaciones íntimas (Bradford y Ryan, 1991). Esto en parte puede ser un efecto de cohorte; las lesbianas que crecieron en los cincuenta pueden estar incómodas acerca de vivir abiertamente con una compañera, como muchas lesbianas más jóvenes hacen ahora.

Los hombres gays que no salieron hasta la adultez media con frecuencia pasan a través de una prolongada búsqueda de identidad, marcada por culpa, secreto, matrimonio heterosexual y relaciones conflictivas con ambos sexos. En contraste, quienes reconocen y aceptan su orientación sexual de manera temprana en la vida con frecuencia cruzan barreras raciales, socioeconómicas y de edad dentro de la comunidad gay. Algunos se mudan a ciudades con grandes poblaciones gays, donde pueden buscar más fácilmente una pareja y establecer relaciones.

Hay poca investigación acerca de las relaciones homosexuales en la vejez. Esto se debe principalmente a que la actual cohorte de ancianos creció en una época cuando vivir abiertamente como homosexual era poco común (Hyck, 1995). Una importante diferencia está entre los homosexuales ancianos que se reconocieron a sí mismos como gays o lesbianas antes del surgimiento del movimiento de liberación gay a finales de los sesenta, y aquellos que no lo hicieron sino hasta que dicho movimiento (y el cambio en el discurso público que ocasionó) estaba en pleno apogeo. Mientras



© Bob Daemrich/Image Works

*Las lesbianas tienden a tener relaciones monógamas estables. Un estimado de 8 a 10 millones de niños estadounidenses viven con padres homosexuales.*

que el autoconcepto del primer grupo fue conformado por el estigma prevaleciente contra la homosexualidad, el segundo grupo tiende a considerar su homosexualidad simplemente como un *estatus*: una característica del yo, como cualquier otra (Rosenfeld, 1999).

Los ancianos homosexuales, como los heterosexuales, tienen fuertes necesidades de intimidad, contacto social y reproducción. Las relaciones de los gays y las lesbianas en la vida tardía tienden a ser fuertes, de apoyo y diversas. Muchos homosexuales tienen hijos de matrimonios anteriores; otros adoptan niños. Las redes de amistad o grupos de apoyo pueden sustituir a la familia tradicional (Reid, 1995).

Muchos gays y lesbianas, especialmente quienes mantienen relaciones cercanas y una fuerte relación con la comunidad homosexual, se adaptan a la vejez con relativa facilidad. El salir del armario, cuando ocurre, es una relevante transición del desarrollo, que puede mejorar la salud mental, la satisfacción de vida, la autoaceptación y el autorrespeto, y suavizar el ajuste al envejecimiento (Friend, 1991; Reid, 1995).

Los principales problemas de muchos gays y lesbianas ancianos surgen de las actitudes sociales: relaciones conflictivas con la familia de origen, discriminación, falta de servicios médicos o sociales y apoyo social, políticas insensibles de agencias sociales y lidiar con proveedores de atención a la salud o duelo y conflictos de herencia cuando su compañero enferma o muere (Berger y Kelly, 1986; Kimmel, 1990; Reid, 1995).

En la actualidad, los gays y lesbianas en Estados Unidos y Europa luchan por obtener reconocimiento legal de sus uniones, como en Holanda y en el estado de Vermont, y el derecho a adoptar niños o criar los propios. Muchos homosexuales que estuvieron casados y tuvieron hijos antes de salir del armario son incapaces de ganar o conservar la custodia. Otros adoptan niños o conciben con técnicas de reproducción asistida. Para dar a estos niños el beneficio de dos padres, la American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2002) apoya leyes que permiten la adopción por parte de parejas homosexuales.

Los gays y lesbianas también presionan para terminar con la discriminación en el empleo y el alojamiento. Un conflicto actual es si las parejas no casadas, homosexuales o heterosexuales, deben tener derecho de estar protegidos por un seguro médico y por planes de pensión mutuos, si deben ser capaces de llenar declaraciones de impuestos conjuntas y recibir licencia por fallecimiento del compañero y otros beneficios usuales del matrimonio. Tales provisiones ya surten efecto en Francia, Suecia, Noruega, Dinamarca y Holanda (Trueheart, 1999).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Desde tu experiencia, ¿es buena idea vivir con un amante antes del matrimonio? ¿Sí, no? ¿Por qué? ¿Establece alguna diferencia el que haya hijos de por medio?

## Cohabitación

La **cohabitación** es un estilo de vida en el que una pareja no casada involucrada en una relación sexual vive junta en lo que a veces se llama *unión consensual, libre o informal*. Tales uniones se han convertido en la norma en muchos países europeos, como Suecia y Dinamarca, donde las parejas que cohabitan tienen prácticamente los mismos derechos legales que las casadas, y cada vez se vuelven más comunes en Estados Unidos y Canadá (Popenoe y Whitehead, 1999; Seltzer, 2000). En Gran Bretaña, 70 por ciento de las primeras relaciones son cohabitaciones, y 60 por ciento



de las parejas que cohabitan eventualmente se casan (Ford, 2002). En Canadá, 12 por ciento de parejas cohabitaban en 1996, el doble que en 1981 (Wu, 1999).

La cohabitación puede ser o un sustituto o un “ensayo de matrimonio”. Las uniones consensuales se han aceptado desde hace mucho como una alternativa para el matrimonio en muchos países latinoamericanos; esto puede explicar por qué, por ejemplo, los puertorriqueños tienen tasas más altas de cohabitación y menos probabilidad que los blancos estadounidenses no hispanos a casarse con los compañeros con quienes viven. Aunque la ley familiar en Estados Unidos da a quienes cohabitan pocos de los derechos y beneficios del matrimonio, tal situación está cambiando, particularmente con respecto a la protección para los hijos de las parejas que cohabitan. Y, conforme la cohabitación se vuelve cada vez más común, las parejas que cohabitan se encuentran bajo menos presión social para casarse (Seltzer, 2000).

La cohabitación premarital acompaña a la tendencia hacia el matrimonio demorado, que se discute en la siguiente sección (Seltzer, 2000). Más de la mitad de todas las parejas estadounidenses que se casan primero han vivido juntas, como lo hicieron Ingrid Bergman y Roberto Rossellini (Popenoe y Whitehead, 1999; Seltzer, 2000). Al observar los datos de otra forma, más de la mitad (58 por ciento) de las primeras cohabitaciones que duraron tres años, y 70 por ciento de las que se prolongaron por cinco años, devinieron en matrimonio (Bramlett y Mosher, 2002). Sin embargo, las uniones de cohabitación tienden a ser menos estables que los matrimonios (Bramlett y Mosher, 2002). Muchos adultos tienen dos o más compañeros con quienes viven antes del matrimonio (Michael *et al.*, 1994; Popenoe y Whitehead, 1999). Las parejas con un hijo tienen menos probabilidad de separarse, ya sea que se casen o no (Seltzer, 2000).

De acuerdo con encuestas nacionales, la mayoría de los adultos jóvenes piensan que la cohabitación antes del matrimonio es una buena idea. Sin embargo, de acuerdo con algunas investigaciones, las parejas que viven juntas antes del matrimonio tienden a tener matrimonios infelices y mayor probabilidad de divorcio (Bramlett y Mosher, 2002; Popenoe y Whitehead, 1999; Seltzer, 2000). En parte, las mayores tasas de divorcio de parejas que cohabitan antes del matrimonio pueden reflejar los tipos de personas que eligen cohabitación, y no los efectos de la cohabitación en sí. Los cohabitantes tienden a mostrar actitudes no convencionales acerca de la vida familiar, y tienen menos probabilidad que la mayoría de las otras personas de seleccionar compañeros como ellos mismos en edad, raza o etnicidad y estatus marital previo. Presentan más probabilidad de tener padres divorciados e hijastros y a asumir actitudes liberales hacia el divorcio. Todos estos factores tienden a predecir matrimonios inestables (Cohan y Kleinbaum, 2002; Fields y Casper, 2001; D. R. Hall y Zhao, 1995; Popenoe y Whitehead, 1999; Seltzer, 2000). Sin embargo, Teachman (2003) encontró que la cohabitación no aumenta el riesgo de divorcio para las mujeres, si la cohabitación se limita al futuro marido.

## Matrimonio

El matrimonio no tiene el mismo significado en todas partes. En Tíbet, un hombre y su padre tienen la misma esposa. En Zaire, una mujer comparte su marido con su madre (World Features Syndicate, 1996). Pero la universalidad de alguna forma de matrimonio a lo largo de la historia y alrededor del mundo (Kottak, 1994) muestra

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Uno debe casarse pensando que será una relación permanente?  
¿Sí, no? ¿Por qué?

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo influyó la cultura en tu decisión acerca de casarte o no hacerlo? ¿Las influencias culturales provocan conflicto y son contradictorias? Si es así, ¿cómo se resolvió la contradicción?

que satisface una variedad de necesidades fundamentales. Por lo general, se considera que el matrimonio es la mejor forma de asegurar la crianza ordenada de los hijos. Proporciona una división del trabajo dentro de una unidad de consumo y de trabajo. Idealmente ofrece intimidad, amistad, afecto, satisfacción sexual y compañerismo.

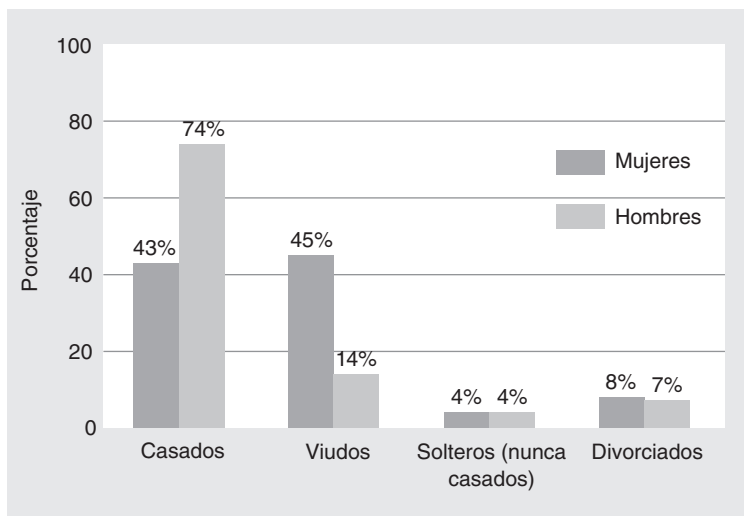
La típica “edad casadera” varía enormemente a través de las culturas (Bianchi y Spain, 1986). En Europa Oriental, las personas tienden a casarse temprano; en Hungría, por ejemplo, 70 por ciento de las mujeres y 33 por ciento de los hombres de 20 a 24 años de edad ya se casaron. En las naciones industrializadas se observa una tendencia hacia el matrimonio tardío, pues los adultos jóvenes se toman tiempo para seguir metas educativas y de carrera o explorar relaciones. En Escandinavia, 85 por ciento de las mujeres y 95 por ciento de los hombres de 20 a 24 años todavía no se casan (aunque la mayoría eventualmente se casará) y la cohabitación es común entre los adultos jóvenes. Japón también presenta una alta proporción de adultos jóvenes no casados, pero en vez de cohabitar tienden a vivir con sus padres. En Francia, el hombre por casarse o recién casado tiene 30 y su novia, 28, cinco años mayor que sus contrapartes hace un cuarto de siglo (Ford, 2002). En Canadá, la edad promedio del primer matrimonio para las mujeres se elevó de aproximadamente 23 a 27, y para los hombres de alrededor de 26 a 29, desde 1961 (Wu, 1999). En Estados Unidos, la edad promedio de las novias que se casan por primera vez es 25, y de los novios, casi 27, un ascenso de más de 3 años desde 1975 (U. S. Bureau of the Census, 2002).

En 1998, en Estados Unidos, 110.6 millones de adultos (56 por ciento de la población adulta) estaban casados y vivían con sus esposas (véase la figura 9.2). Entre las personas de 25 a 34 años de edad, 13.6 millones nunca se han casado, lo que representa 34.7 por ciento de todas las personas en el grupo de edad. Entre los afroamericanos en dicho grupo de edad, 53.4 por ciento nunca se ha casado (U. S. Bureau of the Census, 1998). La actual tasa de matrimonio radicalmente baja entre hombres afroamericanos puede deberse en parte al alto desempleo entre los hombres y mayor independencia económica entre las mujeres trabajadoras. Además, la baja expectativa de vida de los hombres afroamericanos, y su tendencia a casarse con mujeres mucho más jóvenes, reduce los prospectos maritales de las ancianas afroamericanas solteras (U. S. Bureau of the Census, 2000). En 2003, los ancianos (71 por ciento) tuvieron más probabilidad de casarse que las ancianas (41 por ciento) (AOA, 2004).

#### MATRIMONIO Y FELICIDAD

Las encuestas nacionales han mostrado que el matrimonio es el factor más relevante en la felicidad, más que el trabajo, la amistad o cualquier otra cosa. Sin embargo, algunos beneficios del matrimonio ya no están confinados al enlace conyugal. Las personas solteras pueden tener tanto sexo como compañía fuera del matrimonio, y el matrimonio ya no es la única (o incluso la más confiable) fuente de seguridad para las mujeres. Dado que ahora la mayoría de las mujeres casadas continúan trabajando, y la mayoría de los esposos no comparte igualmente las cargas de los quehaceres domésticos y el cuidado de los hijos (véase el recuadro 9.1), el matrimonio puede aumentar en vez de reducir el estrés de la mujer.

Los dos sexos con frecuencia tienen diferentes expectativas del matrimonio. Para las mujeres, la intimidad marital entraña compartir sentimientos y confidencias. El



**FIGURA 9.2 Estatus marital de personas de 65 años y más, 2000.** FUENTE: Administration on Aging, 2001; con base en datos del U. S. Bureau of Census; Papalia, Olds y Feldman, 2004.

hombre tiende a expresar intimidad a través del sexo, otorgar ayuda práctica y compañía y realizar cosas juntos (Thompson y Walker, 1989). Muchos hombres se sienten incómodos al hablar acerca de sus sentimientos, o incluso escuchar a sus esposas hablar de los suyos. Dado que las mujeres tienen más probabilidad de hacer cosas que son importantes para los hombres, éstos con frecuencia obtienen más de lo que es relevante para ellos, mientras que las esposas permanecen insatisfechas. Quizás esto ayuda a explicar por qué la asociación entre matrimonio y bienestar psicológico es más pronunciada para los hombres (Ross, Mirowsky y Goldsteen, 1990).

#### ACTIVIDAD SEXUAL MARITAL Y EXTRAMARITAL

Aparentemente, los estadounidenses tienen sexo con menos frecuencia que lo que los medios de comunicación sugieren, pero las personas casadas lo practican con más frecuencia que los solteros que no cohabitan. Entrevistas a profundidad cara a cara con una muestra aleatoria de 3 432 hombres y mujeres de 18 a 59 años encontraron que casi un tercio sostiene relaciones sexuales dos o más veces a la semana: 40 por ciento de las parejas casadas, más de 50 por ciento de las parejas que cohabitan y menos del 25 por ciento de quienes no viven con un compañero sexual (Michael *et al.*, 1994). Sin embargo, las parejas casadas reportan más satisfacción emocional del sexo que los solteros o las parejas que cohabitan (Waite y Joyner, 2000).

La mayoría de las parejas tienen relaciones sexuales más frecuentemente durante el primer año de matrimonio que posteriormente. La frecuencia de la actividad sexual tiende a relacionarse con la satisfacción de una pareja con el matrimonio (Call, Sprecher y Schwartz, 1995). Debido a cambios físicos en la capacidad sexual (véase el capítulo 3), la mayoría de las parejas casadas de ancianos tienen sexo con menos frecuencia pero todavía pueden encontrarlo intensamente placentero.



## *Qué estrategias de enfrentamiento utilizan las parejas en donde ambos son proveedores*

El creciente número de matrimonios en los que ambos miembros son empleados asalariados representa un relevante cambio de los patrones de la familia tradicional. En 1940 las mujeres constituían un cuarto de la fuerza laboral; para 1997 constituían casi la mitad de ella (Smith y Bachu, 1999).

Casi dos de cada tres familias estadounidenses conformadas por una pareja casada con hijos menores de 18 años son familias de dos proveedores (Bureau of Labor Statistics, 1999). Menos mujeres se toman tiempo para dedicarse a la maternidad. Dos de cada tres potenciales madres primerizas trabajan durante el embarazo, y tres cuartos de ellas regresan a laborar dentro del primer año después del nacimiento.

¿Por qué trabajan tantas mujeres? Muchos factores juegan una parte: el creciente costo de la vida; cambios en las leyes de divorcio, seguridad social e impuestos; cambio de actitudes acerca de los roles de género; disponibilidad de electrodomésticos caseros que ahorran trabajo; y la reducida brecha de ingreso entre trabajadores hombres y mujeres. Algunas mujeres simplemente quieren ser empleadas asalariadas (Jones, McGrattan y Manuelli, 2002).

En el estudio de las parejas de dos proveedores es importante reconocer la diversidad de estas familias (Barnett y Hyde, 2001). Además del patrón más tradicional de un proveedor principal (por lo general el hombre) y un proveedor secundario (generalmente la mujer), existen familias en las que ambos proveedores tienen carreras de gran impulso y considerables ganancias (como Petter Lindstrom e Ingrid Bergman). También existen muchas familias de clase media en las que uno o ambos compañeros reducen sus ingresos: recortan horas laborales, rechazan tiempo extra o dejan empleos que requieran viajar excesivamente, para aumentar el tiempo con la familia y reducir el estrés (Becker y Moen, 1999; Crouter y Manke, 1994). O una pareja puede

negociar: una carrera por un empleo, o la preferencia para el trabajo de alguno de los dos, dependiendo de cambios en oportunidades de carrera y responsabilidades familiares.

Los matrimonios de dos proveedores presentan tanto oportunidades como desafíos. En el lado positivo, un segundo ingreso puede ayudar a las familias a salir de la pobreza y acceder a un estatus de ingreso medio y a otras las puede hacer adineradas. Hace a las mujeres más independientes y les da una mayor participación en el poder económico y reduce la presión sobre los hombres para que sean los proveedores; 47 por ciento de las mujeres que trabajan aportan la mitad o más del ingreso familiar (Louis Harris y Associates, 1995). Los beneficios menos tangibles pueden incluir una relación más equitativa entre marido y mujer, mejor salud para ambos, mayor autoestima para la mujer y una relación más cercana entre un padre y su hijo (Gilbert, 1994).

En el lado negativo, las parejas que trabajan enfrentan demandas adicionales de tiempo y energía, conflictos entre trabajo y familia, posible rivalidad entre cónyuges y ansiedad y culpa acerca de satisfacer las necesidades de los hijos. La familia es más demandante, en especial para las mujeres que están empleadas de tiempo completo, cuando hay niños pequeños (Milkie y Peltola, 1999; Warren y Johnson, 1995). Las carreras son especialmente demandantes cuando un trabajador se establece o es ascendido. Ambos tipos de demandas frecuentemente ocurren en la adultez joven.

Los hombres y mujeres que laboran parecen igualmente afectados por estrés físico y psicológico, ya sea debido a trabajo que interfiere con la vida familiar o viceversa (Frone, Russell y Barnes, 1996). Sin embargo, aquéllos se pueden estresar por diferentes aspectos de la situación trabajo-familia. Entre 314 esposos con ingreso y nivel educativo relativamente altos, los hombres tuvieron más probabilidad

de sufrir de sobrecarga (acaso porque no socializaron para lidiar con las responsabilidades domésticas así como con las ocupacionales). Las mujeres presentaron más probabilidad de sentir la tensión de expectativas de rol conflictivas: la necesidad de ser agresiva y competitiva en el trabajo, pero compasiva y maternal en casa (Paden y Buehler, 1995).

Sobre todo, sugieren dos investigadores en estudios de la mujer, combinar los roles de trabajo y familia por lo general es benéfico tanto para los hombres como para las mujeres, en términos de salud mental y física y para la fortaleza de su relación (Barnett y Hyde, 2001). Tal conclusión se basa en un gran cuerpo de investigación empírica, incluidos hallazgos de que la mayoría de las diferencias de género psicológicas no son lo suficientemente relevantes o inmutables para que se requieran roles altamente diferenciados. Además del ingreso agregado, los factores que contribuyen a los efectos benéficos de los roles múltiples incluyen oportunidades crecientes para apoyo social y para experimentar éxito en más de un área; equilibrar las fallas o el estrés en un rol mediante el triunfo y la satisfacción en otro rol; perspectivas o marcos de referencia más amplios; creciente complejidad del autoconcepto, que puede amortiguar los vaivenes en estado de ánimo y autoestima; y similitud de experiencias, que puede mejorar la comunicación y la calidad marital. Sin embargo, los beneficios de los roles múltiples dependen de cuántos papeles asume cada compañero, las demandas de tiempo de cada rol y, más importante, el éxito o satisfacción que los compañeros derivan de sus roles. Los beneficios también se pueden moderar por la medida en la que las parejas sostienen actitudes tradicionales y no tradicionales hacia los roles de género.

La investigación sugiere que “la inevitabilidad de un ‘segundo turno’ para las esposas se exagera” (Gilbert, 1994). Las familias de dos proveedores caen en tres patrones: convencional, moderno y compartición de rol. En un matrimonio *convencio-*

*nal*, ambos compañeros consideran las faenas domésticas y la atención de los hijos “trabajo de mujeres”. El marido puede “ayudar”, pero da prioridad a su carrera; él por lo general es más ambicioso, gana más que su esposa y ve como “decisión de ella” agregar una carrera a su rol doméstico primario. En el patrón *moderno*, marido y mujer comparten el cuidado de los hijos, pero la esposa hace más trabajo doméstico. La paternidad activa del hombre puede surgir no de principios equitativos sino del deseo de relacionarse con sus hijos. El patrón de *compartición de roles*, el más equitativo, ocurre en al menos un tercio de las familias heterosexuales de dos proveedores. Ambos cónyuges se involucran activamente en las responsabilidades domésticas y familiares, así como en las carreras (Gilbert, 1994). Incluso entre las parejas altamente comprometidas con estilos de vida de proveedores duales, las tareas tienden a ser tipificadas por género: las esposas van de compras y los esposos cortan el pasto (Apostol *et al.*, 1993).

No obstante, las cargas del estilo de vida de proveedores duales por lo general caen con más peso en la mujer. En 1997, los hombres casados empleados pasaron casi una hora más en faenas domésticas y media hora más con sus hijos en días laborales que en 1977; aunque los esposos hicieron sólo aproximadamente dos tercios del trabajo doméstico y del cuidado de los hijos que hicieron las mujeres casadas empleadas (Bond y Galinsky, 1998).

Los efectos de un estilo de vida de dos proveedores sobre el matrimonio puede depender principalmente en cómo ven sus roles marido y mujer. Los roles desiguales no necesariamente se ven como inequitativos, y puede ser una *percepción* de injusticia la que contribuya más a la inestabilidad matrimonial. Una encuesta longitudinal nacional de 3 284 mujeres en familias de dos proveedores encontró mayor probabilidad de divorcio mientras más horas trabajara la mujer, *si* ella tenía una visión no tradicional de los roles matrimoniales. Dado

que los hombres por lo general hacen menos trabajo doméstico que las mujeres, es probable que una mujer que labora y que crea en una división equitativa del trabajo, perciba como injusta la mayor carga que ella soporta en comparación con su esposo; y tal percepción de injusticia probablemente se magnificará mientras más horas dedique al trabajo (Greenstein, 1995).

Lo que los cónyuges perciben como justo puede depender del tamaño de la aportación financiera de la esposa, si ella se ve así misma como una coprovedora o simplemente como alguien que aporta un ingreso complementario para su esposo, o bien del significado e importancia que ambos asignen al

trabajo de ella (Gilbert, 1994). En casi uno de cuatro hogares con dos proveedores, la esposa gana más que el esposo. En tales hogares, las mujeres pueden tener mayor voz en las decisiones financieras y de carrera de la familia. Cuando la mujer se considera como la principal sustentadora de la familia, puede haber una inversión de los roles de género tradicionales (Winkler, 1998). Cualquiera que sea la división real del trabajo, las parejas que están de acuerdo acerca de su valoración sobre aquella y que disfrutaban una vida familiar armoniosa, protectora y comprometida, se hallarán más satisfechas que quienes no se encuentran en tales circunstancias (Gilbert, 1994).

Algunas personas casadas buscan sexo fuera del matrimonio, especialmente después de los primeros años, cuando la excitación y la novedad del sexo con el cónyuge se desvanecen o surgen problemas en la relación. De acuerdo con encuestas recientes, el sexo extramarital es mucho menos común de lo que generalmente se piensa. Sólo aproximadamente 21 por ciento de los hombres y 11.5 por ciento de las mujeres que alguna vez estuvieron casados reportan haber tenido relaciones extramatrimoniales. Los adultos jóvenes tienen más probabilidades de involucrarse en actividad extramarital, que quienes nacieron antes de 1940 (T. W. Smith, 1994).

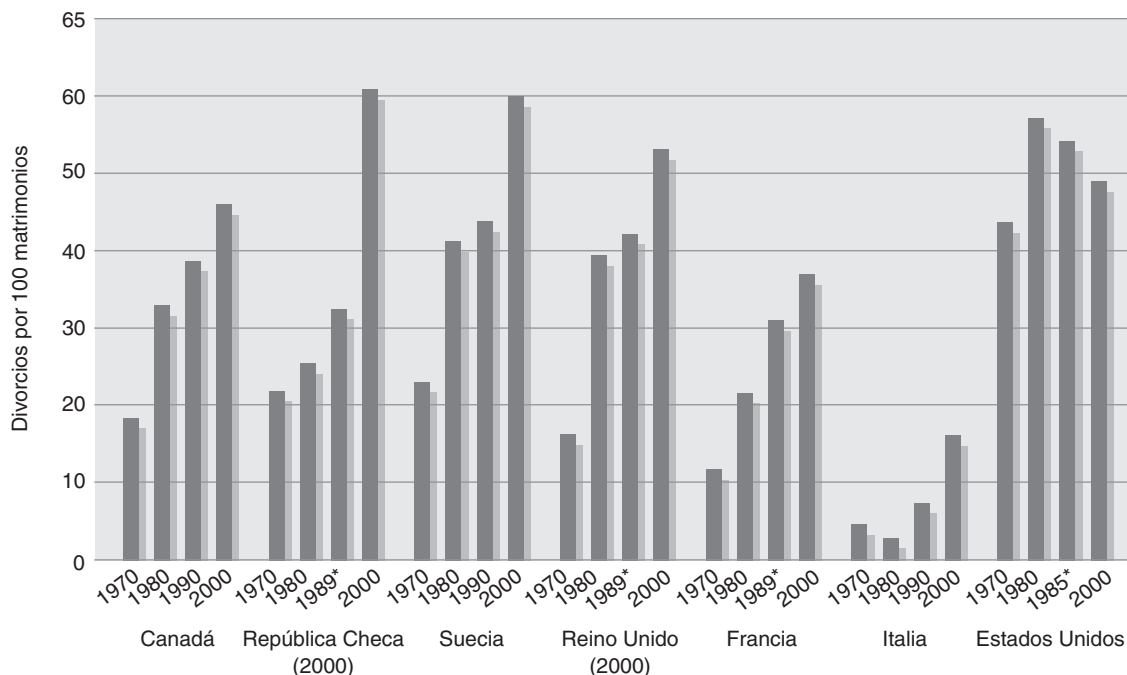
#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué conflictos crees que deben resolverse para reducir el porcentaje de divorcios en Estados Unidos?

### Divorcio y segundas nupcias

Las tasas de divorcio reflejan diferencias entre las culturas. El divorcio aumentó drásticamente en países como Reino Unido, Suecia, Francia y la antigua Unión Soviética. Tal incremento viene acompañado con la aprobación, en la mayoría de las naciones occidentales, principalmente en los años sesenta y setenta, de leyes de divorcio más liberales que eliminan la necesidad de encontrar a uno de los compañeros como culpable. Japón, una sociedad más tradicional, muestra tasas de divorcio más bajas y estables que cualquiera de aquellos países entre 1948 y 1988 (Burns, 1992). Naciones como Italia (véase la figura 9.3) e Irlanda, donde la oposición religiosa al divorcio es fuerte, no han experimentado tasas considerablemente más elevadas. Esto puede cambiar en Irlanda, donde un referéndum en noviembre de 1995 eliminó una prohibición constitucional acerca del divorcio.

Estados Unidos tiene una de las tasas de divorcio más altas en el mundo (Bruce, Lloyd y Leonard, 1995; Burns, 1992; U. S. Bureau of the Census, 1992; de nuevo, véase la figura 9.3). La tasa parece haber disminuido un poco desde 1980, después de haberse elevado durante dos décadas. En 2000 había 19.8 millones de estadouni-



**FIGURA 9.3** Las tasas de divorcio han aumentado desde 1970 en muchos países desarrollados; pero permanecen relativamente bajas en Italia, donde la oposición religiosa sigue siendo fuerte. La tasa de divorcio en Estados Unidos disminuyó ligeramente. FUENTE: Bruce, Lloyd y Leonard, 1995, p. 20; con base en datos de Monnier y Guilbert-Lamone, 1993; United Nations Economic Commission for Europe, 2003, y DivorceMagazine.com, 2003.

denses divorciados, lo que representa 9.8 por ciento de la población norteamericana (U. S. Bureau of the Census, 2001).

Las decrecientes tasas de matrimonio y las crecientes tasas de divorcio son especialmente significativas entre los afroamericanos. Desde 1950, el porcentaje de mujeres afroamericanas que se casan disminuyó de 62 a 36.1 por ciento, mientras que el divorcio subió de 3 a 11.7 por ciento. La disminución en el porcentaje de mujeres blancas casadas es menos impresionante, de 66 a 57.4 por ciento, mientras que el aumento en divorcios es comparable: de 2 a 10.2 por ciento (U. S. Census Bureau, 2000, de JointCenter.org 2003). Un tercio de los divorcios ocurre durante los primeros diez años de matrimonio (Bramlett y Mosher, 2001).

Las tasas de divorcio entre los “baby boomers” que envejecen y que ahora están en sus cincuenta, muchos de los cuales se casaron tardíamente y tuvieron menos hijos que en generaciones anteriores, es probable que continúen elevándose (Hiedermann *et al.*, 1998; Uhlenberg, Cooney y Boyd, 1990). Incluso en matrimonios largos, el creciente número de años que las personas pueden esperar vivir con buena salud después de que termina la crianza de los hijos puede causar la disolución de un matrimonio precario y el prospecto de unas posibles segundas nupcias, una opción más práctica y atractiva (Hiedermann *et al.*, 1998). Contrario a lo común-

mente se piensa, la investigación sugiere que las leyes de no culpabilidad, al menos en la mayor parte de Estados Unidos, *no* son significativamente responsables por el aumento en divorcios. Parece que los cambios en las antiguas leyes más rígidas (que se evadieron ampliamente) fueron más bien una respuesta a una mayor demanda por divorcios que una causa de ella (Marvell, 1989; Wright y Stetson, 1978).

Muchos aspectos sociales pueden ser los responsables del aumento global de divorcios en el pasado. Las mujeres que eran financieramente más independientes de sus esposos tuvieron menos probabilidad de permanecer en malos matrimonios. En vez de permanecer juntos “por el bien de los hijos”, es más probable que los cónyuges concluyan que permanecer en un matrimonio infeliz y lleno de problemas puede causar mayor daño psicológico. Desde luego, por el creciente número de parejas sin hijos, es más fácil regresar a un estado de soltería (Berscheid y Campbell, 1981; Eisenberg, 1995). Quizá resulte más relevante notar que mientras la mayoría de las personas *confía* en que sus matrimonios duren, pocas lo *esperan* de verdad. La tabla 9.2 resume otros factores en el divorcio.

**TABLA 9.2**

*Factores personales asociados con la probabilidad de divorcio*

<b>Factores</b>	<b>Características</b>
Cohabitación prematrimonial	Este factor se explica como resultado del hecho de que las personas que viven juntas son menos convencionales. Conforme tal estilo de vida se vuelve más común, deja de tener la misma influencia. Y de hecho, para cohortes recientes, el efecto es más débil. Si la cohabitación se da con un futuro esposo, no aumenta el riesgo de divorcio.
Casarse a una edad temprana	Éste es el predictor más fuerte de divorcio durante los primeros cinco años del matrimonio.
Criar un hijo antes del matrimonio	El embarazo prematrimonial por sí mismo no parece aumentar el riesgo de divorcio.
No tener hijos	Tener al menos un hijo reduce el riesgo de divorcio, especialmente si dicho hijo es un varón. Los padres tienden a estar más relacionados con los hijos que con las hijas, y una mayor participación del padre en la crianza del hijo reduce el riesgo de divorcio.
Hijastros en el hogar	La presencia de hijos de un matrimonio anterior ocasiona estrés adicional y lealtades divididas.
Divorcio de los propios padres	Éste es todavía un factor de riesgo relevante, aun ahora que es más común tener padres divorciados.
Ser afroamericano	Esta diferencia todavía existe, incluso cuando el estatus socioeconómico, la fertilidad, la proporción de hombres y mujeres y la edad en el matrimonio están controladas.

FUENTES: Schoen, 1992; L. K. White, 1990; Teachman, 2003.



## Consecuencias económicas del divorcio

A pesar de los enormemente publicitados acuerdos de las celebridades (por ejemplo, los 100 millones de dólares que el productor Steven Spielberg pagó a su ex esposa, Amy Irving, en 1989) la situación económica de la mayoría de las mujeres empeora después del divorcio (Kreider y Fields, 2002). La intención de algunas modificaciones, como la drástica reducción del mantenimiento conyugal o pensión alimenticia, era tratar a ambos cónyuges como iguales. Pero en la mayoría de los matrimonios, los dos esposos no tienen los mismos recursos económicos o la misma capacidad de negociación (Seltzer y Garfinkel, 1990).

La pensión alimenticia ahora se otorga a cualquier cónyuge en sólo uno de cada siete casos aproximadamente, y sólo durante 2 a 5 años. Esperar que una mujer en la adultez media, que nunca ha trabajado, o cuyo ingreso es significativamente menor que el de su ex esposo, se vuelva rápidamente autosuficiente, puede ocasionar obvias dificultades. El poder de las mujeres es más reducido por el hecho de que, en gran parte de Estados Unidos, ahora se permite que un cónyuge obtenga el divorcio sin necesidad del consentimiento del otro (Sitarz, 1990). Un requisito de mutuo consentimiento daría a una esposa dependiente el poder para exigir mejores términos (Becker, 1992).

Puesto que la mujer por lo general obtiene la custodia de los hijos y el apoyo para el sustento de los mismos (si se le otorga, que por lo general es inadecuado y con frecuencia se evade), muchas mujeres y sus familias tienen que hacer un gran ajuste financiero después del divorcio. Incluidas las ganancias del empleo, la mujer



© Aaron Haupt/Stock Boston

*Un mediador de divorcios intenta ayudar a una pareja a llegar a un acuerdo aceptable para ambos. Para algunas parejas, la mediación puede ser más amigable, más rápida y menos costosa que la negociación a través de abogados y puede resultar en un mejor acatamiento de los términos de la sentencia.*

divorciada promedio recibe sólo 70 por ciento de su ingreso anterior en el año siguiente al divorcio; cinco años después, su posición económica no mejora de manera apreciable. Más de 40 por ciento de las mujeres divorciadas ven reducidos sus ingresos en más de la mitad. Mientras tanto, el estándar de vida del hombre tiende a elevarse debido a que asigna una proporción más pequeña de su ingreso para sostener a su familia. El resultado es un aumento drástico en las tasas de pobreza para las mujeres y los niños involucrados en el divorcio o la separación (Duncan y Hoffman, 1985; Seltzer y Garfinkel, 1990). Más de la mitad de las familias pobres en Estados Unidos están encabezadas por madres solteras, de las cuales cuatro de cada cinco estuvieron casadas alguna vez (Weitzman, 1985). A nivel mundial, los hogares encabezados por mujeres, que aumentan en número, tienden a ser más pobres que los hogares encabezados por varones (Brocas, Cailloux y Oget, 1990; United Nations, 1991).

Las esposas que tienen menor ingreso propio tienden a obtener los acuerdos de propiedad menos favorables (Seltzer y Garfinkel, 1990). En estados de la Unión Americana que requieren igual división de la propiedad después del divorcio, la corte puede ordenar que la casa (frecuentemente el bien principal) se venda y las ganancias se dividan entre los ex cónyuges, lo que deja a la mujer y los hijos incapaces de encontrar hogares comparables al anterior (Weitzman, 1985). Si una mujer obtiene la casa, con frecuencia está hipotecada, mientras que el hombre por lo general obtiene activos líquidos (Illinois Task Force, 1990). Por otra parte, en la mayoría de los estados, las contribuciones no pagadas que un propietario hace al matrimonio ahora se consideran en el acuerdo de propiedad (Sitarz, 1990).

En muchos países, como Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Estados Unidos, el divorcio sin culpables está acompañado con el uso creciente de la mediación para resolver los conflictos concernientes al acuerdo de divorcio (Davidson, 1985; Foy, 1987). En vez de que las partes negocien a través de sus abogados, una tercera parte neutral, el mediador, los guía para ordenar sus derechos y responsabilidades. La meta es alcanzar un acuerdo justo que beneficie a ambas partes. La divulgación completa y franca de todos los bienes es esencial, así como su confidencialidad (Ferstenberg, 1992; Payne y Overend, 1990).

La mediación puede ser más amigable, consumir menos tiempo y ser menos costosa que las negociaciones de contrincantes, y dado que el acuerdo es voluntario, la mediación puede resultar en mejor acatamiento. También puede ayudar a una pareja para que coopere en lidiar con las necesidades de los hijos (Fernsternberg, 1992; Lemmon, 1983). Las parejas que no están bajo severa presión financiera y enfrentan bien el rompimiento de su matrimonio tienen más probabilidades de llegar a un acuerdo mediado y terminar satisfechas con el proceso (Irving y Benjamin, 1988).

#### AJUSTE EMOCIONAL AL DIVORCIO

El divorcio no es un solo hecho. Es un *proceso*, “una secuencia de experiencias potencialmente estresantes que comienzan antes de la separación física y continúan después de ella” (Morrison y Cherlin, 1995, p. 801). Terminar incluso un matrimonio infeliz puede ser extremadamente doloroso, especialmente cuando hay hijos.

Las reacciones al estrés pueden manifestarse en un estado de salud pobre. Las personas separadas y divorciadas tienen elevadas tasas de enfermedades y muerte (Kitson y Morgan, 1990). Otra reacción común es la dificultad para realizar activi-

dades sociales ordinarias, un problema que, de acuerdo con algunas investigaciones, afecta a las mujeres divorciadas más que a las viudas (Kitson y Roach, 1989).

Aun cuando algunas personas parezcan ajustarse bien más rápidamente, el divorcio tiende a reducir el bienestar a largo plazo, en especial para el compañero que no lo inició o que no vuelve a casarse. Las razones pueden incluir la interrupción de la relación padre-hijo, desacuerdo con un ex cónyuge, dificultades económicas, pérdida de apoyo emocional y tener que mudarse de la casa familiar (Amato, 2000). El divorcio puede causar sentimientos de fracaso, culpa, hostilidad y autorrecreminación, así como altas tasas de depresión, enfermedad y muerte (Kitson y Morgan, 1990; Thabes, 1997). Por otra parte, terminar un matrimonio muy conflictivo, puede mejorar el bienestar (Amato, 2000).

Las mujeres se ven afectadas más negativamente que los hombres por el divorcio a cualquier edad (Marks y Lambert, 1998). Entre 272 mujeres entrevistadas un promedio de 14 años después de su divorcio, casi la mitad inició el rompimiento, pero aproximadamente 80 por ciento de toda la muestra dijo que les había tomado tres años o más sentirse cómodas con hallarse separadas. Las ancianas, sin hijos, que no sufrieron abusos durante su matrimonio, quienes tenían altos ingresos y quienes tuvieron buena representación legal durante el divorcio tendieron a ajustarse mejor (Thabes, 1997). Las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de vivir en pobreza después de la separación o el divorcio (Kreider y Fields, 2002). Muchas tienen que lidiar con luchas continuas con un ex cónyuge que puede incumplir con el apoyo a los hijos (Kitson y Morgan, 1990).

Un relevante factor en el ajuste es el desapego emocional del ex cónyuge. Las personas que discuten con sus ex compañeros o no han encontrado un nuevo amante o marido experimentan más estrés. Una vida social activa, tanto en la época del divorcio como después, ayuda (Amato, 2000; Thabes, 1997; Tschann, Johnston y Wallerstein, 1989).

El divorcio puede ser especialmente traumático para las personas en la adultez media y tardía, en personas que esperaban que sus vidas se hubieran relativamente estabilizado. La gente que se divorcia después de los 50 años, en particular las mujeres, tiende a presentar más problemas para ajustarse y menos esperanzas para el futuro (Chiriboga, 1982). Los hombres ancianos divorciados y separados están menos satisfechos con las amistades y las actividades de ocio que los varones casados. Para ambos sexos, las tasas de enfermedad mental y muerte son más altas, probablemente debido a que las redes de apoyo social para los adultos mayores divorciados son inadecuadas (Uhlenberg y Myers, 1981).

## SEGUNDAS NUPCIAS DESPUÉS DEL DIVORCIO

Las segundas nupcias, decía Samuel Johnson, erudito, ensayista y poeta del siglo XVIII, “son el triunfo de la esperanza sobre la experiencia”. Un estimado de tres cuartos de las mujeres divorciadas en Estados Unidos vuelve a casarse dentro de los siguientes diez años. Las mujeres jóvenes (abajo de los 25 años) tienen más probabilidad de volverse a casar que las de mayor edad, pero también de volver a divorciarse (Bramlett y Mosher, 2001, 2002). Los hombres tienen igual probabilidad de casarse que las mujeres (U. S. Bureau of the Census, 1998). Por ende, sólo 8 por ciento de los varones y 10 por ciento de las mujeres están actualmente divorciados. La mitad de quienes se vuelven a casar después del divorcio de un primer matrimo-

nio lo hacen dentro de aproximadamente los tres años siguientes (Kreider y Fields, 2002). Las tasas de segundas nupcias son un poco menores en Canadá y Europa (Coleman *et al.*, 2000).

Las segundas nupcias tienen más probabilidad que los primeros matrimonios de terminar en divorcio. La probabilidad de volver a divorciarse es más grande durante los primeros cinco años, especialmente cuando hay hijastros (Parke y Buriel, 1998). Es menos factible que las parejas que vuelven a casarse tengan similares intereses y valores que los compañeros de los primeros matrimonios. Y, al haberse divorciado una vez, es más probable que vean al divorcio como una solución a los problemas matrimoniales (Booth y Edwards, 1992).

Contraer segundas nupcias en la vida tardía puede tener un carácter especial. Entre 125 hombres y mujeres con altos niveles de educación y bastante adinerados, quienes se volvieron a casar en la vejez parecían más confiados y tolerantes, y menos necesitados de un profundo intercambio de sentimientos personales. Los hombres, a diferencia de las mujeres, tendían a estar más satisfechos en el segundo matrimonio en la vejez que en la adultez media (Bograd y Spilka, 1996).

Volver a casarse presenta beneficios sociales, pues los ancianos casados tienen menos probabilidad que quienes viven solos de necesitar ayuda de la comunidad. Las segundas nupcias podrían alentarse pues permitiría a las personas conservar la pensión y los beneficios de la seguridad social derivados de un matrimonio previo y por la mayor disponibilidad de alojamientos compartidos, como los albergues grupales.

## ¿Qué hace que un matrimonio funcione?

El divorcio se ha vuelto tan común que los científicos sociales estudian por qué algunos matrimonios *no* se terminan. Uno de los factores más relevantes en el éxito matrimonial es un sentido de compromiso. Entre una muestra nacional de 2 331 personas casadas, la dependencia mutua de los compañeros jugó una parte importante en el compromiso matrimonial, pero el factor más fuerte fue un sentimiento de obligación hacia el cónyuge (Nock, 1995). De igual modo, en un estudio a profundidad de quince parejas que tenían más de 30 años de casados, los factores que surgieron más consistentemente fueron las relaciones agradables y el compromiso, tanto a la idea del matrimonio como al compañero. Otro factor clave fue la intimidad equilibrada con autonomía, que a su vez influyó o fue influida por una buena comunicación, percepciones similares de la relación y orientación religiosa (Robinson y Blanton, 1993).

Otros estudios encontraron que el éxito en el matrimonio está relacionado estrechamente con cómo se comunican los compañeros, toman decisiones y lidian con los conflictos. En los matrimonios de larga vida, los cónyuges tienden a resolver los problemas juntos en vez de dejar que crezcan (Brubaker, 1983, 1993). La manera en que las parejas manejan los desacuerdos y peleas puede predecir el curso de un matrimonio. Gimotear, defenderse, obstinarse y retirarse (alejarse o no hablar al cónyuge) son signos de problema. Pero discutir y mostrar el enojo (como forma de comunicación) parece ser bueno para un matrimonio (Gottman y Krokoff, 1989). En una investigación que dio seguimiento a 150 parejas durante los primeros trece años de matrimonio, quienes aprendieron a “pelear de manera justa” tuvieron 50 por ciento menos probabilidades de divorciarse (Markman, Renick, Floyd, Stanley y Clements, 1993; Clements, Stanley y Markman, 2004).

La edad al casarse es un gran predictor para la duración del matrimonio. Los adolescentes ostentan altas tasas de divorcio; las personas que esperan hasta sus veinte para casarse tienen una mejor oportunidad de triunfar. Los que son graduados universitarios y las parejas con alto ingreso familiar tienen menos probabilidad de terminar con los matrimonios que quienes tienen menos nivel educativo e ingreso (Bramlett y Mosher, 2001, 2002). La cohabitación antes del matrimonio y tener padres divorciados son predictores de divorcio; lo mismo que el embarazo o criar un hijo antes de casarse, no tener hijos y que haya hijastros en el hogar (Bramlett y Mosher, 2002; Schoen, 1992; White, 1990). Las personas que dan gran relevancia a la religión presentan menos probabilidad de experimentar una disolución marital (Bramlett y Mosher, 2002).

Las dificultades económicas pueden causar un grave estrés emocional sobre un matrimonio. En un estudio longitudinal de cuatro años de más de 400 parejas casadas, las que resistieron más las presiones económicas fueron aquellas que mostraron apoyo mutuo, escucharon las preocupaciones del otro, intentaron ayudar, fueron sensibles al punto de vista del otro y expresaron aprobación de las cualidades de su cónyuge (Conger, Rueter y Elder, 1999).

## VIDA FAMILIAR

Lo que con frecuencia conocemos como *familia tradicional* (esposo, esposa y sus hijos biológicos) se encuentra lejos de ser universal. La vida familiar a través del mundo es enormemente diversa y rápidamente cambiante (O'Grady-LeShane, 1993).

Particularmente en Estados Unidos y Europa Occidental han ocurrido cambios dramáticos con respecto al tamaño, composición, estructura y arreglos de vida de las familias (Eisenberg, 1995; Gilliland, 1989). ¿Cómo son las familias de hoy? ¿Por qué, cuándo y cómo los adultos se vuelven padres, y cómo influye la paternidad en su desarrollo? ¿Por qué algunas personas no eligen convertirse en padres? Conforme se observe lo que ocurre con la familia estadounidense, debe tenerse en mente que tendencias similares tienen lugar en todas partes.

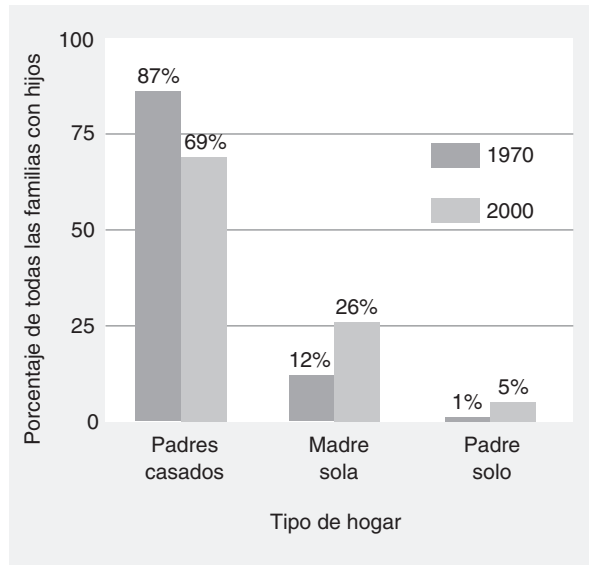
### Cambio de estructuras familiares

La estructura, o conformación, de las familias en Estados Unidos cambió drásticamente. En generaciones anteriores, la gran mayoría de los niños crecían en familias tradicionales con dos padres biológicos o adoptivos heterosexuales casados. En la actualidad, aunque la mayoría de los niños menores de 18 años viven con sus dos padres, la proporción ha declinado dramáticamente (véase la figura 9.4). Además, muchas familias de dos padres son familias que cohabitan o familias compuestas, que resultan del divorcio y las segundas nupcias. También existe un creciente número de otros tipos de familia, que incluyen familias de padres solteros, familias gais y lésbicas y encabezadas por abuelos. La proporción de todos los hogares en los que una pareja casada vive con sus hijos biológicos, adoptados o hijastros, cayó de aproximadamente 40 por ciento en 1970 a sólo 24 por ciento en 2000 (Fields y Casper, 2001).

Si se piensa convencionalmente, puede decirse que los hijos tienden a desarrollarse mejor en una familia tradicional de dos padres que en una familia divorciada, de padre soltero o compuesta (Bramlett y Mosher, 2001; Bray y Heterington, 1993;

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué explicaciones puedes ofrecer para los cambios mundiales en el tamaño y estructura de la familia?



**FIGURA 9.4 Familias con hijos menores de 18 años, 1970 y 2000.** La mayoría de los hijos menores de 18 años en Estados Unidos vive con dos padres casados, pero esta proporción cayó durante las tres décadas pasadas. Muchas de estas familias de dos padres son familias compuestas. FUENTE: Datos de Fields y Casper, 2001 en Papalia, Olds y Feldman, 2004.

Bronstein, Clauson, Stoll y Abrams, 1993; D. A. Dawson, 1991; Hetherington, Bridges e Insabella, 1998). Sin embargo, la estructura en sí no es la clave; la relación entre los padres y su habilidad para crear una atmósfera favorable afecta el ajuste de los hijos más que el estatus matrimonial (Bray y Hetherington, 1993; Bronstein *et al.*, 1993; D. A. Dawson, 1991; Emery, 1988; Hetherington, 1989).

## La paternidad hoy

En una época, una bendición que se ofrecía a los recién casados en el país asiático de Nepal era: “¡Que tengan suficientes hijos para cubrir las laderas!”. En la actualidad, a las parejas nepalesas se les desea “Que tengan un hijo muy brillante” (B. A. Arjyal, comunicación personal, 12 de febrero de 1993). Aunque los hijos todavía se prefieren sobre las hijas, incluso ahora los varones no son tan deseados como en el pasado.

En las sociedades preindustriales, las familias grandes eran una necesidad: los hijos ayudaban con el trabajo familiar y eventualmente cuidarían a los padres ancianos. La tasa de mortalidad infantil era alta, y tener muchos hijos hizo más probable que algunos de ellos llegaran a la madurez. En la actualidad, debido al avance tecnológico, se necesitan menos trabajadores; la atención médica moderna permite que más niños sobrevivan; y los programas gubernamentales proporcionan cuidados a los ancianos. Hoy en día, la sobrepoblación y el hambre son graves problemas en algunas partes del mundo, y los hijos se han vuelto costosos en lugar de representar un activo económico. Una respuesta a estos cambios en los países en

desarrollo como Nepal, así como entre adultos con mayor nivel educativo en países industrializados como Estados Unidos, es un mayor interés por limitar el tamaño de la familia y espaciar más a los hijos.

Sin embargo, el deseo por tener hijos es casi universal. Esta urgencia no está limitada a las parejas casadas, lo cual explica el creciente número de mujeres solas que tienen hijos.

#### VIVIR EN UNA FAMILIA MONOPARENTAL

Las familias monoparentales resultan del divorcio o la separación, la paternidad sin casamiento o la muerte. El número de familias de un solo padre en Estados Unidos se ha más que duplicado desde 1970 (Fields y Casper, 2001) con las crecientes tasas de divorcio y de paternidad fuera del matrimonio. En la actualidad, uno de cada cuatro niños vive sólo con un padre (Children's Defense Fund, 2001), y un niño tiene al menos 50 por ciento de probabilidad de vivir con un solo padre en algún momento dado (Bianchi, 1995; Hines, 1997; NCES, 1998).

Aunque el crecimiento de las familias monoparentales es lento, en 2000 comprendían casi un tercio (aproximadamente 31 por ciento) de las familias estadounidenses con hijos menores de 18 años, en comparación con 13 por ciento de todas las familias en 1970 (Fields y Casper, 2001). En Canadá, la proporción de dichas familias en 1996 (la fecha más reciente para la que hay datos disponibles) era de 15 por ciento, menos de la mitad de la actual tasa estadounidense (Statistics Canada, 1996).

Aproximadamente una de cada seis familias estadounidenses de un solo padre está encabezada por un hombre (Fields y Casper, 2001). El número de familias de padre solo se ha más que cuadruplicado desde 1974, en apariencia debido principalmente a un aumento en el número de varones que obtienen la custodia después del divorcio (Garasky y Meyer, 1996; U. S. Bureau of the Census, 1998).

En 2000, aproximadamente uno de cada tres niños nacidos, por encima del menos de uno en veinticinco de 1940, tuvo por madre a una mujer soltera (Martin, Hamilton, Ventura, Menacker y Park, 2002; National Center for Health Statistics [NCHS], 1993, 1994). El número de madres solteras también aumentó de manera espectacular en muchos otros países industrializados (Bruce, Lloyd y Leonard, 1995; WuDunn, 1996). Sin embargo, estos datos pueden malinterpretarse porque muchas de estas mujeres viven en unión libre, algunas con el padre biológico del hijo (Seltzer, 2000). En Estados Unidos, a principio de los años noventa, 39 por ciento de los nacimientos fuera del matrimonio, correspondieron a parejas que vivían en unión libre (Bumpass y Lu, 2000).

#### FAMILIAS COMPUESTAS

Con las altas tasas de divorcio y segundas nupcias de la actualidad, las familias constituidas por hijos nombrados coloquialmente como “los tuyos, los míos y los nuestros” se vuelven más comunes. En 1987 había 4.3 millones de tales familias y alrededor de 6 millones de hijastros en Estados Unidos (Glick, 1989). Estas familias enfrentan retos especiales.

Una **familia compuesta** (también llamada *familia reconstituida* o *familia combinada*) resulta del matrimonio o cohabitación de adultos que ya tienen hijos. Es diferente de una familia “natural”. Primero, por lo general tienen un elenco más grande, incluidos ex cónyuges, ex parientes políticos y padres ausentes, así como tías, tíos y

primos en ambos lados. En resumen, carga con mucho “equipaje” que no lleva una familia “original”, y no puede esperarse que funcione de la misma manera. Un cúmulo de historias familiares puede complicar las relaciones presentes. Los enlaces previos entre los hijos y sus padres biológicos o la lealtad a un padre ausente o muerto pueden interferir con la creación de lazos con el padrastro, en especial cuando los hijos van y vienen entre dos hogares. El ajuste para vivir en una familia compuesta puede ser estresante tanto para los adultos como para los vástagos.

Las familias compuestas tienen que lidiar con el estrés de las pérdidas (debidas a muerte o divorcio) que experimentan tanto niños como adultos, lo que puede hacerlos temer a la confianza o al amor. Los padrastros necesitan tener expectativas realistas y dar tiempo para que se desarrollen las relaciones amorosas. Las familias compuestas deben ver lo positivo acerca de sus diferencias: dar la bienvenida a la diversidad en lugar de resistirla.

Puesto que el incremento de las familias compuestas es bastante reciente, las expectativas sociales sobre ellas no se han alcanzado. Al combinar dos unidades familiares, cada una con su propia red de costumbres y relaciones, las familias compuestas deben inventar sus propias formas de hacer las cosas (Hines, 1997).

#### VIVIR CON PADRES GAIS O LESBIANAS

Se estima que entre uno y nueve millones de niños estadounidenses tienen al menos un padre gay o madre lesbiana. Algunos gais y lesbianas crían hijos nacidos de relaciones heterosexuales previas. Otros conciben por medios artificiales, recurren a madres de alquiler o adoptan niños (Perrin and AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2002).

Muchos estudios se enfocan en el desarrollo personal de los hijos de gais y lesbianas, incluidos salud física y emocional, inteligencia, ajuste, sentido del yo, juicio moral y funcionamiento social y sexual. Una cantidad considerable de ellos no identifica conflictos (AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2002; Mooney-Somers y Golombok, 2000; C. J. Patterson, 1992, 1995a, 1995b, 1997; Perrin and AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2002). No hay diferencia consistente entre padres homosexuales y heterosexuales en términos de salud emocional o habilidades y actitudes de paternidad (Perrin and AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2002). Los padres abiertamente gais o lesbianas por lo general tienen relaciones positivas con sus hijos, y éstos no son más propensos a tener problemas sociales o psicológicos que los hijos criados por padres heterosexuales (Chan, Raboy y Patterson, 1998; C. J. Patterson, 1992, 1995a, 1997).

Los hijos de gais o lesbianas no tienen más probabilidad de ser homosexuales o de estar confundidos acerca de su género, que los hijos de heterosexuales (Andersen, Amlie e Ytteroy, 2002; B. M. King, 1996; C. J. Patterson, 1997). En un estudio, la gran mayoría de los hijos adultos de padres gais eran heterosexuales (Bailey, Bobrow, Wolfe y Mikach, 1995). Del mismo modo, en un estudio longitudinal de hijos adultos de lesbianas, una gran mayoría se identificó como heterosexual (Golombok y Tasker, 1996).

Dichos hallazgos tienen implicaciones políticas y sociales para tomar decisiones legales sobre las disputas de custodia y visitas, cuidado adoptivo temporal y adopciones. La American Academy of Pediatrics apoya los esfuerzos legislativos y legales

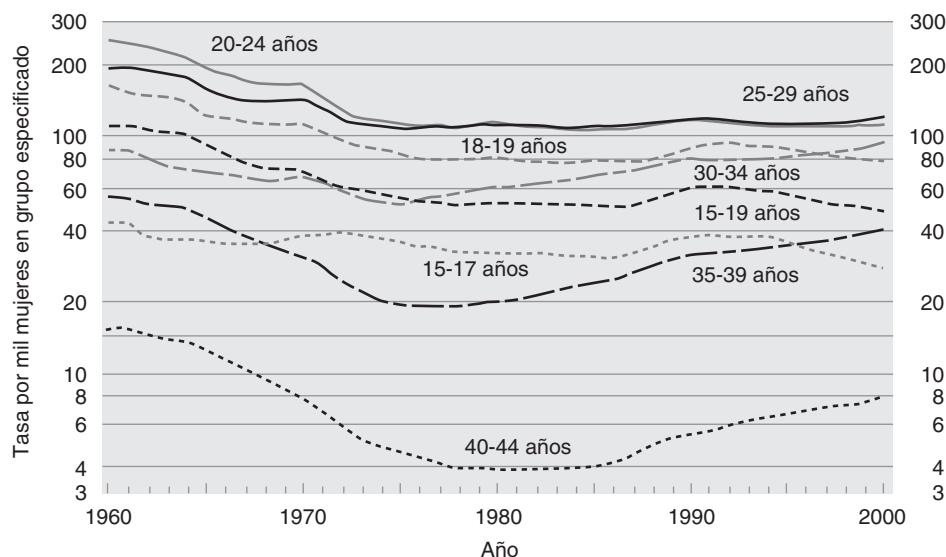


para permitir a un padre con una pareja del mismo sexo adoptar a los hijos del otro compañero, de modo que el hijo pueda disfrutar del beneficio de tener dos padres (AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2002).

### PATERNIDAD DEMORADA

En términos generales, los adultos en los países industrializados tienen hijos a una edad más tardía que antes. Entre 1970 y 1987, se cuadruplicó el porcentaje de mujeres estadounidenses que tuvieron su primer hijo después de los 30 años de edad, aunque la mayoría de los nacimientos todavía fueron de mujeres en sus veinte (National Center for Health Statistics, 1990; véase la figura 11.4 en el capítulo 11). En Inglaterra y Gales, la tasa de natalidad entre mujeres de 35 a 39 años aumentó en 44 por ciento en los años 80, mientras que los nacimientos en mujeres en sus veinte declinaron en 19 por ciento (P. Brown, 1993). Las mujeres con mayor grado de educación formal tienen bebés a una edad más avanzada; el nivel educativo es el predictor más importante de la edad a la que una mujer criará a su primer hijo (Rindfuss, Morgan y Swicegood, 1988; Rindfuss y St. John, 1983).

En la actualidad, la edad promedio de las madres primerizas en Estados Unidos es 24.6, y aumentó consistentemente durante tres décadas. Desde mediados de los setenta, el porcentaje de mujeres que dan a luz en sus treinta e incluso después de los 40 años aumentó de manera estable, con frecuencia gracias a tratamientos de fertilidad. Mientras tanto, las tasas de natalidad en mujeres a finales de sus veinte años, que declinó después de 1990, de nuevo están a la alza. Las mujeres de 25 a 29 años tuvieron la tasa de natalidad más alta en 2001 (National Center for Health Statistics, 2003; véase la figura 9.5).



**FIGURA 9.5** *Tasas de natalidad por edad de la madre, 1960 a 2000.* FUENTE: Martin et al., 2002, figura 2 en Papalia, Olds y Feldman, 2004.

Económicamente, el nacimiento demorado puede beneficiar a las mujeres que intentan trabajar durante largo tiempo. Entre las mujeres nacidas entre 1944 y 1954, la primera cohorte en combinar la crianza infantil y el empleo a gran escala, quienes dieron a luz entre los 20 y los 27 años tendieron a ganar menos dinero que las mujeres que dieron a luz a edades más tardías (Taniguchi, 1999). Investigación posterior podría demostrar si tal aseveración puede mantenerse como cierta para las siguientes cohortes.

Los riesgos de la crianza infantil demorada parecen ser menores de lo que anteriormente se creía. Existe una mayor probabilidad de abortos espontáneos después de los 35 años, y más posibilidades de anomalías cromosómicas o complicaciones perinatales. Pero la mayoría de los riesgos para la salud del bebé son sólo ligeramente mayores (Berkowitz, Skovron, Lapinski y Berkowitz, 1990; P. Brown, 1993).

#### INFERTILIDAD Y NUEVAS FORMAS DE PATERNIDAD

Aproximadamente 7 por ciento de parejas estadounidenses experimenta **infertilidad**: incapacidad para concebir un bebé después de doce meses de intento (CDC, 2001c). La fertilidad de la mujer comienza a declinar a finales de sus 20, con una reducción sustancial durante los 30 años. La fertilidad de los hombres es menos afectada por la edad, pero declina significativamente hacia finales de los 30 (Dunson, Colombo y Baird, 2002).

La causa más común de infertilidad en los hombres es la producción escasa de espermatozoides. Aunque sólo se necesita un espermatozoide para fertilizar al óvulo, un conteo de espermatozoides más bajo que 60 a 200 millones por eyaculación hace improbable la concepción. A veces está bloqueado un conducto eyaculador, lo que evita la salida de espermatozoides; o puede ser que éstos sean incapaces de “nadar” suficientemente bien para alcanzar al cérvix. Algunos casos de infertilidad masculina parecen tener base genética (King, 1996; Phillips, 1998; Reijo, Alagappan, Patrizio y Page, 1996).

Si el problema lo padece la mujer, es posible que: no esté produciendo óvulos; los óvulos pueden ser anormales; el moco en el cérvix puede evitar que los espermatozoides lo penetren; o una enfermedad del recubrimiento uterino puede evitar la implantación del óvulo fertilizado. Una causa principal de declive en la fertilidad en las mujeres después de los 30 años es el deterioro en la calidad de los óvulos (Van Noord-Zaadstra *et al.*, 1991). Sin embargo, el problema de infertilidad femenino más común es el bloqueo de las trompas de Falopio, lo que evita que los óvulos lleguen al útero. Casi en la mitad de los casos, las trompas se encuentran bloqueadas por tejido cicatrizado de ETS (King, 1996).

La infertilidad abruma emocionalmente a una pareja. Los compañeros pueden frustrarse y enojarse con ellos mismos y mutuamente y pueden sentirse vacíos, sin valor y deprimidos (Abbey, Andrews y Halman, 1992; H. W. Jones y Toner, 1993). Estas parejas pueden beneficiarse de asesoría profesional o apoyo de otras parejas infértiles.

El tratamiento hormonal puede elevar el conteo de espermatozoides de los hombres o aumentar la ovulación de la mujer. En ocasiones la terapia medicamentosa o la cirugía pueden corregir el problema. Sin embargo, los medicamentos de fertilidad aumentan la probabilidad de nacimientos múltiples, y con frecuencia prematuros (King, 1996). Además, los hombres que experimentan tratamiento de fertilidad es-

tán en riesgo creciente de producir espermatozoides con anomalías cromosómicas (Levron *et al.*, 1998).

Nueva investigación sugiere que las parejas incapaces de engendrar hijos después de un año no necesariamente deben apresurarse a iniciar tratamientos de fertilidad. A menos que haya una causa reconocida del fracaso para concebir, las oportunidades de éxito después de 18 meses a dos años son altas. Entre 782 mujeres en seis países europeos, nueve de cada diez, incluso de aquellas a finales de sus treinta, fueron capaces de concebir hacia el final del segundo año de intentar, a menos que el compañero varón tuviera más de 40 años (Dunson, 2002).

Para las parejas que deciden abandonar la forma natural, la ciencia actual ofrece muchas formas alternativas para la paternidad.

En 2000, más de 25 mil mujeres estadounidenses que fueron madres con ayuda tecnológica, dieron a luz más de 35 mil bebés (Wright, Schieve, Reynolds y Jeng, 2003), lo que corresponde a casi 1 por ciento de todos los bebés nacidos en Estados Unidos en dicho año (Martin, Hamilton *et al.*, 2002).

En la **fertilización in vitro** (FIV), el procedimiento más común, se recetan medicamentos de fertilidad para aumentar la producción de óvulos. Luego se remueven quirúrgicamente uno o más óvulos maduros, se fertilizan en una placa de Petri y se implantan en el útero de la mujer. Por lo general se usan de 50 mil a 100 mil espermatozoides para aumentar las oportunidades de fertilización, y muchos embriones se transfieren al útero para aumentar las oportunidades de embarazo. Esto también incrementa la probabilidad de nacimientos múltiples. Una técnica más nueva, la **maduración in vitro** (MIV) se realiza más temprano en el ciclo mensual, cuando se desarrollan de 30 hasta 50 folículos ováricos. Por lo general, sólo uno de estos madurará. Cosechar un gran número de folículos antes de que se complete la ovulación y luego permitirles madurar en el laboratorio puede hacer innecesarias las inyecciones hormonales y disminuir la probabilidad de nacimientos múltiples.

Una técnica llamada **inyección intracitoplasmática de espermatozoides** (ICSI, por sus siglas en inglés) involucra un solo espermatozoide que se inyecta en el óvulo. Este método puede dirigirse a hombres con infertilidad severa, así como a mujeres cuyas trompas de Falopio estén bloqueadas o cicatrizadas más allá de la reparación quirúrgica.

La **inseminación artificial**, inyección de espermatozoides en la vagina, cérvix o útero de una mujer, puede hacerse cuando un hombre tenga un bajo conteo de espermatozoides. Los espermatozoides de varias eyaculaciones se pueden combinar para una inyección. Por ende, con ayuda, una pareja puede producir su propia descendencia biológica.

Una mujer que produzca óvulos de pobre calidad o que le hayan removido los ovarios puede intentar **transferencia de óvulos**. En este procedimiento, un óvulo o *donante de óvulos*, proporcionado por lo general de manera anónima por una mujer joven fértil, se fertiliza en el laboratorio e implanta en el útero de la potencial madre. En la **transferencia de blastocitos**, el óvulo fertilizado se mantiene en el cultivo hasta que crece a la etapa de blastocito; pero este método se ha ligado con un aumento en los nacimientos de gemelos idénticos. De manera alternativa, el óvulo se puede fertilizar en el cuerpo de la donadora mediante inseminación artificial. El útero de la donadora se limpia pocos días después y el embrión se recupera e inserta en el útero de la receptora.

Aunque las tasas de éxito han mejorado desde 1978 (Duenwald, 2003), sólo 30.8 por ciento de las 99 629 mujeres estadounidenses que intentaron reproducción asis-

tida en 2000 tuvieron nacimientos vivos, y 53 por ciento de éstos fueron nacimientos múltiples. Dos técnicas más nuevas, con tasas de éxito más altas, son la **transferencia intratubaria de gametos** (GIFT, por sus siglas en inglés) y la **transferencia intratubaria de cigoto** (ZIFT, por sus siglas en inglés), en la que el óvulo y el espermatozoide o el óvulo fertilizado se insertan en la trompa de Falopio (CDC, 2002b; Schieve *et al.*, 2002; Society for Assisted Reproductive Technology, 1993, 2002).

Algunas parejas optan por la **maternidad subrogada o gestación de alquiler**: la fecundación de una mujer fértil con el espermatozoide del potencial padre. Entonces ella alberga al bebé y lo entrega al hombre y su esposa.

Los nuevos y no ortodoxos medios de concepción plantean varias preguntas éticas. ¿Las personas que los usan deben ser infértiles, o deben tener libertad para hacer tales arreglos simplemente por conveniencia? ¿Los solteros y las parejas de homosexuales tienen acceso a estos métodos? ¿Y qué hay de las mujeres que han pasado por la menopausia (véase el recuadro 9.2)? ¿Los niños deben saber acerca de su origen? ¿Se deben hacer pruebas cromosómicas en los potenciales donadores y madres de alquiler? ¿Qué ocurre si una pareja que hizo un contrato de gestación de alquiler se divorcia antes del nacimiento?

La gestación de alquiler se encuentra en un limbo legal, en parte como resultado del caso “Baby M”, en el que una madre de alquiler cambió de idea y quiso quedarse con el bebé (Hanley, 1988a, 1988b; Shipp, 1988). No se le otorgó la custodia del bebé, pero sí recibió derechos de visita. La American Academy of Pediatrics (AAP, 1992) recomienda que la gestación de alquiler se considere como un tentativo acuerdo de adopción previo a la concepción en el que, antes del nacimiento, la madre de alquiler sea la única que tome la decisión. La AAP también recomienda un acuerdo prenatal en un espacio de tiempo en el que la madre de alquiler pueda valorar sus derechos de crianza. Acaso el aspecto más objetable de un contrato de gestación de alquiler, además de la posibilidad de forzar a la madre a renunciar al bebé, es el pago de dinero (hasta 30 mil dólares, incluidos gastos de un “casamentero”). Muchas personas consideran incorrecta la idea de una “clase criadora” de mujeres pobres y con desventajas que porten los bebés de los bien acomodados. Sin embargo, un punto parece cierto: en tanto haya personas que quieran hijos y sean incapaces de concebirlos o darlos a luz, el ingenio humano encontrará formas de satisfacer la necesidad.

## ADOPCIÓN

Desde 1970, más estadounidenses, incluidos solteros, ancianos, familias de clase trabajadora y parejas homosexuales, se han convertido en padres adoptivos. Los adultos adoptan niños por varias razones. Sobre todo, cerca del 60 por ciento de las adopciones legales son realizadas por parientes, por lo general padrastros o abuelos (Goodman, Emery y Haugaard, 1998; Haugaard, 1998). Puesto que los avances en la contracepción y la legalización del aborto redujeron el número de bebés blancos saludables estadounidenses adoptables, muchos niños disponibles para adopción están discapacitados, más allá de la infancia o son de origen extranjero. El porcentaje de bebés nacidos de mujeres blancas nunca casadas que se colocaron para adopción cayó de 19.3 por ciento a principios de 1970 a sólo 1.7 por ciento en el inicio de los 90 (Chandra, Abma, Maza y Bachrach, 1999), y las mujeres afroamericanas consistentemente han tenido mucho menos probabilidades de poner a sus bebés para adopción (Brodzinsky, 1997).



## Maternidad después de la menopausia

Aunque muchas mujeres en sus cincuenta y sesenta años disfrutan a sus nietos, algunas otras en este grupo de edad todavía quieren criar a sus propios hijos. Después de la menopausia, una mujer puede ser capaz de dar a luz un niño al “pedir prestados” óvulos de una mujer más joven.

Este procedimiento ya se ha usado ampliamente con mujeres en sus treinta y cuarenta años, después de lo que usualmente se considera la edad de dar a luz. Un óvulo donado se fertiliza con espermatozoides en la futura madre, a quien se le dan hormonas con el objetivo de preparar su útero para el embarazo (Lutjen *et al.*, 1984). Un equipo de investigación dirigido por Mark V. Sauer, obstetra y ginecólogo en la University of Southern California en Los Ángeles, encontró que este procedimiento es tan efectivo con mujeres de 40 a 44 años de edad, como con mujeres menores de 35 años (Sauer, Paulson y Lobo, 1990).

Ahora, Sauer y sus colegas demostraron que las mujeres mayores de 50 años también pueden tener bebés de esta forma. Ocho de catorce mujeres posmenopáusicas tratadas con la técnica quedaron embarazadas; una tuvo aborto espontáneo, cuatro dieron a luz infantes saludables y tres todavía seguían embarazadas cuando se publicó el reporte (Sauer, Paulson y Lobo, 1993). De acuerdo con Sauer, tales tasas son tan buenas como las que normalmente se observan en mujeres de 30 años (“Brave New Biology”, 1993). Una precaución, con base en la experiencia en Gran Bretaña, es que las madres *in vitro* tienen una mayor posibilidad de partos múltiples (P. Brown, 1993).

¿Por qué una mujer que pasa de los 50 años quiere tener un bebé? Algunas de las mujeres en el estudio de Sauer ya eran madres (e incluso abuelas)

pero se volvieron a casar y querían iniciar una segunda familia con el nuevo esposo. Otras habían estado demasiado ocupadas con sus carreras para tener hijos antes. Algunas parejas que ya habían criado hijos simplemente querían más. Todas fueron evaluadas psicológicamente antes de permitirles participar.

Es probable que el número de ancianas que se beneficien de esta nueva tecnología permanezca bajo, en parte debido a la necesidad de encontrar donadores. Pero, ¿y si una mujer joven pudiera asegurar su fertilidad futura al congelar y almacenar sus *proprios* óvulos, o secciones de tejido ovárico productivo, para su uso posterior? Ya nacieron cuatro bebés de óvulos congelados y después descongelados. Científicos en Londres, Melbourne y Edimburgo refinan técnicas de preservación a través de investigación en ratones y otros animales, y también experimentan con ratones como incubadoras para óvulos transplantados (P. Brown, 1993).

Tal investigación mantiene una promesa de dar a las mujeres un mayor control sobre su reproducción. Como observan los editores de la revista británica *New Scientist*: “Deshacerse de la presión para convertirse en madre antes de la adultez media es un hecho potencialmente tan revolucionario para las mujeres como el derecho a votar o a percibir igual paga” (“Mind and Body”, 1993).

Pero el prospecto de nacimientos posmenopausia molesta a algunos observadores. ¿Existe algún límite para la edad en la que una mujer puede tener un bebé con la ayuda de la ciencia? Y, sólo porque las ancianas *puedan* tener bebés, ¿*deben* tenerlos? ¿Es justo dar nacimiento a un niño sabiendo que hay una enorme posibilidad de no ser capaz de criarlo?

Aunque la adopción se acepta en Estados Unidos, todavía hay prejuicios e ideas erróneas acerca de ella. Una de ellas es que los niños adoptados están destinados a tener problemas porque fueron privados de sus padres biológicos. En realidad, un estudio reciente financiado con fondos federales de 715 familias con adolescentes adoptados en la infancia, encontró que casi tres de cada cuatro consideraron su adopción como algo que sólo jugaba un papel menor en su identidad. Sin embargo, la adopción contribuyó a problemas de identidad en algunos casos (Bemon y Sharma, 1994). En otro estudio de 85 niños adoptados, la mayoría de ellos vieron la adopción positivamente, aunque los adolescentes la vieron con menos buenos ojos que los niños pequeños (Smith y Brodzinsky, 1994).

Adoptar un hijo acarrea riesgos y desafíos especiales. Además de los conflictos usuales de la paternidad, los padres adoptivos deben lidiar con la aceptación de su infertilidad (si es por esto por lo que adoptaron), la conciencia de que no repiten la experiencia de sus propios padres, la necesidad de explicar la adopción a sus hijos y la posible incomodidad acerca del interés de sus hijos en los padres biológicos.

## La paternidad como una experiencia del desarrollo

Ya sea que el niño sea o no biológico, y si los padres están o no casados, la paternidad es una experiencia del desarrollo. Conforme los hijos se desarrollan, los padres también lo hacen.

La llegada de un hijo marca una relevante transición en las vidas de los padres. Con frecuencia, tanto mujeres como hombres se sienten ambivalentes acerca de las responsabilidades emocionales y financieras y el compromiso necesario de tiempo y energía. Aproximadamente un tercio de las madres encuentran la maternidad tanto disfrutable como significativa, otro tercio no la concibe así y el tercio restante experimentan sentimientos mixtos (Thompson y Walker, 1989). Los esposos consideran el tener hijos más importante y están más aptos para quererlos que las esposas (Secombe, 1991); pero una vez que llegan los hijos, los padres disfrutan menos el cuidarlos que las madres.

Actualmente, los padres están más involucrados en las vidas de sus hijos, e incluso en la atención infantil y el trabajo doméstico, que nunca antes. Sin embargo, la mayoría no participa tanto como las madres (Coley, 2001). Un estudio reciente de padres de niños de cuatro años en diez países europeos, asiáticos y africanos y Estados Unidos, encontró que los padres piensan que aportan más de lo que en realidad hacen. Internacionalmente, los padres participan, en promedio, menos de una hora diaria en el cuidado exclusivo de sus hijos durante la semana laboral. Cuando los hombres cuidan a sus hijos, por lo general es en compañía de la madre. Los padres estadounidenses pasan sólo una hora al día en tal cuidado infantil compartido, en comparación con las tres horas que los padres belgas y tailandeses dedican a esos menesteres. Las madres estadounidenses, por otra parte, pasan un promedio de casi once horas diarias de la semana cuidando a preescolares, más que las madres en cualquiera de los otros diez países (Olmsted y Weikart, 1994). Sin embargo, el tiempo que los padres pasan con los hijos durante los fines de semana es casi el mismo que el que pasan las madres, y aumenta conforme los niños crecen. Los padres pasan considerablemente *más* tiempo con los hijos que las madres al ver con ellos la televisión o películas, en juegos en el exterior y en entrenar o enseñar deportes (Yeung, Sandberg, Davis-Kean y Hofferth, 2001).

A final de cuentas, la crianza es un proceso de dejar ir. Desde el momento del nacimiento, el curso de desarrollo normal de los niños los conduce hacia la independencia. Este proceso alcanza su clímax cuando los hijos salen de la adolescencia.

Es irónico que durante las dos épocas de vida más popularmente ligadas con crisis emocionales, adolescencia y adultez media, las personas con frecuencia vivan en el mismo hogar. Por lo general los individuos en la adultez media son los padres de hijos adolescentes. Mientras lidian con sus propias preocupaciones, los padres tienen que lidiar diariamente con los jóvenes que experimentan grandes cambios físicos, emocionales y sociales. A veces las propias fantasías adolescentes de los padres, enterradas hace mucho tiempo, se manifiestan conforme observan a sus hijos convertirse en seres sexuados. Ver a sus hijos en el umbral de la adultez hace que algunos padres se percaten, incluso más pronunciadamente, de aquello que en su propia vida quedó en el pasado. Pueden volverse resentidos y celosos e identificarse con las fantasías del hijo (Meyers, 1989).

Aunque la investigación reciente contradice el estereotipo de la adolescencia como una época de inevitable turbulencia y rechazo de los valores paternos, es necesaria alguna rebelión contra la autoridad paterna para que los jóvenes que maduran logren independencia (Offer, 1982, 1987; Offer y Schonert-Reichl, 1992). Una importante tarea de los padres es aceptar a los hijos como son, no como los padres esperaban que fueran. Los padres deben darse cuenta de que no pueden hacer a sus hijos copias al carbón o modelos mejorados de ellos mismos. Los hijos pueden elegir direcciones muy diferentes de las que los padres quieren que sigan.

## Cuando los hijos se alejan: el nido vacío

La investigación también desafía las ideas populares acerca del nido vacío, una transición supuestamente difícil, en especial para las mujeres. Aunque algunas de ellas, enormemente identificadas con la maternidad, tienen problemas en esta época, son muy superadas en número por aquellas que encuentran la partida como liberadora (Antonucci *et al.*, 2001; Antonucci y Akiyama, 1997; Barnett, 1985; Ciriboga, 1997; Helson, 1997; Mitchell y Helson, 1990). En la actualidad, el volver a reconstituir el nido con los hijos maduros que regresan al hogar (que se discute en una sección venidera) es mucho más estresante (Thomas, 1997).

El **nido vacío** no señala el fin de la paternidad. Es una transición hacia una nueva etapa: la relación entre padres e hijos adultos. Para muchas mujeres, esta transición brinda alivio de lo que Gutmann llamó la “emergencia crónica de la paternidad” (Cooper y Gutmann, 1987, p. 347). Ahora pueden seguir sus propios intereses mientras gozan del calor de los logros de sus hijos maduros. El nido vacío puede ser más duro de sobrellevar para las parejas cuya identidad depende del papel parental, o quienes ahora deben enfrentar problemas maritales que anteriormente hicieron a un lado bajo la presión de la responsabilidad de ser padres (Antonucci *et al.*, 2001).

En un estudio longitudinal de mujeres casadas empleadas con múltiples roles, el nido vacío *no* tuvo efecto sobre la salud psicológica, pero reducir el tiempo en el empleo *augmentó* el estrés, mientras que ir a trabajar tiempo completo lo *disminuyó* (Wethington y Kessler, 1989). Por otra parte, en una comparación de estrés en varias etapas de la vida, los hombres en la etapa de nido vacío tuvieron más probabilidad de reportar estrés relacionado con la salud (Chiriboga, 1997).

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Te sorprendería o molestaría saber que tus padres experimentaron una sensación de alivio cuando te fuiste de casa?

## Paternalidad, cambio de roles y satisfacción marital

Las responsabilidades conjuntas de una pareja como padres afectan su propia relación. En la actualidad, con el aumento tanto en expectativa de vida como en divorcios, aproximadamente un matrimonio de cada cinco dura 50 años (Brubaker, 1983, 1993). ¿Qué ocurre con la calidad de los matrimonios de larga duración conforme los compañeros lidian con roles cambiantes y patrones de crianza infantil, trabajo y jubilación?

En general, la satisfacción matrimonial parece seguir una curva con forma de U. Desde un punto alto temprano, declina hasta la adultez media tardía y luego sube de nuevo a través de la primera parte de la adultez tardía (Anderson, Russell y Schumm, 1983; Gilford, 1984; Glenn, 1991; Gruber y Schaie, 1986). La época menos feliz ocurre cuando la mayoría de las parejas se involucra de manera significativa en la crianza infantil y en sus profesiones. Los aspectos positivos del matrimonio (como cooperación, discusión y risas compartidas) siguen el patrón con forma de U. Los aspectos negativos (como el sarcasmo, la ira y el desacuerdo sobre temas relevantes) declinan desde la adultez joven hacia los 69 años de edad (Gilford, 1984; Gilford y Bengtson, 1979), quizá debido a que muchos matrimonios llenos de problemas terminan a lo largo del camino.

Un análisis de los datos de dos encuestas de individuos en primeros matrimonios, realizada en 1986 y 1987-1988 (Orbuch *et al.*, 1996), buscó determinar cuándo ocurren la disminución y el aumento en la satisfacción y por qué. Las muestras fueron, por necesidad, transversales (no hay datos longitudinales comparables que cubran todo el lapso de la adultez); pero fueron grandes (un total de 8 929) y una tuvo representatividad nacional. Se incluyó tanto a mujeres como a hombres, y la satisfacción matrimonial se midió contra la duración de un matrimonio. Para controlar cualquier sesgo de los datos debido a la terminación de matrimonios insatisfactorios, las técnicas estadísticas simulaban la inclusión de tales parejas, y se les atribuyó baja calidad matrimonial.

El cuadro que surgió es una clara confirmación del patrón con forma en U. Durante los primeros veinte a veinticuatro años de matrimonio, mientras más tiempo estuviera casada una pareja, menos satisfecha tendía a estar. Posteriormente la asociación entre satisfacción matrimonial y duración del matrimonio comienza a volverse positiva. A los 35 o 40 años de matrimonio, una pareja tiende a sentirse incluso más satisfecha que durante los primeros cuatro años.

Observemos más de cerca tres secciones de la curva: los primeros años (cuando por lo general comienza la paternidad), los años medios y los tardíos.

### LOS PRIMEROS AÑOS

Para la mayoría de las parejas, cuando los niños llegan se acaba la luna de miel. En un estudio longitudinal de diez años de parejas predominantemente blancas que se casaron a finales de sus veinte, marido y mujer reportaron un marcado declive en la satisfacción durante los primeros cuatro años, seguidos por una meseta y luego otro declive. Los cónyuges que tuvieron hijos, especialmente quienes fueron padres de manera temprana en sus matrimonios y los que tuvieron muchos hijos, mostraron un declive más pronunciado.

¿Qué distingue a los matrimonios que se deterioran después de la paternidad, de los que mejoran? En los matrimonios que se deterioran, de acuerdo con un estudio, es probable que los compañeros sean más jóvenes y con menor grado de educación,



que tengan menos ingreso y hayan estado casados durante poco tiempo. Uno o ambos compañeros tienden a tener baja autoestima, y es probable que los maridos sean menos sensibles. Las madres que tienen el momento más duro son aquellas cuyos bebés tienen temperamentos difíciles. Sorprendentemente, las parejas que eran más románticas “antes del bebé” tienden a tener más problemas “después de”, acaso porque tenían expectativas irreales. Además, las mujeres que planearon sus embarazos tienden a ser más infelices, posiblemente porque esperaban que la vida con un bebé fuera mejor de lo que resultó ser (Belsky y Rovine, 1990).

Una expectativa con frecuencia frustrada se relaciona con la división de las labores domésticas. Si una pareja comparte tales faenas de manera igualitaria antes de que el bebé nazca y luego, después del nacimiento, la carga se desplaza hacia la mujer, la felicidad marital tiende a declinar, especialmente para las esposas no tradicionales (Belsky, Lang y Huston, 1986).

### LOS AÑOS MEDIOS

La curva con forma de U toca fondo durante la primera parte de los años medios, cuando muchas parejas tienen hijos adolescentes. Los conflictos de identidad de la adultez media parecen afectar los sentimientos de la mujer (aunque no los del esposo) acerca de su matrimonio; las mujeres se sienten menos satisfechas con el matrimonio conforme la crianza infantil les demanda menos y sus sentimientos de poder personal y autonomía aumentan (Steinberg y Silverberg, 1987).

La comunicación entre compañeros con frecuencia mitiga el estrés causado por los signos físicos del envejecimiento, la pérdida del impulso sexual, cambios en el estatus o la satisfacción laboral, y la muerte de padres, hermanos o amigos cercanos. Muchas parejas reportan que las épocas difíciles los han acercado más (Robinson y Blanton, 1993).

En un buen matrimonio, la partida de los hijos mayores puede anunciar una “segunda luna de miel”. Sin embargo, en un matrimonio tambaleante, el “nido vacío” puede imponer una crisis personal y matrimonial. Con la ausencia de los hijos, una pareja puede darse cuenta de que ya no tienen mucho en común y preguntarse a sí mismos si quieren pasar el resto de sus vidas juntos.

### LOS AÑOS TARDÍOS

Las parejas en sus sesenta años tienen más probabilidad que las que se hallan en adultez media de considerar satisfactorio su matrimonio. Muchos dicen que éste mejoró con el paso de los años (Gilford, 1986). Es probable que los cónyuges que todavía están juntos en fases tardías de la vida hayan resuelto sus diferencias y llegado a adaptaciones mutuamente satisfactorias. Sin embargo, las personas pueden decir que su matrimonio es feliz como justificación consciente o inconsciente por haberlo mantenido durante tanto tiempo.

La habilidad de las personas casadas para manejar los altibajos de la adultez tardía con relativa serenidad bien puede resultar de apoyo mutuo, que refleja tres relevantes beneficios del matrimonio: intimidad (sexual y emocional), interdependencia (compartir tareas y recursos) y el sentido de pertenencia mutuo de los cónyuges (Atchley, 1985; Gilford, 1986). La satisfacción matrimonial también puede depender de la habilidad de una pareja para ajustarse a la libertad que resulta de despojarse de los roles de proveedor y cuidador de niños (Zube, 1982). La pareja puede encontrar más

interés mutuo y regocijo en la compañía del otro. Por otra parte, conforme el marido se compromete menos con el trabajo y se interesa más en la intimidad, la esposa puede estar más interesada en el crecimiento personal y la autoexpresión. Al cambiar los roles, es posible que las parejas discutan acerca de quién hace qué. Los esposos en edad de jubilación pasan menos de ocho horas a la semana, en promedio, ocupados en tareas domésticas, mientras que sus esposas pasan casi 20 horas más a la semana y hacen más de tres cuartos del trabajo doméstico (Rexroat y Shehan, 1987).

Las personas mayores de 70 años se consideran a sí mismas en matrimonios menos felices que las de 63 a 69 años. Las mujeres, que por lo general esperan más calor e intimidad de las relaciones que los hombres, tienden a hallarse menos satisfechas con el matrimonio a esta edad. La edad avanzada y las enfermedades físicas pueden agravar las tensiones en un matrimonio. Las personas que tienen que cuidar compañeros discapacitados pueden sentirse aisladas, enojadas y frustradas, en especial cuando también ellas mismas tienen mala salud (Gilford, 1986). Cuidar a un cónyuge con demencia es especialmente demandante (como se discutirá en los capítulos 10 y 12). Los cónyuges cuidadores que, en primer lugar, son optimistas y equilibrados, y que permanecen en contacto con sus amistades, se desempeñan mejor (Hooker, Monahan, Shifren y Hutchinson, 1992; Skaff y Pearlin, 1992).

## Permanecer sin hijos

Un creciente número de parejas permanecen sin hijos por elección (Seccombe, 1991). Algunas de estas parejas quieren concentrarse en sus profesiones o en causas sociales. Algunas otras se sienten más cómodas con los adultos o piensan que no serían buenos padres. Algunas más quieren conservar la intimidad de la luna de miel. Otras disfrutan un estilo de vida adulto, con libertad para viajar o tomar decisiones en el momento. Algunas mujeres se preocupan de que el embarazo las hará menos atractivas y que la maternidad cambiará la relación con su cónyuge (Callan, 1986).

Algunas personas pueden sentirse desalentadas por las cargas financieras de la paternidad y la dificultad de combinar ésta con el empleo. En 2000, los gastos estimados para criar un hijo hasta los 18 años en una familia de dos padres, dos hijos e ingreso medio, fue de 165 630 dólares (Lino, 2001). Mejor cuidado infantil y otros servicios de apoyo pueden ayudar a las parejas a tomar decisiones con mayor libertad.

¿Y qué hay del creciente número de ancianos sin hijos vivos? En 1998, una de cada cinco mujeres en Estados Unidos no tenía hijos (Kinsella y Velkoff, 2001). ¿Cómo el hecho de no tener hijos las afectará conforme envejecen? Los primeros estudios sugieren que las personas sin hijos no son solitarias, ni más negativas acerca de sus vidas ni más temerosas de la muerte que quienes sí los tienen (C. L. Johnson y Catalano, 1981; Keith, 1983; Rempel, 1985). Sin embargo, algunas ancianas que nunca tuvieron hijos expresan arrepentimiento, y dicho sentimiento se intensifica mientras más envejecen (Alexander, Rubinstein, Goodman y Luborsky, 1992).

Las viudas sin hijos pueden carecer de una importante fuente de consuelo (O'Bryant, 1988; Sutor *et al.*, 1995). Las personas sin hijos también pueden carecer de un recurso incondicional de cuidado y apoyo si enferman. En Canadá, donde de 5 a 10 por ciento de los ancianos no están casados ni tienen hijos, tres cuartos de este grupo reportan falta de apoyo, especialmente de aliento emocional (Wu y Pollard, 1998).

Ya sea que un adulto permanezca soltero, sostenga relaciones homosexuales, cohabite, se case, divorcie, vuelva a casarse, tenga hijos o no, todas son opciones que

involucran el establecimiento (o no establecimiento) de relaciones íntimas. Los lazos con los padres, con los nietos y con los hermanos son diferentes. Las personas no establecen estos lazos; simplemente son parte de sus vidas. Pero tales relaciones, también, evolucionan y cambian durante la adultez, como se discute en el capítulo 10.

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

### *Fundamentos de las relaciones íntimas*

- Las relaciones íntimas que se basan en la amistad, el amor y la sexualidad se desarrollan y cambian a lo largo de la adultez; pueden verse más afectadas por la edad social que por la cronológica.
- A través del periodo de vida adulto, los amigos pueden ser una importante fuente de apoyo emocional. Los ancianos pueden disfrutar estar con amigos más que con miembros de la familia. Las personas muy ancianas mantienen a sus amigos y hacen nuevos, pero pueden definir la amistad de una manera más amplia que antes.
- De acuerdo con la teoría triangular del amor de Sternberg, la presencia o ausencia relativa de intimidad, pasión y compromiso determina la naturaleza y calidad del amor.
- Los principales cambios en actitudes hacia la sexualidad en Estados Unidos incluyen el cuestionamiento del doble estándar y una mayor aceptación del sexo prematrimonial y no marital y de la homosexualidad.
- La investigación acerca de las causas de la orientación sexual no encontró argumentos suficientes para sustentar las teorías ambientalistas. La evidencia reciente apunta a una causa o predisposición genética. La interacción entre eventos genéticos, hormonales y ambientales puede ser crucial.

**teoría triangular del amor (p. 316)**  
**emparejamiento selectivo (p. 318)**  
**orientación sexual (p. 318)**

**homosexual (p. 318)**  
**heterosexual (p. 318)**  
**bisexual (p. 318)**

### *Estilos de vida maritales y no maritales*

- El porcentaje de adultos que permanecen solteros aumentó de manera significativa.
- Las lesbianas tienen más probabilidad que los varones homosexuales de tener relaciones monógamas estables. Los homosexuales de hoy buscan reconocimiento social de sus uniones, así como de otros derechos.
- La cohabitación se acepta cada vez más, en parte debido al amplio periodo que existe entre la madurez sexual y la social.
- La “edad casadera” varía en cada cultura. En Estados Unidos tiende a ser más tardía que en el pasado.
- Las personas casadas tienden a ser más felices que las solteras, pero la brecha se ha estrechado drásticamente y es menos evidente en las mujeres que en los hombres.
- Las tasas de divorcio se elevaron de manera pronunciada en muchos países occidentales. La tasa en Estados Unidos es una de las más altas en el mundo, pero ahora se ha nivelado.
- Los aspectos del desarrollo social que contribuyen al aumento en divorcios incluyen mayor independencia financiera de las mujeres, menos voluntad de continuar con un matrimonio infeliz, y menores expectativas acerca de la permanencia del matrimonio. Es más probable que el impacto económico del divorcio sea más negativo para las mujeres y los niños.
- La mayoría de las personas divorciadas vuelven a casarse. Los hombres tienen más probabilidad de volver a contraer matrimonio que las mujeres.

- Los cónyuges en matrimonios duraderos atribuyen su éxito a factores como el placer y el compromiso.

**salir del armario (p. 324)**

**cohabitación (p. 326)**

### *Vida familiar*

- Las familias han experimentado cambios dramáticos: hogares monoparentales; madres que trabajan; niños criados por padrastros en familias compuestas, por padres homosexuales o por abuelos.
- Los nacimientos fuera del matrimonio crecen cada vez más, especialmente entre mujeres con altos niveles educativos y profesionistas.
- Los adultos de hoy en los países industrializados conciben menos hijos y los tienen más tarde.
- La infertilidad tiene nuevas soluciones: algunas parejas infértiles todavía adoptan, pero otras utilizan métodos tecnológicamente asistidos para concebir y dar a luz hijos.
- Los niños criados por padres homosexuales no muestran mayor tendencia hacia la homosexualidad que otros niños.
- Las familias compuestas se vuelven más comunes debido a las altas tasas de divorcio y segundas nupcias.
- La paternidad es una experiencia del desarrollo: la llegada de un hijo marca una gran transición en la vida de los padres.
- Una vez que parten los hijos, el “nido vacío” es liberador para muchas mujeres; puede ser más difícil para los padres que ahora se arrepienten de no haber pasado más tiempo con sus hijos.
- La satisfacción marital por lo general declina durante los años de crianza infantil, aunque se eleva hacia los 69 años; luego experimenta otra caída.
- Permanecer sin hijos se ha vuelto más socialmente aceptado. La investigación encontró pocos inconvenientes relevantes a no tener hijos en la vida tardía.

**familias compuestas (p. 341)**

**infertilidad (p. 344)**

**fertilización in vitro (FIV) (p. 345)**

**maduración in vitro (MIV) (p. 345)**

**inyección intracitoplasmática de**

**espermatozoides (ICSI) (p. 345)**

**inseminación artificial (p. 345)**

**transferencia de óvulo (p. 345)**

**transferencia de blastocito (p. 345)**

**transferencia intratubaria de gametos (GIFT) (p. 346)**

**transferencia intratubaria de cigoto (ZIFT) (p. 346)**

**madre de alquiler (p. 346)**

**nido vacío (p. 349)**

# Lazos de parentesco maduros y arreglos para el alojamiento

## La familia adulta: roles y relaciones cambiantes

- Hijos adultos jóvenes y padres en la adultez media
- Hijos en la adultez media y padres ancianos
- Hermanos
- Familias multigeneracionales en la vida tardía

## Abuelos y bisabuelos

- El rol del abuelo
- El rol del bisabuelo
- Crianza de nietos y bisnietos

## Arreglos de alojamiento, servicios de cuidado y apoyo comunitario

- Hijos adultos en casa: el nido no tan vacío
- Arreglos para el alojamiento de los ancianos
- Servicio de cuidado de la familia
- Cuidado de ancianos vulnerables: una perspectiva internacional



## PUNTO DE PARTIDA: MARIAN ANDERSON

*El tiempo necesariamente cambia cualquier relación, y se debe estar preparado para reconocer dichas modificaciones y crecer y cambiar con el tiempo.*

—Helen Merrell Lynd, *On Shame and the Search for Identity*, 1958

LA CONTRALTO AFROAMERICANA Marian Anderson,\* tenía, en palabras del gran director italiano Arturo Toscanini, una voz que se escuchaba “una vez en cien años”. También fue pionera en romper las barreras raciales. Rechazada por una escuela de música en Filadelfia, su ciudad natal, estudió canto de manera privada y en 1925 ganó una competencia nacional para cantar con la Filarmónica de Nueva York. Interpretó en capitales europeas a lo largo de los años treinta, pero con frecuencia tuvo que soportar un trato de segunda clase en su propio país. Cuando se le negó usar una sala de



© UPI/Corbis Images

\* La principal fuente de información biográfica acerca de Marian Anderson y su familia es Anderson (1956, 1992). Algunos detalles provienen de Kernan (1993) y de obituarios publicados en *Time* (19 de abril de 1993), *People Weekly*, *The New Yorker* y *Jet* (26 de abril de 1993).

concierto en Washington, D.C., Eleanor Roosevelt, quien entonces era primera dama, hizo arreglos para que cantara en las escalinatas del Lincoln Memorial. La interpretación sin precedente el domingo de pascua, en 1939, atrajo a 75 mil personas y se transmitió a millones. Muchas semanas después, Marian Anderson fue la primera cantante negra que se presentó en la Casa Blanca. Pero no fue sino hasta 1955, un año después de que la Corte Suprema prohibió la segregación en las escuelas públicas, que Anderson, a los 57 años, se convirtió en la primera persona de color en cantar con la Ópera Metropolitana de Nueva York.

Una historia notable yace detrás del “viaje que tuvo su inicio en una habitación sencilla rentada en el sur de Filadelfia” de esta mujer (McKay, 1992, p. XXX). Es una historia relacionada con la importancia de los lazos familiares, lazos de apoyo mutuo que se extendieron de generación en generación.

Marian Anderson fue la hija mayor de John y Annie Anderson. Dos años después de su nacimiento, la familia dejó su departamento de un cuarto para mudarse con los padres de su padre y luego, después de la llegada de otras dos niñas, a una pequeña casa rentada cercana. John Anderson paleaba carbón y hielo, y Annie Anderson trabajaba en una lavandería.

La familia mantuvo contacto cercano con sus parientes. Cuando Marian, de seis años de edad, mostró interés en la música y se unió al coro infantil en la iglesia, su padre llevó a casa un piano que estaba abandonado en la casa de su tío. Su tía hizo duetos con ella y arregló que cantara en un concierto de beneficencia.

Cuando John Anderson murió, la familia se mudó nuevamente con los abuelos paternos, su tía y las dos hijas de ésta. El abuelo de Marian Anderson tenía un empleo estable. Su abuela se hizo cargo de todos los nietos, su tía administraba la casa y su madre trabajaba como sirvienta para contribuir con los gastos del hogar. Años después, la cantante tenía vívidos recuerdos de su abuela:

“Lo que ella decía era ley. Todos sabían que ella era la jefa, y si quería algo de nosotros en cualquier momento llegábamos volando... En el salón de la abuela había un órgano antiguo; recuerdo que ella lo tocaba ocasionalmente, y cómo su cuerpo se balanceaba al ritmo de la presión de sus pies sobre los pedales. Nos sentábamos y la escuchábamos en silencio, pues sabíamos que era mejor no interrumpirla... La abuela amaba a los niños y siempre tenía montones de ellos viviendo en su casa... Cuidaba que cada uno de nosotros tuviera pequeñas cosas por hacer... Y hubo cosas útiles que aprendimos,... cómo compartir un hogar con otros, cómo entender su forma de ser y respetar sus derechos y privilegios” (Anderson, 1992, pp. 17-18).

Pero la influencia más relevante en la vida de Marian Anderson, incluso durante sus años adultos, fue el consejo, ejemplo y guía espiritual de su luchadora madre, quien siempre le brindaba apoyo. Cuando su primer gran recital en el ayuntamiento de Nueva York fue un fracaso financiero y de crítica, su madre le aconsejó: “Cualquier cosa que hagas en este mundo, sin importar lo buena que sea, nunca podrás agradar a todos. Lo único que puedes hacer es esforzarte por realizar las cosas lo mejor humanamente posible.” (Anderson, 1992, p. 76).

Anderson y su madre compraron una pequeña casa frente a la de su abuela, con ayuda de una modesta herencia y los ahorros de las primeras giras de la cantante. La madre de Anderson, quien vivió hasta los 89 años, insistía en permanecer en dicha casa incluso cuando su hija, para entonces una estrella concertista de renombre internacional, le ofreció comprarle una más grande. Annie Anderson compartió la casa con una de sus otras dos hijas; la tercera hija vivía al lado con su hijo, James DePriest.

“Es la cosa más agradable del mundo ir a esa casa y sentir su felicidad...”, escribió Marian Anderson en 1956. “Todos son amables, y se quieren y protegen unos a otros... Sé que la reconforta [a mi madre] tener a su nieto cerca de ella conforme crece, tal como creo que, cuando él sea un hombre, y haga su propia

## PUNTO DE PARTIDA: MARIAN ANDERSON (continuación)

vida, tendrá recuerdos agradables de su casa y su familia” (1992, p. 93).

La cantante y su esposo, un arquitecto, nunca tuvieron hijos propios. Durante el verano, sus sobrinos iban para estar con ellos en su propiedad en el

condado de Connecticut. En 1992, Marian Anderson, viuda y débil a los 95 años, fue a vivir con su sobrino, DePriest, entonces director musical de la Sinfónica de Oregon. Murió de una apoplejía al año siguiente en su casa.

MARIAN ANDERSON “VIVIÓ CAMBIOS TRASCENDENTALES en Estados Unidos y el mundo” y en la vida afroamericana (McKay, 1992, p. XXIV). Pero una cosa que nunca cambió fue la fuerte red de apoyo de las relaciones intergeneracionales e intrageneracionales que sostuvieron ella y su familia.

Las relaciones con los miembros de la familia continúan siendo relevantes a una edad muy avanzada (Johnson y Troll, 1992). Entre estas importantes relaciones se encuentran los lazos con la familia en la que uno crece (con padres, hermanos y hermanas) y con las nuevas familias que los hijos construyen cuando son mayores. Este complejo entrecruzamiento de lazos de parentesco, que abarca a parientes distantes, es lo que se entiende por **familia extensa**.

En los países menos desarrollados, las personas generalmente viven en hogares de familias extensas multigeneracionales (véase el recuadro 10.1). Pero dicho patrón está cambiando (Gorman, 1993). En Ghana, por ejemplo, donde la vejez tradicionalmente se consideraba una bendición y los ancianos eran venerados, los adultos jóvenes voluntariamente se comprometen a su cuidado. Ahora, la modernización e industrialización, la migración a los centros urbanos y la llegada de religiones occidentales minan la vida familiar extensa y el respeto por la vejez (N. M. Brown, 1990).

En Estados Unidos y otros países industrializados, la **familia nuclear**, una familia de dos generaciones conformada por padres y sus hijos en crecimiento, es la unidad doméstica común. Los hijos adultos y los padres por lo general quieren ser mutuamente independientes. Muchos ancianos prefieren vivir de manera independiente y se resisten a la dependencia de sus hijos tanto como sea posible (Luborsky y McMullen, 1999). Pero a veces, especialmente entre familias minoritarias como la de Marian Anderson, los adultos viven con parientes. Esto ocurre con más frecuencia cuando un hijo o hija tiene problemas para establecerse financieramente, necesita un lugar para vivir después de la pérdida de un cónyuge, o tiene otros problemas; o cuando un padre es tan débil, enfermizo o pobre como para vivir solo.

En este capítulo observarás los lazos entre los adultos y sus familias de origen, sus padres y hermanos, y cómo tales roles y relaciones se desarrollan y cambian a lo largo de la vida.\* Se discutirán los papeles de los abuelos y bisabuelos, incluidos los conflictos especiales que puedan surgir después de que los hijos adultos se divorcian y cuando los abuelos se sienten cómodos con el reto de criar a sus nietos. También

---

\*Parte de la discusión en este capítulo se basa en Papalia, Olds y Feldman (2004).



## *El hogar de las familias extensas en las culturas hispanas*

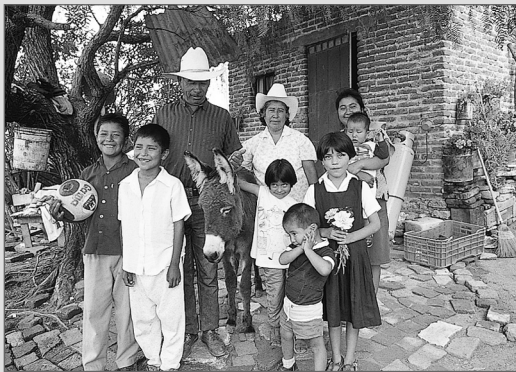
En las coloridas novelas de autores latinoamericanos como Isabel Allende, Gabriel García Márquez y Mario Vargas Llosa, los hogares laten con las vívidas historias de abuelos, padres e hijos, así como de tíos y tías. Aunque estos novelistas infunden a sus historias brillantes elementos imaginativos, su cuadro de la vida multigeneracional en un hogar se basa en hechos reales.

La mayoría de los ancianos latinoamericanos viven en hogares de familias extensas. En Colombia, Costa Rica, República Dominicana, México, Panamá y Perú, la proporción de los hogares de familias extensas varía de apenas arriba de la mitad (52 por ciento) en México, a casi dos tercios (64 por ciento) en República Dominicana (de Vos, 1990). En los seis países, las personas solteras tie-

nen más probabilidad que las casadas de vivir en hogares de familias extensas. De manera global, dos tercios de las personas solteras viven en hogares de familias extensas, en comparación con casi la mitad de las personas casadas. Como en Estados Unidos, dos parejas casadas rara vez viven juntas, a menos que una pareja sea muy anciana o muy joven. Pero en Estados Unidos, a diferencia de América Latina, los ancianos solteros tienden a vivir solos en vez de con la familia.

Dado que el género todavía es más importante en América Latina que en Estados Unidos para determinar los roles sociales, no es de sorprender que las mujeres tengan más probabilidad que los hombres de vivir en hogares de familias extensas. Este hallazgo puede reflejar la mayor expectativa de vida de las mujeres, su cercanía con sus hijos o su mayor necesidad financiera. Por otra parte, ni la edad de un anciano ni la residencia en un escenario rural o urbano afectan la probabilidad de vivir con parientes (de Vos, 1990).

La importancia de la familia extensa en estas culturas se refleja en las comunidades hispanas en Estados Unidos. Entre las familias hispanas, los ancianos tradicionalmente son más respetados. En dichas familias (como en las afroamericanas), los abuelos juegan un destacado papel en la crianza infantil y ejercen considerable influencia sobre las decisiones familiares. En años recientes este patrón se ha modificado de modo que las relaciones entre las generaciones se han vuelto más como las que existen en la mayoría de la población. Sin embargo, los hispanos muestran un fuerte patrón de familia extensa, con redes de ayuda activas, y la posición de los ancianos sigue siendo relativamente alta.



© Bob Daemmrlich/Stock Boston

*Los hogares de familias extensas son predominantes en América Latina. Hay extensas redes de apoyo y ayuda familiar, y la posición de los ancianos sigue siendo relevante.*



observarás varios arreglos de alojamiento, particularmente en la vejez; los problemas que surgen cuando los adultos se convierten en cuidadores de los padres ancianos u otros parientes; y los programas de apoyo comunitario, tanto en Estados Unidos como en otras sociedades.

## LA FAMILIA ADULTA: ROLES Y RELACIONES CAMBIANTES

Elliott Roosevelt, hijo del presidente Franklin Delano Roosevelt, solía contar esta historia: En una cena, la madre de Elliott, Eleanor Roosevelt, quien estaba sentada junto a él, se inclinó y le susurró algo en su oído. Más tarde, un amigo le preguntó a Elliott, entonces en sus cuarenta, qué le había dicho. “Me dijo que me comiera mis chícharos”, respondió.

Incluso después de terminar los años de paternidad activa y que el hijo deja el hogar, los padres todavía son padres, aunque la relación padre-hijo cambia conforme avanza la edad. También, del mismo modo, se transforman las relaciones con los hermanos y hermanas adultos.

### Hijos adultos jóvenes y padres en la adultez media

El papel del padre en la adultez media con los adultos jóvenes plantea nuevos conflictos y requiere nuevas actitudes y comportamientos por parte de ambas generaciones (véase el recuadro 10.2). En las familias de clase media, al menos, los padres en la adultez media por lo general dan a sus hijos más apoyo del que obtienen de ellos conforme los adultos jóvenes se establecen en sus profesiones y familias (Antonucci *et al.*, 2001). Algunos padres tienen dificultades para tratar a sus descendientes como adultos, y a muchos adultos jóvenes les es difícil aceptar que sus padres continúen preocupándose por ellos. En un cálido ambiente familiar de apoyo, tales conflictos se pueden manejar mediante una comunicación abierta de los sentimientos (Putney y Bengtson, 2001).

Sin embargo, los adultos jóvenes y sus padres por lo general disfrutan de la compañía mutua y se llevan bien. La mayoría de los padres de hijos de 16 años o más expresa satisfacción con su papel paterno: 85 por ciento en una encuesta nacional estadounidense de más de 3 mil personas. Cuatro de cada cinco padres se sienten contentos con el desarrollo de sus hijos, aunque tres de cada cuatro están molestos o contrariados con ellos en ciertas ocasiones (Umberson, 1992). Los aspectos dolorosos pueden incluir conflictos respecto a valores y el deseo de los padres de que sus hijos sean como ellos.

Los jóvenes recién casados (especialmente mujeres) tienden a mantener lazos cercanos con sus padres que están en la adultez media, quienes con frecuencia les ayudan económicamente, con el cuidado de los hijos y a establecer su primer hogar. Los padres e hijos adultos se visitan con frecuencia, y las parejas jóvenes pasan gran cantidad de tiempo hablando con y acerca de sus padres (Aldous, 1987; Troll, 1986, 1989; Troll, Miller y Atchley, 1979).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué define la relación que un individuo mantiene con su familia?

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Con base en tus observaciones, ¿por qué algunos adultos jóvenes se llevan bien con sus padres mientras que otros continuamente experimentan conflictos?



## *Establecimiento de relaciones maduras con los padres*

¿Cuándo se vuelve adulta una persona? De acuerdo con un estudio, esta transición ocurre por lo general a finales de los veinte, al menos para los graduados de bachillerato blancos de clase media. Por lo general, entre las edades de 24 y 28, ocurre un cambio drástico en la madurez psicológica que puede detectarse al evaluar la relación de un adulto joven con sus padres. Los hombres y las mujeres maduran de manera diferente, pero el que una persona esté casada o soltera no parece tener importancia.

Estas conclusiones surgieron de entrevistas con 150 graduados de bachillerato de un suburbio del oeste medio: 78 mujeres y 72 hombres entre los 22 y 32 años de edad (Frank, Avery y Laman, 1988). A los participantes se les valoró de acuerdo con once aspectos de madurez. Cinco de las medidas evaluaban autonomía, por ejemplo, qué tan adecuadas resultan las decisiones que toman y si se responsabilizan de sus propias vidas. Otras cinco mediciones evaluaron relaciones entre las generaciones: qué tanta cercanía existe, cómo se comunican y cómo se sienten los jóvenes con respecto a sus padres.

Los investigadores encontraron seis patrones principales:

1. *Individualista*. El adulto joven (AJ) se siente respetado por sus padres, busca su consejo y ayuda libremente, reconoce sus fortalezas, disfruta su compañía y tiene pocos conflictos con ellos. Sin embargo, el AJ se siente separado de sus padres y está consciente de (y sin problemas con) una falta de intensidad y profundidad en la relación.
2. *Conectado-competente*. El AJ es muy independiente, sostiene convicciones que difieren radicalmente de las creencias de los padres, pero se siente más empático hacia ellos que el AJ individualista y con frecuencia los ayuda resolviendo sus propios problemas de salud, alcoholismo o relaciones. La madre puede ser considerada demandante y crítica, pero el AJ entiende sus limitaciones, mantiene los conflictos dentro de los límites y permanece cerca de ella.
3. *Pseudoautónomo*. El AJ pretende no preocuparse por los conflictos con los padres y se desconecta más que confrontarlos abiertamente. Percibe a los padres como desinteresados y a las madres como intrusivas; ambos son considerados como incapaces de aceptar al AJ como es.
4. *Identificado*. En esta relación inusualmente abierta e íntima, el AJ acepta los valores y puntos de vista que tienen los padres sobre la vida; busca consejo acerca de decisiones importantes, y se siente seguro de contar con ellos. Hay poca tensión y los padres son percibidos como no críticos y comprensivos.

### Hijos en la adultez media y padres ancianos

“Mi madre es mi mejor amiga”, dice una mujer de 45 años de edad, “puedo contarle cualquier cosa”. Un hombre de 50 años visita a su padre jubilado cada tarde, le cuenta las novedades y pide su opinión acerca de problemas en el negocio familiar. Una madre divorciada de 40 años ve a sus padres con más frecuencia ahora de lo que hizo durante sus quince años de matrimonio y ahora necesita más de su ayuda

5. *Dependiente*. El AJ no puede enfrentar las situaciones cotidianas de la vida sin la ayuda de los padres, se siente afligido por esto pero es incapaz de cambiar y los considera como dominantes y críticos, o emocionalmente indiferentes y preocupados por sí mismos. El AJ satisface los deseos de sus padres o cae en infantiles luchas de poder.
6. *Conflictivo*. Este patrón surgió sólo con los padres. El AJ percibe al padre como de temperamento violento e incapaz de establecer una relación cercana; se siente constantemente atacado; se avergüenza de la incompetencia del padre; y desea estar más cerca de él.

Las mujeres tienen más probabilidad de ser “conectadas-competentes” con sus madres e “identificadas” o “conflictivas” con sus padres. Los hombres con más frecuencia fueron “individualistas” con ambos padres o “pseudoautónomos” con sus padres. Y las mujeres mostraron un poco más de probabilidad que los hombres de ser “dependientes” de sus madres. Para ambos sexos, la edad fue relevante. Casi la mitad de quienes tenían más de 28 años sentía que podía enfrentar la mayoría de los aspectos de la vida sin pedir ayuda a sus padres, y sólo uno de cada cinco tuvo serias dudas de que podría ser autónomo. Sin embargo, para las personas menores de 24 años, estas cifras se invir-

tieron: sólo una de cada cinco sintió que podía enfrentar la mayoría de los aspectos de la vida de manera independiente, y la mitad tuvo serias dudas acerca de ser autónomo.

Investigación reciente indica que más de la mitad de las personas de 21 años de edad vivía en casa. Este grupo es la punta de lanza de la generación Y del “baby boom” constituida por 72 millones de individuos, nacidos entre 1974 y 1997. Éstos desean relacionarse con sus padres y sentirse cómodos acerca de vivir en casa o regresar después de graduarse de la universidad. Se sienten emocionalmente cerca de sus padres y los admiran (Weiss, 2003).

Si hallazgos como los anteriores encuentran sustento en una investigación más amplia, los científicos del desarrollo necesitarán revisar nuevamente la dirección que se está tomando hacia el final de la adolescencia y el comienzo de la adultez, y qué significa esto para la educación, la planeación de carrera y las relaciones entre las generaciones. Sin embargo, es necesario mirar de cerca las poblaciones involucradas. Este nuevo tiempo para el logro de la adultez probablemente refleja el hecho de que las personas jóvenes de clase media siguen dependiendo del apoyo de sus padres durante más tiempo en la actualidad de lo que hacían en el pasado. La adultez puede llegar más pronto para los jóvenes con menor nivel económico, quienes se vuelven independientes a edades más tempranas.

que en cualquier momento desde su adolescencia. Una pareja a comienzos de sus sesenta se percató de que el tiempo que esperaban pasar viajando y jugando con sus nietos lo emplean cuidando a sus madres viudas.

El lazo entre los hijos en la adultez media y sus padres ancianos es fuerte, se nutre de los vínculos más tempranos y continúa a lo largo del resto de sus vidas (Cicirelli, 1980, 1989b; Rossi y Rossi, 1990). Las relaciones entre la mayoría de las personas en la adultez media y sus padres son cercanas y se basan en un contacto frecuente y

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Por qué algunas relaciones entre padres e hijos muestran muy pocos cambios a través de los años adultos, mientras que otras se vuelven cada vez más maduras?

en la ayuda mutua (Antonucci y Akyama, 1997). De acuerdo con un estudio realizado en 1984, cuatro de cada cinco ancianos tienen hijos vivos, y dos de cada tres viven a 30 minutos de al menos uno de sus hijos. Seis de cada diez ven a sus hijos al menos una vez a la semana, y tres de cada cuatro les hablan por teléfono con frecuencia (AARP, 1994). Los ancianos con mejor salud tienen más contacto con sus familias que quienes poseen una salud más precaria y reportan sentirse más cerca de los miembros de la familia (Field, Minkler, Falk y Leino, 1993).

Madres e hijas tienen más probabilidad de permanecer en contacto cercano que cualquier otra combinación de miembros de familia (Lee, Dwyer y Coward, 1993; Troll, 1986). Las hijas que sostienen una buena relación con sus padres tienen más probabilidad, que quienes poseen una pobre relación, de reportar un sentimiento de bienestar y menos probabilidad de sufrir ansiedad o depresión (Barnett, Kibria, Barch y Pleck, 1991). Entre los afroamericanos, los hijos adultos tienen más probabilidad de visitar a sus madres que a sus padres, y la relación madre-hija es especialmente fuerte (Spitze y Miner, 1992).

Muchas personas en la adultez media consideran a sus padres más objetivamente que antes, los ven como individuos que tienen tanto fortalezas como debilidades. Algo más ocurre durante estos años: un día un hijo o hija ve a su madre o padre y lo ve como anciano, y este descubrimiento puede ser estresante (Troll y Fingerman, 1996). Por otra parte, los ancianos pueden observar a un hijo en la adultez media que está en la cima de sus logros con una nueva y más respetuosa mirada.

El equilibrio de la ayuda mutua que fluye entre los padres y sus hijos adultos tiende a cambiar conforme los padres envejecen, cuando los hijos proporcionan una mayor cantidad de apoyo (Bengtson, Rosenthal y Burton, 1990; 1996). Esto es especialmente cierto en los países en desarrollo. Sin embargo, incluso ahí, los ancianos realizan importantes aportaciones al bienestar familiar, por ejemplo, a través de labores domésticas y cuidado de los niños (Kinsella y Velkoff, 2001).

En Estados Unidos y otros países desarrollados, los apoyos institucionales, como la seguridad social y Medicare han quitado a los miembros de la familia algunas responsabilidades con los ancianos; pero muchos hijos adultos sí proporcionan asistencia significativa y cuidado a los padres ancianos. Sin embargo, en Estados Unidos es más probable que los padres ancianos brinden apoyo financiero en lugar de recibirlo (Kinsella y Velkoff, 2001). Una excepción son los inmigrantes que llegan como ancianos; ellos tienen más probabilidad de vivir con hijos adultos y depender de ellos (Glick y Van Hook, 2002).

Desde luego, muchos padres continúan mostrando preocupación por sus hijos. Los padres ancianos cuyos hijos enfrentan problemas serios tienen más probabilidad de deprimirse (Pillemer y Sutor, 1991). En un estudio (Greenberg y Becker, 1988), más de la mitad de las madres ancianas y un tercio de los padres experimentaron estrés significativo debido a los problemas de sus hijos; en el caso de los padres, más por las reacciones de sus esposas que por los problemas en sí. Para las madres, las relaciones más estresantes fueron aquellas en las que una hija había perdido contacto con la familia; para los padres, las relaciones más estresantes fueron con los hijos que continuaban dependiendo, emocional y financieramente, de ellos.

Los ancianos ayudan a sus hijos en varias formas, y cuando ellos necesitan ayuda sus hijos son las primeras personas a quienes se dirigen y las que tienen más posibilidad para ayudarlos (Field y Minkler, 1988). Los padres de clase media por lo ge-

neral “dan más servicios y dinero a sus hijos a lo largo de sus vidas, y los hijos dan más apoyo emocional, ayuda doméstica y cuidado durante una enfermedad” (Troll, 1986, p. 23). Entre las familias de clase trabajadora, el dinero es más probable que fluya de hijos a padres (Troll *et al.*, 1979).

Muchos ancianos retoman un papel paterno más activo cuando sus hijos necesitan ayuda. Los hijos adultos solteros reciben más asistencia financiera de los padres ancianos que los casados; los hijos divorciados tienen más probabilidad de obtener apoyo emocional y ayuda con el cuidado infantil y las labores domésticas. Los adultos infelizmente casados, los divorciados y los viudos con frecuencia obtienen de los padres el apoyo emocional que no obtienen de los cónyuges. Los padres de hijos divorciados los ven con más frecuencia que antes y es posible que los reciban en sus casas. Muchos padres de alcohólicos y drogadictos apoyan a sus hijos tanto financiera como emocionalmente. Los padres de hijos enfermos mentales, moderadamente retardados o físicamente discapacitados, con frecuencia mantienen sus roles protectores durante toda la vida (Aldous, 1987; Greenberg y Becker, 1988; Ryff y Seltzer, 1995). En la actualidad, muchos padres asumen el papel de cuidadores para los hijos adultos con SIDA (Brabant, 1994).

También la ayuda va en el sentido contrario. Aunque la mayoría de los adultos ancianos se encuentran físicamente en buenas condiciones, vigorosos e independientes, algunos buscan la ayuda de sus hijos para tomar decisiones e incluso pueden depender de ellos para las tareas diarias y apoyo financiero. Si los ancianos enferman o son débiles, sus hijos pueden enfrentarse con el manejo de las vidas de sus padres.

Es probable que los ancianos se depriman si necesitan ayuda de sus hijos. En una sociedad en la que ambas generaciones valoran su independencia, la posibilidad de ser dependiente puede resultar desmoralizadora. Los padres no quieren ser una carga o agotar los recursos de sus hijos. Aunque los padres también pueden deprimirse si temen que sus hijos *no* los cuidarán (G. R. Lee, Netzer y Coward, 1995).

Las personas en la sociedad estadounidense no caen de manera natural en los patrones comunes de muchas otras sociedades, en las que los ancianos esperan vivir y ser cuidados en las casas de sus hijos, tal como los padres una vez cuidaron de ellos. Sin embargo, la mayoría de los hijos están conscientes de sus obligaciones con sus padres y con frecuencia exigen más de ellos mismos que lo que esperan sus padres. No obstante, el cuidado paterno no es compartido equitativamente por hijas e hijos. Los hallazgos de investigación indican que las hijas por lo general son las principales cuidadoras de los padres enfermos o discapacitados (Stephens y Franks, 1999). En un estudio de 144 pares padre-hijo, ambas generaciones dieron una alta clasificación a las mismas tres responsabilidades filiales: ayudar a los padres a comprender sus recursos, dar apoyo emocional y hablar sobre asuntos importantes (véase el recuadro 10.1). Ambas generaciones dan menos peso al ajuste de los horarios laborales o familiares para ayudar a sus padres. Los hijos sienten que ellos deben dar dinero a sus padres, pero la mayoría de los padres no lo sienten así. Más hijos que padres consideran relevante alojarlos en sus hogares en caso de una emergencia, cuidarlos cuando se enferman y sacrificar la libertad personal (Hamon y Blieszner, 1990). (El cuidado de los padres ancianos por parte de hijos adultos se discute más adelante en este capítulo.)

**TABLA 10.1**

*Expectativas de hijos adultos y sus padres en cuanto a la responsabilidad filial*

Ítem	HIJO ADULTO		PADRES	
	Porcentaje	Clasificación	Porcentaje	Clasificación
Ayudar a comprender recursos	99.3	1	97.2	2
Dar apoyo emocional	97.2	2	95.7	3
Hablar de temas importantes	96.5	3	98.6	1
Alojar en el hogar en caso de emergencias*	94.4	4	73.0	7
Sacrificar libertad personal*	93.7	5	81.0	6
Cuidar cuando enferman*	92.4	6	64.3	9
Reunirse en ocasiones especiales	86.0	7	86.7	5
Dar ayuda financiera*	84.6	8	41.1	13
Dar consejo paterno	84.0	9	88.7	4
Ajustar horario familiar para brindar ayuda*	80.6	10	57.4	10
Sentirse responsable por el padre*	78.2	11	66.4	8
Ajustar el horario laboral para brindar ayuda*	63.2	12	42.1	12
El padre debe vivir con los hijos*	60.8	13	36.7	15
Visitar una vez a la semana	51.4	14	55.6	11
Vivir cerca del padre	32.2	15	25.7	16
Escribir una vez a la semana	30.8	16	39.4	14

NOTAS: 1) La clasificación refleja el porcentaje de entrevistados que estuvieron "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo" con cada ítem en la Escala Hamon de Responsabilidad Filial. 2) Los asteriscos indican diferencias significativas en proporción de aprobación para hijos y padres.

FUENTE: Adaptado de Hamon y Blieszner, 1990, p. P111.

**PENSAMIENTO CRÍTICO**

Si tienes al menos un hermano, ¿has notado un patrón consistente o cambiante en tu relación desde la niñez? Si notas algún cambio, ¿qué fue lo que lo influyó?

**Hermanos**

Para la mayoría de las personas, las relaciones fraternales son las más duraderas. En algunas investigaciones transversales, este tipo de relaciones parece tomar la forma de un reloj de arena a lo largo del ciclo de vida, con más contacto en los dos extremos, en la niñez y en la adultez media a tardía, y menor contacto durante los años de crianza. Otros estudios indican un declive en la frecuencia de contacto a lo largo de la adultez. El conflicto entre hermanos tiende a disminuir con la edad, quizá porque si *no* se llevan bien se ven menos (Putney y Bengtson, 2001).

Las relaciones entre hermanos parecen servir a propósitos un poco diferentes para hombres y mujeres. Para las mujeres, los sentimientos positivos hacia los hermanos se ligan con un autoconcepto favorable; para los hombres, con alta calidad moral. Mientras más contacto tengan con sus hermanos, tanto hombres como mujeres, es menos probable que muestren síntomas de problemas psicológicos (Paul, 1997).

Las hermanas, especialmente, permanecen en contacto y están dispuestas a ayudarse mutuamente (Cicirelli, 1980, 1995; H. G. Ross, Dalton y Milgram, 1980; Scott y Roberto, 1981). Los hermanastros y medios hermanos también tienen probabilidad de mantener contacto, dependiendo de cuánto vivan juntos durante la niñez, pero no se ven unos a otros con tanta frecuencia como los hermanos carnales, y

pueden proporcionar menos ayuda. Estas diferencias pueden disminuir conforme las familias compuestas se vuelvan más comunes (Antonucci *et al.*, 2001).

#### RELACIONES FRATERNALES EN LA ADULTEZ MEDIA

Después de establecer su propia identidad a través de la profesión y la familia, los hermanos en la adultez media hacen esfuerzos especiales por renovar lazos, y las anteriores rivalidades tienden a sustituirse por intimidad y afecto (Cicirelli, 1980; Ross, Dalton y Milgram, 1980; Scott y Roberto, 1981; Bedford, 1995; Cicirelli, 1995, Putney y Bengtson, 2001). Más de dos tercios de las personas con hermanos vivos, un 85 por ciento de los estadounidenses en la adultez media, se sienten cerca o muy cerca de sus hermanos y mantienen buenas relaciones con ellos; más de tres cuartos dicen que se llevan bien o muy bien (Cicirelli, 1980). La cercanía, tanto emocional como geográfica, y un sentido de responsabilidad por el bienestar mutuo son las influencias más importantes respecto a qué tan frecuentemente se ven unos a otros (Lee, Mancinni y Maxwell, 1990). Los hermanos por lo general se reúnen al menos varias veces al año, en muchos casos, una vez al mes o más. Es raro que pierdan contacto por completo (Cicirelli, 1980).

Lidiar con el cuidado de padres que envejecen acerca más a los hermanos, pero causa resentimiento y conflicto entre otros (Antonucci *et al.*, 2001; Bedford, 1995; Bengtson *et al.*, 1996). La calidad de una relación fraternal durante los primeros años, cooperativa o conflictiva, puede afectar la forma en que los hermanos adultos



© Jacques Chenet

*Bessi y Sadie Delany, hijas de un esclavo liberado, fueron mejores amigas toda su vida (más de 100 años) y escribieron dos libros juntas acerca de los valores con los que crecieron y la historia de sus largas y activas vidas. Los hermanos ancianos son parte relevante de la red de apoyo mutuo, y las hermanas son especialmente vitales para mantener relaciones familiares.*

manejen tales conflictos (Bedford, 1995). Los desacuerdos pueden surgir por la división del cuidado (Lerner, Somers, Reid, Chiriboga y Tierney, 1991; Strawbridge y Wallhagen, 1991) o sobre una herencia, especialmente si la relación no ha sido buena. Entre 95 hijas casadas que cuidan padres con demencia, las relaciones fraternales constituyeron una gran fuente de apoyo, pero también ocasionaron una gran cantidad de estrés interpersonal (Suitor y Pillemer, 1993).

#### RELACIONES FRATERNALES EN LA VIDA TARDÍA

Cuando Elizabeth (“Bessie”) Delany tenía 102 años y su hermana Sarah (“Sadie”) 104, publicaron un libro de mucho éxito, *Having Our Say: The Delany Sisters’ First 100 Years* (Delany, Delany y Hearth, 1993). Hijas de un esclavo liberado, Bessie superó la discriminación racial y de género para convertirse en dentista, y Sadie se convirtió en profesora de secundaria. Nunca se casaron. Determinadas a ser independientes, vivieron juntas durante tres décadas en Mount Vernon, Nueva York. Aunque eran tan distintas como el agua y el aceite, y lo habían sido desde la niñez, las dos mujeres fueron mejores amigas, y compartieron el sentido del humor y los valores que sus padres les inculcaron (Delany, Delany y Herath, 1993).

Para las personas que sólo tienen uno o dos hijos, o ninguno, las relaciones fraternales en la vida tardía pueden ser cada vez más importantes como fuente de apoyo emocional y ayuda práctica (Cicirelli, 1980; Rubinstein, Alexander, Goodman y Luborsky, 1991; Scott y Roberto, 1981). Tanto los hermanos como las hermanas y sus hijos proporcionan apoyo de este tipo a las mujeres que nunca se casan (Rubinstein *et al.*, 1991).

Las hermanas son especialmente relevantes en el mantenimiento de las relaciones y el bienestar familiares, quizá debido a que las mujeres tienden a ser más expresivas emocionalmente y cubrir mejor el rol tradicional de cuidadoras (Bedford, 1995; Cicirelli, 1989a, 1995). Los ancianos que están cerca de sus hermanas se sienten mejor acerca de la vida y se preocupan menos por el envejecimiento que quienes no tienen hermanas o lazos cercanos con ellas (Cicirelli, 1977, 1989a). En una muestra nacional de adultos en duelo en Holanda, quienes enfrentaron la muerte de una hermana experimentaron más dificultad que quienes perdieron un cónyuge o un padre (Cleiren, Diekstra, Kerkhof y van der Wal, 1994).

Al observar en retrospectiva, los ancianos que se sienten cerca de sus hermanos o hermanas expresan una sensación de paz con la vida y consigo mismos, mientras que quienes están alejados de sus hermanos con frecuencia se sienten molestos, como si hubiesen fracasado para vivir de acuerdo con sus expectativas. Quienes restablecen lazos fraternales por lo general sienten que han logrado algo importante (Ross *et al.*, 1980).

#### Familias multigeneracionales en la vida tardía

Actualmente, la familia en la vida tardía muestra características especiales (Brubaker, 1983, 1990; C. L. Jonhson, 1995). Históricamente, incluso en el tiempo y en el lugar en los que la familia multigeneracional era predominante, los años que las personas pasaban en tal familia eran menos, y aquella rara vez abarcaba más de tres generaciones. Hoy en día, muchas familias en los países desarrollados incluyen cuatro o incluso cinco generaciones (con menos miembros en cada generación sucesiva), lo



que hace posible que una persona sea tanto un abuelo como un nieto simultáneamente (Kinsella y Velkoff, 2001).

La presencia de tantos miembros en la familia puede ser enriquecedora, pero también crear presiones especiales. Como verás en la siguiente sección, el papel de abuelo no es tan claro como solía serlo. El divorcio y las segundas nupcias pueden interferir con las relaciones abuelo-nieto. Por otra parte, a pesar de una baja energía, algunos abuelos e incluso bisabuelos van a la par y crían nietos.

Además, muchos “ancianos jóvenes” tienen al menos un padre que ha vivido lo suficiente como para tener muchas enfermedades crónicas y cuya atención puede ser física y emocionalmente agotadora. Muchas mujeres en la actualidad pasan más tiempo de sus vidas cuidando a sus padres que a sus hijos (Abel, 1991). Ahora que el grupo de más rápido crecimiento en la población es el de 85 años y más, muchas personas que se hallan a finales de sus sesenta o más allá, cuya propia salud y energía pueden tambalear, se encuentran en esta posición. La *tasa de apoyo a los padres* (el número de personas de 85 años y más por cada 100 personas de 50 a 64 años de edad) se triplicó (de tres a diez) entre 1950 y 1993; puede triplicarse de nuevo hacia 2053 (U. S. Bureau of the Census, 1995).

## ABUELOS Y BISABUELOS

En algunas comunidades africanas, los abuelos se llaman “noble”. En Japón, las abuelas visten de rojo como señal de su estatus (Kornhaber, 1986). Aunque en la mayoría de las sociedades occidentales no se cuenta con distintivos o títulos de honor, convertirse en abuelo puede ser un acontecimiento extremadamente relevante en la vida de una persona.

Con frecuencia el ser abuelo comienza antes de terminar la paternidad activa. Los adultos en Estados Unidos se convierten en abuelos a una edad promedio de 48, de acuerdo con una encuesta telefónica a 1 500 abuelos que pertenecen a la American Association of Retired Persons (AARP) (Davies y Williams, 2002). Con la prolongación de la vida en la actualidad, gran número de adultos pasa muchas décadas como abuelos. Dado que las mujeres tienden a vivir más que los hombres, las abuelas por lo general viven para ver al menos al nieto mayor convertirse en adulto y volverse bisabuelas (Szinovacz, 1998). Más del 75 por ciento de los ancianos estadounidenses son abuelos, y más de 40 por ciento bisabuelos (Menninger Foundation, 1994).

Los hombres y mujeres cuyos hijos adultos posponen o están en contra de la paternidad con frecuencia se sienten decepcionados y un poco engañados. Algunos se vuelven abuelos sustitutos o voluntarios en escuelas u hospitales (Porcino, 1983, 1991).

### El rol del abuelo

Es probable que los abuelos de hoy diseñen mecedoras en vez de sentarse en ellas, comercialicen galletas en vez de cocinarlas, y vistan ropa deportiva en lugar de delantales. Los cambios por los que han pasado los abuelos se manifiestan en estilos de vida y roles muy diferentes a los de generaciones anteriores.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuál consideras que es la causa por la que las familias o una sociedad valoran a los miembros ancianos?

En familias como la de Marian Anderson, los abuelos fueron una parte esencial en la salud económica y emocional de la familia. En algunas culturas, todavía lo son. En muchas sociedades en desarrollo, como las de América Latina y Asia, predominan los hogares de familias extensas, y los abuelos juegan un papel integral en la crianza de los niños y las decisiones de la familia. En países asiáticos como Tailandia y Taiwan, alrededor del 40 por ciento de la población de 50 años y más vive en el mismo hogar con un nieto menor, y la mitad de las que tienen nietos de diez años o más jóvenes, por lo general abuelas, proporcionan cuidado al niño (Kinsella y Velkoff, 2001).

En Estados Unidos, el hogar de familia extensa es común en algunas comunidades minoritarias, pero el patrón de hogar dominante es la familia nuclear. Cuando los niños crecen, por lo general dejan el hogar y establecen familias nucleares nuevas y autónomas cualesquiera que sean las inclinaciones, aspiraciones y búsquedas de empleo que emprendan. Aunque el 68 por ciento de los abuelos en la encuesta de la AARP ven al menos a un nieto cada una o dos semanas, 45 por ciento vive muy lejos como para ver a sus nietos con regularidad (Davies y Williams, 2002). Sin embargo, la distancia no necesariamente afecta la calidad de las relaciones con los nietos (Kivett, 1991, 1993, 1996).

El ser abuelo, especialmente cuando las familias eran grandes, solía verse como una extensión natural de la paternidad; apenas el hijo más joven dejaba el hogar o bien todavía no lo hacía, cuando el mayor comenzaba a tener bebés. En la actualidad, puede haber una brecha entre el “abandono del nido” de una generación y el arribo de la siguiente, y ésta es una época en la que muchos padres en la adultez media extienden sus propias alas y realizan sustanciales cambios de vida. Como los adultos jóvenes, pueden desplazarse hacia donde sus inclinaciones o aspiraciones los lleven. Y elevar los estándares de vida, junto con la seguridad social, han vuelto a las generaciones menos dependientes financieramente unas de otras (Cherlin y Furstenberg, 1986b; Kornhaber y Woodward, 1981).

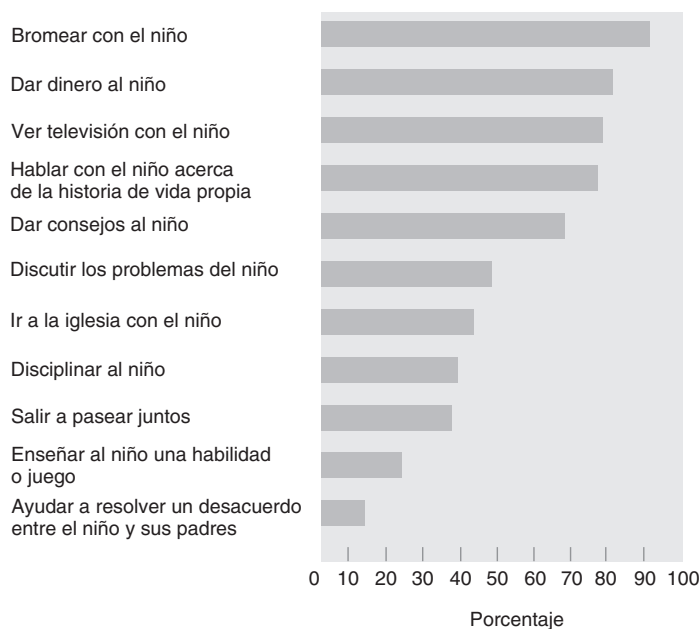
Ser abuelo hoy en día es diferente que en el pasado. El abuelo estadounidense promedio tiene seis nietos (Davies y Williams, 2002), en comparación con doce a quince alrededor de comienzos del siglo XX (Szinovacz, 1998; Uhlenberg, 1988). Con la creciente incidencia de divorcios en la adultez media, casi uno de cinco abuelos es divorciado, viudo o separado (Davies y Williams, 2002), y muchos niños tienen abuelastros. Las abuelas de los niños más jóvenes tienen más probabilidad de figurar en la fuerza laboral (y por ende tener menos disponibilidad para ayudar). Por otra parte, las tendencias hacia la jubilación temprana liberan a los abuelos para pasar tiempo con los nietos mayores. Muchos abuelos todavía tienen padres vivos, cuyo cuidado deben equilibrar con las necesidades de los nietos. Y muchos abuelos tanto en países desarrollados como en desarrollo proporcionan cuidado a los nietos, en tiempo parcial o total (Kinsella y Velkoff, 2001; Szinovacz, 1998). Y algunos abuelos, como se verá, crían un nieto cuando los padres no pueden o no quieren hacerlo.

Los abuelos vivarachos y ocupados de hoy enfrentan un conflicto entre necesidades personales y familiares (Cherlin y Furstenberg, 1986b; Horkhaber y Forsyth, 1994). Muchos sienten que han criado a sus hijos y ahora están facultados para seguir sus propios intereses. Aunque pueden tener un sentimiento incómodo de que

están perdiendo algo relevante: intimidad con sus nietos (Kornhaber, 1986; Kornhaber y Woodward, 1981).

Los abuelos activos, como la abuela de Marian Anderson, todavía pueden ser una importante influencia sobre el desarrollo de sus nietos. Tienen un vínculo con la familia extensa. Abuelo y nieto se conocen íntimamente uno a otro, en muchos niveles; el primero funciona como maestro, cuidador, modelo y a veces como negociador entre hijo y padre.

Aunque el ser abuelo ha cambiado, el rol todavía puede ser positivo y significativo. Un gran estudio de una muestra nacionalmente representativa de tres generaciones encontró que “los abuelos juegan un papel limitado pero relevante en la dinámica familiar” y que muchos establecen lazos emocionales fuertes con sus nietos (Cherlin y Furstenberg, 1986a, p. 26). Los investigadores encontraron tres estilos de ser abuelo: remoto, acompañante (el estilo predominante) e involucrado. Los abuelos *remotos* (29 por ciento) ven a sus nietos tan pocas veces que la relación es más simbólica que real. Los abuelos *acompañantes* (55 por ciento) no intervienen directamente en la crianza de los niños pero disfrutan la compañía frecuente y casual. Sólo 16 por ciento de los abuelos son *involucrados* en el sentido de que disciplinan o corrigen a sus nietos, dan consejo, discuten los problemas del niño, se les consulta acerca de decisiones importantes concernientes al niño e intercambian ayuda a cambio de encargos, faenas domésticas y trabajos. (La figura 10.1 muestra las actividades abuelo-nieto más frecuentes.) Los abuelos más jóvenes, aquellos que ven a sus



**FIGURA 10.1** Qué hacen los abuelos con sus nietos: proporciones de abuelos, en una muestra nacionalmente representativa, que se involucraron en varias actividades con sus nietos en los doce meses anteriores. FUENTE: Cherlin y Furstenberg, 1986b, p. 74.

nietos casi todos los días, y quienes tienen una relación cercana con la madre del niño tienen más probabilidad de estar involucrados.

Los estilos de ser abuelo pueden diferir con los diferentes nietos y en distintos momentos de la vida del niño. Los abuelos tienen más probabilidad de estar más involucrados durante los años preadolescentes del niño (Cherlin y Furstenberg, 1986b). Conforme los nietos crecen, el contacto tiende a disminuir, pero el afecto crece. El declive en el contacto es más rápido entre las cohortes de abuelos más jóvenes, quienes tienden a tener mejor salud, más dinero y vidas más ocupadas (Silverstein y Long, 1998). Sin embargo, la satisfacción con los nietos sigue siendo alta en la vejez, aun cuando las generaciones se vean con menos frecuencia unas a otras conforme el niño crece (Field y Minkler, 1988).

Las actividades más frecuentes que los abuelos, en la muestra AARP, llevan a cabo con sus nietos son cenar juntos, ver televisión, ir de compras y leer con ellos; más de la mitad se ejercita o practica deportes con sus nietos. Más de la mitad gasta dinero en las necesidades educativas de sus nietos, y casi 45 por ciento dice que ayuda a pagar los gastos de los nietos. Alrededor de 15 por ciento de estos abuelos proporcionan cuidado al niño mientras los padres trabajan (Davies y Williams, 2002). De hecho, los abuelos ahora son los proveedores de cuidado infantil número uno del país; 21 por ciento de todos los preescolares y 15 por ciento de los niños en edad escolar están con sus abuelos mientras sus madres trabajan (Smith, 2002). Una tendencia similar existe en algunos otros países desarrollados (Kinsella y Velkoff, 2001).

Los abuelos frecuentemente caminan en la cuerda floja entre la renuencia a interferir en las vidas familiares de los nietos adultos y la obligación de proporcionar ayuda y apoyo, y su nivel de involucramiento con frecuencia se le deja a los padres (Silverstein, Giarrusso y Bengtson, 1998). Un investigador prominente (Troll, 1980, 1983) ve a los abuelos como “perros guardianes” de la familia. Permanecen al margen de las vidas de sus hijos y nietos, y vigilan para asegurarse de que las cosas marchan bien, pero rara vez juegan un fuerte papel a menos que deban hacerlo. En una crisis (después de un divorcio, por ejemplo, o durante una enfermedad o problemas económicos) dan un paso al frente y se vuelven más activos (Cherlin y Furstenberg, 1986a, 1986b).

#### GÉNERO Y DIFERENCIAS RACIALES/ÉTNICAS

Las abuelas tienden a ser las cuidadoras de la parentela; son quienes mantienen contacto con los nietos. En general, las abuelas tienen relaciones más cercanas, cálidas y afectivas con sus nietos (en especial las nietas) que los abuelos, y los ven más (Putney y Bengtson, 2001). Es probable que los padres de la madre estén más cerca de los niños que los padres del padre y tienen más probabilidad de involucrarse durante una crisis (Cherlin y Furstenberg, 1986a, 1986b; Hagestad, 1978, 1982; B. Kahana y Kahana, 1970). Las abuelas tienden a estar más satisfechas con el ser abuela que los abuelos (Thomas, 1986). Sin embargo, los abuelos pueden ser más paternos y físicamente afectuosos con sus nietos de lo que fueron con sus propios hijos; pueden considerar el ser abuelos como una “segunda oportunidad” para enmendar sus errores como padres (Kivnick, 1982). El ser abuelo puede ser más im-

portante para los hombres afroamericanos que para los blancos (Kivett, 1991). Los abuelos afroamericanos tienen más probabilidad de involucrarse en la crianza de sus nietos, aun cuando no haya crisis (Cherlin y Furstenberg, 1986a, 1986b; Goodman y Silverstein, 2002).

#### SER ABUELO DESPUÉS DE UN DIVORCIO Y SEGUNDAS NUPCIAS

Un resultado del aumento en los divorcios y las segundas nupcias es un creciente número de abuelos y nietos cuyas relaciones se ponen en peligro o se lesionan. Otro resultado es la creación de gran número de nietastros.

Después de un divorcio, dado que la madre por lo general tiene la custodia, sus padres tienden a tener más contacto y relaciones más fuertes con sus nietos, y los abuelos paternos suelen tener menos (Cherlin y Furstenberg, 1986b; Myers y Perrin, 1993). Las segundas nupcias de una madre divorciada usualmente reducen la necesidad de apoyo de sus padres, pero no su contacto con sus nietos. Sin embargo, para los abuelos paternos, el nuevo matrimonio aumenta la probabilidad de que serán desplazados o que la familia se mudará, lo que hará el contacto más difícil (Cherlin y Furstenberg, 1986b).

Puesto que los lazos con los abuelos son relevantes para el desarrollo de los niños, todo estado en la Unión Americana dio a los abuelos (y en algunos estados a los bisabuelos, hermanos y otros) el derecho de visita después de un divorcio o la muerte de un padre, si un juez lo encuentra en el mejor interés del niño. No obstante, algunas cortes estatales han eliminado tales leyes, y ciertas legislaturas restringen los derechos de visita de los abuelos. La Corte Suprema estadounidense, en junio de 2000, invalidó la ley de “derechos de los abuelos” del estado de Washington por considerarla demasiado intrusiva en los derechos paternos (Greenhouse, 2000a).

Las segundas nupcias de cualquier padre con frecuencia traen un nuevo conjunto de abuelos en el cuadro, así como nietastros. Los abuelastros pueden encontrar difícil acercarse a sus nuevos nietastros, especialmente con los niños mayores y con quienes no viven con el hijo adulto del abuelo (Cherlin y Furstenberg, 1986b; Longino y Earle, 1996; Myers y Perrin, 1993). Conflictos como regalos de cumpleaños y Navidad para un medio hermano o hermanastro de un nieto “verdadero”, o cuáles abuelos se visitan o incluyen en las festividades, pueden generar tensión. La creación de nuevas tradiciones familiares; incluir a *todos* los nietos, políticos o de otro tipo, en los viajes, salidas y otras actividades; ofrecer un lugar seguro para los niños cuando están tristes o molestos; y ser comprensivos y brindar apoyo a todos los miembros de la nueva familia son formas en las que los abuelastros pueden construir puentes, no muros (T. S. Kaufman, 1993; Visher y Visher, 1991).

### El rol del bisabuelo

Cuando Dorothy Bernstein murió a los 86 años, seis bisnietos menores de 6 años fueron al funeral. Sus tres nietos adultos hablaron de lo orgullosa que había estado de convertirse en bisabuela y cómo, incluso durante su enfermedad terminal, sus ojos se encendían cuando los pequeños llegaban a visitarla (R. D. Feldman, observación personal, 6 de marzo de 1994).

Cuando los nietos crecen y se convierten en padres, los abuelos se desplazan hacia un nuevo rol: bisabuelos. Debido a la edad, la salud en declive y la dispersión de las familias, los bisabuelos tienden a estar menos involucrados que los abuelos en la vida de un niño. Y, dado que las familias de cuatro o cinco generaciones son relativamente nuevas, hay pocos lineamientos generalmente aceptados de lo que se supone deben hacer los bisabuelos (Cherlin y Furstenberg, 1986b).

Sin embargo, la mayoría de los bisabuelos encuentran el rol emocionalmente satisfactorio. Cuando se entrevistaron 40 bisabuelos y bisabuelas, de 71 a 90 años, 93 por ciento se sentía entusiasta. Más de un tercio (principalmente mujeres) estaba cerca de sus bisnietos; los otros tenían menos contacto. Quienes se encontraban próximos a los niños tenían probabilidad de vivir cerca y de mantener estrecho contacto con los padres y abuelos del niño. Con frecuencia ayudaban con préstamos, regalos y cuidado infantil (Doka y Mertz, 1988).

Tanto abuelos como bisabuelos pueden ser importantes para sus familias. Son fuentes de sabiduría, compañía en juegos, vínculos con el pasado y símbolos de la continuidad de la vida familiar. Como Erikson observó (véase el capítulo 11), expresan una aspiración natural por trascender la mortalidad al invertir ellos mismos en las vidas de futuras generaciones.

## Crianza de nietos y bisnietos

“No habíamos tenido niños en nuestra casa por años; súbitamente estuvieron ahí casi las 24 horas del día”, dice Mary Etta Johnson (Larsen, 1990-1991, p. 32). Johnson y su esposo, Albert, llevaron a su hogar a sus dos nietos en edad preescolar después de que su hija y su yerno se involucraron con drogas y divorciaron. Aproximadamente un año después, los Johnson obtuvieron la custodia permanente.

Un creciente número de abuelos y bisabuelos estadounidenses, desde finales de sus treinta hasta fines de sus setenta años, funcionan como “padres por defecto” para niños cuyos progenitores son adictos a drogas o alcohol; se divorcian; mueren o están física o mentalmente enfermos; no están casados; son menores de edad; se encuentran desempleados; son abusivos, negligentes o se hallan en prisión, o que simplemente los abandonaron (Allen *et al.*, 2000; Chalfie, 1994; Hayslip y Goldberg-Glen, 2000). En 2000, más de 4.5 millones de niños vivían en 2.4 millones de hogares encabezados por abuelos, un incremento del 30 por ciento desde 1990 (AARP, 2002). En la encuesta AARP mencionada anteriormente, 6 por ciento de los abuelos tienen nietos viviendo con ellos, y en más del 43 por ciento de estos hogares, no hay padre presente (Davies y Williams, 2001). Muchos de estos abuelos son los únicos o principales cuidadores de sus nietos.

Este fenómeno también ocurre en otras naciones. Un motivo en los países en desarrollo es la migración de los padres de áreas rurales a urbanas para buscar trabajo. Estas familias de “salto de generación” existen en todas las regiones del mundo, particularmente en los países africanos y caribeños. En el África subsahariana, la epidemia de SIDA ha dejado muchos huérfanos cuyos abuelos toman el lugar de los padres (Kinsella y Velkoff, 2001). En mucha partes de África, la generación mayor brinda doble cuidado: primero para los hijos adultos con SIDA y luego para *sus* hijos huérfanos.

La paternidad subrogada no planeada puede representar un desgaste físico, emocional y financiero para las personas en la adultez media o en la vejez. Muchos de

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de que los abuelos críen a los hijos de sus hijos? ¿Las políticas sociales actuales reconocen los roles que juegan los abuelos?

estos abuelos cuidadores son divorciados o viudos y viven de ingresos fijos (Hudnall, 2001), y muchos se encuentran en una situación financiera difícil (Casper y Bryson, 1998). Es posible que deban renunciar a sus empleos, guardar sus planes de retiro, reducir drásticamente sus búsquedas de ocio y vida social, y poner en peligro su salud (Burton, 1992; Chalfie, 1994; Mingler y Roe, 1992, 1996). La mayoría de los abuelos ya no tiene tanta energía, paciencia o resistencia como antes y puede no estar al corriente con las tendencias educativas y sociales (Hudnall, 2001).

La mayoría de los abuelos que toma esta responsabilidad lo hace porque ama a los niños y no quiere colocarlos en hogares sustitutos con extraños. Dos tercios de los abuelos con custodia, de acuerdo con un estudio, reportan un mayor sentido de propósito en la vida (Jendrek, 1994). Pero muchos son ambivalentes. La diferencia de edad entre abuelo y nieto puede volverse una barrera; y ambas generaciones pueden sentirse frustradas con respecto a sus roles tradicionales. Al mismo tiempo, los abuelos con frecuencia tienen que lidiar con aflicción, ira y dolor; con un sentido de culpa y fracaso porque el hijo adulto que criaron falló con sus propios hijos; y con resentimiento hacia ellos mismos y sus hijos adultos. Para algunas parejas cuidadoras, las tensiones pueden producir problemas en su propia relación (Crowley, 1993; Larsen, 1990-1991). Si los padres reanudan más adelante su rol normal, el abuelo puede encontrar emocionalmente doloroso regresar al niño (Crowley, 1993).

Los abuelos que no se convierten en padres sustitutos o ganan la custodia no tienen estatus legal y tampoco más derechos que las niñeras sin paga; enfrentan muchos problemas prácticos, desde obtener seguridad médica para el niño hasta inscribirlo en la escuela o calificar para vivienda pública. Obtener la custodia legal puede ser difícil, consumir tiempo y dinero, y puede ser retirada más tarde si un padre la impugna. Las leyes de custodia varían de estado a estado. Los activistas de derechos de los abuelos proponen estándares de custodia nacionales, así como otros remedios legales como permitir que un seguro del cuidador principal cubra a un niño. Algunos abogados en materia familiar sugieren una nueva categoría legal llamada *adopción de parentesco*, que permitiría al padre de nacimiento conservar un papel limitado, con el derecho, por ejemplo, de visitar al niño y ver los registros escolares (Crowley, 1993; Landers, 1992).

## ARREGLOS DE ALOJAMIENTO, SERVICIOS DE CUIDADO Y APOYO COMUNITARIO

Vivir de manera independiente es un hito de la adultez en Estados Unidos. Sin embargo, a veces las circunstancias limitan las opciones. Observaremos qué ocurre cuando el hijo adulto no sale del hogar de sus padres, o cuando regresa a él. Luego examinaremos dónde viven los ancianos y con quiénes, el papel del apoyo comunitario y qué ocurre cuando los ancianos necesitan cuidado de largo plazo.

### Hijos adultos en casa: el nido no tan vacío

Desde la década de los ochenta, en la mayoría de las naciones occidentales, más y más hijos adultos demoran el abandonar la casa paterna. Más aún, el **síndrome de las puertas giratorias** (a veces llamado *fenómeno bumerán*) se ha vuelto más común, conforme un creciente número de adultos jóvenes, especialmente hombres, regresan

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Históricamente, ¿qué parece influir en el hecho de que un hijo adulto o miembros más viejos de la familia vivan o no en una casa con otros miembros de la familia?

a casa de sus padres, en ocasiones más de una vez, y a veces con sus propias familias. La casa familiar puede ser un refugio conveniente, que brinde apoyo y esté disponible mientras los adultos jóvenes se “ubican” de nuevo o vuelven a ganar su equilibrio en épocas de problemas financieros, matrimoniales o de otra índole (Aquilino, 1996; Putney y Bengtson, 2001).

En Estados Unidos, en el año 2000, una época de declive económico, 10.5 por ciento de las personas de 25 a 34 años de edad vivían en la casa familiar (Grieder, 2001). Esta experiencia “no normativa” deja de serlo, especialmente para padres con más de un hijo. En lugar de una abrupta partida, la transición del nido vacío se puede ver como un proceso de separación más prolongado, que con frecuencia dura muchos años. Quienes tienen más probabilidad de regresar a casa son los solteros, divorciados o hijos separados, y quienes terminan una relación de cohabitación (Aquilino, 1996; Putney y Bengtson, 2001).

La paternidad prolongada contradice las expectativas tradicionales (Putney y Bengtson, 2001). Conforme los hijos pasan de la adolescencia a la adultez joven, los padres por lo general esperan que se vuelvan independientes, y ellos mismos por lo general también lo esperan. La autonomía de un hijo adulto es una señal del éxito paterno. La partida demorada del nido, o el regreso a él, por parte de un hijo mayor, puede provocar tensión. Es posible que surjan conflictos serios u hostilidad abierta cuando un hijo adulto joven se encuentra desempleado y es financieramente dependiente o regresa después del fracaso de un matrimonio. Las relaciones son más llevaderas cuando los padres ven al hijo adulto moverse hacia la autonomía, por ejemplo, cuando se inscribe a la universidad (Antonucci *et al.*, 2001; Aquilino, 1996).

El hijo adulto tiende a sentirse menos satisfecho con el hecho de vivir en la casa paterna, que los mismos padres (Putney y Bengtson, 2001). Los desacuerdos pueden enfocarse en las responsabilidades domésticas y en el estilo de vida del hijo adulto. Es probable que el adulto joven se sienta aislado de sus pares, mientras que los padres pueden sentirse obstaculizados para renovar su intimidad, explorar intereses personales y resolver conflictos maritales (Aquilino y Supple, 1991). El regreso de un hijo adulto funciona mejor cuando los padres y el hijo negocian roles y responsabilidades, reconocen el estatus adulto del hijo y el derecho a la privacidad de los padres (Aquilino, 1996).

## Arreglos de alojamiento para ancianos

Muchos factores afectan los arreglos de alojamiento de los ancianos: estatus matrimonial, finanzas, salud y tamaño de la familia. Las decisiones acerca de dónde y con quién vivir también son afectadas por influencias sociales más amplias: tradiciones y valores culturales, disponibilidad de servicios sociales y los tipos de alojamientos disponibles (Kinsella y Velkoff, 2001).

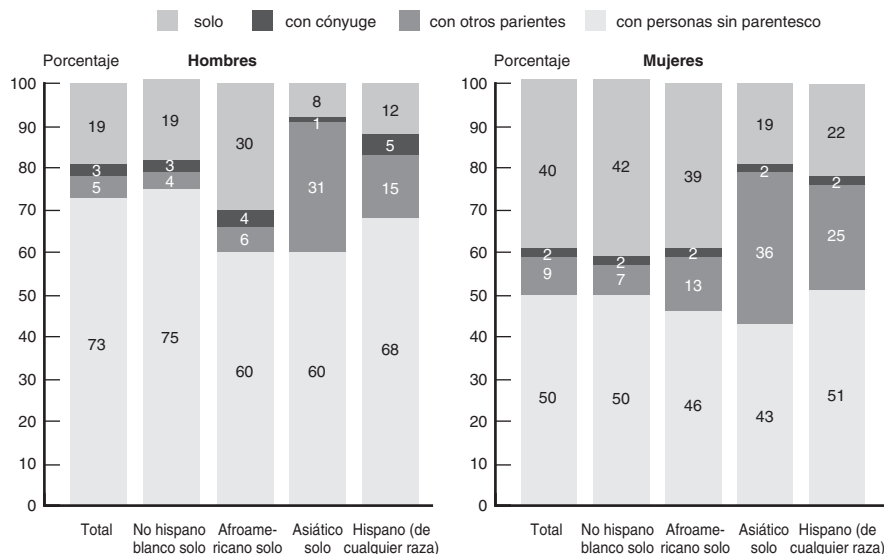
En los países en desarrollo, tanto ancianos como ancianas viven con hijos adultos y nietos en hogares multigeneracionales. En los países desarrollados, como Estados Unidos, Canadá y la mayoría de las naciones europeas, la minoría de los ancianos que viven solos aumentó enormemente desde los sesentas. Además, con el aumento en supervivencia, la principal persona de la que muchos ancianos, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, dependen para cuidado y apoyo es su cónyuge (Kinsella y Velkoff, 2001).



En 2000, 95.5 por ciento de los estadounidenses de 65 años y más vivían en la comunidad, aproximadamente un tercio de ellos solos y casi todos los demás con un cónyuge (55 por ciento) y otros miembros de la familia (Administration on Aging, 2001; Kramarow *et al.*, 199; véase la figura 10.2). Los ancianos tienen más probabilidad que las ancianas, y los blancos más que los afroamericanos, de vivir con un cónyuge (U. S. Bureau of the Census, 2000). Alrededor de 30 por ciento vive solo: 41 por ciento de las mujeres, aunque sólo el 16 por ciento de los hombres. La probabilidad de vivir solos aumenta con la edad.

La mayoría de los ancianos quieren vivir en la comunidad. Quienes lo hacen se sienten mejor que quienes viven en instituciones, aun cuando su salud sea aproximadamente la misma (Chappell y Penning, 1979). Alrededor de ocho de cada diez ancianos cabezas de hogar son dueños de sus casas, y la mayoría prefieren permanecer ahí; muchos, incluso después de enviudar (Administration on Aging, 2001; Treas, 1995).

El “envejecer en el lugar” puede tener sentido para quienes pueden administrarse por sí mismos o con mínima ayuda, poseen un ingreso adecuado o una hipoteca pagada, pueden manejar el mantenimiento, son felices en el vecindario y quieren ser independientes, tener privacidad y estar cerca de amigos, hijos adultos o nietos (Gonyea, Hudson y Seltzer, 1990; Lawton, 2001). Pero los arreglos de alojamiento se pueden convertir en un gran problema conforme las personas envejecen. Una persona ya no puede ser capaz de subir tres tramos de escaleras. Un vecindario puede deteriorarse, y los ancianos con apariencia desprotegida pueden convertirse en presa fácil de los delincuentes jóvenes. Debido a la inmigración de las ciudades después de



**FIGURA 10.2 Arreglos de alojamiento de personas no institucionalizadas de 65 años y más, por sexo y raza y origen hispano, 2003.** Los ancianos tuvieron más probabilidad de vivir con su cónyuge que las ancianas. Vivir con otros parientes indica que no hay un cónyuge. Vivir con individuos con lo que no se tiene parentesco indica que no hay cónyuge u otros parientes presentes. FUENTE: Older Americans, 2004.

la Segunda Guerra Mundial, ahora hay muchos habitantes ancianos de suburbios que pueden encontrar cada vez más difícil vivir en hogares construidos para familias jóvenes y en comunidades diseñadas en torno al automóvil. La discapacidad mental o física puede hacer poco práctico el vivir solo.

Los ancianos que no pueden o no quieren mantener una casa, no tienen familia cercana, prefieren un lugar o clima diferente, o quieren viajar pueden mudarse hacia casas en la ciudad, condominios, departamentos cooperativos o de renta, o casas móviles de bajo mantenimiento o libre de él.

La mayoría de los ancianos no precisa mucha ayuda; quienes sí la necesitan por lo general pueden permanecer en la comunidad si tienen al menos una persona de la cual depender. El factor más importante para evitar el ingreso de los ancianos a las instituciones es estar casado (Health Care Finance Administration, 1982; Johnson y Catalano, 1981). En tanto una pareja goce de una salud relativamente buena, por lo general puede vivir de manera bastante independiente y cuidarse mutuamente. El conflicto de los arreglos de alojamiento se torna más estresante cuando uno o ambos se vuelven débiles, enfermizos o discapacitados, o cuando un cónyuge muere.

Un nuevo arreglo de opciones de alojamiento y programas de apoyo comunitario facilita a los ancianos vivir con algún grado de independencia (véase el recuadro 10.3 y la tabla 10.2).

#### VIVIR SOLO

Puesto que las mujeres viven más que los hombres y tienen más probabilidades de enviudar, las ancianas en Estados Unidos muestran más del doble de probabilidad que los ancianos de vivir solas, y la probabilidad aumenta con la edad. Entre las mujeres de 75 años y más, casi 50 por ciento vive sola (Administration on Aging, 2001). El cuadro es similar en la mayoría de los países desarrollados: las ancianas tienen más probabilidad de vivir solas que los ancianos, quienes por lo general viven con cónyuges u otros miembros de la familia. En los países escandinavos, donde los servicios de ayuda domésticos son especialmente comunes, hasta un cuarto de los ancianos y la mitad de las ancianas viven solos. El crecimiento de los hogares de ancianos solos puede deberse en parte a políticas gubernamentales: crecientes beneficios para la vejez, programas de “hipoteca inversa” que permiten a las personas vivir de las acciones de sus casas, construcción de alojamientos amigables para los ancianos y políticas de cuidado a largo plazo que desalientan la vida institucional (Kinsella y Velkoff, 2001).

Aproximadamente cuatro de cada cinco estadounidenses ancianos que viven solos son viudos, y casi la mitad no tiene hijos o viven lejos de ellos. Son más mayores y más pobres en promedio que los ancianos que viven acompañados. Sin embargo, por lo general tienen mejor salud que los ancianos sin cónyuges que tienen otros arreglos de alojamiento. La abrumadora mayoría valora su independencia y prefiere vivir solo (Commonwealth Fund, 1986; Kramarow *et al.*, 1999; U. S. Bureau of the Census, 1992).

Puede parecer que los ancianos que viven solos, particularmente los más mayores, serían solitarios. No obstante, otros factores, como personalidad, habilidades cognitivas, salud física y una red social agotada pueden jugar un papel más significativo en la tendencia a la soledad (P. Martin, Hagberg y Poon, 1997). Las actividades sociales, como ir a la iglesia o templo o a un centro de ancianos, o hacer trabajo vo-

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuál arreglo de alojamiento consideras más deseable para los ancianos en general?  
¿Cuál elegirías para ti mismo?

**TABLA 10.2**

*Opciones para arreglos de alojamiento*

	Financia- miento		Comodidades							Restricciones								
	Propia	Renta	Cuotas/derechos adicionales	Atención médica en casa	Servicios de limpieza doméstica	Servicios de lavandería	Provisión de alimentos	Cuidado de enfermeras	Mantenimiento de la propiedad	Instalaciones recreativas	Autoridades vecinales	Actividades sociales	Transportación	Edad	Lista de espera	Reglas/regulaciones	Niños permitidos	Mascotas permitidas
Departamento secundario	■	■												▲				
Departamento		•	▲		▲	▲			•	■	■	■		▲	■	■	■	■
Instalación de alojamiento asistido/casa de huéspedes con cuidado		•		•	•	•	•	■	•	■	■	■	•	■	■	•		■
Programa de servicios de vivienda congregados		•	•	■	•	•	•	▲	•	•	■	•	•	•	■	•	▲	■
Comunidad de retiro de cuidado continuo	■	■	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	■	•	▲	■
Alojamiento cooperativo			•	▲	▲	▲	▲	▲	•	■	•	■	▲	■	■	•	■	■
Alojamiento ECHO*	■	•												■				
Hogar de cuidado adoptivo		•		•	•	•	•	▲	•	■	▲	■	•	■	■	•	■	■
Casa fabricada (móvil)	•	■	•	▲	▲	▲	▲	▲	•	■	■	■	▲	■	■	•	■	■
Comunidad de retiro	■	■	•	■	■	■	■	■	■	•	•	•	■	•	■	•		■
Hotel de retiro		•	■	▲	•	■	■	▲	•	■	▲	■	▲	•	■	•	▲	▲
Hogar compartido	■	■	■	▲	■	■	■	▲	■	▲	•	■	■	■	■	•	■	■
Residencia unifamiliar	•	■																
Casa/condominio en la ciudad	•	■	•	▲	▲	▲	▲	▲	■	■	•	■		▲	▲	•	■	■

Clave: • = por lo general; ■ = a veces; ▲ = rara vez  
 FUENTE: "Which Living Arrangement Is Right for You?" 1993, pp. 32-33.  
 \* Eden Council for Hope and Opportunity



## *Elección de arreglos de alojamiento*

Tres amigos a finales de sus sesenta años compran una gran casa antigua y la convierten en una “comuna geriátrica” con cocina y comedor compartidos. “Mucho del estrés de envejecer se alivia al saber que tienes un lugar propio y que cuentas con personas que te cuidarán”, dicen (Porcino, 1993, pp. 28, 30).

Ésta es sólo una muestra del casi sorprendente rango de opciones en arreglos de alojamiento disponibles para los ancianos en la actualidad (véase la tabla 10.2). Observa cómo varias opciones encajan con estilos de vida y necesidades específicos.

Quienes quieren o necesitan un mayor nivel de comodidades, servicios o cuidado sin sacrificar independencia o dignidad es posible que consideren las siguientes opciones:

- *Hotel de retiro.* Hotel o edificio de departamentos remodelado para satisfacer las necesidades de independencia de los adultos mayores. Proporciona los servicios de hotel típicos (central telefónica, servicio doméstico, centro de mensajes).
- *Comunidad de retiro.* Gran desarrollo habitacional con departamentos independientes, con opción de compra o renta. Con frecuencia se cuenta con servicios de apoyo e instalaciones recreativas.
- *Alojamiento compartido.* El alojamiento se puede compartir de manera informal por padres e hijos adultos, o por amigos. A veces las agencias sociales reúnen a personas que necesitan un lugar para vivir con personas que tienen casas o departamentos con habitaciones adicionales. El anciano por lo general tiene una habitación privada pero comparte la estancia, el comedor y la cocina y puede intercambiar servicios como tareas domésticas ligeras por renta.
- *Departamento secundario o alojamiento ECHO (Eden Council for Hope and Opportunity).* Una unidad independiente creada con la intención de que un anciano pueda vivir en una casa unifamiliar remodelada o en una unidad portátil en los terrenos de una casa unifamiliar, con frecuencia, aunque no necesariamente, la de

luntario, pueden ayudar a una persona mayor a estar conectada con la comunidad (Steinbach, 1992).

### VIVIR DE MANERA SEMIINDEPENDIENTE

Cuando Wilma Bingham ya no podía arreglárselas para vivir en su casa, quiso un lugar donde pudiera tener ayuda con las tareas domésticas, y cuidar a su gato. Su hija encontró una solución: un departamento de una recámara en una instalación de alojamiento asistido, donde podía conservar su independencia y dignidad (y su mascota) al tiempo que obtenía los servicios que necesitaba (Glasheen, 1993).

En años recientes, la planeación social creativa permitió que más y más estadounidenses ancianos en la posición de Wilma Bingham permanecieran en la comunidad. El recuadro 10.3 describe algunas opciones, algunas tradicionales y otras innovadoras, para los ancianos que pueden y quieren ser parcialmente autosuficientes. Además del alojamiento asistido, dichas alternativas incluyen comunidades de retiro, alojamiento compartido por amigos o parientes, hogares grupales dirigidos por

- un hijo adulto. Estas unidades ofrecen privacidad, proximidad a los cuidadores y seguridad.
- *Programa de servicios de vivienda congregados.* Complejos de departamentos para renta o parques para casas móviles con subsidio privado o gubernamental diseñados para ancianos. Proporcionan alimentos, labores domésticas, transportación, actividades sociales y recreativas, y a veces atención a la salud. Un programa de este tipo se llama *hogar grupal*. Una agencia social que posee o renta una casa reúne un pequeño número de residentes ancianos y contrata asistentes para realizar compras, cocinar, limpiar, manejar y dar asesorías. Los residentes se hacen cargo de sus necesidades personales y se responsabilizan de algunas tareas cotidianas.
  - *Instalaciones de alojamiento asistido.* Alojamiento semiindependiente en la habitación o departamento propios. Similar al programa de servicios de vivienda congregados, pero los residentes reciben atención personal (baño, vestido y aseo) y supervisión protectora de acuerdo con sus necesidades y deseos. Las *casas de huéspedes con atención* son similares pero más pequeñas y ofrecen más cuidado y supervisión personal.
  - *Hogar de cuidado adoptivo.* Los propietarios de una residencia unifamiliar albergan a un anciano con el que no guardan parentesco y le proporcionan alimentos, labores domésticas y cuidado personal.
  - *Comunidad de retiro de cuidado continuo.* Alojamiento de largo plazo planeado para proporcionar un amplio rango de alojamiento y servicios para ancianos adinerados conforme cambien sus necesidades. Un residente puede comenzar en un departamento independiente; luego mudarse a un programa de servicios de vivienda congregados con facilidades como limpieza, lavandería y alimentos; luego a una instalación de alojamiento asistido; y finalmente a un asilo. Las *comunidades de cuidado de la vida* son similares pero garantizan alojamiento y cuidado médico o de enfermeras durante un periodo específico o de por vida; requieren una cuota de admisión sustancial además de pagos mensuales.

agencias sociales, alojamiento secundario en los terrenos de una residencia privada, y un *programa de servicios de vivienda congregados* (departamentos agrupados en torno a comedores centrales, con servicios de limpieza doméstica, recreación y transportación). Una tendencia prometedora es el desarrollo de comunidades de atención continua y atención a la vida, donde una persona que envejece puede permanecer conforme sus necesidades cambien (Gonyea *et al.*, 1990; Hare y Haske, 1983-1984; Lawton, 1981, 2001; Porcino, 1983, 1991, 1993; Steinbach, 1992).

#### ALOJAMIENTO CON HIJOS ADULTOS

Los ancianos en muchas sociedades africanas, asiáticas y latinoamericanas pueden esperar vivir y ser cuidados en los hogares de sus hijos o nietos; en Singapur, por ejemplo, casi nueve de cada diez ancianos viven con sus hijos (Kinsella y Velkoff, 2001). La mayoría de los ancianos en Estados Unidos, incluso quienes están en circunstancias difíciles, no quieren hacerlo. Son renuentes a molestar a sus familias y a ceder su libertad. Puede ser inconveniente alojar a una persona adicional en un ho-

gar, y la privacidad de todos, y las relaciones, pueden verse alteradas. El padre anciano puede sentirse inútil, aburrido y aislado de sus amigos. Si el hijo adulto está casado y su padre no se lleva bien con el cónyuge, o las labores de cuidado se vuelven demasiado agobiantes, el matrimonio puede ponerse en riesgo (Lund, 1993a; Shapiro, 1994).

A pesar de estas preocupaciones, muchos ancianos estadounidenses, con el aumento de edad, viven con hijos adultos. El éxito de tal arreglo depende principalmente de la calidad de la relación que existió en el pasado y de la habilidad de ambas generaciones para establecer una comunicación abierta y honesta. La decisión de recibir a un padre en el hogar de un hijo adulto tiene que ser producto de un acuerdo mutuo y meditado amplia y extensamente. Padres e hijos deben respetar la dignidad y la autonomía de cada uno y aceptar sus diferencias (Shapiro, 1994).

### ALOJAMIENTO EN INSTITUCIONES

El uso de instituciones no familiares para cuidado de los ancianos vulnerables varía enormemente alrededor del mundo. La institucionalización es muy rara en las regiones en desarrollo pero se vuelve más común en el sureste asiático, donde el declive en la fertilidad resultó en una población de rápido envejecimiento y un recorte en los cuidadores familiares. En los países desarrollados el porcentaje de ancianos que recibieron cuidado residencial en la década de los noventa varió de 2 por ciento en Portugal a casi 9 por ciento en Holanda y Suecia (Kinsella y Velkoff, 2001). Los amplios programas de visita domiciliaria geriátrica en algunos países, como Reino Unido, Dinamarca y Australia, han sido efectivos para evitar el declive funcional y mantener bajas las admisiones en los asilos (Stuck, Egger, Hammer, Minder y Beck, 2002).

En Estados Unidos, en el año 2000, 4.5 por ciento de los ancianos vivían en instituciones, en comparación con el 5.1 por ciento de 1990 (U. S. Census Bureau, 2001). Pero la probabilidad en la vida de pasar tiempo en un asilo es más alta, especialmente para las mujeres, que viven más que los hombres. Casi la mitad de las mujeres y un tercio de los hombres que tenían 60 años en 1990 con el tiempo estarán en un asilo al menos una vez (AARP, 1999; Center on Elderly People Living Alone, 1995; Treas, 1995). En todos los países, la probabilidad de vivir en un asilo aumenta con la edad (Kinsella y Velkoff, 2001): en Estados Unidos, de alrededor de uno por ciento en las edades de 65 a 74 años, a 18 por ciento en las edades de 85 años y más (Administration on Aging, 2001).

Las personas que viven solas se encuentran en más alto riesgo de institucionalización, al igual que quienes no toman parte en actividades sociales, o aquellas cuyas actividades diarias están limitadas por una pobre salud o discapacidad, y quienes cuyos cuidadores están sobrecargados de trabajo (McFall y Miller, 1992; Steinback, 1992). Tres cuartos de los residentes en asilos son mujeres (Kinsella y Velkoff, 2001), principalmente viudas blancas en sus ochenta años. Una gran minoría de residentes tiene problemas de incontinencia. Muchos tienen problemas visuales y auditivos. Poco más de la mitad sufre deterioros cognitivos. En promedio, necesitan ayuda con cuatro a cinco de seis actividades básicas de la vida diaria: bañarse, comer, vestirse, sentarse en una silla, ir al baño y caminar (Sahyoun, Pratt, Lentzner, Dey y Robinson, 2001).

Un buen asilo tiene personal profesional experimentado, un adecuado programa de seguro gubernamental y una estructura coordinada que puede proporcionar varios niveles de atención. Ofrece actividades estimulantes y oportunidades para pasar el tiempo con personas de ambos sexos y todas las edades. Proporciona privacidad, entre otras razones, debido a que los residentes pueden ser sexualmente activos y recibir visitas de sus familiares sin interrupciones. Un buen asilo también ofrece un amplio rango de servicios sociales, terapéuticos y de rehabilitación.

Un elemento esencial de la buena atención es la oportunidad de que los residentes tomen decisiones y ejerzan cierto control sobre sus vidas. Entre 123 residentes de asilos de atención intermedia, quienes tuvieron mayor autoestima, menos depresión y mayor sentido de satisfacción y significado de la vida mostraron menos probabilidad de morir dentro de cuatro años, presumiblemente porque su ajuste psicológico los motivó a querer vivir y cuidar mejor de sí mismos (O'Connor y Vallerand, 1998).

La ley federal (la Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987 y 1990) establece estrictos requisitos para los asilos y da a sus residentes el derecho de elegir a sus propios médicos, a ser completamente informados acerca de su atención y tratamiento, y a no sufrir abuso físico o mental, castigo corporal, reclusión involuntaria, y controles físicos o químicos. Algunos estados capacitan *ombudsmen* voluntarios para actuar como consejeros para residentes de asilos, que les expliquen sus dere-



© Ursula Markus/Photo Researchers

*Sólo cinco por ciento de los ancianos en Estados Unidos vive en instituciones en algún momento de su vida, pero la probabilidad de pasar tiempo en un asilo aumenta drásticamente con la edad. Un buen asilo ofrece actividades estimulantes y compañía, así como un amplio rango de servicios sociales, terapéuticos y de rehabilitación.*

chos y den solución a sus quejas acerca de cuestiones como privacidad, tratamiento, alimentación y conflictos financieros.

Conforme la generación “baby boom” (nacida después de la Segunda Guerra Mundial) envejece, y si las actuales estadísticas del uso de asilos permanecen, se proyecta que el número de residentes se duplicará para 2030 (Sahyoun, Pratt, *et al.*, 2001). Sin embargo, con la liberalización de la cobertura Medicare y el surgimiento de un amplio seguro privado de atención a largo plazo, hay un desplazamiento hacia alternativas de servicios de atención a la salud domiciliaria y alojamiento grupal menos costosos. Los servicios de salud domiciliarios son más comunes en Escandinavia y Reino Unido (Kinsella y Velkoff, 2001).

## Servicios de cuidado de la familia

El **servicio de cuidado** es la atención informal y sin paga hacia una persona cuya independencia está limitada física, mental, emocional o económicamente (Lund, 1993a). Puede incluir hacer mandados, servir de chofer, ayudar con las finanzas o los quehaceres domésticos, o cuidado físico completo. El trabajo es muy absorbente, con frecuencia estresante y por lo general continuo.

En 1998, aproximadamente 1 293 000 ancianos en Estados Unidos fueron atendidos en su casa por problemas de salud. Esto representa una disminución de 26 por ciento desde 1996 (Vierck y Hodges, 2003).

La mayoría de la atención a largo plazo se proporciona mediante cuidadores informales. Casi uno de tres individuos, lo que totaliza 52 millones de personas que proporcionan atención informal a personas enfermas o discapacitadas de todas las edades. Aproximadamente 67 por ciento de los ancianos que reciben atención a largo plazo se apoyan exclusivamente en cuidadores informales.

Más de siete millones de individuos, principalmente miembros de la familia, brindan 120 millones de horas de cuidado no pagado para ancianos con discapacidades funcionales que viven en la comunidad. Cincuenta por ciento de los ancianos en cuidado a largo plazo que no tienen familiares que les proporcionen cuidado viven en asilos (Vierck y Hodges, 2003).

Sesenta y ocho por ciento de los cuidadores primarios de los ancianos viven en el mismo hogar con la persona discapacitada a quien atienden. La mayoría de los cuidadores primarios son cónyuges (40 por ciento) o hijos adultos (Vierck y Hodges, 2003).

Las mujeres tienen más probabilidad tanto de dar como de recibir cuidado. Cuando un hijo adulto proporciona cuidado a un padre, el patrón más común es el de la hija que cuida a la madre. Con frecuencia la necesidad surge cuando un esposo muere, lo que deja una viuda que no puede mantenerse por sí misma. Puesto que las mujeres tienden a casarse con hombres mayores y a sobrevivirles, tienen más probabilidad de terminar en necesidad de cuidado y apoyarse en un hijo (Lee *et al.*, 1993). Las hijas son las que por lo general toman la responsabilidad de las madres ancianas enfermas (Troll, 1986), aunque muchos nietos también sirven como cuidadores (Barnhart, 1992). No obstante las hijas tienen más probabilidad que los hijos de proporcionar cuidado a los padres; la probabilidad es mucho mayor cuando el receptor es la madre. Probablemente, debido a la íntima naturaleza del contacto y la fortaleza del lazo madre-hija, las madres pueden preferir el cuidado de una hija (Lee *et al.*, 1993).

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué impacto tiene la atención familiar sobre los cuidadores y otros miembros externos de la familia?



## CARGAS Y TENSIONES DEL SERVICIO DE CUIDADO

Los hijos adultos y los padres se llevan mejor mientras los últimos son saludables y vigorosos. Cuando los ancianos se vuelven vulnerables, especialmente si sufren de deterioro mental o cambios de personalidad, la carga que implica su cuidado puede tensar la relación (Stephens y Franks, 1999). Véase la tabla 10.3.

El agotamiento (*burnout*) del cuidador es cansancio excesivo físico, mental y emocional que afecta a muchos adultos que cuidan a parientes ancianos (Barnhart, 1992). Las tensiones creadas por demandas crecientes e incesantes pueden ser muy pesadas, en ocasiones tan grandes como para conducir a abuso, negligencia o incluso abandono de la persona anciana dependiente (véase el capítulo 12). Incluso el cuidador más paciente y amoroso puede frustrarse, volverse ansioso o resentido bajo la constante tensión de satisfacer las necesidades aparentemente interminables de un anciano, en especial si no hay nadie más a quien acudir. La tabla 10.3 cita los estresores más comunes en el cuidado de los padres ancianos.

Algunos estudios muestran que los adultos que cuidan a pacientes con enfermedad de Alzheimer o alguna otra forma de demencia están bajo más estrés que los pacientes (Barnhart, 1992). La incertidumbre de un diagnóstico de Alzheimer puede producir incluso mayor estrés que la enfermedad en sí (Garwick *et al.*, 1994). Las tensiones tienden a afectar a toda la familia, incluidos los hijos adultos y cónyuges del cuidador (Fisher y Lieberman, 1994). Con frecuencia, los conflictos emocionales relacionados, como problemas con hermanos que no proporcionan su esperada parte de ayuda, agravan la tensión (Strawbridge y Wallhagen, 1991).

**TABLA 10.3**

### *Estresores identificados en el rol de cuidador del padre*

<b>Estresor</b>	<b>Porcentaje que lo sustenta</b>
Crítica o queja del padre	71.6%
Padre insensible	67.4
Padre no cooperador o demandante	67.4
Ayudar a un padre con necesidades de cuidado personal	67.3
Padre que plantea preguntas repetitivas	67.3
Padre agitado	66.4
Manejo de asuntos legales/financieros del padre	66.4
Declive en la salud del padre	66.3
Padre supervisado	63.1
No recibir ayuda con el cuidado por parte de amigos o familia	61.1
Tener gastos adicionales debido al cuidado	54.7
Padre olvidadizo	53.6

FUENTE: Tomado de Stephens, Franks, & Townsend, 1994.



© Robert Brenner/PhotoEdit

*Un cuidador para un miembro de la familia con enfermedad de Alzheimer puede experimentar más estrés que la persona que recibe la atención. El servicio de cuidado también puede proporcionar gran satisfacción. La atención extensa y demandante puede conducir a cansancio físico, mental y emocional excesivos y resultar en agotamiento del cuidador.*

Sin embargo, no todos los cuidadores experimentan estrés significativo; depende de su edad, circunstancias, relación con el paciente y recursos disponibles (Harper y Lund, 1990; Stephens y Franks, 1999). En un estudio, más de la mitad de los hijos adultos entrevistados sentían cierta tensión, y un tercio reportó tensión sustancial, en conexión con brindar ayuda a sus padres. La tensión se manifestó con más frecuencia como agotamiento físico o emocional, y el sentimiento de que era imposible satisfacer al padre (Cicirelli, 1980).

La reacción de una persona a las demandas del servicio de cuidado es probable que se vea afectada por otras responsabilidades y situaciones estresantes. Los cuidadores que sienten su carga de manera más aguda son quienes trabajan de tiempo completo, crían hijos menores, carecen de apoyo y asistencia, y tienen recursos financieros limitados. Las cargas se exacerban si el cuidador no se siente cerca de la persona que recibe el cuidado, y si dicha persona es agresiva o violenta (Lund, 1993a). Las hijas afroamericanas reportan menos tensión que las hijas blancas, pero, para ambas, el conflicto entre servicio de cuidado y vida personal y social conduce a tensión emocional. En un grupo de cuidadores afroamericanos, las mujeres con salud deficiente, con otros conflictos en sus vidas y sin respiro del servicio de cuidado tuvieron más probabilidad de sentirse tensas (Mui, 1992). Los cuidadores blancos, a diferencia de los afroamericanos, sienten más tensión cuando las relaciones con sus padres no son buenas y tienen conflictos en el trabajo (Mui, 1992; Walker, Martin y Jones, 1992).

Las demandas y tensiones inevitables del servicio de cuidado con frecuencia se entrelazan y complican con profundos sentimientos acerca de la relación padre-hijo y otros aspectos de la vida del cuidador. Los hijos adultos que atienden a padres ancianos pueden saltar del amor al resentimiento, confundirse con respecto a qué es más importante, si su deber para con sus padres o con sus cónyuges e hijos, y entre desear hacer las cosas de la manera correcta y no querer cambiar sus vidas.

Las necesidades de los padres ancianos parecen caer en la categoría de demandas no normativas y no anticipadas. Los padres nuevos esperan asumir todo el cuidado físico, financiero y emocional de sus bebés, con la suposición de que tal cuidado gradualmente disminuirá conforme los hijos crezcan. La mayoría de las personas *no* espera tener que cuidar a sus padres; ignoran la posibilidad de la debilidad de éstos y rara vez planean por anticipado ocuparse de ello. Cuando la dependencia de sus padres ancianos se vuelve innegable, muchos hijos adultos se conmocionan, se afligen y enojan. Tiene problemas para enfrentar los cambios que comienzan a ocurrir (Barnhart, 1992). Y pueden percibir la necesidad de lidiar con estos cambios como interferencias con otras obligaciones y planes (Vierck y Hodges, 2003).

La necesidad de cuidado para los padres ancianos con frecuencia surge en una época cuando las personas en la adultez media intentan impulsar a sus propios hijos adolescentes o adultos jóvenes. Esta “generación intermedia”, a veces llamada la **generación sándwich**, debe asignar tiempo, dinero y energía a ambos. Es posible que los cuidadores que tienen empleos de tiempo completo renuncien o recorten a tiempo parcial el trabajo, con la finalidad de dedicar una gran porción de su tiempo al cuidado de los padres, a veces durante varios años hasta que éstos mueren. El matrimonio de los cuidadores puede verse afectado, y a veces incluso terminar en divorcio (Lund, 1993a). Los adultos que esperaban finalizar su responsabilidad con sus hijos, y que ahora perciben con angustia que sus propios años restantes son limitados, pueden sentir que cuidar a sus padres los privará de cualquier oportunidad de satisfacer sus sueños. Acaso la mayor pérdida involucrada en el servicio de cuidado es la extravió del sentido de control sobre la vida propia (Evans, 1994). El sentimiento de estar atado, de no ser capaz de tomar vacaciones o hacer otros planes es, para algunos hijos adultos, lo más difícil de cuidar a los padres ancianos (Robinson y Thurnher, 1981).

Una fuente común de sentimientos negativos es la decepción, ira o culpa que muchos adultos experimentan cuando se dan cuenta que ellos, en vez de sus padres, ahora tienen que ser los fuertes. La ansiedad sobre el final anticipado de las vidas de sus padres puede teñirse con sentimientos que con frecuencia son ambivalentes.

Investigación reciente cuestiona la prevalencia de la generación sándwich (Kinse-lla y Velkoff, 2001; Putney y Bengtson, 2001; Staudinger y Bluck, 2001). Los estudios en Estados Unidos, Europa y Canadá encontraron relativamente pocos adultos de edad media atrapados entre el servicio de cuidado, el trabajo y los hijos dependientes (Hagestad, 2000; Marks, 1998; Penning, 1998; Rosenthal, Martin-Andrews y Matthews, 1996), pues los hijos por lo general dejan el nido antes de que surja la necesidad del servicio de cuidado. Más aún, aunque los conflictos de roles innegablemente pueden generar severo estrés, éste no es necesariamente el caso. Algunos cuidadores prosperan en múltiples roles. Las circunstancias y los contextos particulares influyen, así como las actitudes que los individuos ponen en la tarea (Bengtson, 2001). El servicio de cuidado puede ser una oportunidad para crecer si un cuidador

alberga sentimientos profundos hacia un padre y la solidaridad familiar, observa el servicio de cuidado como un reto y posee adecuados recursos personales, familiares y comunitarios para satisfacer dicho desafío (Bengtson, 2001; Bengtson, Rosenthal y Burton, 1996; Biegel, 1995; Lund, 1993a). La tabla 10.4 presenta algunas de las recompensas reportadas con más frecuencia por el cuidado a los padres.

#### REDUCCIÓN DE LAS TENSIONES: APOYO COMUNITARIO

Él o ella se vuelve más débil, tú te haces cargo, nadie lo nota. Cualquier cosa que ya no puede realizar, tú puedes hacerla... La pérdida de control sobre su cuerpo lo frustra e intenta ejercer control sobre el tuyo. Su deseo es tu orden... Casi todos se identifican con él: “¿Cómo le va?” Al principio, también eso es todo lo que te preocupa. Ahora, en ocasiones, te cuestionas por qué nadie pregunta por ti... Comienzas a sentir que no existes. (Strong, 1988, p. 75.)

Los cuidadores también necesitan atención. Con frecuencia, las familias y los amigos fracasan para reconocer que los cuidadores tienen derecho a sentirse desalentados, frustrados y que abusan de su amabilidad. Los cuidadores precisan darse permiso para velar *por sí mismos* y dedicar algún tiempo para realizar actividades que les permitan tener una vida aparte de la enfermedad del ser amado (Evans, 1994).

Además, hay una necesidad urgente de recibir más apoyo comunitario para reducir las tensiones del servicio de cuidado y evitar el agotamiento. El crecimiento de los programas de apoyo para los cuidadores podría reducir o posponer la necesidad de la institucionalización. Tales servicios de apoyo pueden incluir programas de actividades diurnas gratuitas o de bajo costo; transportación y servicios de acompa-

**TABLA 10.4**

#### *Recompensas identificadas en el rol de cuidador de padre*

<b>Recompensa</b>	<b>Porcentaje que lo sustenta</b>
Saber que el padre fue bien cuidado	100.0
Cumplir con la obligación familiar	93.7
Pasar tiempo en compañía del padre	92.6
Dar cuidado porque se quería, no porque se debía	89.5
Ver al padre disfrutar las pequeñas cosas	84.2
El padre mostró afecto o aprecio	81.1
Ayudar al padre con el cuidado personal	81.0
El padre fue cooperativo o no demandante	77.8
El lado bueno del padre se manifestó a pesar de la enfermedad	73.7
El padre estuvo en calma o contento	70.5
La relación con el padre se volvió más cercana	64.2
La salud del padre mejoró	47.3

FUENTE: Tomado de Stephens, Franks, y Townsend, 1994.

ñamiento; servicios a domicilio que proporcionen alimentos, limpieza de la casa y auxiliares de salud domésticos; y, más importante aún, un respiro temporal de la atención al anciano: permitir que los cuidadores se alejen por un día, un fin de semana o una semana.

Los horarios de trabajo flexibles y dejar provisiones pueden beneficiar a los adultos que trabajan y tienen dependientes que necesitan cuidado. La Family and Medical Leave Act, adoptada en 1993, garantiza a los trabajadores un periodo de licencia sin paga para cuidar a un cónyuge, padre o hijo. Algunas grandes corporaciones ya proporcionan tiempo para el servicio de cuidado.

Los centros de atención diurna para adultos, que proporcionan actividades estimulantes y vigilancia mientras los cuidadores están en el trabajo, son una tendencia creciente; alrededor de 3 mil de estos centros fueron instalados en Estados Unidos. Los investigadores en la University of Utah desarrollaron una serie de videos para uso de los cuidadores, así como en centros de atención diurna para adultos y asilos. Las cintas están diseñadas para captar la atención de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y dar al cuidador o personal profesional un respiro ininterrumpido de 20 a 60 minutos (D. Lund, comunicación personal, noviembre de 1994).

Los grupos de asesoría, apoyo y autoayuda permiten a los cuidadores compartir problemas, obtener información acerca de los recursos comunitarios y mejorar las habilidades del cuidado. Uno de esos programas ayudó a las hijas a reconocer los límites de sus habilidades para satisfacer las necesidades de sus madres y el valor de alentar la autoconfianza de sus progenitoras. Tal comprensión aligeró la carga de las hijas y mejoró la relación con sus madres, con el resultado de que estas últimas se volvieron menos solitarias (Scharlach, 1987). En un estudio longitudinal, los cuidadores que tuvieron adecuado apoyo comunitario reportaron un crecimiento personal en muchas dimensiones. Algunos se volvieron más empáticos, cariñosos, comprensivos, pacientes y compasivos, más cercanos a la persona que cuidaban, y más cuidadosos de su propia buena salud. Otros se sintieron bien acerca de haber cumplido con sus responsabilidades. Algunos “aprendieron a valorar más la vida y a tomar un día a la vez”, y otros más aprendieron a “reír en situaciones y eventos” (Lund, 1993a; Stephens y Franks, 1999).

## INTERVENCIÓN LEGAL

Cuando los padres ya no son capaces de manejar sus propios asuntos financieros y prácticos, es posible que tenga que intervenir un hijo o hija (Porcino, 1983). Los padres que son mentalmente competentes (esto es, capaces de tomar decisiones y comprender las consecuencias) pueden acordar poner dinero en una cuenta bancaria mancomunada con un hijo adulto, un fideicomiso en vida o una cuenta con herencia automática al hijo adulto sobreviviente. Un poder notarial, que se puede revocar en cualquier momento, puede facultar a un hijo adulto para decidir financieramente por el padre.

Un paso mucho más serio es declarar legalmente incompetente a un adulto mayor. En este caso, el anciano queda bajo resguardo de un tutor o guardián (por lo general un hijo adulto y otro pariente, un amigo o una institución financiera). Una persona que se coloca bajo tutela pierde, de manera permanente, el derecho a realizar negocios, firmar contratos, votar o incluso a decidir dónde vivir. El tutor controla no sólo la propiedad del tutelado, sino también su *persona* y puede colocar al tutelado en

una institución o tomar cualesquiera otras decisiones en su representación. Para asegurarse de que el tutor actúa en nombre del mejor interés del anciano, algunas cortes designan un segundo tipo de tutela, llamada *ad litem*. Debido al potencial de abuso, es buena idea que todos los adultos especifiquen por adelantado (por lo general en un testamento) la persona que quieren que actúe como tutor en caso de que queden mentalmente incompetentes (Moye, 1999).

## Cuidado de ancianos vulnerables: una perspectiva internacional

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la desinstitucionalización? ¿Por qué crees que los cambios al cuidado con base en la comunidad han tenido lugar lentamente en algunos países?

Otras naciones industrializadas luchan con conflictos similares a los que surgieron en Estados Unidos en cuanto al cuidado de los ancianos vulnerables. En muchos países europeos, de manera notable Inglaterra y Holanda, hubo un cambio hacia condiciones residenciales menos restrictivas y a promover el hogar y las casas de día en la década de los ochenta (Davies, 1993). Una meta establecida de las políticas gubernamentales en Gran Bretaña es “permitir a las personas, tanto como sea posible, vivir en sus propias casas o en un entorno casero en la comunidad local” (Cm. 849, 1989, párrafo 1.8). Los voluntarios vecinales fueron empleados de manera extensa como ayudantes domésticos (Nishio, 1994). Sin embargo, envejecer en el hogar no se ve como una panacea; la política inglesa alienta la solución más adecuada y efectiva en costo para cada individuo (Davies, 1993).

Aunque la meta de alejarse de la institucionalización no es nueva, los cambios en el equilibrio de gastos entre el cuidado residencial y aquel con base comunitaria ha llegado muy lentamente. La preocupación acerca de la contención de costos y el uso eficiente de los fondos públicos es extensa, incluso en países como Holanda, Suecia y Australia, que están fuertemente comprometidos con un estado de bienestar (Davies, 1993). Una tendencia hacia la diversificación del cuidado es particularmente marcada en Australia. Entre 1986 y 1991, junto con un aumento del 25 por ciento en fondos, los incentivos financieros gubernamentales indujeron un cambio parcial de la atención en asilos hacia los albergues o residencias, un arreglo de alojamiento semiindependiente operado de manera privada o sin fines de lucro. Dichos lugares por lo general ofrecen una habitación sencilla con baño privado o compartido; los miembros del personal están disponibles 24 horas al día para brindar atención no médica (Borkowsky y Ozanne, 1993).

Los esfuerzos crecen para aliviar las cargas de los cuidadores familiares y otros no profesionales, sin los cuales las agencias e instituciones estarían bajas de personal. Hay más reconocimiento oficial al valor de las contribuciones de los cuidadores informales y de su derecho a ser consultados en valoraciones y decisiones (Davies, 1993). Finlandia, Dinamarca, Noruega, Suecia y Reino Unido poseen los niveles más altos de personas que reciben servicios domésticos para aligerar la carga de los cuidadores de la familia. La proporción de ancianos que reciben ayuda doméstica en estos cinco países varía de 15 a 24 por ciento.

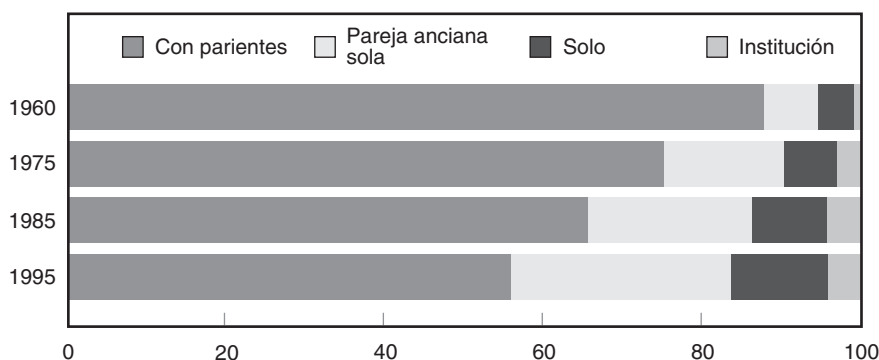
En las naciones en desarrollo de Asia, África y Latinoamérica, las instituciones para los ancianos son raras. El cuidado familiar todavía es la norma, aun cuando la migración a las ciudades y el consecuente rompimiento de la familia extensa lo haga menos viable. Cualquier cuidado residencial tiende a ser financiado por grupos religiosos y otras organizaciones no lucrativas con recursos limitados (Gorman, 1993). Muchas naciones en desarrollo adoptan nuevas políticas dirigidas a satisfacer las

necesidades de atención actuales y futuras a largo plazo. Los servicios de atención a largo plazo y/o los hogares para ancianos se vuelven más aceptados en países que se encuentran en el sureste asiático, donde hay menos niños que sirvan como cuidadores familiares (Kinsella y Velkoff, 2001).

En Japón, donde la población anciana crece más rápido que en muchas otras naciones industrializadas, el apoyo en la atención de familia sigue siendo fuerte. El número de hogares de familias extensas en Japón se encuentra en declive y el número de ancianos que viven solos o con un cónyuge va en aumento (véase la figura 10.3). Tales tendencias sugieren que la cultura de Japón en cuanto al cuidado de los ancianos se mueve hacia mayor dependencia de la familia nuclear. Además, el estatus financiero y de salud de algunos ancianos mayores hace posible que puedan vivir solos y elegir vivir en hogares independientes. Todavía hay contacto y apoyo familiares cercanos (Kinsella y Velkoff, 2001).

El aumento de población anciana en Japón tensa aún más la atención basada en la familia. En concordancia, el número de asilos, sanatorios y otras instituciones crece rápidamente; desde 1990 las instalaciones que atienden áreas remotas aumentaron diez veces (véase la figura 10.3). Sin embargo, la estrategia oficial es limitar la necesidad de hospitalización e institucionalización al ampliar y profesionalizar la atención domiciliaria, promover programas preventivos y mejorar la calidad general de vida. El trabajo social y las especialidades de cuidado se reconocieron como puestos oficiales, con exámenes de certificación.

En China, las políticas gubernamentales refuerzan las costumbres tradicionales. Se espera que la familia y la comunidad local proporcionen cuidado médico y a largo plazo; el papel del gobierno central es mínimo (Olson, 1994). En las áreas rurales, la mayor parte de la atención se da en la casa; sólo están disponibles servicios médicos complementarios limitados. Los hospitales manejados por el gobierno atienden únicamente enfermedades agudas o de corto plazo. Las familias pueden contratar cuidadoras semicalificadas para cuidar a los pacientes hospitalizados, así como en casa; de otro modo, se espera que los miembros de la familia permanezcan al lado de la cama del enfermo. Para las personas sin hijos que los cuiden, los comités vecinales en algunas



**FIGURA 10.3 Arreglos de alojamiento de ancianos japoneses: 1960 a 1995.** FUENTE: Japan Management and Coordination Agency, citado en Atoh, 1998; Kinsella y Velkoff, 2001. NOTA: "Con parientes" incluye un número muy pequeño de ancianos que cohabitan con personas con las que no tienen parentesco.

comunidades rurales llegan a acuerdos con vecinos, escuelas u otras entidades para entregar alimentos, medicinas y carbón. El gobierno chino comenzó a estimular a los ayuntamientos rurales para establecer hogares para ancianos: instalaciones de vida independientes con baños, un comedor y sala de recreación comunes. Un comité de la ciudad decide cuándo es tiempo de que un anciano sin hijos ingrese a tal hogar.

Asimismo, en las áreas urbanas la responsabilidad primaria descansa en la familia, la comunidad y la unidad de trabajo, no en el gobierno central. Para la mayor parte de los trabajadores urbanos, el seguro de salud continúa en la jubilación pero normalmente no cubre atención a largo plazo. Los comités locales identifican a los ancianos que necesitan atención en casa y asignan una persona capacitada para visitarlos, realizar encargos, preparar alimentos y contactar a los médicos cuando se necesite. Quienes no están suficientemente enfermos como para necesitar hospitalización reciben terapia medicamentosa, terapia física, exámenes médicos y tratamientos tradicionales chinos en sus casas. Las personas que no tienen hijos pueden vivir en uno de los pocos institutos de bienestar social operados por el gobierno, que proporcionan tanto instalaciones de alojamiento asistido como atención continua completa para los postrados en cama.

Las políticas en cuanto a la atención a largo plazo todavía están configurándose. Los creadores de políticas en las naciones desarrolladas y en desarrollo pueden aprender de la experiencia mutua conforme busquen formas para atender con dignidad a los ancianos dependientes, para evitar la reclusión por un lado y la explotación de los cuidadores familiares por el otro.

A pesar de las desafiantes necesidades de los ancianos vulnerables y sus familias, la gran mayoría de los ancianos posee vidas activas satisfactorias. A veces es tentador, incluso para los profesionales que lidian con problemas y conflictos del envejecimiento, enfocarse en números y categorías y perder de vista el hecho de que el viaje a través de la adultez es enormemente personal. Ahora que ya hemos explorado el contexto social de la vida adulta, avanzaremos al mundo de la personalidad y la salud mental, incluidas las formas de enfrentar las pérdidas que ocurren a lo largo del ciclo de vida adulto.

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

- Los hogares de familia extensa son comunes en Asia y América Latina. En Estados Unidos, donde la independencia es un valor principal, los padres e hijos adultos por lo general viven juntos sólo cuando uno o el otro necesita ayuda.

**familia extensa (p. 357)**

**familia nuclear (p. 357)**

### *La familia adulta: roles y relaciones cambiantes*

- Los adultos jóvenes requieren establecer su propia identidad y una relación madura con sus padres; esta necesidad precisa nuevas actitudes y comportamientos por parte de ambas generaciones.
- El contacto entre los hijos adultos medios y los padres ancianos (en especial hijas y madres) sigue siendo alto, y la ayuda mutua continúa. Los padres pueden reanudar un rol paterno activo para un hijo que necesita ayuda especial.
- Las relaciones fraternales son las más duraderas en la vida de la mayoría de las personas. El contacto con los hermanos a lo largo de la vida sigue un patrón con forma de reloj de arena;



los hermanos en la adultez media con frecuencia renuevan o fortalecen los lazos después de que sus hijos dejan el hogar.

### *Abuelos y bisabuelos*

- Aunque la mayoría de los abuelos estadounidenses actuales están menos íntimamente involucrados que antes en las vidas de sus nietos, con frecuencia juegan un papel más activo cuando surgen problemas.
- Las mujeres tienden a hallarse más cerca de sus nietos que los hombres, pero los varones pueden ser más afectuosos con sus nietos de lo que fueron con sus hijos.
- Los abuelos afroamericanos tienden a estar más involucrados en las vidas de sus nietos, y se perciben como abuelos más exitosos, en general, que los abuelos blancos.
- El divorcio y las nuevas nupcias de un hijo adulto con frecuencia afectan las relaciones abuelo-nieto y crean nuevos roles de abuelastros.
- El papel del bisabuelo es menos claro e involucrado que el de los abuelos, pero la mayoría de los bisabuelos lo encuentran emocionalmente satisfactorio.
- Un creciente número de niños son criados por abuelos y bisabuelos. Este rol no planeado puede crear tensiones físicas, emocionales y financieras.

### *Arreglos de alojamiento, servicios de cuidado y apoyo comunitario*

- Recientemente, más adultos jóvenes regresan a vivir a la casa paterna por razones como necesidad financiera y divorcio.
- La mayoría de los ancianos quieren vivir, y viven, en la comunidad, no en asilos; y solos o con un cónyuge, no con hijos adultos.
- Ahora existe un amplio rango de alternativas para ancianos que pueden vivir de manera semiindependiente; éstas incluyen alojamiento asistido, comunidades de retiro, alojamiento compartido, hogares grupales, alojamiento accesorio, alojamiento congregado y comunidades de atención continua o cuidado a la vida.
- Cuando los ancianos viven con hijos adultos, el éxito del arreglo depende de su relación y habilidad para comunicarse.
- Aunque aproximadamente sólo el cuatro por ciento de los ancianos viven en asilos, las personas tienen mucho más probabilidad de pasar tiempo en una institución conforme envejecen.
- Para muchos ancianos vulnerables, el cuidado de la familia es una alternativa a la institucionalización. Las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de necesitar cuidado y de convertirse en cuidadoras. Los centros de atención diurna para adultos, los servicios domiciliarios y los grupos de apoyo figuran entre los programas comunitarios que pueden ayudar a aligerar las cargas de los cuidadores.
- Cuando los ancianos no pueden manejar sus negocios, puede ser necesaria la intervención legal. Tales medidas pueden ir desde un poder notarial hasta el nombramiento judicial de un tutor.
- En muchos países industrializados hay una tendencia hacia la atención menos institucional y a más cuidados prodigados en casa o en la comunidad. Además, algunas de estas naciones instituyen políticas para ayudar a los cuidadores.

**síndrome de puertas giratorias (p. 373)**

**envejecimiento en el hogar (p. 375)**

**servicio de cuidado (p. 382)**

**agotamiento del cuidador (p. 383)**

**generación sándwich (p. 385)**

# Desarrollo de la personalidad

## Definición y estudio de la personalidad

- ¿Qué es la personalidad?
- Medición de la personalidad
- Orígenes de la personalidad: herencia y experiencia

## Modelos de la personalidad adulta: estabilidad o cambio

- Modelos de rasgos
- Modelos del autoconcepto
- Modelos de las etapas
- Modelo de ocurrencia de los acontecimientos de la vida

## Género y personalidad

- Estereotipos, roles e identidad de género
- Desarrollo de la personalidad de las mujeres: los estudios Mills

## Síntesis de los enfoques del desarrollo de la personalidad adulta



### PUNTO DE PARTIDA: EVA PERÓN

*En la mayoría de nosotros, hacia la edad de treinta años, el carácter se ha fraguado como un yeso que nunca volverá a suavizarse.*

—William James, *The Principles of Psychology*, 1890

*Los seres humanos no nacen de una vez y para siempre el día en que sus madres los dan a luz... La vida los obliga una y otra vez a volver a nacer por sí mismos.*

—Gabriel García Márquez, *El amor en los tiempos del cólera*, 1988

MARÍA EVA DUARTE DE PERÓN\* fue una figura controvertida, una mujer mítica y misteriosa que (como más tarde se representaría en el musical de Andrew Lloyd Webber, *Evita*) superó un pasado oscuro y llegó a ser la primera dama de Argentina. Durante su “reinado” de seis años, fue tanto adorada como odiada. Sus seguidores la vieron como una



© Corbis Images

\* Las fuentes de información biográfica acerca de Eva Perón son Barager (1968), Blanksten (1953), Flores (1952), Perón (1951) y Taylor (1979).

## PUNTO DE PARTIDA: EVA PERÓN (continuación)

amiga desinteresada de los marginados y una luchadora por los derechos de la mujer. Sus enemigos la consideraron como una mujer ávida de poder, manipuladora y cruel. En un punto todos concuerdan: fue una mujer hermosa que supo utilizar su belleza para conseguir lo que quería.

Eva (afectuosamente conocida como Evita) nació en 1919 en la pequeña y polvorienta villa de Los Toldos. Fue la quinta hija ilegítima de una campesina pobre e inculta y de un hombre casado que vivía en una ciudad cercana. Eva y sus hermanos fueron rechazados por las personas “respetables”; cuando su padre murió, la esposa y familia de éste intentaron impedirles asistir al funeral. La indigente madre de Eva se mudó con un hombre que tenía un modesto restaurante que funcionaba también como posada, sin embargo la familia permaneció en la pobreza. Fueron estas experiencias tempranas, comunes entre los argentinos de clase baja, las que Eva Perón tuvo en mente cuando, más tarde, se llamó a sí misma “mujer del pueblo”.

Eva fue una niña frágil y apasionada, dada a las rabietas e impulsada por sueños de gloria. Sólo asistió durante la primaria al colegio. Su verdadera escuela fue el tempestuoso hogar materno, donde, como lo reportó un periodista, la pequeña aprendió “que la vida era una lucha por la sobrevivencia en la que los premios eran para los más rudos y los más inescrupulosos” y los hombres eran usados para conseguir lo que las mujeres querían (Flores, 1952, p. 22).

Cuando tenía quince años, durante la Gran Depresión, Eva migró a la capital, Buenos Aires, donde comenzó su carrera en la actuación. No era muy talentosa, pero hacia 1943 protagonizó una serie radiofónica y comenzó a tener una audiencia popular. Por esa época, un nuevo gobierno militar tomó el poder y Eva se convirtió en la amante del coronel Juan Domingo Perón, un viudo que le doblaba la edad. Perón rápidamente avanzó de subsecretario de Guerra a secretario del Trabajo, ministro de Guerra y vicepresidente. Convirtió a Eva en la cabeza de la oficialmente reconocida unión de trabajadores de

la radio, le dio una oficina cerca de la suya y colocó a sus amigos en puestos gubernamentales.

El creciente apoyo que Perón comenzaba a tener por parte de los obreros, junto con la influencia de Eva, perturbaron a sus colegas militares. En octubre de 1945, fue arrestado y encarcelado. Durante ese tiempo, una turba furiosa sacó a Eva de un automóvil y la golpeó. Sin embargo, el 17 de octubre, en una demostración “espontánea” que Eva en realidad ayudó a organizar (como ella afirmó más tarde), miles de trabajadores marcharon hacia la casa de gobierno y demandaron exitosamente la restitución de Perón.

Perón y Eva se casaron inmediatamente, y al año siguiente aquél se convirtió en Presidente de la “nueva Argentina”. Eva, con una fuerza política adquirida por derecho propio, trabajaba incansablemente durante jornadas de 18 horas, recibiendo hasta veintiséis delegaciones cada día. Hizo una gira por Europa, en la que se reunió con jefes de Estado y firmó tratados, sin embargo su viaje fue estropeado en Roma, donde fue objeto de una amenaza de bomba, y en Suiza, donde opositores al régimen fascista de Perón le lanzaron tomates.

Hacia 1948, era dueña de tres periódicos en Buenos Aires y escribía en una columna diariamente. Persuadió a su esposo para que aprobara una ley de sufragio para la mujer, y ella misma organizó la rama femenina del partido peronista. También estableció la multimillonaria Fundación Eva Perón, financiada con aportaciones obligatorias de los trabajadores y por donativos que sus oponentes denunciaron como extorsiones. La fundación construyó hospitales, clínicas y escuelas, distribuyó juguetes, entregó ayuda durante emergencias y compró armas para los trabajadores de la milicia. Conforme Eva Perón se convertía en una figura internacional, peinó su cabello hacia atrás y se deshizo de sus ropas llamativas; vistió sobrios trajes o suéteres y pantalones holgados, y guardó sus resplandecientes trajes de gala y joyas para ocasiones formales.

Juan Perón siempre insistió que él había convertido a Eva en lo que era, pero muchos observadores piensan de modo distinto: “Ella carecía de una edu-

cación formal, pero no de intuición política; era impetuosa, dominante y espectacular... Aceptó las ideas [de Perón], pero les agregó pasión y coraje... Era una pequeña fiera, indomable, agresiva, espontánea, a veces poco femenina” (Barager, 1968, pp. 230-231). Sin sentido del humor e incapaz de perdonar, con frecuencia demandaba la renuncia de aquellos que la contradecían.

Eva compitió por la vicepresidencia en 1951, pero se retiró bajo la presión de los líderes militares. Cuando enfermó de cáncer, mantuvo su ritmo frené-

tico de trabajo; durante el segundo desfile inaugural de su esposo, en junio de 1952, estuvo de pie a su lado en un automóvil abierto, sostenida por un artefacto de alambre y yeso. Cuando murió, al mes siguiente de cumplir 33 años, la fila de dolientes se extendió 35 cuadras. Durante un tiempo fue honrada como santa, y las fechas de su nacimiento y muerte se volvieron días feriados nacionales. No obstante, tres años después, cuando Perón fue derrocado, las turbas derribaron sus estatuas y quemaron los objetos que llevaban su nombre.

**E**VA PERÓN FUE UN ENIGMA. ¿Quién, realmente, fue ella? En pocos años, se transformó de una hija ilegítima sin hogar, a una de las mujeres más poderosas de todos los tiempos. Incluso los datos más básicos de su vida están abiertos a cuestionamiento, pues destruyó cuanto registro pudo e intimidó a los entrevistadores con su silencio o con halagos; y menos claros son los motivos y actitudes que conformaron su comportamiento. ¿Fue una “señora bondadosa que dedicó su vida al pueblo humilde” (Flores, 1952, p. 14)? ¿Una esposa leal y devota? ¿Una arpía confabuladora y viciosa? ¿El verdadero poder detrás del “trono” de su esposo? ¿O, como algunos afirman, una mujer inocente cuyo marido aprovechó la devoción que le tenía el pueblo para acercarlo más a él?

¿En qué medida ella fue un producto de sus antecedentes familiares y de las condiciones sociales? Sus primeras experiencias bien pudieron alimentar su odio por el sistema, su deseo de ser escuchada, su lucha por los derechos de la mujer, su poco aprecio por los canales normales de autoridad, su necesidad de control, y su hambre por el amor de su pueblo, temas que se presentaron consistentemente a lo largo de su corta vida. ¿Pero el éxito la cambió, o su carácter permaneció esencialmente igual a lo largo de su meteórico ascenso? Desde luego, ella no vivió lo suficiente para experimentar la adultez media y los retos del envejecimiento. No atestiguó la caída de Perón en 1955, su breve regreso al poder en 1972, o su muerte en 1974. ¿Cómo Eva Perón, y su historia, habrían sido afectadas de haber vivido hasta dichas épocas? ¿Y si ella, en lugar de la tercera esposa de Perón, Isabel, lo hubiera sucedido como presidente?

No muchas personalidades son tan paradójicas como la de Eva Perón, pero su historia plantea preguntas fundamentales que pueden hacerse sobre cada adulto. ¿La personalidad de un adulto es un producto más de las tendencias innatas o surge de la experiencia? ¿Cómo, y en qué medida, cambia la personalidad durante la vida adulta? ¿Qué tanto influye la cultura? ¿El género? En este capítulo se discutirán temas importantes en el estudio de la personalidad adulta y se describirán varias líneas teóricas y de investigación que intentan explicarla.

## DEFINICIÓN Y ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD

¿Con cuánta frecuencia has escuchado comentarios como los siguientes “ella tiene mucha personalidad”, o “él tiene la personalidad de una marioneta”? En la conversación cotidiana, la *personalidad* con frecuencia parece referirse a algo que una persona posee en mayor o menor medida. En realidad, los distintos tipos de personalidad difieren no tanto en la cantidad como en la calidad. Cuando te refieres a tu personalidad, hablas acerca de tu naturaleza básica, de qué tipo de persona eres: valiente o temerosa, tacaña o generosa, alegre o melancólica. Pero incluso esto puede no ser muy preciso. Puedes ser valiente en un momento y temeroso en otro, o acaso tanto temeroso como valiente a la vez.

La personalidad, como la inteligencia, es compleja, por lo que es difícil de definir y medir. De hecho, de acuerdo con algunos psicólogos, las influencias sobre la personalidad son idiosincrásicas y tan fortuitas, que no pueden hacerse afirmaciones generales en absoluto acerca de ella. ¿Qué es la personalidad? ¿Cómo alguien obtiene una? ¿Cómo algo tan intangible se puede medir? Comencemos con el problema de la definición.

### ¿Qué es la personalidad?

Existen casi tantas definiciones de *personalidad* como investigadores en este campo. Pero un concepto parece subyacer prácticamente a todas ellas: que la personalidad es la esencia de una *persona*, es lo que hace a un individuo único e irrepetible.

La personalidad es difícil de definir porque no se puede ver, escuchar o tocar; se tiene que inferir a partir del comportamiento. Los conductistas, como B. F. Skinner, no ven la relevancia de hacer tales inferencias; ellos simplemente definen la personalidad como el comportamiento observable. Sin embargo, la mayoría de los psicólogos piensan en la personalidad no solamente en términos de un comportamiento observable, sino también como una forma de estructura interna de la mente y de las emociones que se encuentra detrás de lo que las personas dicen y hacen (Hjelle y Ziegler, 1992). Aunque tal estructura se desarrolla constantemente, por lo general se le atribuye la responsabilidad de las actitudes y de los patrones de comportamiento que son lo suficientemente regulares. Imagina que uno de tus amigos súbitamente comienza a actuar “diferente”. Un día es tímido, y al otro es muy sociable; en un momento es pasivo, y al siguiente agresivo. Probablemente encontrarías tales cambios extraños e inquietantes. Por lo anterior podrías decir que tu amigo “no es él mismo”.

La **adaptación**, que se entiende como el ajuste a los eventos, circunstancias y condiciones de la vida, es una importante función de la personalidad. Las personas se pueden adaptar al modificar algo de sí mismos, de su entorno o de ambos. Pero las formas en las que una persona se adapta muestran cierta estabilidad. Un prominente investigador sugiere que las personas desarrollan “generalizaciones” que aplican consistentemente a diferentes situaciones (Block, 1993). Por ejemplo, un estudiante que reprueba un examen puede quejarse de que éste no fue justo; otro puede culparse por no estudiar más duro. Si estos dos estudiantes estuviesen involucrados en un accidente automovilístico, probablemente cada uno reaccionaría en la misma forma. Para resumir, entonces, 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 única y relativamente constante forma de sentir, pensar y comportarse de una persona.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué características en otras personas te conducen a desarrollar clasificaciones de sus personalidades?

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué enfoques de evaluación se deben seguir para llegar a conclusiones válidas acerca de la personalidad?



## ¿La personalidad predice la salud y la longevidad?

En el estudio Terman sobre niños sobredotados, las características de la personalidad infantil y el entorno familiar jugaron un papel relevante en el éxito que tuvieron estos niños de adultos. En la actualidad, parece que tales factores pueden también influir en cuánto vive la gente.

La mayoría de los aproximadamente 1 500 escolares californianos elegidos para el estudio a la edad de once años, sobre la base de un CI alto, tuvieron un seguimiento periódico desde 1921. Entre 1986 y 1991, cuando los sobrevivientes se aproximaban a la edad de 80 años, un grupo de investigadores (Friedman *et al.*, 1993; Friedman, Tucker, Schwartz, Martin *et al.*, 1995; Friedman, Tucker, Schwartz, Tomlinson-Keasey *et al.*, 1995; Tucker y Friedman, 1996)\* decidió indagar cuántos habían muerto y a qué edades, para identificar algunos predictores de la longevidad. Puesto que los “termitas” (apodo dado a los participantes por el nombre de la investigación “Terman”) como grupo eran muy inteligentes y cultos, los resultados no tuvieron alguna probabilidad de confundirse con otras variables como deficiente nutrición, pobreza o inadecuada atención médica. Aunque estas personas su-

mamente inteligentes, en forma global, han vivido más que el promedio, su longevidad individual fue afectada por factores como los comportamientos relacionados con la salud, el ajuste psicológico, la personalidad y las relaciones sociales, los cuales influyen en el riesgo de mortalidad de las personas en general (Friedman y Markey, 2003).

Sorprendentemente, ni la autoconfianza infantil, la energía ni la sociabilidad evidenciaron estar relacionados con la longevidad. Tampoco el optimismo infantil fue asociado con una larga vida. De hecho, lo contrario era cierto: los niños alegres tuvieron más probabilidad de morir más jóvenes. Lo que sí predijo enormemente la longevidad fue la dimensión de personalidad llamada *meticulosidad* o confiabilidad, a veces descrita como disciplina, prudencia o autocontrol.

Esta investigación sugiere que los niños alegres al crecer pueden ser más descuidados acerca de su salud que los niños meticulosos. Aunque una visión despreocupada y optimista de la vida puede ser útil para enfrentar las situaciones a corto plazo, como la recuperación de una enfermedad, a largo plazo puede ser peligrosa si conduce a una persona a ignorar las advertencias e involucrarse en comportamientos riesgosos (Martin *et al.*, 2002). Por otra parte, un análisis basado en muchos estudios encon-

\*A menos que se indique otra referencia, los estudios ya mencionados son las fuentes para la elaboración del presente recuadro.

### Medición de la personalidad

La investigación realizada a través del tiempo confirma la estabilidad esencial de la personalidad. En general, los chispeantes adolescentes de secundaria crecieron para ser alegres personas de 40 años, los adolescentes quejumbrosos se convirtieron en adultos irritables, los asertivos de 20 años se convirtieron en personas honestas de 30 años, y las personas que enfrentaban bien los problemas de jóvenes fueron igualmente capaces de manejar problemas de la vida madura (Block, 1982; Costa y McCrae, 1980; Eichorn, Clausen, Haan, Honzik y Mussen, 1981; Haan y Day, 1974; Livson, 1976; Noberini y Neugarten, 1975; Vaillant, 2002). Las actitudes mostradas en la adultez joven incluso parecen afectar la salud física en la adultez media (véase el recuadro 11.1). Sin embargo, algunos aspectos de la personalidad se

tró que las personas meticulosas tienden a involucrarse en comportamientos benéficos para la salud. Es improbable que fumen, beban en exceso, usen drogas, adopten estilos de vida sedentarios y tengan una alimentación poco saludable. También es improbable que se enreden en situaciones de violencia, comportamiento sexual riesgoso, conducción peligrosa y suicidio (Bogg y Roberts, 2004).

De igual forma, en un estudio longitudinal de 883 miembros ancianos pertenecientes al clero católico, las personas con un alto grado de meticulosidad tuvieron la mitad del riesgo de morir durante un periodo de cinco años que las poco meticulosas. Las personas con un alto nivel de neurosis, en contraste, tuvieron casi el doble de riesgo de morir en comparación con los de bajo nivel de neurosis (Wilson, Mendes de Leon, Bienias, Evans y Bennett, 2004).

En el estudio Terman, la meticulosidad se relacionó con una variedad de factores que influyeron de manera positiva sobre la longevidad. Hacia la adultez media, los niños meticulosos tendieron a concluir más años de educación que los niños menos meticulosos, y tuvieron menos probabilidad de sufrir problemas mentales. También fueron menos proclives a divorciarse o a experimentar el divorcio de sus padres en la niñez.

Al parecer, no es el matrimonio en sí, sino la *estabilidad* matrimonial, la que puede conducir a larga vida. Los termitas que, a los 40 años, estaban en su

primer matrimonio, tendieron a vivir significativamente más que quienes se habían divorciado, ya sea que después se hubieran casado nuevamente o no. En contraste, el riesgo de morir antes aumentó sólo ligeramente en los termitas que *nunca* se casaron.

La inestabilidad matrimonial en el hogar de la niñez también fue una amenaza a la longevidad. Las personas que, antes de los 21 años, experimentaron el divorcio de sus padres (13 por ciento de la muestra) vivieron, en promedio, cuatro años menos que aquellos cuyos padres permanecieron juntos. La muerte temprana de un padre, por otra parte, tuvo poca influencia.

Los hallazgos acerca de la estabilidad matrimonial y la personalidad están interrelacionados. Los niños identificados como impulsivos tuvieron más probabilidad de convertirse en adultos con historias matrimoniales inestables y de morir más jóvenes. Además, los hijos de padres divorciados tuvieron más probabilidad de divorciarse, lo que explica parte de la influencia del divorcio paterno en la longevidad.

Entonces, al parecer las personas responsables, confiables y diligentes, tanto para cuidarse bien a sí mismos como para preservar sus matrimonios, y quienes fueron lo suficientemente afortunados de haber tenido padres que permanecieron casados, pueden llegar a ser recompensados con más años de vida.

atenúan con la madurez. Aunque los niños impulsivos, por lo general, se convirtieron en incansables adultos impacientes, como adultos son menos impulsivos de lo que fueron anteriormente (Stewart y Olds, 1973).

¿Cómo los investigadores llegan a tales conclusiones y qué tan válidas son? Para estudiar la personalidad de manera cinética, los psicólogos necesitan alguna forma para poder medirla. Un método comúnmente utilizado es el **inventario de la personalidad**, un test psicométrico que pregunta a la persona sobre sí misma o sobre otros haciendo referencia a rasgos como la escrupulosidad, la confianza y la irritabilidad; a reportar acerca de las actividades que disfrutan; o para dar opiniones acerca de varios temas. Al comparar las calificaciones obtenidas por adultos de diferentes edades, ya sea por la misma o por diferentes personas, los investigadores intentan calcular cuánto cambia la personalidad con el tiempo.

Otra técnica básica es la **metodología Q (Q-sort)**. Ésta consiste en que a una persona se le da un paquete de tarjetas. En cada tarjeta hay un enunciado o un adjetivo que se refiere a una característica de personalidad. Una tarjeta puede decir “Con frecuencia estoy solo” o “Resuelvo problemas con facilidad”, o simplemente “enérgico”, “ansioso” o “amigable”. Se le pide a la persona ordenar las tarjetas en categorías, dependiendo de qué tan cercanamente lo describen. Una variación de tal técnica, que se puede emplear para medir los resultados de una terapia, es hacer que una persona, utilizando la metodología Q, jerarquice las características tanto del **yo real** (quién es en realidad) como del **yo ideal** (quién le gustaría ser), para luego comparar los resultados en ocasiones sucesivas.

Se han diseñado otras técnicas para medir la personalidad. Por ejemplo, Ravenna Helson y sus asociados, cuyos estudios longitudinales sobre los alumnos del Mills College se abordan más adelante en este capítulo, pidieron a varias mujeres graficar su involucramiento con los roles de madre, compañera y trabajadora en varias épocas en sus vidas.

Cada uno de estos métodos puede ser afectado por sesgos del observador (véase el capítulo 2) o por la subjetividad. Otros métodos, como las entrevistas y los autorreportes, no son sólo subjetivos sino también frecuentemente abiertos, y por tanto más difíciles de cuantificar y comparar de manera confiable. De hecho, se argumenta que cualquier dato basado en la intuición y en el juicio humano que es falible puede no ser preciso o confiable (Ross, 1977; Ross y Nisbett, 1991).

Sin embargo, varias investigaciones demuestran que el juicio humano, aunque imperfecto, puede proporcionar información tan útil como otros tipos de datos recopilados por los psicólogos. Numerosos estudios demuestran que existe una fuerte correlación entre los diferentes juicios de varias personas acerca de la personalidad de otra (Kenrick y Funder, 1988). Los juicios sobre la personalidad también resisten bien las observaciones, predicciones y hallazgos experimentales acerca del comportamiento. En la actualidad, la mayoría de los psicólogos reconoce que no sólo la personalidad es lo suficientemente importante como para merecer ser estudiada, sino que los juicios humanos que se realizan sobre ésta pueden describirla razonablemente bien (Block, 1993; Funder, 1993).

## Orígenes de la personalidad: herencia y experiencia

A pesar de su estabilidad esencial, la personalidad no está determinada desde el nacimiento: es un “proceso en evolución sujeto a una variedad de influencias tanto internas como externas” (Hjelle y Ziegler, 1992). Los cambios en 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).

Desde la infancia, algunas personas parecen ser constitucionalmente capaces de adaptarse con más facilidad que otras. El **temperamento**, o disposición, es una parte relevante en la constitución de la personalidad ya que refleja las características personales, biológicamente determinadas, que tiene una persona de abordar y reaccionar emocionalmente ante las personas y las situaciones. El hecho de que una persona sea, por ejemplo, flexible y despreocupada, resistente a nuevas experiencias o lenta para entrar en confianza, parece estar determinado principalmente por la herencia (Braungart, Plomin, DeFries y Fulker, 1992; Emde *et al.*, 1992; McCrae *et al.*, 2000; Thomas y Chess, 1984). Los investigadores han encontrado evidencia sobre los grados de variación que tiene la influencia genética sobre un amplio rango de carac-



terísticas de personalidad (McGue, Bacon y Lykken, 1993), que van desde la timidez (Daniels y Plomin, 1985; Kagan, 1989) hasta el liderazgo (Tellegren *et al.*, 1988).

Pero los genes no cuentan toda la historia. Un grupo de investigadores (Eaves, Eysenck y Martin, 1989) revisó una gran cantidad de investigaciones en las que participaron gemelos idénticos (quienes tienen exactamente la misma herencia), gemelos fraternos (quienes, como cualquier otro hermano, comparten muchos, pero no todos los rasgos hereditarios) y otros miembros de la familia en Gran Bretaña, Australia, Suecia y Estados Unidos durante varios periodos de su vida. Las influencias ambientales explicaron por completo la mitad de las variaciones medidas en la personalidad. Tales experiencias influyentes son únicas incluso para personas que crecen en el mismo hogar simultáneamente. Esto puede ayudar a explicar por qué Eva Perón, y no una de sus hermanas, se convirtió en la primera dama de Argentina.

La singularidad de la experiencia temprana puede reflejar diferencias en el temperamento. El comportamiento de los niños puede evocar respuestas, como la sonrisa que devuelve el padre a un bebé que sonrío, que refuerza la disposición innata que produjo el comportamiento (Caspi, 1993; Lytton, 1990). En un estudio, el temperamento de niños de entre tres a seis años de edad afectó la forma en que sus padres interactuaron con ellos tres años después, y el temperamento y el estilo de paternidad en conjunto ayudaron a explicar las diferencias entre los mismos niños en relación al optimismo y al pesimismo 21 años después (Heinonen, Raikkonen y Keltikangas-Jarvinen, 2005). En otro estudio, el temperamento de los niños y el estilo de paternidad de sus padres se afectaron mutuamente durante un año (Lengua y Kovacs, 2005). Conforme los niños crecieron, con frecuencia buscaban ambientes que fortalecían sus tendencias genéticas, por ejemplo, el seleccionar amigos y con el tiempo compañeros que eran como ellos mismos (Caspi, 1993). Algunas diferencias genéticas entre gemelos fraternos parecen aumentar durante la adultez, debido probablemente a las nuevas experiencias reforzadoras (Eaves *et al.*, 1989). Por tanto, una interacción de herencia y experiencia afecta la personalidad en todas las edades (Bates y Wachs, 1994).

Investigar las fuentes de personalidad y sus complejas interrelaciones es una tarea titánica. Es necesario realizar mucha investigación antes de poder comprender por completo cómo se desarrolla la personalidad. Un estudio más amplio y profundo acerca de cómo la herencia y el entorno interactúan a lo largo de la vida podría ser una contribución importante.

## MODELOS DE LA PERSONALIDAD ADULTA:

### ESTABILIDAD O CAMBIO

Las dos citas al comienzo de este capítulo representan los extremos de un debate referente a la dicotomía que hay entre la estabilidad y el cambio en la personalidad adulta. ¿La personalidad “se consolida como un yeso” en la adultez temprana, o los adultos pueden continuar “naciendo” ellos mismos? Diferentes investigadores, que representan perspectivas metateóricas que son contrapuestas y que con frecuencia usan definiciones, suposiciones y herramientas de medición distintas, han encontrado respuestas diversas.

- Los *modelos de rasgos* se enfocan en los rasgos mentales, emocionales, temperamentales y conductuales, o atributos. Los modelos de rasgos son un poco mecanicistas: intentan reducir la personalidad y el comportamiento a sus elementos básicos, y suponen que los rasgos predicen bastante bien la influencia

sobre el comportamiento. Los estudios basados en estos modelos encuentran que la personalidad adulta cambia muy poco.

- Los *modelos del autoconcepto* se preocupan por cómo la gente se ve a sí misma. Estos modelos describen a las personas como reguladoras activas del desarrollo de su propia personalidad mediante procesos similares a los que proponen las teorías organicistas como la de Piaget. Tales modelos incorporan tanto la estabilidad como el cambio.
- Los *modelos de las etapas*, que son claramente organicistas, bosquejan 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.
- El *modelo de los acontecimientos de la vida* es contextual. Los investigadores que estudian este enfoque encuentran que el cambio se relaciona no tanto con la edad sino con las variadas circunstancias y eventos de la vida.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo las teorías del desarrollo presentadas en el capítulo 1 encajan con los modelos de personalidad discutidos aquí?

No es sorprendente que los investigadores que representan estas diferentes perspectivas con frecuencia se topen con resultados difíciles de conciliar o incluso comparar. Un equipo líder de investigadores del modelo de rasgos (Costa y McCrae, 1994a, 1994b) intentó dar sentido a esta diversidad al elaborar un mapa de seis elementos interrelacionados que “constituyen el material que sirve de base para la mayoría de las teorías de personalidad” (1994a, 1994b, p. 23). Estos elementos son: 1) las *tendencias básicas*, 2) las *influencias externas*, 3) las *adaptaciones específicas*, 4) el *autoconcepto*, 5) la *biografía objetiva* y 6) los *procesos dinámicos*.

Las tendencias básicas incluyen no sólo los rasgos de la personalidad, sino también la salud física, la apariencia, el género, la orientación sexual, la inteligencia y las habilidades artísticas. Estas tendencias, que pueden ser heredadas o adquiridas, interactúan con influencias externas (ambientales) para producir ciertas adaptaciones específicas como los roles sociales, las actitudes, los intereses, las habilidades, las actividades, los hábitos y las creencias. Por ejemplo, se necesita una combinación de inclinación musical (una tendencia básica) y exposición a un instrumento (una influencia externa) para producir habilidad musical (una adaptación específica). Las tendencias básicas y las adaptaciones específicas, a su vez, ayudan a dar forma al **autoconcepto**, o sentido del yo, que alberga sólo un parecido parcial con la biografía objetiva, que son los hechos reales de la vida de una persona. Por tanto, una mujer puede pensar de ella misma que tiene más habilidad musical de la que objetivamente demuestra; y su comportamiento puede estar influido por dicha autoimagen. Los *procesos dinámicos* ligan los otros cinco elementos; uno de estos procesos es el aprendizaje, que permite a la persona adaptarse a influencias externas (por ejemplo, a convertirse en una consumada ejecutante de un instrumento musical).

Algunos teóricos enfatizan uno u otro de estos elementos. Los modelos de rasgos se enfocan en las tendencias básicas, que son las que tienen menos probabilidades de cambiar. Los modelos del autoconcepto lidian con el sentido del yo. Los modelos de las etapas y el modelo de los acontecimientos de la vida resaltan los aspectos universales o particulares de la biografía objetiva. Vamos a observar más de cerca cada uno de estos abordajes.

## Modelos de rasgos

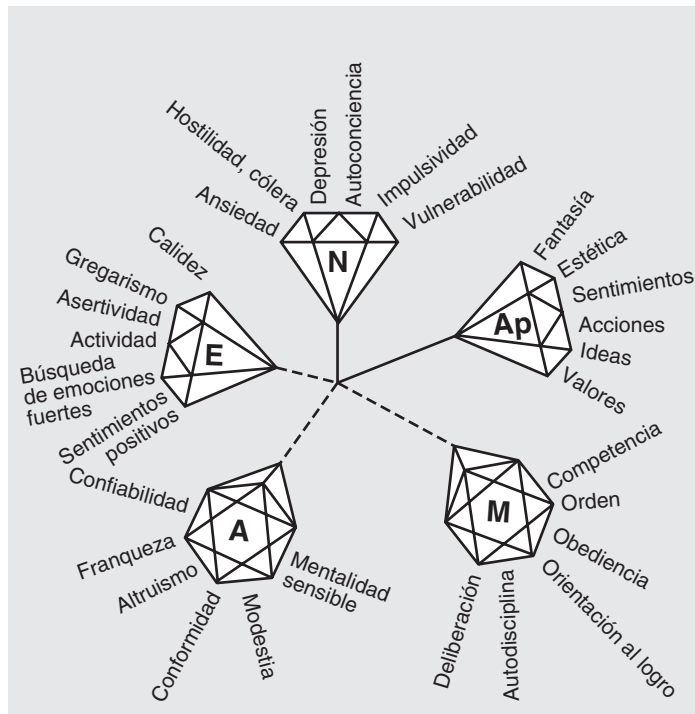
¿Eres risueño? ¿Por lo general eres perseverante? ¿Te irritas con facilidad? La jovialidad, la perseverancia y la irritabilidad son tres ejemplos de rasgos de la personali-

dad. Algunos investigadores agrupan los rasgos relacionados en categorías llamadas **dimensiones de la personalidad**. Buscan identificar constelaciones de atributos que definan a un individuo y determinar cuánto cambian estas dimensiones. De acuerdo con un modelo de los rasgos muy influyente, la respuesta es: no mucho después de los 30 años.

### COSTA Y MCCRAE: EL MODELO DE LOS CINCO FACTORES

Un modelo de los rasgos que ha influido sustancialmente el estudio de la personalidad a través del ciclo de vida adulto es el de Paul T. Costa y Robert R. McCrae (1994a; 1994b), investigadores de gerontología en el National Institute of Aging. Su **modelo de los cinco factores** (como el término implica) tiene cinco dimensiones, o dominios: 1) *neuroticismo*, 2) *extraversión*, 3) *apertura a la experiencia*, 4) *meticulosidad* y 5) *amabilidad*. Cada una comprende varios rasgos asociados (véase la figura 11.1).

El neuroticismo es un grupo de seis rasgos negativos: ansiedad, hostilidad, depresión, timidez, impulsividad y vulnerabilidad. Las personas enormemente neuróticas son nerviosas, temerosas, irritables, se enojan con facilidad y son sensibles a la crítica. Pueden sentirse tristes, desamparadas, solitarias, culpables y sin valía. Es posible especular que Eva Perón habría tenido altas puntuaciones en algunos factores de esta dimensión.



**FIGURA 11.1 Modelo de los cinco factores de Costa y McCrae.** Cada factor o dominio de la personalidad representa un grupo de rasgos o facetas relacionados. N = neurosis, E = extraversión, Ap = apertura a la experiencia, A = afabilidad, M = meticulosidad FUENTE: Adaptado de Costa y McCrae, 1980.

La *extraversión* también tiene seis facetas: calidez, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones fuertes y sentimientos positivos. Los extravertidos son sociables, las personas que se “hacen cargo” o se ocupan de resolver una situación específica y tienen relaciones cercanas y bondadosas y les gusta la atención. Se mantienen ocupados y activos; buscan constantemente emociones fuertes y disfrutan la vida. La *extraversión*, también, parece describir la personalidad de Eva Perón.

Las personas que son *abiertas a la experiencia* desean intentar nuevas actividades y abrazan novedosas ideas. Tienen una vívida imaginación y sentimientos fuertes. Aprecian la belleza y las artes y cuestionan los valores tradicionales. Eva Perón probablemente habría puntuado alto en esta dimensión.

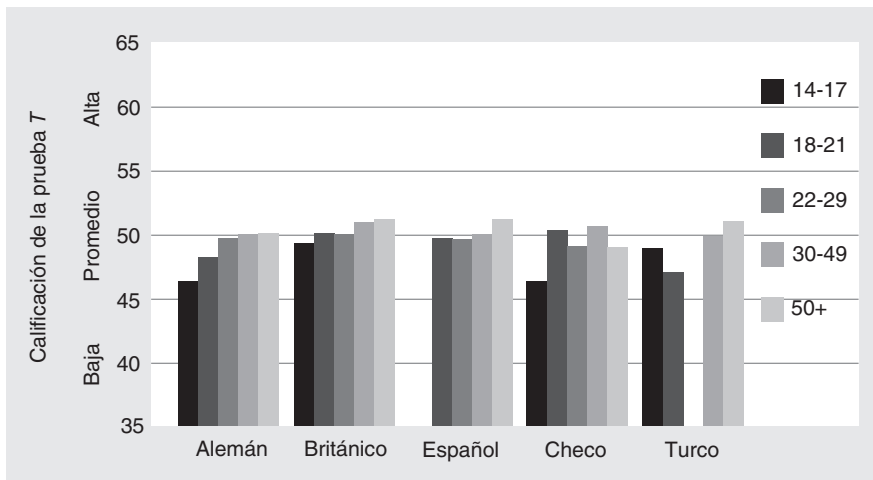
Las personas *meticulosas o responsables* logran lo que se proponen: son competentes, ordenadas, obedientes, decididas y disciplinadas. La mayoría de estas características podrían identificarse con Eva Perón.

Las personas *amables* son confiables, francas, altruistas, complacientes, modestas y fácilmente influenciables. Eva Perón habría tenido una baja puntuación en esta dimensión.

Al analizar una combinación de datos transversales, longitudinales y secuenciales de varias muestras grandes, incluido su propio estudio longitudinal de envejecimiento de Baltimore, Costa y McCrae (1980, 1988, 1994a, 1994b; Costa *et al.*, 1986; McCrae y Costa, 1984; McCrae, Costa y Busch, 1986; McCrae *et al.*, 2000) encontraron un alto grado de estabilidad en las cinco dimensiones. Sus muestras se conformaron con hombres y mujeres que variaban en edad desde los 20 hasta los 90 años. Su metodología incluyó la aplicación de inventarios de la personalidad, entrevistas estructuradas, clasificaciones de cónyuges y pares, y otras mediciones.

Puesto que el estudio longitudinal Baltimore estuvo limitado a voluntarios predominantemente blancos con educación universitaria, podría estar abierto a sesgos de muestreo. Por tanto, Costa y McCrae compararon sus hallazgos acerca de neuroticismo, *extraversión* y *apertura* con clasificaciones de los mismos rasgos obtenidos en una muestra nacional en un estudio transversal de más de 10 mil personas con edades de 32 a 88 años. Las diferencias fueron muy pequeñas y confirmaron la estabilidad, en promedio, de las tres dimensiones. Esto fue cierto incluso para el periodo de adultez media, que algunos investigadores, así como numerosos escritores en la prensa popular, describen como una época de trastornos psicológicos. Sin embargo, Costa y McCrae (1994b) sí encontraron diferencias relacionadas con la edad en comparaciones realizadas en investigaciones transversales de estudiantes universitarios, adultos jóvenes y personas en la adultez media.

Con base en estudios que toman en consideración la edad, la raza y las diferencias culturales, McCrae, Costa y sus colegas sugieren que, en promedio, el neuroticismo, la *extraversión* y la *apertura* a la experiencia descienden desde los 18 hasta los 30 años de edad, y declinan más lentamente de ahí en adelante, mientras que la *amabilidad* y la *meticulosidad* parecen aumentar lentamente con la edad (McCrae, Costa, Martin *et al.*, 2004; McCrae y Costa, 1997; McCrae, Costa, Ostendorf *et al.*, 2000). De hecho, estos investigadores encontraron consistencia en el desarrollo de la personalidad a través de cinco culturas enormemente diferentes (británica, checa, alemana, española y turca), lo que sugiere que los rasgos de la personalidad pueden ser principalmente de origen biológico y desarrollarse a través de la maduración intrínseca, independientemente de influencias ambientales (McCrae *et al.*, 2000; véase la figura 11.2). Los



**FIGURA 11.2 Niveles medios de afabilidad en varias edades en cinco culturas.** FUENTE: McCrae et al., 2000.

resultados para cada cultura siguen siendo sistemáticos a través de las cohortes. Los índices de cambio parecen lentificarse de igual manera aproximadamente después de los 30 años a través de las culturas (McCrae et al., 2004; McCrae et al., 2000). Los cambios en estas dimensiones con el tiempo son pequeños y las personas tienden a mantener su patrón general de características. Tal investigación sugiere que, aunque la cultura puede afectar las formas en que se expresa la personalidad, los patrones de los rasgos son similares en distintas culturas (Hofstede y McCrae, 2004).

Algunos psicólogos, como Helson (1993), califican la investigación sobre los rasgos en general, y el trabajo de Costa y McCrae en particular, como muy limitados, porque no parecen explicar aspectos de la personalidad que otras investigaciones han encontrado que pueden cambiar. Costa y McCrae (1994a) argumentan que, incluso lo que parecen ser cambios drásticos, en realidad reflejan tendencias estables. Por ejemplo, la persona que hace cambios radicales de carrera en la adultez media es probable que tenga una tendencia básica a la apertura a la experiencia. Otra visión es que, aunque los cinco grandes rasgos de la personalidad pueden representar las principales dimensiones de ésta, no necesariamente explican todas las variaciones en la personalidad (O’Conor, 2002).

#### DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD EN LA VEJEZ

La investigación acerca del desarrollo de la personalidad en la vejez arroja resultados mixtos. En un estudio longitudinal de 74 californianos entre los 69 y 93 años de edad, que utilizó un modelo de los rasgos un tanto diferente al de Costa y McCrae, se encontró que algunas dimensiones de la personalidad sí mostraron cambios. En periodos de catorce años, la amabilidad aumentó, en especial en los más viejos, mientras que la *extraversión* (incluidas locuacidad, franqueza y excitabilidad) y la *actividad*, la *energía* y la *salud* disminuyeron. La dimensión más estable fue la *satisfacción*, que incluye autoestima, alegría, satisfacción con uno mismo y las circuns-

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué cambios en la personalidad puedes identificar en los miembros ancianos de la familia? ¿Qué cambio puedes esperar en ti mismo?

tancias propias, y poca tendencia a preocuparse o estar intranquilo. Otra dimensión sumamente estable fue el *intelecto*, que comprende el funcionamiento cognitivo y una mentalidad abierta (Field y Millsap, 1991).

Sin embargo, investigación más extensa en esta área (Schaie y Willis, 1991), como la realizada a través de un complejo estudio secuencial de más de 3 mil ancianos, encontró poco cambio en los sujetos durante siete años. En lugar de ello, halló diferencias de cohorte. Como grupo, en la actualidad los ancianos parecen ser más flexibles y adaptables y menos responsables socialmente que los de las generaciones previas. Estos hallazgos sugieren que las diferencias grupales encontradas en los estudios transversales pueden reflejar diferencias influidas culturalmente entre cohortes, más que cambios dentro de los individuos.

#### VISIONES LEGAS ACERCA DEL CAMBIO DE PERSONALIDAD

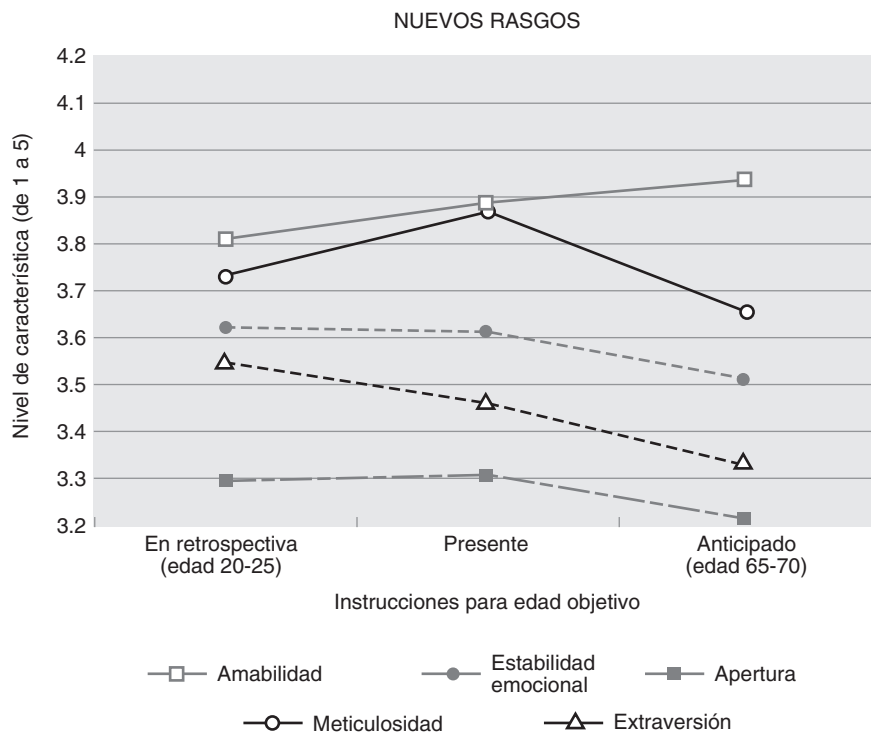
¿Cómo describirías tu personalidad? ¿Crees que cambió mucho en los últimos diez años? ¿Cuánto crees que se transformará para cuando tengas, por decir algo, diez años más?

Mucha de la investigación descrita sobre los rasgos se basa en autocalificaciones. La investigación longitudinal compara las valoraciones que hace la gente de sus propios atributos de personalidad (por decir, amabilidad o impaciencia) en diferentes momentos. La investigación transversal, que es más común, compara las autovaloraciones de las personas de diferentes edades en el mismo momento. A partir de tales comparaciones, los investigadores infieren acerca de la estabilidad o el cambio de los rasgos de la personalidad.

Sin embargo, los investigadores de los modelos de rasgos rara vez preguntan a las personas qué tan estable o cambiante *creen* que es la personalidad. Muchos estudios han pedido a las personas evaluar las creencias acerca de sus personalidades en el pasado, presente y futuro (Fleeson y Heckhausen, 1997; véase Lachman y Bertrand, 2001 para revisión). Gracias a estos estudios los investigadores pudieron comparar lo que los adultos creen que fueron en el pasado (retrospectiva) con lo que piensan son ahora (presente) —los participantes estaban en la adultez media con edades de 26 a 64 años— y cómo esperan ser en el futuro (anticipación) (véase la figura 11.3). Dichos estudios encontraron que las personas se perciben a sí mismas como cambiantes con el tiempo, y que pueden ver tal cambio tanto positivo como negativo. Por ejemplo, las personas de la adultez media se consideran más confiadas, más capaces de manejar el estrés e independientes de lo que serán alguna vez (Lachman y Bertrand, 2001). Perciben que su bienestar es mayor en el presente que en el pasado y esperan continuar mejorando en relaciones y autoaceptación. Sin embargo, el propósito en la vida, el crecimiento personal y el dominio ambiental son áreas con un descenso esperado (Fleeson y Heckhausen, 1997). Otro estudio sobre el cambio de la personalidad que se llevó a cabo durante un periodo de seis a nueve años, sugiere que las personas pueden estar prejuiciadas por sus propios intereses y ser autocomplacientes con respecto a las creencias acerca de su cambio de personalidad, y tienen más probabilidad de reportar que aumentaron en los rasgos deseables (afabilidad) que en los indeseables (neurosis) (Herbst, McCrae, Costa, Feaganes y Siegler, 2000). Por otra parte, investigación longitudinal previa encontró, al comparar calificaciones reales de personalidad tomadas veinte años antes, acerca de lo que los participantes recordaban acerca de ellos mismos en esa época, que los individuos

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Valorando tu personalidad, ¿cambió tu punto de vista después de leer acerca de los modelos propuestos por varios teóricos?



**FIGURA 11.3** La autopercepción de los rasgos de la propia personalidad anticipaba que la personalidad de la vejez contenía más pérdidas que ganancias. FUENTE: Fleeson y Hechhausen, 1997.

reportan más cambio en sus personalidades que lo que realmente mostraron las comparaciones de las calificaciones de la prueba (Birren y Woodruff, 1972, en Lachman y Bertrand, 2001).

## Modelo del autoconcepto

“¿Quién soy en el mundo? ¡Ah!, *ése* es el gran acertijo”, dice Alicia en el País de las Maravillas, después de que su tamaño cambió abruptamente... de nuevo. Resolver el “acertijo” de Alicia es un proceso de toda la vida para llegar a conocer el propio yo en continuo desarrollo.

De acuerdo con los modelos del autoconcepto, la visión de uno mismo es el núcleo de la personalidad. Aunque el sentido del yo puede parecer la cosa más personal imaginable, muchos psicólogos lo ven como un fenómeno *social*, que se construye a partir de la interacción con otros. Las personas se miran fijamente en un espejo creado por su mundo social y mezclan 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. El autoconcepto, dicen, está constituido con **esquemas**: modelos operativos, o constructos, de realidad en torno a los que se or-

ganiza el comportamiento (por ejemplo, el autoconcepto de una persona puede incluir un esquema para la habilidad musical). El autoconcepto incluye conocimiento de lo que una persona ha sido y ha hecho, y la guía para decidir qué ser y hacer en el futuro (Markus y Cross, 1990; Markus y Nurius, 1986). Por lo que incluye tanto la autocomprensión como la autorregulación.

Los esquemas, como las teorías científicas, sólo son tentativos; las personas continuamente los revisan para ajustarlos a su experiencia (Bowlby, 1973; Epstein, 1990; Tomkins, 1986). Pero las interpretaciones de la experiencia son subjetivas; un esquema puede filtrar información que desafía las creencias que alguien tiene acerca de sí mismo (Caspi, 1993; Darley y Fazio, 1980; Greenwald, 1980; Markus, 1977; Snyder, 1987; Swann, 1983, 1987). Por lo tanto, el autoconcepto está atrapado en una constante tensión dinámica entre la estabilidad y el cambio.

Un modelo de desarrollo del autoconcepto sugiere que las personas hacen una evaluación subjetiva de su desarrollo personal en relación con su entorno social. Tales evaluaciones se basan en lo que podrían, qué les gustaría y qué temen llegar a ser. Los sentimientos de esperanza y miedo acerca de quién pueden llegar a ser se internalizan en la estructura del yo (Markus y Nurius, 1986). Este concepto del yo ayuda a las personas a adaptarse a nuevos roles y transiciones a través del ciclo de vida (Lachman y Bertrand, 2001).

Otro modelo actual del autoconcepto es el de Susan Krauss Whitbourne (1987; Whitbourne y Connolly, 1999; Whitbourne y Primus, 1996). Éste se enfoca en el desarrollo de los **estilos de la identidad**: formas características de confrontar, interpretar y responder a la experiencia. 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 por lo general permanecen 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.

En el modelo de Whitbourne, las autopercepciones se confirman o revisan mediante dos procesos de interacción continuos con el entorno social (similares a los de Piaget descritos para el desarrollo cognitivo de los niños): *asimilación de identidad* y *acomodación de identidad*. La **asimilación de identidad** es un intento por ajustar las nuevas experiencias en un autoconcepto existente. Muchas personas harán su mayor esfuerzo para confirmar una visión favorable del yo. Una mujer que se considere una madre digna y amorosa verá las interacciones con sus hijos en una manera positiva. Si la relación con uno de sus hijos comienza a complicarse, es probable que minimice el problema como una “fase” temporal o encuentre una razón específica para una situación molesta. Sin embargo, si algo ocurre que ella no pueda explicarse satisfactoriamente (por ejemplo, si su hijo constantemente le roba), se verá forzada a ajustar su autoimagen y su visión de la relación. Esta **acomodación de identidad**, aunque dolorosa, es necesaria para la adaptación efectiva.

El uso excesivo de la asimilación o de la acomodación no es saludable. Las personas que constantemente asimilan son ciegas a la realidad; sólo ven lo que desean. Las personas que constantemente acomodan son débiles y fácilmente influenciadas. Es vital un equilibrio entre los dos procesos: en donde una persona encuentra dicho equilibrio determina su estilo de identidad.



Entonces, el modelo de Whitbourne incorpora dentro, de un concepto de la personalidad esencialmente estable, un mecanismo para lidiar con la nueva experiencia en una forma flexible y única para cada individuo. Sin embargo, este modelo todavía no cuenta con una sólida base de investigación.

## Modelos de las etapas

Los modelos de etapas intentan describir un **cambio normativo de la personalidad**: patrones de desarrollo de la personalidad relacionados con la edad y comunes a la mayoría de los miembros de una población. Estos cambios surgen en periodos 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). Si tales tareas no se logran, el desarrollo en la siguiente etapa se puede debilitar.

Un modelo clásico de crisis normativas es el de Erik Erikson, quien se distanció de Freud en parte debido a su convicción de que la personalidad no se congela en la pubertad, sino que la persona crece y cambia a lo largo de la vida adulta. Vamos a observar el modelo de etapas propuesto por Erikson y otros dos que recibieron su influencia: el de George Vaillant y el de Daniel Levinson. Los tres se resumen en la tabla 11.1, junto con otro modelo (el de Helson) que se analizará más adelante en este capítulo.

### ERIKSON: BALANCE DE TENDENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS

Para Erikson (1950, 1985; Erikson, Erikson y Kivnick, 1986), la personalidad se desarrolla mediante un equilibrio en las tendencias positivas y negativas durante ocho etapas cruciales a través del ciclo de vida (véase la tabla 2.2 del capítulo 2). La resolución exitosa de una crisis resulta en el surgimiento de una “virtud” particular.

La sexta crisis, *intimidación frente a aislamiento*, es el mayor conflicto de la adultez joven. Los adultos jóvenes que desarrollan un fuerte sentido del yo están listos para fusionar su identidad con la de otra persona. No es sino hasta que una persona se encuentra lista para la intimidación que puede ocurrir la “verdadera genitalidad”: el orgasmo mutuo en una relación amorosa hombre-mujer. Los adultos jóvenes que no pueden, o temen, establecer compromisos profundos con otros pueden volverse aislados y ensimismados. Sin embargo, los adultos necesitan cierta cantidad de aislamiento para pensar sobre sus vidas. La resolución de las conflictivas demandas de la intimidación 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. Los críticos objetan que las personas pueden adquirir la virtud del amor en una amplia variedad de estilos de vida distintos al matrimonio heterosexual que procrea hijos.

La séptima crisis de Erikson, *generatividad frente a estancamiento*, ocurre en la adultez media. Aunque Erikson no inventó el término *crisis de la adultez media* (véase el recuadro 11.2 en la página 410), sí ve los años alrededor de los 40 como una época crucial, cuando los adultos desarrollan **generatividad**: 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. El impulso generativo no necesariamente está limitado a los hijos y nietos propios; aunque Erikson (1985) creía que las personas que no habían sido padres

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

El modelo de las etapas de la personalidad, ¿en qué se parece y en qué difiere del modelo de rasgos de la personalidad?

**TABLA 11.1**

*Cuatro modelos de etapas de desarrollo de personalidad adulta*

<b>Edad aproximada</b>	<b>Erikson</b>	<b>Vaillant</b>	<b>Levinson</b>	<b>Helson</b>
Veinte	Crisis 6: intimidad frente a aislamiento	Intimidad	Fase novicia de la adultez temprana (entrada a la estructura de la vida)	Mal yo, mal compañero
Treinta		Consolidación de carrera	Transición de los 30 años  Fase culminante de la adultez temprana (culmina la estructura de la vida)	Lucha por identidad independiente
Cuarenta	Crisis 7: generatividad frente a estancamiento	Generatividad	Transición de la vida media  Entrada a la estructura de la vida para la adultez media	Consecuencias desagradables de la independencia  Relaciones problemáticas; sobrecarga
Cincuenta		Guardián del significado	Transición de los 50 años que culmina la estructura de vida para la adultez media	Florecimiento de la vida
Sesenta	Crisis 8: integridad frente a desesperación	Integridad	Transición a la vejez	

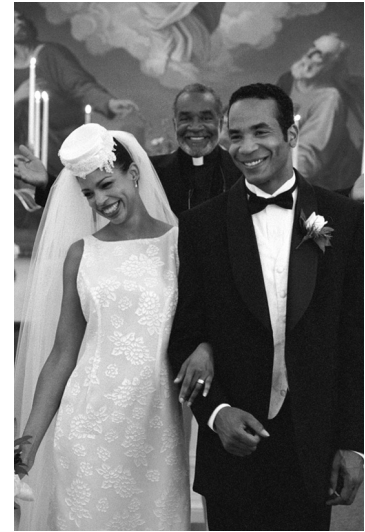
no podían satisfacer el impulso fácilmente, su visión es considerada estrecha por muchos psicólogos actuales. Erikson afirmó que la generatividad se puede expresar a través de la docencia o la consejería, mediante la productividad o la creatividad, y a través de la “autoproducción”, o el autodesarrollo. La “virtud” de este periodo 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 ensimismados, autoindulgentes 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 periodos de inactividad.

En la crisis final de Erikson, *integridad frente a desesperación*, 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 orden y significado en la vida. La “virtud” que se desarrolla durante tal etapa es la sabiduría (véase el capítulo 7). Las personas que no logran sabiduría (aceptación) 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, sostiene Erikson; las personas necesitan preocuparse no sólo por sus propios infortunios y oportunidades perdidas, sino por la vulnerabilidad y transitoriedad de la condición humana. Aunque también cree 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.

#### VAILLANT: RELACIONES Y AJUSTE DE VIDA

Una importante investigación longitudinal que apoyó una evolución de etapas normativas fue el Estudio Grant de graduados de la Harvard University. Los 268 hombres seleccionados para el estudio, que comenzó en 1938, cuando todavía estaban en la universidad, eran independientes y sanos emocional y físicamente. Al volver a examinarlos en la adultez media, Vaillant (1977; Vaillant y Vaillant, 1990) concluyó que las vidas de las personas se conforman por relevantes relaciones que se establecen a largo plazo. De los hombres que a los 47 años eran considerados mejor adaptados, 93 por ciento había contraído matrimonio antes de los 30 y todavía estaban casados a los 50 años.

Con algunas variaciones, Vaillant (1977) observó un patrón típico. A los 20 años de edad, muchos de los hombres todavía eran dominados por sus padres, un hallazgo que apareció de nuevo en una investigación posterior (Frank, Avery y Laman, 1988). Durante sus veinte, y a veces sus treinta años, se independizaron: lograron una autonomía, se casaron, tuvieron hijos y estrecharon amistades. En algún lugar entre los veinte y los cuarenta años, estos hombres ingresaron a una etapa de *consolidación de carrera*. Trabajaron duro para fortalecer sus carreras y se dedicaron a sus familias (Vaillant, 1977, p. 217).



© PhotoDisc

*La sexta “crisis” de Erikson, intimidad frente a aislamiento (el principal conflicto de la adultez joven) se resuelve exitosamente mediante un compromiso para compartir la vida propia con un ser amado. De acuerdo con Erikson, los adultos jóvenes que no hacen tal compromiso pueden quedar aislados y ensimismados.*



## *Navegar por el crucero de la adultez media*

Los cambios en personalidad y estilo de vida que pueden presentarse a principios y mediados de los cuarenta años con frecuencia se atribuyen a una **crisis de la adultez media**, un estresante periodo activado por la revisión y reevaluación de la propia vida, que puede anunciar el establecimiento de tal periodo de adultez. El término lo acuñó el psicoanalista Elliott Jacques (1967) y entró rápidamente en la conciencia pública en los años setenta, asociado con la popularidad de las teorías de las etapas normativas de Erik Erikson y Daniel Levinson. Se convirtió en una frase de moda que podía darse como explicación para un episodio de depresión, una aventura extramarital o un cambio de carrera.

De acuerdo con Jacques, lo que se presenta en la crisis de los cuarenta es la conciencia de la mortalidad. La primera parte de la adultez ya pasó; sus tareas están propiamente realizadas. El tiempo se vuelve más corto y muchas personas ahora se dan cuenta de que no serán capaces de cumplir con todos los sueños de su juventud, o se percatan de que alcanzar tales sueños no les trajo ninguna satisfacción.

De acuerdo con el psicólogo suizo Carl Jung (1966), la necesidad de reconocer la eventual morta-

lidad y abandonar las imágenes juveniles de sí mismo son dos tareas necesarias de la adultez media. Estas tareas requieren de un desplazamiento gradual de la orientación hacia el exterior a una preocupación por el descubrimiento de un lugar en la sociedad y a un interés introspectivo sobre la vida interior (Jung, 1966), que la gerontóloga Bernice Neugarten (1977) llama **interioridad**. Puesto que las tareas de la adultez media y el diálogo interior que solicitan involucran ideas amenazantes, éste puede ser un periodo estresante. Al cuestionar sus metas, las personas pueden perder temporalmente su sentido de dirección.

En la actualidad, se halla en duda la idea de una crisis de la adultez media psicológicamente necesaria. Aunque Ravenna Helson (1992) encontró evidencia de la misma en sus estudios con los alumnos de Mills College, otra investigación fracasó en su intento de sustentarla (Costa y McCrae, 1980; Costa *et al.*, 1986; Lacy y Hendricks, 1980; Vaillant, 1977). En vez de ello, muchos psicólogos ahora hablan acerca de una *transición de la adultez media*, que, aunque a veces es estresante, no necesariamente equivale a una crisis (Brim, 1977; Chiriboga, 1989; Haan, 1990; Rossi, 1980).

La etapa de consolidación de carrera termina, de acuerdo con Vaillant, cuando “a la edad de 40 años, que puede llegar a extenderse hasta una década antes o después, los hombres dejan el compulsivo e irreflexivo trabajo de sus aprendizajes ocupacionales, y una vez más se convierten en exploradores de su mundo interior” (Vaillant, 1977, p. 220). La transición a la adultez media puede ser estresante debido a nuevas demandas, como cambiar el rol paterno para satisfacer las necesidades de los hijos adolescentes. Muchos hombres revaloran su pasado, acaban con sentimientos largo tiempo reprimidos acerca de sus padres y reordenan sus actitudes hacia la sexualidad.

Sin embargo, por problemáticos que a veces fueron estos años de la adultez media para los hombres en el Estudio Grant, la transición rara vez se equiparó a una crisis. No tuvieron más probabilidades en esta etapa que en cualquier otra durante el ciclo de vida para divorciarse, quedar desencantados con sus empleos o deprimirse. Hacia sus cincuenta años, los hombres mejor adaptados en el grupo identificaron los años entre los 35 y los 49 como los más felices en sus vidas. Los varones mejor adaptados

La forma en que un hombre maneja la transición de la adultez media puede reflejar su lugar en la sociedad (Farrell y Rosenberg, 1981). En un estudio, sólo 12 por ciento de 300 hombres en la adultez media en una muestra socioeconómicamente diversa experimentó una crisis plena en esta etapa, aunque casi dos tercios tuvieron algunos problemas de ajuste. Los trabajadores no calificados tuvieron mucha más probabilidad de mostrar estrés que los profesionales o los ejecutivos de clase media, pero los hombres de clase baja tuvieron más probabilidad de negar o evitar sus problemas o expresarlos a través de actitudes autoritarias.

Los estudios de casi 300 mujeres, entre las edades de 35 y 55, con diversos ingresos y estilos de vida (Barnett, 1985; Baruch, Barnett y Rivers, 1983) no encontraron evidencia de la crisis en la adultez media. Los dos factores clave en el ajuste saludable, sin importar la edad, fueron un sentido de dominio sobre la vida propia y la cantidad de placer derivado del vivir. El trabajo remunerado fue el mejor predictor individual de dominio; una experiencia positiva con el marido y los hijos, incluida una buena vida sexual, fue el mejor predictor

de placer; y la mejor clave individual para el bienestar general fue un empleo desafiante que pagaba bien y ofrecía oportunidades de utilizar habilidades y decidir. Aquellas que puntuaron más alto de manera global tanto en el sentido del dominio como en el del placer fueron mujeres casadas empleadas con hijos; las que puntuaron más bajo fueron mujeres desempleadas, casadas y sin hijos.

Para muchas personas, entonces, entrar a la adultez media puede ser sólo una más de las muchas transiciones de la vida. Que una transición se convierta en crisis puede depender de circunstancias particulares y de cómo una persona particular lidia con ellas: “Una persona puede ir de crisis en crisis mientras otra... experimenta relativamente pocas tensiones” (Schlossberg, 1987, p. 74). Y el momento en que ocurren los eventos de la vida juega un papel esencial. En un estudio de Taguiri y Davis (Baruch *et al.*, 1983), los hombres que a sus 30 años habían logrado éxito muy jóvenes luchaban con preguntas que por lo general se piensa son características de la adultez media: “¿Valió la pena?”, “¿qué sigue?” y “¿qué haré con el resto de mi vida?”

también fueron los más productivos, según se midió por sus responsabilidades hacia otras personas en el trabajo, sus donativos para caridad, y sus hijos, cuyos logros académicos igualaron a los de los padres (Vaillant, 1989).

La etapa de los 50 años por lo general fue más apacible y tranquila que la de los 40. Vaillant notó tendencias que también observaron otros investigadores: un decremento en la diferenciación sexual con el avance de los años y una tendencia en los hombres a volverse más paternos y expresivos.

Los investigadores de nuevo examinaron la salud física y mental de 173 de los hombres a la edad de 65 años (Vaillant y Vaillant, 1990). Los mejor adaptados a tal edad fueron calificados en la universidad como bien organizados, sensatos, estables y confiables; y continuaron mostrando estos rasgos. Pero algunas otras características ligadas con el buen ajuste en la adultez joven, como la espontaneidad y el hacer amigos con facilidad, ya no influían en su adaptación. De igual modo, en un estudio longitudinal de 306 varones del centro de la ciudad, quienes a la edad de 47 años



© Joel Gordon

De acuerdo con Erikson, las personas en la adultez media, como este tutor voluntario, pueden expresar "generatividad" (una preocupación por guiar a la siguiente generación) tanto al enseñar o ser mentores de jóvenes, como a través de las relaciones que establecen con sus propios hijos y nietos. Las personas que no encuentran una salida satisfactoria para la generatividad pueden volverse ensimismadas, autoindulgentes y estancadas.

que incluye valores, políticas y pasiones que le son propias. La segunda tarea, *intimidación*, se relaciona con "expandir el yo para incluir a otra persona" (Vaillant, 2002, p. 46). Este desarrollo por lo general ocurre a los veinte años. Entraña la construcción de una relación recíproca que involucra compromiso, satisfacción e interdependencia. La tercera tarea, *consolidación de carrera*, ocurre a los 30 años. Requiere el desarrollo de una identidad laboral además de la identidad personal. De acuerdo con Vaillant, cuatro criterios de desarrollo transforman un empleo en una carrera: compromiso, competencia, compensación y satisfacción. Se necesita tener un fuerte sentido del yo como trabajador que pone toda la atención en la carrera personal.

La cuarta tarea, *generatividad*, como en la teoría de Erikson, implica darse sin egoísmos a la siguiente generación, a través de la tutoría, guía, liderazgo o docencia. El autodesarrollo, el objetivo de las primeras tres tareas, ahora debe dar paso a la "responsabilidad sensible por otros adultos" (p. 48). La tarea final se divide en dos partes: *guardián del significado* y la *integridad*. El guardián del significado 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.

#### LEVINSON: CONSTRUCCIÓN Y CAMBIO DE ESTRUCTURAS DE VIDA

Levinson (1978, 1980, 1986) y sus colegas en la Yale University llevaron a cabo entrevistas a profundidad y aplicaron pruebas de personalidad a 40 hombres de entre 35 y 45 años de edad, igualmente divididos entre cuatro ocupaciones: trabajadores industriales, ejecutivos de negocios, biólogos y novelistas. A partir de este estudio, así como de fuentes biográficas y de otras investigaciones, Levinson construyó una teoría del desarrollo de la personalidad en la adultez.

En un estudio de acompañamiento de 45 mujeres, Levinson y Levinson (1996) encontraron que las mujeres pasan por épocas, fases y transiciones similares; pero, debido a las tradicionales divisiones culturales entre roles masculinos y femeninos, las mujeres suelen enfrentar diferentes restricciones psicológicas y ambientales al formar sus estructuras de vida, por lo que sus transiciones tienden a durar más tiempo.

usaban técnicas de enfrentamiento inmaduras, como la proyección (atribuir los pensamientos y sentimientos negativos que uno posee a otros) y la fantasía, fueron los peor adaptados (Soldz y Vaillant, 1998).

El resumen más reciente de este trabajo aparece en el libro de Vaillant (2002), *Aging Well*. Aquí el autor identifica una serie de tareas de desarrollo, que son similares a las etapas de desarrollo de Erikson. Las tareas por lo general se completan de manera secuencial, pero completar una tarea no es un prerrequisito necesario para moverse hacia la siguiente.

La primera tarea es establecer una identidad separada de la de los padres; esto usualmente se completa hacia el final de la adolescencia. En tal etapa una persona lucha por desarrollar un sentido del yo,

En el centro de la teoría de Levinson existe una **estructura de vida** en evolución, “el patrón o diseño subyacente de la vida de una persona en un momento determinado” (1986, p. 6), que se construye en torno a lo que una persona considera más relevante. La mayoría de los individuos construye una estructura de vida alrededor del trabajo y la familia. Las etapas de Levinson, que él denomina *fases* (véase la tabla 11.1), se unen mediante periodos de transición, es decir cuando las personas revaloran su estructura de vida. De hecho, dice Levinson, las personas pasan casi la mitad de sus vidas adultas en transiciones, que pueden producir crisis. Cada fase tiene sus propias tareas, cuyo cumplimiento se convierte en el cimiento para la siguiente estructura de vida.

En la fase *de inicio* de la adultez temprana (edades 17-33),\* un hombre† necesita dejar el hogar de sus padres y volverse financiera y emocionalmente independiente. Establece relaciones, que por lo general conducen al matrimonio y la paternidad, y elige una ocupación. Dos tareas importantes son la construcción de un sueño y el encontrar un mentor. El **sueño** por lo general tiene que ver con una carrera: podría ser por ejemplo la meta de ganar un Premio Nobel. Un **mentor** es un hombre ligeramente anciano que ofrece guía e inspiración y transmite sabiduría, apoyo moral y ayuda práctica tanto en cuestiones referentes a la elección de la carrera como en asuntos personales.

En la *fase de culminación* (edades 33-45), después de la transición de los 30 años, un hombre se establece. Se pone metas (un profesorado, por ejemplo, o cierto nivel de ingresos) y un tiempo para lograrlos (por decir, hacia los 40 años). Su vida gira en torno a la familia, el trabajo y la comunidad. Al mismo tiempo, se exaspera ante la autoridad; quiere hablar con su propia voz. Puede alejarse de su mentor y tener problemas con su esposa, hijos, amante, jefe, amigos o compañeros de trabajo.

Las estructuras de vida cambian considerablemente en la adultez media. El darse cuenta de que un sueño anhelado no se hará realidad puede traer una crisis emocional. Cuatro de cada cinco hombres en el estudio con frecuencia se sintieron molestos y actuaron de manera irracional entre los 40 y 45 años de edad. Levinson sostuvo que tal agitación es inevitable conforme se cuestionan los valores que poseían anteriormente. La reevaluación ayuda a las personas a asumir que sus sueños de juventud no se cumplirán, a construirse una autoimagen más realista y establecer metas más asequibles.

Entre los 45 y 50 años de edad, los hombres construyen nuevas estructuras de vida, posiblemente al conseguir un nuevo empleo o casarse otra vez. Quienes no hacen cambios pueden dirigirse a una vida limitada en la adultez media. Otros renuevan su compromiso con lo que han venido haciendo (Sterns y Hyuck, 2001). Es posible que estén ocupados y bien organizados mas no entusiasmados. Con frecuencia quienes sí cambian sus estructuras de vida encuentran la adultez media como la época de vida más satisfactoria y creativa. Aunque Levinson y sus colegas no siguieron su muestra durante los 50 y 60 años, hicieron proyecciones para esos periodos (véase la tabla 11.1).

## EVALUACIÓN DE LOS MODELOS DE ETAPAS

Los participantes en los estudios normativos clásicos fueron, en su mayoría, muestras bastante pequeñas de hombres blancos privilegiados nacidos en la década de los 20 o los años 30. Por lo anterior es que los modelos resultantes no pueden generalizarse fácilmente a personas de otras razas o niveles socioeconómicos.

---

\*En el modelo de Levinson, todas las edades son aproximadas.

†Levinson (1986) aseveró que sus conclusiones también se aplican a mujeres, con algunas variaciones, y esta afirmación tuvo seguimiento en Levinson y Levinson (1996).

Más aún, estos modelos han sido criticados por considerar al desarrollo masculino como la norma. En el modelo de Erikson, la intimidad sigue al logro de una identidad estable, que se supone tiene lugar en la adolescencia tardía. Pero, de acuerdo con Erikson, una mujer logra su identidad e intimidad al mismo tiempo, y se define a sí misma por el hombre con quien se casará. En un estudio, que abordaba la relación entre identidad e intimidad (Kahn, Zimmerman, Csikszentmihalyi y Getzels, 1985), los investigadores midieron la “fortaleza de identidad” de estudiantes universitarios de arte de segundo y tercer años. Dieciocho años después, 60 por ciento de la muestra respondió un cuestionario acerca de su estatus marital, como un indicio de cuánto éxito tuvieron al lograr intimidad en la adultez joven. Los resultados mostraron diferencias drásticas dependiendo del género. Los hombres que mostraron una identidad sólida en sus días estudiantiles tuvieron más probabilidades que otros varones de casarse, pero no más o menos probabilidad de lograr matrimonios estables. Con las mujeres, fue justo lo opuesto: quienes mostraron una identidad sólida en su juventud no tuvieron mayor o menor probabilidad de casarse; pero si se casaban, tenían más probabilidades de permanecer así. Hallazgos como éstos, que sugieren diferencias en el significado y el desarrollo de la intimidad entre hombres y mujeres, condujeron a algunos investigadores a insistir en modelos que se enfocan específicamente en el desarrollo de la mujer (Gilligan, 1982). Más tarde, en este capítulo, se reportará uno de tales métodos.

Otro problema con los modelos normativos clásicos es que las cohortes con diversas experiencias pueden desarrollarse de manera diferente. Estos estudios se realizaron en épocas anteriores y por tanto no reflejan el dramático aumento en cambios de carrera, matrimonios de dos proveedores y cohabitación abiertamente hetero y homosexual. Tampoco tales teorías se han probado en otras culturas, algunas de las cuales tienen conceptos muy diferentes de las etapas de la vida.

En el hinduismo tradicional, la religión que domina mucha de la cultura de la India, los hombres pasan por cuatro etapas de desarrollo (Zimmer, 1956). Esto recuerda las etapas del modelo occidental en algunos aspectos, pero son muy diferentes en otros. (De nuevo, los estudios de desarrollo de la personalidad en otras culturas con frecuencia se han enfocado en el desarrollo masculino.) A diferencia de los modelos normativos en la cultura occidental, que intentan describir etapas reales en el desarrollo de la personalidad, las etapas hindúes representan un ideal espiritual que pocas personas lograrán por completo alguna vez. Las etapas, que se aplican a todas las castas, menos a las más bajas, corresponden aproximadamente a la juventud, la adultez joven, la adultez media y la vejez. No hay periodos de transición y, presumiblemente, tampoco crisis; cada etapa se ve como preparación para la siguiente.

La primera etapa es la del *pupilo obediente* que recibe conocimiento de su maestro espiritual, o gurú. Esta relación parecida a la de mentor es exclusiva y abarca toda la vida de la persona. Las relaciones sexuales se prohíben y castigan con severidad.

Cuando termina la etapa de estudiante, el hombre joven súbitamente se lanza a la vida marital. Sus padres eligieron una esposa para él, se convierte en *propietario de casa*, la segunda etapa, y apoya a su familia al hacerse cargo del oficio, negocio o profesión del padre.

La tercera etapa, *partida al bosque*, que comienza en la parte final de la adultez media, es otro cambio abrupto. Hasta ahora, el hombre interpretó obedientemente los roles impuestos por la sociedad. Ahora se quita su “máscara” social, se retira de la vida familiar y las preocupaciones materiales, y deja que sus hijos se hagan cargo



de los “placeres y los problemas mundanos” mientras él se aleja de la vida cotidiana “para entrar a la ruta de la búsqueda del Yo” (Zimmer, 1956, p. 157). Este periodo de meditación y autodescubrimiento lo prepara para la cuarta y última etapa.

La cuarta etapa es la del *limosnero santo vagabundo*. El hombre se deshace de todo lo que lo define y limita: ropa, recuerdos, emociones, hábitos, gustos y disgustos. Ya no piensa ni en el presente ni en el futuro, ni en su mente ni en su cuerpo. Su meta ahora es despojarse del yo personal, para identificarse con toda la existencia y entrar a un estado de armonía perfecta y bendición.

Los gusii, una sociedad polígama de Kenia occidental (Levine, 1980), tienen un “plan de vida” con expectativas bien definidas, que es muy diferente de la ruta de vida hindú o de los modelos normativos clásicos occidentales. Los gusii no poseen palabras que signifiquen “adolescente”, “adulto joven” o “adulthood media”. Las personas continúan reproduciéndose mientras sean biológicamente capaces. Un hombre se circuncida en algún momento entre los 9 y 11 años de edad y se convertirá en “anciano” cuando su primer hijo se case. Entre estos dos eventos, pasa sólo por una etapa de vida reconocida: *omomura* o “guerrero”. La fase *omomura* puede durar de 25 a 40 años, o incluso más tiempo. Las mujeres tienen una etapa media adicional, *omosubaati* o “mujer casada”, debido a la alta importancia que se concede al matrimonio en la vida de una mujer.

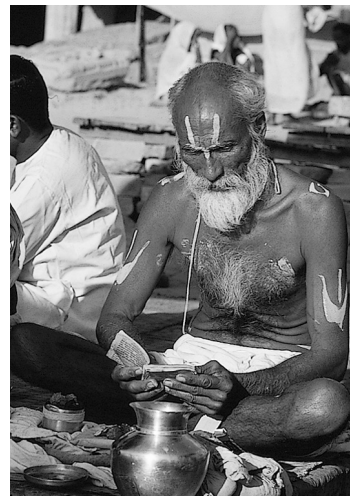
En la sociedad gusii, entonces, las transiciones dependen no de la edad sino de los eventos de la vida. El estatus se vincula con la circuncisión, el matrimonio (para la mujer), tener hijos y convertirse en padre de un hijo casado, y por tanto un potencial abuelo. Los gusii sí tienen un **reloj social**, un conjunto de normas o expectativas acerca de en qué momento deben ocurrir estos eventos. Las personas que se casan tarde o no lo hacen, y los que tienen su primer hijo tarde o no procrean, son ridiculizados y aislados.

Aunque los gusii no reconocen una transición de la adultez media, algunos de ellos sí revaloran sus vidas alrededor de la época cuando son suficientemente viejos para ser abuelos. La conciencia de la mortalidad y de los poderes físicos en decadencia puede producir algo similar a una crisis de adultez media, de la cual un hombre o mujer puede surgir como un sanador ritual. 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 han capturado tanto la imaginación profesional como la pública, debido principalmente a su 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.

## Modelo de ocurrencia de los acontecimientos de la vida

En la niñez, los eventos de maduración internos señalan transiciones desde una etapa de desarrollo a otra. Un bebé dice su primera palabra, da sus primeros pasos, pierde su primer diente. 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.



© Paolo Koch/Photo Researchers

*La etapa final de la ruta de vida hindú es la de un limosnero santo vagabundo, que se despoja de todo lo que define su identidad pasada y busca ingresar a un estado de bendición perfecta y armonía con toda la existencia.*



© PhotoDisc

*En el modelo de ocurrencia de los acontecimientos de la vida, el impacto de un evento como la paternidad depende de si está “en tiempo” o “fuera de tiempo” de acuerdo con el reloj social. De acuerdo con tal modelo, es más probable que tener un bebé en los cuarenta cause más estrés que criar hijos a los veinte años. Pero ante el hecho de que más mujeres estadounidenses demoran la maternidad, un estudio encontró que la edad no era un factor en la adaptación.*

El **modelo de ocurrencia de los acontecimientos de la vida**, apoyado por Bernice Neugarten y otros (Neugarten, Moore y Lowe, 1965; Neugarten y Neugarten, 1987), considera los principales eventos de la vida como indicadores del desarrollo. De acuerdo con este modelo, las personas se desarrollan en respuesta a cuando ocurren o no eventos clave en los diversos momentos de sus vidas. Los eventos de vida son de dos tipos. Aquellos que las personas esperan porque le ocurren a la mayoría de los adultos se llaman **eventos de vida normativos**; la paternidad y la jubilación son ejemplos de éstos. Los eventos inusuales que no se esperan se llaman **eventos de vida no normativos**; por ejemplo, un accidente traumático, un ascenso no anunciado o un premio de lotería.

Ya sea que un evento sea o no normativo, y por tanto esperado o no, con frecuencia depende de los tiempos en que se presentan. 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, aparecen antes o después de lo esperado. Casarse a los 14 o a los 41, o jubilarse a los 41 o 91 serían eventos no normativos. Por lo general, los individuos están bastante conscientes de sus propios tiempos y ellos mismos se describen como “demasiado pronto”, “tarde” o “a tiempo” para casarse, tener hijos, establecerse en las carreras o jubilarse. Los eventos normativos que llegan “a tiempo” generalmente se hacen sin esfuerzo; “los eventos que alteran la secuencia esperada y el ritmo del ciclo de vida son los que causan problemas” (Neugarten y Neugarten, 1987, p. 33).

Las crisis se provocan, entonces, no por llegar a cierta edad, sino por la ocurrencia esperada o inesperada y por el tiempo en que se verifican los eventos de vida. Si éstos suceden como se esperaban, el desarrollo procede de manera armoniosa. Si no, puede ocasionar estrés. El estrés puede presentarse como respuesta a un evento inesperado (como perder un empleo), uno que ocurre más pronto o tarde de lo esperado (enviudar a los 35, tener un primer hijo a los 45, ser forzado a jubilarse a los 55 años) o el que un suceso esperado no ocurra en lo absoluto (nunca casarse o ser incapaz de procrear).

La temporalización típica de algunos eventos, como el matrimonio, varía de cultura a cultura (Bianchi y Spain, 1986) de una generación a la siguiente. Un ejemplo es el aumento en la edad promedio del primer matrimonio en Estados Unidos, de 20 en 1960 a 25 años para las mujeres y de 23 a 27 años para los hombres en 2002. Otro es el aumento en la edad promedio de las madres primerizas en Estados Unidos, de 21 en 1970 a 25 años en 2000 (CDC, 2002). Desde mediados del siglo xx, la sociedad estadounidense se ha vuelto menos consciente de la edad; el sentimiento de que hay un “tiempo correcto” para hacer ciertas cosas se encuentra menos extendido (Neugarten y Hagestad, 1976; Neugarten y Neugarten, 1987). Las personas en la actualidad aceptan más a los padres primerizos y a los abuelos de 40 años de edad, jubilados de 50 y trabajadores de 75 años, personas de 60 que visten pantalones de mezclilla y presidentes universitarios de 30 años, como también a un mandatario de Estados Unidos a mediados de sus cuarenta. Los principales eventos que alguna vez caracterizaron cierta época de la vida, como el matrimonio, el primer empleo y el nacimiento de hijos y nietos, ahora son menos predecibles. De acuerdo con el modelo de la ocurrencia de los acontecimientos de la vida, se debe esperar que tal incertidumbre produzca estrés (Neugarten y Neugarten, 1987).

Sin embargo, el rápido cambio social tiende a minar la posibilidad de predecir qué supone el modelo de ocurrencia de los acontecimientos de la vida. En la actualidad, por ejemplo, las parejas estadounidenses que demoran el convertirse en padres hasta las edades de 28 a 37 años parecen adaptarse igual que los padres más jóvenes que poseen similares características demográficas (Roosa, 1988). ¿Este hallazgo sugiere que el modelo de ocurrencia de los acontecimientos de la vida está equivocado acerca de los efectos de no estar “a tiempo” o simplemente refleja que actualmente se están desvaneciendo los periodos de vida tradicionales (Neugarten y Neugarten, 1987, p. 32)?

El modelo de ocurrencia de los acontecimientos de la vida ha hecho una importante contribución a la comprensión de la personalidad adulta al enfatizar la relevancia del curso de vida individual y desafiar la idea del cambio universal relacionado con la edad. Aunque a final de cuentas, su utilidad, como la de las teorías de etapas clásicas, puede limitarse a culturas y periodos históricos en los que las normas de comportamiento son estables y extendidas.

## GÉNERO Y PERSONALIDAD

¿Las personalidades de las mujeres se desarrollan de manera diferente de las de los hombres a través del ciclo de vida adulto? Los teóricos e investigadores que exploran este tema se topan casi con tantas preguntas como respuestas.

### Estereotipos, roles e identidad de género

¿Las mujeres son el “sexo débil”? ¿Los hombres son “fuertes y callados”? Los **estereotipos de género**, las generalizaciones exageradas acerca de las diferencias entre varones y mujeres, permean muchas culturas (Williams y Best, 1982). Aunque no todos los individuos corresponden a ellos, estos estereotipos con frecuencia forman parte de los **roles de género** de una sociedad: las normas o expectativas culturales para el comportamiento, intereses, actitudes, habilidades y rasgos de personalidad adecuados para hombres o mujeres.

En la mayoría de las culturas se espera que las mujeres cuiden el hogar y los hijos y que aseguren que la familia funcione armoniosamente, mientras que los hombres son los protectores y proveedores. Tales roles de género, transmitidos mediante la socialización en la niñez temprana, se incorporan en la **identidad de género** de un individuo: conciencia de lo que significa ser hombre o mujer (Huyck, 1990). Como parte de sus roles de género socialmente aceptados, por lo general se espera que los varones sean activos, agresivos, autónomos y orientados al logro; las mujeres se consideran como más maternas, deferentes, dependientes, empáticas y preocupadas por las relaciones. Tanto en el habla cotidiana como en las mediciones psicológicas, el primer grupo de características tradicionalmente se han denominado *masculinas* y el segundo grupo *femeninas*.

Las diferencias entre hombres y mujeres se encuentran en varias áreas de la interacción social (Yoder, 1999). Las mujeres tienden a ser más influenciadas por otras personas y pueden tener más probabilidades de adaptarse al comportamiento de alguien al que perciben con más estatus o poder. Los hombres suelen comportarse de manera más agresiva, mientras que las mujeres parecen más preocupadas con las consecuencias de tal comportamiento. En situaciones en las que las inhibiciones se reducen, como cuando se bebe alcohol, las mujeres actúan más agresivamente de lo

que harían de otro modo. En algunos estudios, los hombres muestran más comportamientos de ayuda que las mujeres, aunque tales estudios con frecuencia miden comportamientos “de rescate”, como detenerse para ayudar a cambiar una llanta pinchada. En situaciones con menos probabilidades de incrementar las preocupaciones sobre la seguridad o la incomodidad, estas diferencias de género no parecen sostenerse. Las mujeres tienden a involucrarse en un mayor autodescubrimiento de las relaciones interpersonales, a mostrar mejores habilidades sociales y a disfrutar más cercanía, aunque esto también se ve afectado por las percepciones en el estatus de las interacciones y el género de los involucrados. Sobre todo, aunque la investigación parece mostrar algunas diferencias de género, las razones para tales diferencias son difíciles de determinar y pueden involucrar una mezcla de biología, socialización y contexto social de las interacciones a estudiar. Con frecuencia estas diferencias son más grandes dentro de un mismo género que entre géneros. Sin embargo, aunque las diferencias mensurables entre los sexos generalmente son pequeñas, hombres y mujeres tienden a creer que son más diferentes de lo que en realidad son (Matlin, 1987).

Otra forma de abordar el estudio del género es observar por separado las actitudes, atributos, intereses, roles y comportamientos de una persona (Spence, 1993). El mismo individuo puede mostrar diferentes patrones de masculinidad/feminidad en diversos aspectos de su personalidad (Koestner y Aube, 1995). Por tanto, una persona que tenga muchas actitudes e intereses masculinos puede interpretar algunos roles que culturalmente se consideren femeninos, o viceversa. Por ejemplo, un hombre puede jugar fútbol americano los fines de semana pero también encargarse de la lavandería en el hogar o ser un padre que permanezca en casa durante la semana. Una mujer puede ser una abogada corporativa despiadada durante el día pero también ir a casa y ver un juego de beisbol o trabajar en el jardín. Cada uno de estos individuos puede ver ciertos aspectos de sus actitudes y comportamientos como más o menos femeninos o masculinos, pero asimismo enfocarse en otras características cuando define su identidad de género.

La identidad de género es una parte integral del sentido del yo; y, como otros aspectos del autoconcepto, puede representar una visión distorsionada de la realidad. Los hombres y mujeres que introyectan los estereotipos de género en su autoconcepto pueden negar sus inclinaciones naturales y forzarse a seguir modelos académicos, vocacionales o sociales mal ajustados. Los estereotipos pueden afectar las tareas cotidianas más simples, así como las decisiones de vida de largo plazo. Un hombre puede tener “dos manos izquierdas” cuando tiene que preparar el biberón de un bebé o coser un botón; una mujer “no puede” clavar tablas o cebar un anzuelo para pesca (Bem, 1976).

Muchos psicólogos actuales reconocen que “masculinidad” y “feminidad” no son polos opuestos. Las personas de ambos sexos tienen una mezcla de características de las personalidades “masculinas” y “femeninas”. Algunos individuos son **andróginos**: esto es, poseen características tanto “masculinas” como “femeninas”. Algunos otros son **indiferenciados**: es decir, tienen bajas ambas características. Algunos más presentan exacerbadas algunas características y otras no. Sandra Bem (1974, 1976), líder en el estudio de los roles de género, sostiene que la personalidad andrógina es la más saludable. Una persona andrógina puede ser tanto asertiva, independiente y dominante, como caritativa, generosa y comprensiva al mismo tiempo.

El Inventario de Roles Sexuales de Bem (Bem, 1974) ubica a la persona en una de las siguientes cuatro categorías (masculina, femenina, andrógina o indiferenciada) al

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué ejemplos de tu experiencia de vida demuestran la influencia de los estereotipos de género?

pedirle que se califique a sí misma de acuerdo con una lista de adjetivos o frases. Éste y otros instrumentos similares pueden utilizarse para estudiar si hombres y mujeres se vuelven más o menos “masculinos” o “femeninos” a través del ciclo de vida adulto. Antes de regresar a tal investigación, echemos un vistazo a algunas teorías que buscan explicar cómo se desarrolla la identidad de género y si ésta puede, cambiar, cómo sucedería.

### ¿CÓMO SE DESARROLLAN LOS ROLES Y LA IDENTIDAD DE GÉNERO?

Existen algunas teorías, muchas de ellas contradictorias, acerca de cómo se desarrollan los roles y la identidad de género en la niñez, y cada una tiene consecuencias específicas durante la vejez.

En la teoría psicoanalítica freudiana clásica, niños y niñas logran una identidad de género permanente al identificarse con el padre del mismo sexo y reprimir o abandonar la idea de poseer al padre del otro sexo.

De acuerdo con la **teoría del yo en relación**, propuesta por Jean Baker-Miller (1976), psicoterapeuta femenina, hombres y mujeres desarrollan la identidad del género de manera diferente, y tal diferencia explica mucho acerca del desarrollo de la personalidad adulta. Mientras que la identidad masculina requiere un distanciamiento de la madre, la identidad femenina no; el lazo de una niña con su madre se ensancha para incluir también las relaciones nutricias con otros. La teoría del yo en relación sostiene que los varones, también, poseen un deseo primario de conexión con otras personas. Cuando dicho deseo se frustra por una búsqueda culturalmente inducida de autonomía y evitación de vínculos cercanos, el resultado puede ser un sentimiento de vacío, soledad y depresión en la adultez media (Bergman, 1991; Miller, 1991). En esta teoría, las “debilidades” de una mujer (vulnerabilidad, dependencia y emotividad) en realidad son fortalezas: “valiosos atributos que fomentan la conexión, la intimidad y el crecimiento” (R. Weiss, 1994, p. 3).

De acuerdo con la **teoría del aprendizaje social**, de la que Albert Bandura es el defensor más destacado, los hijos jóvenes aprenden a identificarse con y a actuar como el padre del mismo sexo. Aprenden los roles de género de la misma forma en que lo hicieron con otro tipo de comportamientos socialmente aceptados: mediante observación, imitación y reforzamiento de los padres y la sociedad. (“¡No seas mariquita!”, “¡Las niñas no se suben a los árboles!”) Dado que la identidad y los roles de género son aprendidos, más tarde se pueden modificar mediante la selección e imitación de nuevos modelos, o a través del reforzamiento de diferentes tipos de comportamiento.

Otros psicólogos, como Kohlberg (1966), propusieron las **teorías cognitivo-evolutivas**. En lugar de depender de los adultos como modelos o dispensadores de reforzamiento, estos teóricos sostienen que los niños aprenden sobre el género (y otros aspectos de su mundo) al pensar activamente sobre su experiencia. Organizan su comportamiento en torno a dichas percepciones, y adoptan comportamientos que consideran consistentes con su identidad como hombres o mujeres. Un modelo cognitivo-evolutivo (Pleck, 1975; Rebecca, Hefner y Oleshansky, 1976) propone que las personas aprenden acerca de los roles de género en cuatro etapas. En la niñez, se mueven de nociones vagas (etapa 1) a ideas rígidas (etapa 2) de lo que son y hacen varones y mujeres. En la adultez, su autoconcepto se vuelve más flexible y andrógino (etapa 3). En la etapa 4, *trascendencia del rol de género*, los roles de género se vuelven irrelevantes y las personas hacen cualquier cosa que sea más adaptativa en una situación.

La **teoría del esquema de género** de Bem (1981, 1983, 1985) combina elementos de los enfoques del aprendizaje social y el cognitivo-evolutivo. De acuerdo con Bem, las personas desarrollan *esquemas de género*, patrones de comportamiento organizados en torno al género, que los ayudan a ordenar sus observaciones de lo que significa ser hombre o mujer. Aprenden estos esquemas en la niñez conforme observan cómo la sociedad clasifica a las personas y su comportamiento. Como en la teoría del aprendizaje social, los esquemas aprendidos pueden modificarse; pero la modificación puede requerir alterar las actitudes culturalmente arraigadas, que son enormemente resistentes al cambio.

Ya desde 1910, por ejemplo, los fundadores de los kibutz (asentamientos comunales) en Israel intentaron deshacerse de los roles específicos para hombres y mujeres al cambiar la estructura de la familia y asignar tareas domésticas a los niños sin considerar el sexo. Sin embargo, más tarde, las personas en los kibutz regresaron a los roles de género tradicionales: los hombres dedicados al trabajo agrícola y mecánico, y las mujeres encargadas de cocinar, lavar y cuidar a los niños (Tiger y Shepher, 1975). En Estados Unidos, aunque las décadas pasadas trajeron grandes cambios con respecto a cómo piensan, sienten y actúan hombres y mujeres en cuanto al género, muchas personas todavía ven ciertas actividades como no masculinas o no femeninas.

### ¿LOS ROLES DE GÉNERO CAMBIAN DURANTE LA ADULTEZ?

Existe considerable evidencia de que las personas pueden volverse más andróginas en la adultez media. Costa y McCrae (1980), al defender sus ideas sobre el modelo de los rasgos estables en otras áreas de la personalidad, cuestionaron el significado de tales datos. Sin embargo, algunos estudios encontraron que los hombres en la adultez media tienden a ser más abiertos acerca de los sentimientos, se interesan más en las relaciones íntimas y son más paternales que los hombres jóvenes; mientras que las mujeres en la adultez media son más asertivas, activas, independientes y orientadas al logro (Chiriboga y Thurnher, 1975; Cooper y Gutmann, 1987; Cytrynbaum *et al.*, 1980; Helson y Moane, 1987; Huyck, 1990; Neugarten, 1968). Algunos científicos sociales atribuyen estas evidentes modificaciones en los roles de género a los cambios hormonales de la menopausia y el climaterio masculino (Rossi, 1980); otros ofrecen explicaciones psicológicas y culturales.

Uno de los primeros y más influyentes teóricos en describir los cambios normativos en los roles de género a través del ciclo de vida adulto fue el psicólogo suizo Carl Jung, cuyo trabajo, como el de Erikson, partió de la teoría freudiana. Jung (1953, 1969) sostuvo que el desarrollo sano requiere un equilibrio o integración de las partes en conflicto de la personalidad. Hasta aproximadamente los 40 años de edad, los adultos se concentran en las obligaciones con la familia y la sociedad, y desarrollan aquellos aspectos de personalidad que les ayudarán a alcanzar estas metas externas. De acuerdo con Jung, las mujeres enfatizan la expresividad y la crianza; los hombres están principalmente orientados hacia el logro y suprimen sus aspectos femeninos mientras que las mujeres hacen lo propio con sus aspectos masculinos. En la adultez media, cuando las carreras se estabilizan y los hijos crecen, hombres y mujeres buscan una “unión de opuestos” para expresar los aspectos anteriormente “rechazados”.

El psicólogo David Gutmann (1975, 1977, 1985), que analizó una gran cantidad de estudios transculturales, sugiere que los roles de género tradicionales evolucionaron a fin de dar mayor seguridad a los jóvenes y garantizar el bienestar de la familia en crecimiento. Después de que termina la crianza de los niños, dice Gutmann, no

hay un equilibrio en los roles sino con frecuencia lo que sucede es una inversión de éstos. Los hombres ahora son libres de explorar su lado “femenino” anteriormente reprimido y por tanto se vuelven más pasivos (véase el recuadro 11.3); las mujeres se tornan más dominantes e independientes.

Tales cambios pueden ser más característicos de las sociedades o cohortes con roles de género relativamente convencionales. Por ejemplo, en la sociedad estadounidense muchos varones en la adultez media se interesan más por la intimidad al mismo tiempo que las mujeres ingresan a los centros de trabajo o exploran otras facetas de sus personalidades. Esta falta de concordancia entre las necesidades de hombres y mujeres puede ayudar a explicar por qué se ha descubierto que en la adultez media se ubica el punto más bajo en la satisfacción marital, y por qué muchos hombres parecen lamentar el “nido vacío” mientras otras tantas mujeres le dan la bienvenida (véase el capítulo 9). Ahora que la mayoría de las mujeres más jóvenes combinan el trabajo remunerado con la maternidad, y algunos hombres más jóvenes son más activos en la crianza de los hijos, es posible que ya no se observen cambios tan drásticos en los roles de género en la adultez media. De hecho, una reciente investigación con un diseño de investigación secuencial (Hyde, Krajinik y Skuldt-Niederberger, 1991), que empleó una versión modificada del Inventario de Roles Sexuales de Bem, encontró más mujeres “masculinas” entre las edades de 21 a 40 años y más hombres andróginos en todas las edades que una muestra similar evaluada diez años antes.

En cuanto a la vejez, tanto la muestra actual como la anterior encontraron a más hombres andróginos y más mujeres “femeninas” en el grupo de personas ancianas (61 a 86 años) que en los grupos más jóvenes. Este hallazgo sugiere que tanto los ancianos como las ancianas pueden volverse más “femeninos”, lo que refleja una creciente dependencia (Hyde *et al.*, 1991). Tales comparaciones, desde luego, no explican si los individuos realmente cambian. Para ello, es necesario realizar una investigación longitudinal.

¿Estos cambios podrían relacionarse más con los acontecimientos de la vida que con la edad cronológica? Un equipo de investigación (Abrahams, Feldman y Nash, 1978; Feldman, Biringen y Nash, 1981; Nash y Feldman, 1981) examinó a personas en etapas sucesivas en el ciclo de vida de la familia y descubrió que la posibilidad y la llegada de la paternidad intensificaban la “masculinidad” y la “feminidad”. Algunos estudios encontraron que los conceptos de identidad de género de mujeres y hombres son afectados por su situación de vida, contexto social y roles sociales (Blanchard-Fields y Abeles, 1996). Por ejemplo, un hallazgo reciente acerca de que los ancianos son más sensibles que las personas más jóvenes (Blanchard-Fields, Suhrer-Roussel y Hertzog, 1994), puede reflejar no un aumento en la androgina relacionado con la edad, sino un incremento en la expresividad emocional relacionada con el hecho de ser abuelo u otros cambios de roles (Blanchard-Fields y Abeles, 1996).

## Desarrollo de la personalidad de las mujeres: los estudios Mills

El asunto de qué tan similar o diferente es el desarrollo de hombres y mujeres nos regresa a una gran crítica que se ha hecho sobre los modelos de las etapas clásicos: la utilización de muestras y el establecimiento de normas masculinas que puede no ser generalizable a las mujeres. Observemos una investigación longitudinal que buscó corregir este desequilibrio y rastrear los cambios en los roles de las mujeres.



## *Los hombres druze: nuevos roles en la adultez media tardía*

Los druze son una secta islámica en el Medio Oriente que vive en aisladas granjas montañosas. Aunque comparten algunos aspectos con otros musulmanes como el idioma y la mayoría de otras características referentes al estilo de vida, en un aspecto son únicos. Los druze rompieron con el resto del Islam por cuestiones doctrinales hace más de 800 años, y desde entonces viven como una minoría con frecuencia oprimida y enormemente autosuficiente. Lucharán hasta la muerte contra cualquier amenaza a sus creencias y tradiciones.

Para proteger su religión y su identidad, los druze operan como una sociedad secreta dentro del mundo islámico e incluso al interior de sus propias villas. Sus textos sagrados, que rigen su cultura, son accesibles sólo a los hombres; e incluso a ellos, por lo general, se les da entrada a este conocimiento oculto hasta la adultez media tardía y sólo después de vivir una vida ejemplar. Los hombres jóvenes “no están instruidos en la religión o incluso se les llega a considerar druze hasta que alcanzan la edad de la discreción” (Gutmann, 1974, p. 235).

Una vez aceptado en el círculo interior de *Aqil* (“los que saben”), los hombres druze cambian radicalmente su estilo de vida. Afeitan sus cabezas, visten ropa especial, dejan de fumar y beber y pasan más tiempo en oración. Se espera que “el iniciado se dedique a los pensamientos buenos y piadosos y olvide los errores y estupideces de su vida antes de ser introducido al verdadero conocimiento” (p. 235).

A pesar de estas características sumamente específicas de la vida druze, el psicólogo David Gutmann (1974, 1977), quien estudió a los Druze de Israel en las alturas de Golán, encontró rasgos referentes a los cambiantes roles de género de los hombres que envejecen paralelos con otras culturas. Cuando a los hombres druze se les aplicó un test proyectivo de la personalidad, sus respuestas fueron similares tanto a las de los navajo y los mayas, como a una muestra urbana en la ciudad de Kansas. En las cuatro culturas, las interpretaciones que los ancianos hacían de algunas imágenes fueron menos agresivas y competitivas que las de los hombres más jóvenes. Por ejemplo, cuando se les

Uno de los estudios longitudinales más exhaustivos del desarrollo de la personalidad de las mujeres es el de Ravenna Helson y sus colaboradores, quienes durante más de tres décadas han seguido a 140 mujeres de las generaciones de 1958 y 1960 en el Mills College en Oakland, California. Al usar una combinación de evaluaciones psicológicas y preguntas abiertas, Helson y sus colegas encontraron tres tipos de cambios sistemáticos de la personalidad que corresponden aproximadamente a los propuestos por los modelos de las etapas, de ocurrencia de los acontecimientos de la vida y de los rasgos: el *cambio normativo*, que se presentó en la muestra como un todo; el cambio asociado con *patrones y rutas de roles*; y aquel asociado con *patrones de la personalidad* particulares.

### CAMBIOS NORMATIVOS

Los estudios Mills sugieren una evolución de las etapas en los hombres diferente a las encontradas en los estudios de Vaillant y Levinson (consulta nuevamente la tabla 11.1). Pero, a diferencia de los varones estudiados en dichas investigaciones, las



mostró una imagen de un hombre que sube (o acaso baja) por una soga, un varón más joven describiría a la persona de la imagen como demostrando su fuerza y atrevimiento, compitiendo con otros escaladores, entrenando para una competencia o acaso escapando de una prisión. Un anciano tendría más probabilidades de verlo como jugando, en reposo o buceando en el agua; escapando del peligro; luchando contra sus propias debilidades; o cansado y asido desesperadamente de la soga. Los ancianos también tuvieron más probabilidades de dar interpretaciones mágicas o imaginativas, como ver al hombre en la soga como atravesado por una lanza o describiendo a la soga como una serpiente.

De acuerdo con Gutmann, tales reacciones revelan un desplazamiento relacionado con la edad del *dominio activo* al *dominio pasivo*. En muchas sociedades agrícolas ágrafas, “se espera que los jóvenes, mediante sus *propia* fuerza, arrebaten recursos y poder de la naturaleza física, de los enemigos o de ambos; de los ancianos se espera... que obtengan el poder [de los dioses] mediante oraciones” (1977, p. 305). Los ancianos druze mostraron inclinaciones

pasivas o “femeninas” no en el comportamiento exterior, sino en su vida espiritual.

Mientras conservan posiciones de prestigio y participan en la sociedad, con frecuencia “dictan la ley” a sus hijos mayores y a otros parientes jóvenes. En su relación con Dios son humildes, dóciles e incuestionablemente serviles. Creen que esta pasividad les permite capturar el poder del mundo sobrenatural para salvaguardar y aumentar la producción de hijos, manadas y cosechas. El *Aqil*, entonces, “renuncia a su propia productividad” para convertirse en “el puente entre la comunidad y las potencias productivas sustentadoras de vida de Alá,... y sacan adelante la moral en vez del trabajo material de la comunidad” (Gutmann, 1974, p. 244).

Por ende, dice Gutmann, la religión druze parece proporcionar un papel útil para los ancianos que experimentan cambios de personalidad comunes a su edad, mismo que no tiene un rol comparable y constructivo en las sociedades seculares modernas, es decir, un papel adecuado a una etapa de la vida cuando terminan las tareas de la paternidad y la productividad física.

mujeres sí parecen haber pasado a través de periodos de reorganización de sus percepciones para obtener un nuevo significado de sus “historias de vida”.

Helson (1992) pidió a 88 alumnas Mills, a principio de sus cincuenta años, identificar la “época más inestable, confusa, problemática o desalentadora en su vida, desde la universidad: aquella con el mayor impacto en sus valores, autoconcepto y la forma en que conciben el mundo” (p. 336). El comienzo de los cuarenta años resultó ser la época de mayor agitación para el mayor número de mujeres, lo que apoya la noción de una crisis de la adultez media femenina. El resultado de esta crisis fue una “revisión de su historia vital”, al dar “a su vida una nueva dirección autoelegida” (p. 343).

Las crisis también aparecieron en otras épocas de la vida. Muchas de ellas podrían categorizarse mediante temas que con frecuencia se relacionan con la edad, aunque la maternidad tendió a demorar estas épocas críticas. Los temas típicos entre las mujeres a comienzos y en la mitad de sus veinte años fueron el *yo malo* y el *compañero malo*. El tema referente al “yo malo” estaba caracterizado por sentirse

sola, aislada, poco atractiva, inferior y con frecuencia pasiva. El tema sobre el “compañero malo” con frecuencia giraba en torno a un cónyuge que era drogadicto, suicida o abusivo.

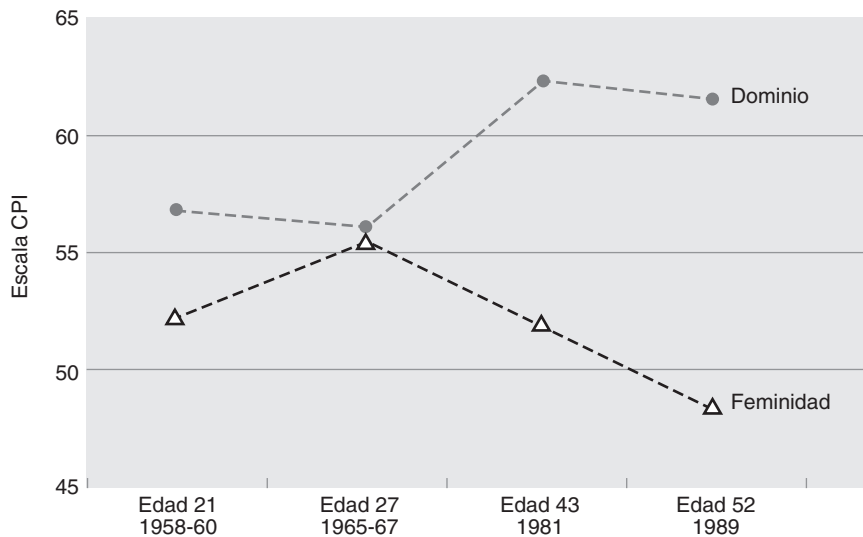
Un tema lo suficientemente común como para ser considerado una etapa en el desarrollo de las mujeres fue una lucha por la *identidad independiente*, estatus y poder, y el deseo de lograr control sobre la propia vida. Este tema, que con frecuencia surgió alrededor de los 30 a 40 años de edad, puede involucrar una capacitación formal, una carrera o una aventura amorosa (heterosexual o lesbica).

Conforme las participantes avanzaron hacia la adultez media, entre los 36 y 46 años, las historias de estas mujeres involucraron temas sobre las *consecuencias desagradables de la independencia y la asertividad*: reprimendas en el trabajo, o el abandono de sus cónyuges. Los temas de la adultez media tardía, de los 47 a 53 años, con frecuencia se enfocaron en las *relaciones problemáticas* con sus compañeros, padres o hijos; o con una *sobrecarga*, a veces provocada por las demandas de otras personas, en ocasiones por la tensión económica o las enormes responsabilidades en el trabajo.

¿Cuándo ocurre el florecimiento de la vida? Entre casi 700 alumnas Mills de entre 26 a 80 años que se estudiaron en 1983, las mujeres a comienzo de sus cincuenta años con más frecuencia describieron sus vidas como “de primera clase”. En 1989, las mujeres en la muestra longitudinal Mills original, entonces ya a principio de sus cincuenta años, también describieron su calidad de vida como alta (Mitchell y Helson, 1990). Por lo general, dichas mujeres eran suficientemente jóvenes como para tener buena salud pero mayores como para haber terminado de criar a todos sus hijos y tener una buena situación económica. La vida en casa era más simple; la energía dedicada a la crianza infantil se redirigió a los compañeros, al trabajo, a la comunidad o a sí mismas. Habían desarrollado mayor confianza, compromiso, seguridad y enriquecimiento de su personalidad. Las mujeres con el resultado más positivo eran optimistas; tenían buenas relaciones, un autoconcepto favorable, un sentimiento de control sobre sus vidas e intereses activos; y manejaban sus existencias con sensatez. También era más probable que se preocuparan por otros, la generatividad descrita por Erikson.

Los cambios normativos experimentados por estas mujeres parecen sustentar la idea propuesta por Jung, Gutmann y otros teóricos de que “los roles del adulto joven aumentan la feminidad de la mujer pero que ésta se vuelve más segura y asertiva alrededor de la adultez media” (Helson, 1993, pp. 101-102). La más alta calidad de vida se asoció, no con una inversión de roles de género, sino con un equilibrio andrógino de autonomía “masculina” y compromiso “femenino” en una relación íntima.

Mayor evidencia del cambio en los roles de género lo proporcionan los autorreportes y las evaluaciones de la personalidad. En una medida estándar de características relacionadas con la edad, utilizando el California Psychological Inventory (CPI), los rasgos asociados con la feminidad (simpatía y compasión combinadas con una sensación de vulnerabilidad, autocrítica y falta de autoconfianza e iniciativa) aumentaron durante los 20 años y luego declinaron a través de la adultez media (véase la figura 11.4). Entre los 21 y los 43 años de edad, las mujeres desarrollaron más autodisciplina y compromiso, independencia, autoconfianza y habilidades de enfrentamiento (Helson y Moane, 1987); de los 43 a los 52 años, continuaron cre-



**FIGURA 11.4 Transformaciones en la feminidad y la dominación como resultado del cambio de roles de género de los 21 a los 52 años de edad.** FUENTE: Roberts, Helson y Klohnen, 2002.

ciendo en independencia y autoconfianza. Se volvieron más decididas, dominantes, seguras de sí mismas, y menos autocríticas (Roberts, Helson y Klohnen, 2002; véase la tabla 11.2). Tal cambio de personalidad normativo no se relacionó con acontecimientos de la adultez media típicos como el nido vacío, la menopausia o el cuidado a los padres envejecidos (Helson y Wink, 1992).

Desde luego, como con los estudios normativos clásicos de muestras masculinas, la experiencia de estas graduadas Mills tiene que considerarse en términos de su estatus socioeconómico, cohorte y cultura. Son un grupo de mujeres estadounidenses cultas, predominantemente blancas, de clase media alta, que vivieron en una época de grandes cambios en los roles de la mujer producidos en parte por el movimiento feminista, por cambios económicos, patrones variables en la vida familiar y por nuevos patrones en el mercado laboral. Las mujeres Mills indudablemente fueron influidas por estos factores.

Por tanto, los cambios normativos encontrados en la investigación Mills no necesariamente son los mismos que los cambios de maduración, que ocurrirían sin importar la clase, cohorte y cultura. Por ejemplo, en una escala diseñada para mostrar la dependencia psicológica de las mujeres hacia sus maridos, las mujeres Mills a los 52 años de edad puntuaron significativamente más bajo (esto es, mostraron menos dependencia) que la que tenían sus madres a la misma edad (Wink y Helson, 1993). Es posible que las mujeres jóvenes de hoy, a su vez, se desarrollen de manera diferente a las participantes en la muestra Mills. Como observan Helson y Moane (1987), “si un número sustancial de mujeres continúan iniciando sus carreras profesionales en sus veinte años y tienen hijos en sus treinta años, el patrón de cambio normativo se configurará de otra manera” (p. 185).

**TABLA 11.2**
***Sentimientos acerca de la vida seleccionados por mujeres al comienzo de sus cincuenta años***

	Más cierto ahora	Menos cierto ahora
<i>Cuestionamiento de identidad y agitación</i>		
Excitación, agitación acerca de mis impulsos y potenciales	21	56
Búsqueda de un sentido de quién soy	28	47
Ansiedad de que no viviré a mi potencial	25	47
Acercarse al final de un camino y no encontrar otro	27	45
<i>Seguridad del estatus</i>		
Sentimiento de estabilidad	78	11
Influencia en mi comunidad o campo de interés	63	24
Un nuevo nivel de productividad	70	11
Sentimiento selectivo en lo que hago	91	2
Sensación de ser yo misma	90	3
<i>Ampliación cognitiva y complejidad</i>		
Implicar tanto sentimiento como racionalidad en las decisiones	76	1
Darme cuenta de patrones más grandes de significado y relación	72	7
Apreciar mi complejidad	69	10
Descubrimiento de nuevos aspectos de mí misma	72	11
<i>Orientación presente en vez de futura</i>		
Enfocarse en la realidad: satisfacer las necesidades del día y no ser muy emocional acerca de ellas	76	6
Más satisfecha con lo que tengo; menos preocupada por lo que no obtendré	76	11
Dar importancia al paso del tiempo	76	10
<i>Ajuste y armonía en las relaciones</i>		
Sentirme segura y comprometida	71	12
Sentir que mi vida va bien	74	15
Sentirme optimista acerca del futuro	58	20
Un nuevo nivel de intimidad	53	30
Hacer cosas para los demás y luego sentirme explotada	14	56
Sentirme mucho más sola	26	45
Sentimientos de competencia con otras mujeres	7	63
Sentirme enojada con los hombres y la masculinidad	14	52
<i>Conciencia del envejecimiento y la vitalidad reducida</i>		
Verme vieja	70	15
Ser tratada como una persona anciana	64	14
Reducir la intensidad de mis esfuerzos de logro	44	26
Querer una vida social activa	27	52
Estar muy interesada en el sexo	19	64

NOTA: Las mujeres juzgaron si cada ítem era más aplicable a ellas en el comienzo de sus cuarenta, menos aplicable ahora que entonces o aproximadamente igual.

FUENTE: Helson & Wink, 1992.

## EL CAMBIO ASOCIADO CON LOS PATRONES DE ROLES Y RUTAS

Ciertos aspectos del desarrollo de la personalidad en las mujeres Mills parecían relacionarse con acontecimientos de sus vidas. Algunas mujeres, por ejemplo, siguieron el patrón esperado para su generación (casarse e iniciar familias en la adultez joven) y hacia los 43 años conservaron sus roles tradicionales. Estas mujeres no mostraron las ganancias en dominio e independencia que exhibió el resto de la muestra. También dejaron patente una tendencia cada vez más marcada de necesitar “tener el control”, un patrón que algunos teóricos han notado en las mujeres que anteponen las necesidades de los demás antes que las propias (Helson y Picano, 1990).

Aun así, más de un tipo de estilo de vida pareció mejorar el desarrollo positivo de las mujeres. Las que se comprometieron durante sus 20 años con su carrera profesional, su familia o ambos se desarrollaron más plenamente que las mujeres que no tuvieron hijos y que eligieron trabajar por debajo de sus capacidades. Entre los 27 años y al principio de sus cuarenta, las mujeres que enfrentaron los desafíos de la carrera profesional o la maternidad se volvieron más disciplinadas, independientes, trabajadoras y seguras y mejoraron sus habilidades para relacionarse con los demás. En comparación con las mujeres que no hicieron compromisos, éstas fueron más dominantes, motivadas al logro, estables emocionalmente, orientadas a metas y más interesadas con lo que sucedía en el mundo (Helson y Moane, 1987). Desde luego, éste no fue un experimento controlado, así que tales correlaciones sólo pueden sugerir, no establecer, relaciones casuales.

## LOS CAMBIOS ASOCIADOS CON LOS PATRONES DE PERSONALIDAD

Los investigadores Mills encontraron ciertos cambios relacionados con los patrones de la personalidad específicos. Por ejemplo, mediante un prototipo de la técnica Q-sort, algunas mujeres fueron identificadas como *voluntariosas*, una modalidad de lo que Freud llamó *narcisista*, o una personalidad excesivamente egocéntrica. Estas mujeres se volvieron más efectivas, felices, más sociables y más seguras entre las edades de 21 y 27. Pero, como la teoría freudiana predeciría, se tornaron más desadaptadas hacia la adultez media. Tendieron a presentar problemas con drogas, en sus relaciones y profesión (Wink, 1991, 1992).

Los estudios Mills son notables por su combinación ecléctica de herramientas de investigación y su intención de combinar varios enfoques al estudiar el desarrollo de la personalidad adulta. Dicha investigación evita un enfoque simplista de “esto o lo otro”, y apunta hacia una mayor integración y comprensión que necesita llevarse a cabo.

## SÍNTESIS DE LOS ENFOQUES DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD ADULTA

Tanto los que abogan por la estabilidad en el desarrollo de la personalidad como los que lo hacen por el cambio en éste, con frecuencia defienden sus posiciones celosamente. Sin embargo, parece claro, como observa el historiador C. Vann Woodward (1989), que “no habría historia en absoluto sin algo de ambos”. Lo mismo puede afirmarse sobre la personalidad adulta. Como se notó al inicio de este capítulo, la búsqueda de evidencia de estabilidad en el desarrollo de la personalidad comenzó como respuesta a las afirmaciones de que “la personalidad es principalmente una ilusión, que los resultados conductuales dependen de la particularidad de las situa-

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo organizarías los enfoques de desarrollo de la personalidad adulta en relación con la teoría de desarrollo del ciclo de vida de Baltes?

ciones” (Helson, 1993, p. 94). En la década de los setenta, las teorías que hacen referencia al cambio normativo tuvieron un papel central, sólo para producir el modelo de la ocurrencia de los acontecimientos de la vida. Desde entonces, Costa y McCrae redirigieron la atención hacia la estabilidad esencial de la personalidad.

Recientemente se han hecho esfuerzos por reconciliar estos enfoques diversos. El primero, y como ya fue mencionado anteriormente en este capítulo, es el amplio marco conceptual desarrollado por Costa y McCrae (1994a, 1994b) para abarcar las interacciones entre las tendencias básicas, las influencias externas, el autoconcepto y los acontecimientos de la vida. Quizás e incluso más prometedor, y más ampliamente desarrollado, resulta el uso, que implementó Helson, de las técnicas para explorar la personalidad desde varias perspectivas teóricas, al reconocer la relevancia de los roles de género, la clase, la cohorte y la cultura. Los estudios del Mills College encontraron que “la personalidad cambia de la juventud a la adultez media de manera consistente y con frecuencia predecible” (Helson y Moane, 1987, p. 185). Pero también hubo importantes áreas de estabilidad en ésta. Por ejemplo, ciertos rasgos persistentes, como el optimismo, afectaron la calidad de vida en varias edades (Mitchell y Helson, 1990).

Al reconocer que Costa y McCrae presentaron un fuerte argumento para la estabilidad de los rasgos básicos, Helson (1993) enfatiza la importancia de la investigación longitudinal para descubrir cómo los adultos cambian y no cambian. Se requerirán instrumentos más complejos que permitan las comparaciones entre los estudios longitudinales que utilizaron diferentes métodos y, con frecuencia, pequeñas muestras dispares. Tales métodos podrían identificar los procesos específicos que estimulan la continuidad o el cambio durante el desarrollo de la personalidad. Desde luego, 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). Por ejemplo, un sociable vendedor de zapatos de 25 años de edad puede, a sus 70 años, cabildear en el Congreso contra los recortes presupuestales en la seguridad social.

El estudio de la personalidad adulta representa varias características de la perspectiva de desarrollo del ciclo de vida. Todo el ciclo de vida contribuye para moldear la personalidad. Es posible observar la multidireccionalidad del desarrollo en, por ejemplo, la mayor necesidad del hombre de intimidad en la adultez media, cuando las mujeres muestran independencia creciente. Historia y contexto (esto es, cohorte y cultura) son esenciales para considerar el cambio normativo frente al no normativo. De hecho, sería imposible construir teoría alguna de desarrollo de personalidad que se encuentre por completo libre del sesgo cultural. Y la naturaleza interdisciplinaria del campo de investigación se puede ver en los esfuerzos de genetistas, antropólogos, sociólogos, psicólogos y otros especialistas involucrados en el estudio de la personalidad.

Una importante función de la personalidad, como se mencionó al comienzo de este capítulo, es la adaptación. En el capítulo 12 observarás más de cerca cómo las personas enfrentan las circunstancias difíciles, en particular cómo se adaptan al reto del envejecimiento.

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

### *Definición y estudio de la personalidad*

- Los temas comunes en las definiciones de la personalidad incluyen unicidad o individualidad, continuidad actitudinal y conductual, y patrones adaptativos característicos.

- Los instrumentos usados comúnmente para medir la personalidad incluyen el inventario de personalidad, la metodología Q y las entrevistas o autorreportes.
- Las influencias genéticas y experienciales en interacción contribuyen al desarrollo de la personalidad a lo largo de la vida.

**adaptación (p. 395)**

**personalidad (p. 395)**

**inventario de personalidad (p. 397)**

**metodología Q (p. 398)**

**yo real (p. 398)**

**yo ideal (p. 398)**

**temperamento (p. 398)**

### *Modelos de personalidad adulta: estabilidad o cambio*

- Un gran conflicto en el estudio de la personalidad adulta es la dicotomía que se establece entre la estabilidad frente a cambio. 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 los cinco factores de Costa y McCrae, todas las dimensiones de la personalidad parecen permanecer estables después de más o menos los 30 años de edad. De acuerdo con otra investigación de rasgos, las diferencias en la vejez parecen reflejar efectos de cohorte. El cambio cultural puede influir sobre la personalidad.
- Los modelos de autoconcepto se enfocan en la autoimagen y su interacción cognitiva con el ambiente social. En el modelo de Whitbourne, los estilos de identidad representan un equilibrio entre asimilación de identidad (estabilidad) y acomodación de identidad (cambio).
- 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. Levinson sostiene que la agitación de la adultez media es inevitable, pero Vaillant y algunos otros investigadores encontraron poca evidencia de ello. El desarrollo normativo de la personalidad puede ser influido por: estatus socioeconómico, género, cohorte y cultura.
- 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 relevantes eventos de vida.

**autoconcepto (p. 400)**

**dimensiones de la personalidad  
(p. 401)**

**modelo de los cinco factores  
(p. 401)**

**esquemas (p. 405)**

**estilos de identidad (p. 406)**

**asimilación de identidad (p. 406)**

**acomodación de identidad (p. 406)**

**cambio normativo de personalidad  
(p. 407)**

**generatividad (p. 407)**

**crisis de la vida media (p. 410)**

**interioridad (p. 410)**

**estructura de vida (p. 413)**

**sueño (p. 413)**

**mentor (p. 413)**

**reloj social (p. 415)**

**modelo de ocurrencia de los**

**acontecimientos de la vida (p. 416)**

**eventos de vida normativos (p. 416)**

**eventos de vida no normativos (p. 416)**

### *Género y personalidad*

- 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 Inventario de roles sexuales de Bem identifica cuatro categorías de roles de género: masculina, femenina, andrógina e indiferenciada.

- Las teorías sobre el desarrollo de la identidad de género, como la freudiana, la del yo en relación, la de aprendizaje social, las teorías cognitivo-evolutivas y la de esquemas de género, poseen diferentes implicaciones para el desarrollo de la personalidad en la adultez.
- Muchos teóricos e investigadores prominentes notan un equilibrio o una inversión de los roles de género en la adultez media.
- Los estudios de mujeres del Mills College encontraron cambios normativos que difieren de los anteriormente identificados para los hombres. Esta investigación también encontró cambios asociados en la trayectoria de los roles particulares y patrones de la personalidad.

**estereotipos de género (p. 417)**

**roles de género (p. 417)**

**identidad de género (p. 417)**

**andrógino (p. 418)**

**indiferenciado (p. 418)**

**teoría del yo en relación (p. 418)**

**teoría de aprendizaje social (p. 419)**

**teoría cognitivo-evolutiva (p. 419)**

**teoría de esquema de género (p. 420)**

### *Síntesis de los enfoques del desarrollo de la personalidad adulta*

- Recientemente han surgido intentos por sintetizar varios enfoques del desarrollo de la personalidad adulta.



# Salud mental, afrontamiento y adaptación al envejecimiento

## Modelos de afrontamiento

- Modelos ambientales
- Modelos conductuales
- Modelos de estilos de afrontamiento
- Modelo de la valoración cognitiva

## “Envejecimiento exitoso”

- Modelos normativos
- Modelos de equilibrio
- Visiones populares sobre el envejecimiento exitoso

## Patrones de comportamiento destructivo

- Trastornos por uso de sustancias
- Violencia del compañero íntimo
- Abuso infantil y negligencia
- Abuso hacia los ancianos

## Salud mental en la vejez: un enfoque de desarrollo del ciclo de vida

- Salud mental y satisfacción con la vida
- Trastornos mentales
- Valoración de fortalezas



## PUNTO DE PARTIDA: ARTHUR ASHE

*La salud de la mente ejerce una influencia mayor en nuestra felicidad que la salud del cuerpo, aunque ambas merecen mucha más atención de la que reciben.*

—Charles Caleb Colton, Lacon, 1855

EL CAMPEÓN DE TENIS Arthur Ashe\* fue uno de los atletas más respetados de todos los tiempos. Era conocido por su comportamiento tranquilo y digno dentro y fuera de la cancha; no rebatía las decisiones de los jueces, ni se permitía rabietas ni denigraba a sus oponentes.

El 8 de abril de 1992, Ashe convocó a una conferencia de prensa y anunció al mundo que tenía SIDA. Fue el último y el más contundente golpe de muchos otros que recibió durante su vida, que comenzaron con la pérdida de su madre cuando tenía seis años de edad, y a los que muchas personas habrían considerado apabullantes.



© Hulton-Deutsch Collection/Corbis Images

\* Las fuentes de información biográfica acerca de Arthur Ashe son Ashe y Rampersad (1993), Finn (1993) y Witteman (1993).

Ashe era afroamericano y nació en el Richmond segregado, en Virginia. El tenis, el juego que amaba, era un terreno casi exclusivo para la gente blanca, por lo tanto se convirtió en objeto constante de intolerancia. Su padre le enseñó a mantener siempre la compostura, a comportarse mejor que sus opresores y a canalizar sus impulsos agresivos en el tenis.

Para Ashe, el tenis se convirtió en un medio para combatir los prejuicios raciales. Aunque dos veces le negaron la visa para jugar en el abierto de Sudáfrica, finalmente se le permitió competir en 1973, y de nuevo en 1974 y 1975. A pesar del rígido sistema del apartheid de Sudáfrica, insistió en que en sus juegos no hubiera asientos segregados. Durante un torneo, un niño negro lo seguía con insistencia. Ashe le preguntó por qué. El niño replicó que él era el primer hombre de color libre que había visto en su vida.

Ashe continuó trabajando en contra de las ideas del apartheid, la mayoría de las veces tranquilamente, entre bastidores. Una vez, fue acusado de ser el “Tío Tom” por irritados militantes que le gritaron mientras pronunciaba un discurso. Él los reprendió cortésmente: “¿Qué esperan lograr cuando se entregan a la pasión y al discurso agresivo y renuncian al alto terreno moral que puede llevarlos a la victoria?” (Ashe y Rampersad, 1993, pp. 117, 118). Años después, sintió un enorme orgullo cuando vio a Nelson Mandela, el símbolo de la oposición al apartheid, liberado de prisión y en un desfile en Nueva York. Pero Ashe no viviría para ver a Mandela convertirse en presidente de Sudáfrica.

En 1979, a los 36 años de edad, cuando todavía se hallaba en la cumbre de una brillante carrera que incluía el haber ganado el abierto de Estados Unidos, el de Australia y en Wimbledon, Ashe sufrió el primero de muchos ataques cardíacos, por lo que tuvo que ser sometido a una cirugía de cuádruple *bypass*. Forzado a retirarse del tenis, tuvo que imaginar cómo continuar con su vida. Un libro de Daniel Levinson, que su esposa le obsequió, lo motivó a comenzar un breve periodo de psicoterapia para lidiar con sus sentimientos más profundos.

Entonces Ashe se embarcó en una nueva fase de su carrera, al actuar durante cinco años como capitán del equipo de tenis estadounidense en la Copa Davis. Antes de un juego crucial, le advirtió a John McEnroe, un jugador provocador y desinhibido, que si tenía otra explosión temperamental esto ocasionaría que Ashe declarara perdido el juego. McEnroe lo escuchó en silencio y fue a la cancha tranquilamente a ganar un duro juego de cinco sets. Aunque Ashe también aprendió a admirar a McEnroe, cuyos estallidos representaban una forma diferente de lidiar con emociones intensas.

Después de dos victorias consecutivas en la Copa Davis, Ashe, en 1983, vio perder a su equipo en la primera ronda, sufriría una doble operación de *bypass* y regresaría a dirigir al equipo en las finales, sólo para perder ante Suecia. Cuando se le criticó por no ser un líder lo suficientemente fuerte, comenzó a darse cuenta de que hay momentos en los que se requiere de una acción más acertiva, y no sólo en la cancha de tenis. En 1984, el mismo año en el que fue sustituido como capitán del equipo, fue arrestado en una protesta afuera de la embajada sudafricana en Washington, D.C.

Una mañana del verano de 1988, Ashe despertó y no podía mover su brazo derecho. Se le dieron dos opciones: cirugía cerebral inmediata o esperar y ver qué ocurriría. Optó por la acción. Las pruebas de sangre preparatorias mostraron que era VIH positivo, probablemente por una transfusión sanguínea durante su cirugía cardíaca cinco años antes. La cirugía reveló una infección parásita ligada al VIH y que el virus había progresado a SIDA por sí mismo. Como un atleta al que vencen por puntos pero todavía está en el juego, Ashe se resistió al pánico y no se rindió. Con el apoyo de los adelantos médicos, optó por hacer todo lo posible para combatir la enfermedad. También decidió guardar silencio sobre ésta.

En 1992, Ashe se enteró de que el periódico *USA Today* planeaba revelar que tenía SIDA. Con renuencia, se presentó ante el público primero, para apro-

## PUNTO DE PARTIDA: ARTHUR ASHE (continuación)

vechar la oportunidad de convertirse en el líder del movimiento para la investigación sobre esa terrible enfermedad. Estableció una fundación, lanzó una campaña de cinco millones de dólares para recaudar fondos y trabajó incansablemente por esta causa hasta su muerte.

Arthur Ashe murió de neumonía relacionada con el SIDA en 1993, a los 49 años de edad. Poco antes, resumió su situación con su estilo usual: “Soy un hombre afortunado, bendecido. Aparte del SIDA y las enfermedades del corazón, no tengo problemas” (Ashe y Rampersad, 1993, p. 328).

**A**RTHUR ASHE SE CARACTERIZÓ POR ENFRENTAR los problemas de la misma manera que encaraba a un oponente en la cancha de tenis: con gracia, determinación y frialdad ante el fuego. Se las arregló para conservar la cabeza fría hasta el final, bajo condiciones que a algunas personas podrían conducir a la bebida, la depresión o a situaciones peores. Una y otra vez, convirtió la adversidad en una oportunidad.

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. Los esfuerzos de una persona hacia el autodesarrollo, prosperando en vez de sólo sobrevivir, son signos de una personalidad sana (Butler, Lewis y Sunderland, 1991; Sherman, 1993). La salud mental puede incluir cómo las personas se ven a sí mismas, cómo integran varios roles y aspectos del yo (véase el recuadro 12.1) y si luchan o no por su desarrollo. También puede abarcar la identificación y el compromiso con algo que está más allá de uno mismo: la familia, la comunidad, la nación, la cultura, la religión o una causa, como la lucha contra el prejuicio racial o el SIDA (Jahoda, 1958; Sherman, 1993). 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). Debido a lo anterior es que, Arthur Ashe, incluso cuando su salud física se deterioró, gozaba de una salud mental sumamente buena.

Muchas personas, desde luego, se han enfrentado, variando su grado de éxito, con ciertas amenazas a su salud mental. Algunos, por ejemplo, sucumben ante trastornos mentales que interfieren con su funcionamiento cognitivo normal o con los roles sociales que desempeñan. Casi la mitad de todos los adultos estadounidenses han experimentado un trastorno mental, de moderado o severo, en alguna época de su vida; el más común es la depresión severa, seguido por la dependencia del alcohol y de las fobias (Blazer, Kessler, McGonagle y Swartz, 1994; Kessler *et al.*, 1994). Los habitantes de zonas urbanas de bajos ingresos y con una educación escasa son los más susceptibles a sufrir trastornos mentales. Es más probable que los hombres abusen en el consumo de drogas o presenten comportamientos antisociales; y que las mujeres sean más propensas a padecer ansiedad y depresión (Robins *et al.*, 1984; Wykle y Musil, 1993). Los adultos más jóvenes tienden a estar sujetos a problemas



## *Tanto el empleo como los roles familiares afectan el bienestar psicológico de los varones*

Tradicionalmente, la salud mental de las mujeres se ha valorado con respecto a la familia, y la de los hombres a partir del trabajo. Sin embargo, en años recientes, los investigadores han puesto más atención a los aspectos soslayados de las vidas de varones y mujeres. Algunos estudios enfatizan la importancia del trabajo en la vida de las mujeres (véase el recuadro 11.2 del capítulo 11), e investigación reciente muestra la relevancia de las conexiones familiares en el bienestar de los hombres.

En un estudio (Barnett, Marshall y Pleck, 1992), los investigadores pidieron a 300 esposos que trabajaban, de entre 25 a 40 años de edad, y que formaban parte de parejas de dos proveedores, que evaluaran sus roles laborales, matrimoniales y paternos, y que registraran tanto sus gratificaciones como sus preocupaciones. Por ejemplo, en términos de trabajo, a los hombres se les preguntó qué tan gratificante resultaba “tener una diversidad de tareas” y qué tanto les preocupaba “carecer de seguridad laboral”. Para el rol marital, evaluaron recompensas como el hecho de “disfrutar las mismas actividades” y preocupaciones como “las críticas de tu pareja”. Para el rol paterno, las gratificaciones incluían “ver a tus hijos crecer y madurar” y las preocupaciones involucraban “tener demasiadas

discusiones y conflictos con ellos”. Cada hombre recibió una evaluación de “calidad” para cada rol (su “calificación de recompensas” menos su “calificación de preocupación”). A los varones también se les valoró por ansiedad y depresión.

Los principales hallazgos del estudio fueron sorprendentes: se descubrió que la amplia y sostenida creencia de que el trabajo es el principal determinante de salud mental para los hombres es falsa. Aparentemente, los roles familiares de los hombres son igualmente importantes, y los distintos papeles que desempeñan están relacionados. Las buenas relaciones con la esposa y los hijos pueden compensar una pobre experiencia en el empleo. Cuando los roles tanto del empleo como de la familia son insatisfactorios, con frecuencia se produce estrés. Una diferencia entre hombres y mujeres es que, para las mujeres trabajadoras, el simple hecho de ser madre con frecuencia contrarresta las preocupaciones laborales; mientras que para los hombres lo que es relevante no es la paternidad en sí, sino qué tan gratificante es el rol paterno. El ser padre puede ser menos importante para el sentido del yo de un hombre que la maternidad para una mujer, pero las recompensas de la paternidad son igualmente relevantes para los padres que para las madres.

emocionales, ansiedad y abuso de sustancias; los ancianos, especialmente los hombres, presentan más probabilidad de tener severos deterioros cognitivos (Regier *et al.*, 1988; Wykle y Musil, 1993). Tal vez porque los trastornos mentales tradicionalmente han sido estigmatizantes, menos del 40 por ciento de todas las personas que los padecen buscan tratamiento; aunque muchos adultos se las arreglan para superar sus condiciones sin ayuda profesional (Blazer *et al.*, 1994; Kessler *et al.*, 1994).

En este capítulo discutiremos los aspectos tanto positivos como negativos de la salud mental a lo largo del ciclo de vida adulto, y sus raíces biológicas, psicológicas y sociales. Comenzaremos por observar cómo los adultos enfrentan el estrés, incluido el desafío del envejecimiento, un juego que Arthur Ashe nunca llegó a concluir.

## MODELOS DE AFRONTAMIENTO

El estrés es una parte inevitable de la vida. Como dijo un destacado investigador: “la libertad completa del estrés es la muerte” (Selye, 1980, p. 128). La pregunta entonces es cómo, y qué tan bien, alguien lo puede enfrentar.

El **afrentamiento** es el pensamiento adaptativo o comportamiento que está dirigido a reducir o aliviar el estrés que surge de las condiciones dolorosas, amenazantes o desafiantes. Los psicólogos y los legos por igual reconocen que el afrontamiento es un aspecto importante de la salud mental. Veremos brevemente tres enfoques tradicionales sobre el estudio del afrontamiento: el modelo *ambiental*, el *conductual* y el que se refiere a los *estilos de afrontamiento*. Luego estudiaremos más de cerca el modelo de *valoración cognitiva*.

### Modelos ambientales

Uno de los primeros enfoques en el estudio del afrontamiento fue de corte cuantitativo. Los investigadores se dieron a la tarea de preguntar a 5 mil pacientes hospitalizados sobre los eventos relevantes que habían precedido a sus enfermedades, tanto los negativos (la muerte de un cónyuge) como los positivos (el nacimiento de un hijo), y cuánto ajuste había requerido cada uno de ellos (Holmes y Rahe, 1976). Con base en los reportes obtenidos, los investigadores asignaron valores numéricos denominados “unidades de cambio de vida” (LCU, por sus siglas en inglés) a cada tipo de evento (véase la tabla 4.3 del capítulo 4). Aproximadamente la mitad de las personas que obtuvieron una puntuación entre los 150 a 300 LCU al año, y casi 70 por ciento de quienes tenían una evaluación de 300 o más LCU, enfermaron dentro de los siguientes 1 o 2 años. En otras palabras, entre más cambios importantes tuvo una persona dentro de un tiempo determinado, más difícil le fue afrontarlos.

Esta tipo de enfoque representa un *modelo ambiental* de afrontamiento y es esencialmente mecanicista. 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 (como se discute en el capítulo 11), 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 y 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?

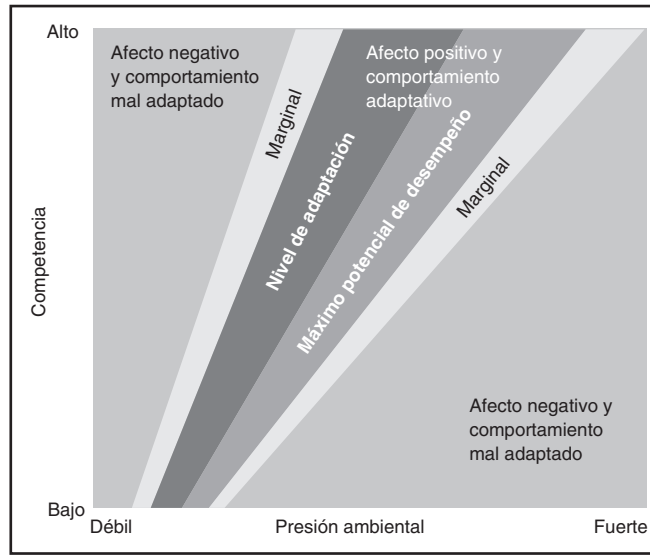
Dos modelos ambientales intentan resolver uno o más de estos problemas. El **modelo de la congruencia** (Kahana, 1982; Kahana, E., Lovegreen, Kahana, B., y Kahana, M., 2003) reconoce que así como las necesidades de las personas son dis-

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo afrontas el estrés? ¿Tu forma de enfrentarlo promueve una adaptación exitosa a la situación o interfiere con tu habilidad para responder de manera adecuada?

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué tipos de estrés has experimentado que puedas identificar como resultado de eventos positivos o negativos de tu vida?



**FIGURA 12.1 Modelo de la competencia-presión ambiental.** Mientras más competente sea el individuo, más amplio es el rango de situaciones ambientales en el que experimentará una sensación de comodidad y el comportamiento será adaptativo (parte alta de la figura). Los individuos menos competentes (parte baja de la figura) tienen más probabilidad de estresarse debido a las demandas del entorno.

FUENTE: Lawton y Nahemow, 1973, p. 661.

tintas, los ambientes difieren también para satisfacer dichas necesidades. Los niveles de satisfacción o de estrés dependen de la congruencia —el juego— entre una persona y el ambiente. Por ejemplo, internar a un anciano con una fuerte necesidad de independencia en un asilo es probable que incremente el estrés.

El **modelo de competencia-presión ambiental** (Lawton, 1982; Lawton y Nahemow, 1973) enfatiza las diferencias entre las demandas que hacen los diversos ambientes (*presión ambiental*) y la *competencia* de los individuos, es decir su habilidad para satisfacer tales demandas. Como se muestra en la figura 12.1, 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.

El modelo de competencia-presión ambiental tiene implicaciones para el envejecimiento. Si la presión ambiental aumenta (por ejemplo, cuando el vecindario donde vive un anciano se vuelve inseguro) o disminuye la competencia (por ejemplo, cuando un anciano que vive en los suburbios ya no puede conducir), dicha persona caerá por abajo del nivel de adaptación y sentirá estrés. Para restaurar un ajuste adaptativo, deben encontrarse formas de reducir las demandas ambientales o de aumentar la competencia del individuo.

Estos dos modelos entonces ofrecen explicaciones por las que diferentes situaciones pueden ser más o menos estresantes para diversas personas. Pero, como otros modelos ambientales, no dicen *cómo* las personas afrontan dichas situaciones.

## Modelos conductuales

Los *modelos conductuales* de afrontamiento confieren al individuo un rol un poco más activo. Estos modelos, basados en estudios con animales, buscan explicar el comportamiento en términos del condicionamiento clásico u operante, o ambos. Desde una perspectiva conductual, 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). La desesperanza aprendida se puede observar en los cónyuges golpeados que siguen con sus compañeros, o en los ciudadanos que se quedan en casa el día de elecciones porque no creen que su voto signifique algo.

## Modelos de estilos de afrontamiento

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.

Algunos investigadores intentan clasificar los estilos de afrontamiento de acuerdo con su efectividad. Uno de estos modelos provino del estudio longitudinal Grant que se realizó con varones de Harvard University, descrito previamente en el capítulo 11. Vaillant (1977) identificó cuatro tipos de **mecanismos adaptativos**, es decir, de formas características de enfrentar o interactuar con el ambiente: 1) *maduro* (usar el humor o ayudar a otros), 2) *neurótico* (reprimir la ansiedad o decir lo opuesto a lo que uno siente), 3) *inmaduro* (fantasear o experimentar achaques o dolores imaginarios) y 4) *psicótico* (distorsionar o negar la realidad). Los hombres del estudio Grant que emplearon mecanismos adaptativos maduros fueron más felices y mental y físicamente más sanos que los otros; obtuvieron más satisfacción del trabajo, disfrutaron amistades más enriquecedoras, ganaron más dinero y parecían mejor ajustados. En la adultez media, los hombres mejor adaptados tuvieron cuatro veces más probabilidad de afrontar las situaciones de la vida en formas “maduras” en vez de “inmaduras” (Vaillant, 1989). Del mismo modo, a los 65 años de edad, quienes utilizaron “mecanismos de defensa maduros”, aquellos que manejaron los problemas sin culpa, amargura o pasividad, mostraron la adaptación más sana (Vaillant y Vaillant, 1990).

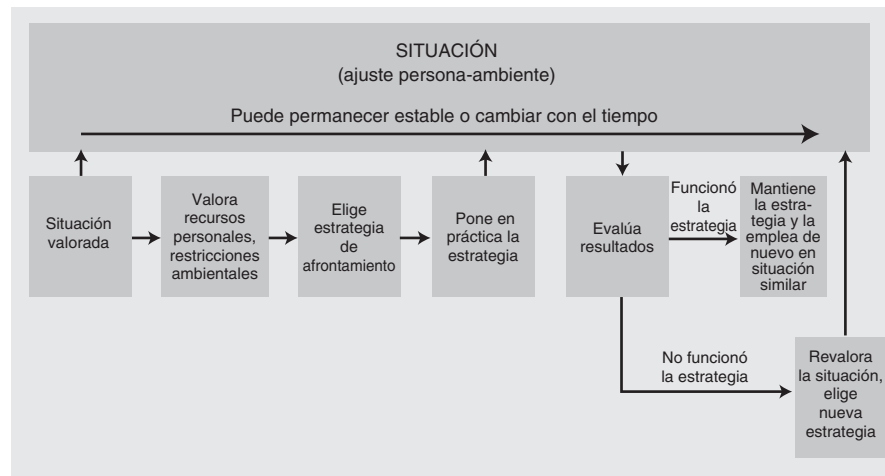
Richard Lazarus y sus colegas, exponentes del modelo de la valoración cognitiva (que se discutirá a continuación), hacen varias críticas a los modelos de estilos de afrontamiento (Lazarus, 2003; Lazarus y Folkman, 1984). Primero, los estilos de afrontamiento pueden fallar para capturar la multidimensionalidad del comportamiento humano. Un hombre en la adultez media que deba lidiar simultáneamente con, por ejemplo, *a*) un despido amenazante, *b*) una esposa con cáncer de mama, *c*) un hijo homosexual que acaba de “salir del armario” y *d*) el cuidado de una madre envejecida, puede no hacer frente de la misma forma a las cuatro situaciones. Y un estilo de afrontamiento particular puede no funcionar igualmente bien para todos

los adultos. Segundo, estos modelos no distinguen entre afrontamiento y otras formas de comportamiento adaptativo que no involucren esfuerzo. Cuando conduces un automóvil, haces muchas cosas que te permiten llegar a tu destino a salvo: frenar ante una luz roja, ir por el camino correcto, y cosas por el estilo. Estas respuestas aprendidas están automatizadas, es decir, que difícilmente se tiene que pensar en ellas. Sin embargo, debes apelar a tus habilidades de afrontamiento si súbitamente encuentras que tu auto se derrapa sobre un tramo con hielo o estás a punto de chocar con otro vehículo. Tercero, 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 (véase la figura 12.2). Arthur Ashe, por ejemplo, hizo significativas revaloraciones y cambió sus estrategias de afrontamiento en varios momentos de su vida adulta.

La elección y efectividad de una estrategia de afrontamiento se encuentran influenciadas tanto por los recursos personales y las restricciones personales y ambientales, como por qué tan grande parezca ser la amenaza. Los *recursos personales* in-



**FIGURA 12.2** Modelo de afrontamiento de la valoración cognitiva. FUENTE: Con base en Lazarus y Folkman, 1984.



cluyen 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.

Para identificar las estrategias características de afrontamiento, los investigadores del modelo de la valoración cognitiva intentan hacer que las personas recuerden qué sintieron e hicieron en realidad en las situaciones estresantes. 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 y 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 conscientemente o inconscientemente reinterpretan la situación, por ejemplo, al rendirse ante ella o pretender que no existe. El recuadro 12.2 describe una estrategia enfocada en la emoción usada por trabajadores fabriles en Malasia para enfrentar el estrés provocado por el cambio en sus niveles económicos y sociales.

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. Como observó Arthur Ashe, la negación puede ser dañina si evita que una persona con dolor en el pecho vea a un médico; pero “una negación buena se refiere a rehusarse a vivir con la idea de la muerte”, o aceptar la idea de que la muerte es inminente puede permitir a una persona con enfermedad terminal “caminar con calma por la vida” el tiempo que le resta (Ashe y Rampersad, 1993, pp. 328, 327). Las personas deben afrontar, si no hay otra forma posible, el manejo de sus emociones ante lo inevitable.

En general, los ancianos utilizan más las estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción que los jóvenes (Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987; Prohaska, Leventhal, Leventhal y Keller, 1985). ¿Lo anterior se debe a que los ancianos son menos capaces de enfocarse en los problemas o al hecho de que son más selectivos acerca de cuándo enfocarse? En el estudio de Blanchard-Fields, Jahnke y Campo (1995), 70 adolescentes, 69 adultos jóvenes, 74 adultos medios y 74 ancianos escribieron ensayos acerca de cómo resolver cada uno de quince problemas. Sin importar la edad, los participantes con más frecuencia recomendaron estrategias enfocadas en el problema, especialmente en situaciones que no fueron sumamente emocionales, como por ejemplo el regresar mercancía defectuosa. Pero las diferencias grupales se mostraron en los problemas que ponían en evidencia situaciones



## *Afrontamiento del cambio económico en la Malasia rural*

En la antigua colonia de la corona británica de Malasia, en el Pacífico sur, la industrialización transforma la vida rural. Desde 1970, corporaciones japonesas, de Europa Occidental y Estados Unidos buscan reducir los costos en la mano de obra al instalar cientos de fábricas productoras de alimentos, ropa y productos electrónicos en Malasia, donde la pobreza forzó a miles de familias de granjeros a dejar la tierra.

¿De qué manera los malayos rurales afrontan este radical cambio en su estilo de vida? Un estudio (Ong, 1987) se enfocó en una de las áreas recientemente industrializadas, donde mujeres campesinas jóvenes, pobres y solteras de aldeas vecinas, ensamblan componentes para transistores y condensadores. Las fábricas de productos electrónicos tienen una jerarquía basada en la etnicidad y el género. Los cargos administrativos más importantes son ocupados por hombres japoneses. Los supervisores de producción son hombres chinos o malayos. En la parte más baja se ubican las obreras malayas, que visten overoles y guantes de goma en vez de sus tradicionales túnicas y sarongs.

Las comunidades malayas cooperan para proporcionar esta fuerza de trabajo. La administración japonesa hace esfuerzos concertados para permanecer en buenos términos con los habitantes, donando dinero para eventos de la aldea y asegurando a los padres que sus hijas están bien cuidadas. Las escuelas de la aldea capacitan a futuros trabajadores al hacer énfasis en el orden, la obediencia y el trabajo duro.

El ensamblado de los productos electrónicos es un trabajo arduo; requiere concentración constante y cuidadosa y frecuente tiempo extra. Las vidas que anteriormente se basaban en ciclos estacionales de siembra y cosecha ahora están reguladas por los cambios de las fábricas y los horarios. Las mujeres

que alguna vez se encargaban de su propio trabajo ahora deben lidiar con rígidas rutinas laborales, con cuotas de producción y con una constante supervisión. Los jefes varones, dice una mujer, “nos explotan mucho, como si no pensarán que también somos seres humanos” (Ong, 1987, p. 202). Las mujeres trabajan por bajos salarios, que con frecuencia se espera aporten a sus familias. Sin sindicatos, no hay seguridad laboral. Muchos trabajadores duran sólo algunos años.

Una respuesta común a estas condiciones de explotación y deshumanización es “la posesión por espíritus”. Primero una trabajadora, luego otra, y después otra más verán “espíritus”, que se creen vienen por venganza debido a que la fábrica se construyó sobre el suelo de un cementerio tradicional. Se dice que estos “espíritus desplazados” se agolpan en el suelo del establecimiento y entran en las mujeres, quienes comienzan a sollozar, reír histéricamente, gritar y maldecir. Cien o más trabajadoras pueden ser afectadas al mismo tiempo. Los jefes pueden llamar a los sanadores rituales para alejar a los espíritus mediante el sacrificio de gallinas y cabras, pero aun así continúa la “posesión”.

¿Cómo la “posesión” ayuda a estas mujeres malayas a hacer frente a la situación? Se puede ver como una protesta inconsciente o simbólica contra la disciplina de la fábrica y el control masculino, una forma de rebelión que el jefe no puede detener fácilmente porque se considera aceptable en la sociedad malaya. Dado que tal comportamiento no mejora en nada las condiciones laborales, es una estrategia de afrontamiento *enfocada en la emoción* y no *en el problema*. De hecho, puede ayudar a mantener el *statu quo* al proporcionar una evasión socialmente aceptada para las tensiones de la vida en la fábrica (Ong, 1987).

emocionales, como mudarse a una nueva ciudad o cuidar a un padre anciano. En tales situaciones, los ancianos eligieron estrategias más reguladoras de la emoción que los adultos más jóvenes.

Estos hallazgos, junto con muchos otros estudios, sugieren que, 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 y 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 (véase el recuadro 12.3 y la tabla 12.1).

**TABLA 12.1**

*Estrategias de afrontamiento espontáneamente reportadas y utilizadas por ancianos para regular la emoción*

Orden de clasificación	FRECUENCIA DE MENCIÓN	
	Número	(%)
Religión	97	(17.4)
Mantenerse ocupado	84	(15.1)
Aceptarlo	63	(11.3)
Apoyo de familia o amigos	62	(11.1)
Ayuda profesional	34	(6.1)
Actitud positiva	31	(5.6)
Vivir un día a la vez	29	(5.2)
Involucrarse en actividades sociales	19	(3.4)
Planear y preparar con anticipación	15	(2.7)
Optimizar la comunicación	13	(2.3)
Limitar las actividades, no comprometerse en exceso	11	(2.0)
Buscar información	8	(1.4)
Ejercicio	8	(1.4)
Ayudar a otros más necesitados	7	(1.3)
Darse cuenta de que el tiempo cura todas las heridas	7	(1.3)
Evitar la situación	6	(1.1)
Experiencia en dificultades previas	5	(.9)
Soportar por el bien de otros	5	(.9)
Ingerir alcohol, tranquilizantes	5	(.9)
Soportar como siempre	4	(.7)
Salir de vacaciones	3	(.5)
Reconocer a otros en la misma o en una situación peor	3	(.5)
Liberar emoción (llorar o maldecir)	3	(.5)
Bajar expectativas o devaluar	3	(.5)
Misceláneo	31	(5.6)
Totales	556	(100.6)

NOTAS: 100 ancianos reportaron 556 comportamientos de afrontamiento para 289 experiencias estresantes. Los porcentajes suman más de 100 debido al redondeo.

FUENTE: Koenig et al., 1988, p. 306.



## *Religión y bienestar emocional en la vejez*

La religión parece jugar un papel de apoyo para muchos ancianos.\* Algunas posibles explicaciones incluyen el apoyo social, el estímulo de un estilo de vida saludable, la percepción de una forma de control de la vida a través de la oración, la mejora en los estados emocionales positivos, la reducción del estrés y la fe en Dios como una vía de interpretar la mala fortuna (Seybold y Hill, 2001). Pero, ¿la religión realmente mejora la salud y el bienestar?

Evidencia sustancial apunta a una relación positiva entre la religión o la espiritualidad y la salud, pero mucha de esta investigación no es sólida metodológicamente (Miller y Thoresen, 2003; Seeman, Dubin y Seeman, 2003; Sloan y Bagiella, 2002), siendo las definiciones de estos términos, con frecuencia, imprecisos (Hill y Pargament, 2003; Miller y Thoresen, 2003; Wink y Dillon, 2003). Una revisión de los estudios que tienen un sustento metodológico relativamente sólido encontró una reducción de 25 por ciento en el riesgo de la mortalidad entre adultos sanos que asistían semanalmente a los servicios religiosos. La religión o la espiritualidad tienden a proteger contra enfermedades cardiovasculares, debido principalmente al estilo de vida saludable que alienta, pero no hay evidencia de que detenga el avance del cáncer o mejore la recuperación de enfermedades agudas o proteja contra la discapacidad (Powell, Shahabi y Thoresen, 2003).

Otra revisión de dichas investigaciones encontró correlaciones positivas entre la religiosidad o la espiritualidad y la medidas de salud, bienestar, satisfacción marital y funcionamiento psicológico, y

correlaciones negativas con el suicidio, la delincuencia, la criminalidad y el uso de drogas y alcohol (Seybold y Hill, 2001). Incluso otra revisión arrojó evidencia que apoya los beneficios fisiológicos de la meditación (Seeman *et al.*, 2003). En un estudio con 223 ancianos británicos, se reportó que las creencias espirituales o religiosas predicen significativamente el bienestar y moderan el impacto negativo de la debilidad humana en el bienestar (Kirby, Coleman y Daley, 2004).

En otro estudio, los entrevistadores pidieron a cien hombres y mujeres de raza blanca y cultos (de 55 a 80 años de edad, divididos aproximadamente de manera equivalente entre la clase trabajadora y la clase media superior, y 90 por ciento protestante) describir los peores eventos en sus vidas y cómo lidiaron con ellos (Koenig, George y Siegler, 1988). Los participantes describieron 289 eventos estresantes y 556 estrategias de afrontamiento.

A la cabeza de la lista de estrategias (véase la tabla 12.1) estuvieron comportamientos relacionados con la religión, citados por 58 por ciento de las mujeres y 32 por ciento de los hombres. Casi tres cuartos de tales estrategias religiosas consistieron en depositar su confianza y fe en Dios, en rezar y en obtener ayuda y fuerza de Dios. Otras fuentes religiosas que proporcionaban ayuda a los entrevistados incluyeron a amigos y actividades de la iglesia, al ministro y la Biblia.

La siguiente estrategia más comúnmente utilizada fue la de despejar la mente del problema al mantenerse ocupado, por ejemplo, en actividades relacionadas con el trabajo, sociales, recreativas y familiares; al leer o ver televisión; o al disfrutar de un pasatiempo.

\* A menos que se indique de otra manera, la discusión en esta sección se basa en Papalia, Olds y Feldman (2007).

La tercera y cuarta estrategias involucraron la aceptación, y a otras personas. Muchos de los participantes fueron ayudados por la filosofía expresada en la “oración de la serenidad”: “Dios, dame la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, el valor para cambiar las que puedo y la sabiduría para entender la diferencia”. Estas personas pensarían en un problema y harían todo lo que pudieran para resolverlo, pero luego aceptarían la situación, si fuera necesario, y continuarían con sus vidas. El apoyo y el aliento de la familia y amigos también ayudó; cuando se les preguntó, la mayoría de las personas dijo que otros los habían auxiliado en los malos tiempos. Relativamente pocos participantes acudieron a un profesional de la salud; cuando lo hicieron, dicha persona tenía cuatro veces más probabilidad de ser un médico personal que un profesional de la salud mental.

En un estudio de 836 ancianos de dos grupos seculares y tres con orientación religiosa, la moral se asoció de manera positiva con tres tipos de actividad religiosa: *organizada* (ir a la iglesia o templo y tomar parte en las actividades), *informal* (rezar, leer la Biblia) y *espiritual* (compromiso cognitivo personal con creencias religiosas). Las personas más religiosas tenían una moral más alta y una mejor actitud hacia el envejecimiento y estuvieron más satisfechas y menos solitarias. Las mujeres y personas mayores de 75 años mostraron las correlaciones más significativas entre la religión y el bienestar (Koenig, Kvale y Ferrel, 1988).

Relativamente poca parte de la investigación acerca de religión y espiritualidad se ha realizado con minorías raciales/étnicas. De entre 3 050 ancianos mexicanoestadounidenses, que asistían a la iglesia una vez a la semana, se encontró que el 32 por

ciento de ellos tuvo un menor riesgo de mortalidad que quienes nunca asistían a la iglesia. Esto fue cierto incluso cuando se controlaron características sociodemográficas, salud cardiovascular, actividades de la vida diaria, funcionamiento cognitivo, funcionamiento físico, apoyo social, comportamientos de salud, salud mental y salud percibida (Hill, Angel, Ellison y Angel, 2005).

Los ancianos afroamericanos tienden a estar más involucrados en la actividad religiosa que sus pares blancos, y las mujeres de color tienden a involucrarse más que los varones afroamericanos (Coke y Twaite, 1995; Levin y Taylor, 1993; Levin, Taylor y Chatters, 1994). Para los ancianos de color, la religión está cercanamente relacionada con la satisfacción de vida y el bienestar (Coke, 1992; Coke y Twaite, 1995; Krause, 2004a; Walls y Zarit, 1991). Un factor especial es la creencia de muchos afroamericanos de que la iglesia ayuda a cuidarlos al confrontar la injusticia racial (Krause, 2004a). Los afroamericanos que sienten apoyo de sus iglesias tienden a reportar altos niveles de bienestar; y mientras más religiosos sean los ancianos, más satisfacción reportan con la vida (Coke, 1992; Walls y Zarit, 1991). Para todas las edades y ambos sexos, la actividad religiosa más común entre los adultos afroamericanos es la oración personal (Chatters y Taylor, 1989).

Dado que casi toda la investigación acerca de la religión en las vidas de los ancianos estadounidenses ha sido transversal, es posible que volver hacia la religión en la vejez sea un efecto de cohorte en vez de un resultado del envejecimiento. Sin embargo, también es probable que, conforme las personas piensen en el significado de sus vidas y acerca de la muerte como el final inevitable, puedan enfocarse más en las cuestiones espirituales.

Desde luego, una condición inevitable que los adultos deben enfrentar es el envejecimiento mismo. ¿Cómo lo hacen? Algunas teorías y estudios tratan de contestar específicamente esta pregunta.

## “ENVEJECIMIENTO EXITOSO”

“Envejecimiento exitoso”, ¿qué demonios significa eso?... ¿Nuestra sociedad se encuentra tan orientada al logro que ahora es posible fracasar al envejecer? Al alentar la definición de que existe una forma correcta y una equivocada de envejecer, se desalientan los intentos por tratarse uno mismo con benevolencia. (King, 1993, p. 14.)

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué áreas incluirías en tu definición sobre el “envejecimiento exitoso”?

Esta carta de un lector indignado a una revista desafía un concepto que los gerontólogos han estudiado y debatido durante casi medio siglo. ¿Algunas adaptaciones durante el proceso del envejecimiento son más exitosas, es decir psicológicamente más saludables que otras? ¿El “envejecimiento exitoso” es el mismo para todos? ¿O la única definición relevante es una personal?

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.\* Dado que los factores modificables juegan un papel importante en los índices del proceso del envejecimiento, se permanece aún de acuerdo con la “nueva” gerontología que sostiene que algunas personas pueden envejecer más exitosamente que otras (Rowe y Kahn, 1998).

Una considerable cantidad de trabajo, financiada por la MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging (Rowe y Kahn, 1998), identificó 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 en la material, que ayuda a la salud mental; y en tanto permanezcan activos y productivos, no se piensan a sí mismos como ancianos.

Otra aproximación es la de examinar la experiencia subjetiva: es decir, en qué grado los individuos logran sus metas y qué tan satisfechos se hallan con sus vidas. Un modelo, por ejemplo, enfatiza la cantidad de control que la persona conserva sobre varios aspectos de su existencia (Schulz y Heckhausen, 1996). En un estudio, las personas reportaron mayores sentimientos de control sobre su trabajo, finanzas y matrimonios conforme envejecían, pero menos control sobre sus vidas sexuales y en las relaciones con los hijos (Lachman y Weaver, 1998). Otro estudio encontró que las personas tienden a vivir más tiempo si poseen un sentido de control sobre el rol (como esposo, padre, proveedor o amigo) que es más relevante para ellos (Krause y Shaw, 2000).

Todas las definiciones sobre el *envejecimiento exitoso*, u *óptimo*, están sobreluadas, algo que es inevitable. Estos términos, dicen los críticos, pueden cargar, más que liberar, a los ancianos al presionarlos para satisfacer estándares que no pueden

\*A menos que se anote de otro modo, esta discusión se basa en Papalia, Olds y Feldman (2007).

o no quieren satisfacer (Holstein y Minkler, 2003). El concepto de envejecimiento exitoso, de acuerdo con dichos críticos, no pone suficiente atención a las restricciones que pueden limitar las elecciones de estilos de vida diferentes. No todos los adultos tienen los buenos genes, educación y circunstancias favorables para “construir el tipo de vida que eligieron” (p. 792), y los “ya marginados” tienen más probabilidad de “toparse con el lado equivocado de... la división” (p. 791). Un resultado no intencional de etiquetar a los ancianos como exitosos o no puede ser “culpar a las víctimas” y dirigirlos a estrategias de autoderrota sobre el “anti-envejecimiento”. También puede tenderse a menospreciar a la vejez en sí y negar la importancia de aceptar, o adaptarse a, lo que no se puede cambiar.

Con tales preocupaciones en mente, observemos algunas teorías e investigaciones, clásicas y actuales, acerca de envejecer bien.

## 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. Jung y Levinson hablaron de una necesidad de equilibrar los lados masculino y femenino de la naturaleza propia y dejar de esforzarse por triunfar en el mundo, para comenzar a explorar la vida interior. Tres modelos clásicos se enfocan de manera específica en la adaptación al envejecimiento.

### PECK: AJUSTES DE LA PERSONALIDAD DE LA ADULTEZ MEDIA Y TARDÍA

Uno de los primeros intentos por identificar los factores relacionados con el envejecimiento exitoso fue el de Robert Peck (1955). Al ampliar los conceptos de Erikson, Peck identificó siete ajustes en el desarrollo psicológico que consideró necesarios para una adaptación sana al envejecimiento: cuatro en la adultez media y tres en la vejez.

Los ajustes críticos de Peck de la adultez media representan un cambio de las proezas físicas a la flexibilidad mental y emocional. Ninguna de estas fases del desarrollo necesita esperar hasta la adultez media; pero, de acuerdo con Peck, si no tiene lugar al alcanzar esta etapa, la adaptación exitosa sería dudosa.

- *Valorar la sabiduría frente a la fuerza física.* La *sabiduría*, definida como la habilidad de hacer las mejores elecciones en la vida, depende de un amplio rango de experiencias vitales, lo que implica más que sólo maquillar la disminución de la fuerza y la resistencia y la pérdida de apariencia juvenil.
- *Socializar frente a sexualizar en las relaciones humanas.* Las personas llegan a valorar a los hombres y las mujeres en sus vidas como individuos únicos, como amigos y compañeros en vez de principalmente como objetos sexuales.
- *Flexibilidad emocional frente a empobrecimiento emocional.* Conforme los hijos crecen y se vuelven independientes, y los padres, cónyuges y amigos mueren, se vuelve crucial la habilidad de desplazar la carga emocional de una persona y de una actividad a otras.
- *Flexibilidad mental frente a rigidez mental.* Hacia la adultez media, muchas personas han elaborado un conjunto de respuestas a preguntas relevantes sobre la vida. Pero, a menos que continúen buscando nuevas respuestas, pueden quedarse estancados en el camino y cerrarse a nuevas ideas.

Los ajustes de Peck necesarios en la vida tardía permiten a las personas moverse más allá de las preocupaciones por el trabajo, el bienestar físico y la mera existencia, a una comprensión más amplia de sí mismos y del propósito de la vida.

- *Autodefinición más amplia frente a preocupación por los roles en el trabajo.* Conforme se aproxima la jubilación, las personas que se definieron a sí mismas mediante su empleo necesitan redefinir su valía y dar nueva estructura y dirección a sus vidas, al explorar otros intereses y sentir orgullo por sus atributos personales.
- *Trascendencia del cuerpo frente a preocupación por el cuerpo.* Conforme las habilidades físicas declinan, las personas se adaptan mejor si se enfocan en relaciones y actividades que no demanden una salud perfecta. A lo largo de la vida, los adultos necesitan cultivar habilidades mentales y sociales que puedan desarrollar con la edad.
- *Trascendencia del yo frente a preocupación por el yo.* Probablemente la adaptación más difícil, y posiblemente la más crucial, para los ancianos es ir más allá de la preocupación por sí mismos y sus vidas presentes, a la aceptación de la certeza de la muerte. Necesitan reconocer el legado significativo y duradero que han dejado a través de sus actos: los hijos que criaron, las contribuciones que hicieron a la sociedad y las relaciones personales que forjaron. En lugar de preocuparse por sus propias necesidades, pueden continuar contribuyendo al bienestar de otros.

#### TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN VS. TEORÍA DE LA ACTIVIDAD

¿Cuál es el ajuste más sano, o más adaptativo, al envejecimiento: mirar tranquilamente desde una mecedora al mundo que pasa, o mantenerse ocupado desde la mañana hasta la noche? Para intentar responder a la anterior pregunta se han propuesto dos modelos contrastantes: la teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad. De acuerdo con la **teoría de la desvinculación**, el envejecimiento normalmente trae una reducción gradual en el involucramiento social y mayor preocupación por el yo. De acuerdo con la **teoría de la actividad**, mientras más activas permanecen las personas, mejor envejecen.

La teoría de la desvinculación fue una de las más influyentes en la gerontología. Sus creadores (Cumming y Henry, 1961) argumentan que la desvinculación es una condición universal del envejecimiento: que el declive en el funcionamiento físico desemboca en una inevitable y gradual retirada de los roles sociales, lo que a final de cuentas conduce a la muerte. Más de tres décadas después, se han encontrado algunos hallazgos empíricos aislados que apoyaron la teoría de la desvinculación, pero han “desaparecido en su mayor parte de la literatura empírica” (Achenbaum y Bengtson, 1994, p. 756). Ahora esta teoría es considerada como defectuosa, ya que presenta problemas para su fundamentación. David Gutmann (1974, 1977, 1992), por ejemplo, argumenta que la “desvinculación” en las culturas tradicionales, como la que se produce en la sociedad druze (véase el recuadro 11.3 del capítulo 11), sólo es una transición entre los roles de la adultez media y la tardía, y que la verdadera desvinculación ocurre sólo en las sociedades en las que los ancianos no tienen roles adecuados y bien establecidos para su etapa de vida.

La teoría de la actividad surge como una alternativa a la teoría de la desvinculación. Bernice Neugarten y sus colaboradores (Neugarten, Havinghurst y Tobin, 1968), descubrieron que los individuos cuyos roles sociales reflejaban altos niveles



de actividad mostraban un nivel alto de satisfacción. Y que los individuos que tenían roles sociales que reflejaban desvinculación también poseían alta satisfacción en su vida. De acuerdo con esta teoría, la actividad continua es crucial para el envejecimiento exitoso. Los roles de un adulto (trabajador, cónyuge, padre, etc.) son la principal fuente de satisfacción; mientras mayor sea la pérdida de roles a través de jubilación, viudez, distancia de los hijos o debilidad, menos satisfecha se encontrará la persona. Los individuos que envejecen exitosamente mantienen tantas actividades como les sea posible y encuentran sustitutos para los roles perdidos.

Cuando Neugarten y sus colaboradores observaron las personalidades, la actividad y la satisfacción con la vida de adultos que envejecían (Neugarten *et al.*, 1968), encontraron cuatro estilos principales de envejecimiento. 1) Las personas *integradas* funcionaban bien, con una rica vida interior, habilidades cognitivas intactas y un alto nivel de satisfacción. (Los individuos con roles sociales altos en niveles de actividad y los individuos desvinculados estuvieron en tal categoría.) 2) Las personas *acorazadas-defensivas* estaban orientadas al logro, competían y eran fuertemente controladas. 3) Las personas *pasivas-dependientes* eran apáticas o buscaban depender de otros. 4) Las personas *no integradas* eran desorganizadas, tenían poco control sobre sus emociones, mostraban un pobre funcionamiento cognitivo y psicológico, y tenían problemas de afrontamiento. Esta investigación indica que hay algunos roles sociales que pueden conducir a la satisfacción en la vida.

Otros estudios encontraron que la actividad en y por sí misma alberga poca relación con la satisfacción con la vida (Lemon, Bengtson y Peterson, 1972). Estudios posteriores sugieren que el *tipo* de actividad es el que importa: las actividades informales con amigos y familiares son más satisfactorias que las grupales, formales y estructuradas o actividades solitarias como leer, ver televisión y los pasatiempos (Longino y Kart, 1982). Pero un análisis ulterior indicó que la actitud de la persona en la vida es afectada sólo ligeramente, si es que lo es, por *cualquier* tipo de actividad (Okun, Stick, Haring y Witter, 1984). Más aún, un análisis del efecto de la actividad sobre la mortalidad entre 508 ancianos mexicanoestadounidenses y anglos durante un periodo de ocho años encontró que el hecho de que las personas murieran más pronto o más tarde en absoluto estaba relacionado con qué tan activos habían sido, una vez que se tomaron en cuenta otros factores como edad, salud y género (Lee y Markides, 1990). Por tanto, aunque la teoría de la actividad, hasta el momento, no se ha descartado (Marshall, 1994), algunos gerontólogos la consideran simplista.

## Modelos de equilibrio

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. Dos modelos 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.

### ATCHLEY: TEORÍA DE LA CONTINUIDAD

De acuerdo con la **teoría de la continuidad**, que propuso el gerontólogo Robert Atchley (1989), las personas que envejecen exitosamente son capaces de mantener

algo de continuidad o conexión con el pasado, en sus estructuras tanto internas como externas a lo largo de sus vidas. Las *estructuras internas* incluyen conocimiento, autoestima y un sentido de historia personal, o lo que Erikson denominó “integridad del yo”. Las *estructuras externas* incluyen tanto roles, relaciones, actividades y fuentes de apoyo social, como el ambiente físico.

Es normal, sugiere Atchley, que los adultos que envejecen busquen un equilibrio satisfactorio entre la continuidad y el cambio en sus estructuras de vida. Demasiados cambios hacen la vida sumamente impredecible; pocos, la hacen muy desabrida. Por tanto, aunque algo de cambio es tanto deseable como inevitable, hay un impulso interno por la consistencia: una necesidad por evitar un rompimiento total con el pasado. Tal impulso se refuerza socialmente, pues la gente tiende a esperar que una persona piense y actúe casi del mismo modo que siempre.

Entonces, el “envejecimiento exitoso” puede significar distintas cosas para diferentes personas. Desde esta perspectiva, la actividad es relevante no por sí misma, sino en la medida en que representa una continuación del estilo de vida de una persona. Para los ancianos que siempre han sido activos y comprometidos en sus roles sociales, puede ser importante continuar con un alto nivel de actividad. Otros, que han sido menos activos en el pasado, pueden ser más felices en la proverbial mecedora. Esta idea gana apoyo entre los investigadores (como se reportó en el capítulo 8) que demuestran que muchos jubilados son más felices realizando actividades laborales o de ocio similares a las que disfrutaron en el pasado.

Cuando el envejecimiento produce cambios físicos o cognitivos, puede ser difícil mantener la continuidad en el ambiente externo. Un anciano puede volverse dependiente de los cuidadores y es posible que tenga que establecer nuevas reglas para su alojamiento. La adaptación exitosa puede depender del apoyo de la familia, amigos o instituciones sociales que le ayuden a compensar las pérdidas y a minimizar la discontinuidad. Esta idea es acorde a la creciente tendencia en muchos países por intentar mantener a los ancianos fuera de las instituciones pero dentro de la comunidad, y ayudarles a vivir tan independientemente como sea posible (véase el capítulo 10).

La teoría de la continuidad puede ayudar a explicar los hallazgos de que, contrario a la extendida creencia, los homosexuales tienden a adaptarse al envejecimiento con relativa facilidad. Se ha sugerido que, dado que por lo general tienen alguna práctica para lidiar con los estigmas, pueden hallarse mejor preparados para enfrentar otro más: el del envejecimiento. Y su orientación sexual puede hacerlos sentirse cómodos con los flexibles roles andróginos (Berger y Kelly, 1986). Por tanto, el choque del envejecimiento puede amortiguarse mediante la continuidad en ciertas áreas. Los homosexuales mejor adaptados en la vejez (más satisfechos con sus vidas, menos autocríticos y menos proclives a desarrollar problemas psicosomáticos) están enormemente satisfechos con su orientación sexual; además, tienden a pasar por un periodo de experimentación sexual más temprano en su vida, lo que puede ayudarlos a ajustarse a las implicaciones de ser homosexual (Adelman, 1991).

#### **WHITBOURNE: ESTILOS DE IDENTIDAD Y ADAPTACIONES AL ENVEJECIMIENTO**

De acuerdo con el modelo de desarrollo de la personalidad de Whitbourne (1987; Whitbourne y Primus, 1996), que se presentó en el capítulo 11, las personas enfrentan el envejecimiento en forma muy parecida a como se manejaron frente a retos anteriores. Los cambios físicos, mentales y emocionales asociados con el envejecimiento pueden desestabilizar el autoconcepto y se deben asimilar, acomodar o ambos. Es

probable que el estilo de identidad —cómo una persona por lo general encuentra un equilibrio entre asimilación (continuidad) y acomodación (cambio)— determine cómo alguien se adapta al envejecimiento.

Tanto la asimilación como la acomodación implican beneficios y costos. Probablemente, las personas cuyo estilo es predominantemente de asimilación mantengan una autoimagen juvenil positiva y nieguen cualquier cambio negativo. Pueden desplegar su energía psicológica al intentar conservar este resultado optimista y fracasar al tomar medidas que puedan ayudarlas a compensar las pérdidas. Es probable que los individuos cuyo estilo es predominantemente de acomodación se vean a ellos mismos, acaso prematuramente, como ancianos. Aunque más seguros en las definiciones sobre sí mismos, pueden preocuparse en exceso por los síntomas del envejecimiento y la enfermedad. Las personas con un estilo de identidad más equilibrado serán capaces de hacer un ajuste más realista. Tomarán iniciativas para controlar lo que se puede y se esforzarán por aceptar lo que queda fuera de su control.

En la actualidad, de acuerdo con el creciente reconocimiento tanto de la estabilidad como del cambio en la personalidad a lo largo del ciclo de vida adulta, los modelos de equilibrio, particularmente la teoría de la continuidad, son más atractivos que los antiguos modelos normativos. Será interesante ver si los modelos más recientes pueden construir una base más robusta de investigaciones. A final de cuentas, las teorías del “envejecimiento exitoso” deben de sostenerse o ser derrumbadas dependiendo de con cuánta precisión pueden describir el comportamiento “normal” en la vejez. Sin embargo, es posible que no se genere una gran teoría universal para describir el envejecimiento normal, ya que como se ha expuesto el “envejecimiento exitoso” puede ser diferente para cada sociedad o cohorte e incluso para cada individuo.

## Visiones populares sobre el envejecimiento exitoso

¿Cómo definirías el “envejecimiento exitoso”? Preguntó un investigador (Ryff, 1989) a un grupo de personas en la adultez media y en la vejez. A diferencia de los teóricos que enfatizan los factores autoorientados, como el autoconocimiento y la autoaceptación, los participantes en ambos grupos etarios definieron el “envejecimiento exitoso” principalmente en términos de relaciones: es decir, de cuidar a y salir con otros.

No obstante, las diferencias entre los dos grupos etarios se manifestaron cuando se les preguntó con qué se sentían infelices y qué cambiarían si pudieran. Las personas en la adultez media fueron más infelices debido a los problemas familiares. Deseaban poder cambiar algún aspecto de ellos mismos o lograr más en su trayectoria escolar o en sus carreras profesionales. Los ancianos más frecuentemente expresaron no estar infelices con nada y dijeron que no cambiarían nada, excepto la salud. El hecho de que las personas en la adultez media se preocupen por un desarrollo continuo y los ancianos enfatizan la aceptación, nos remite a Erikson y Peck, y sugiere que el “envejecimiento exitoso” puede tomar diferentes significados cerca del final de la vida.

Desafortunadamente, no todos ni a cualquier edad son capaces de afrontar exitosamente las variadas y múltiples situaciones estresantes que se presentan a lo largo de la vida. En la siguiente sección se estudiarán los patrones de comportamiento destructivo. El capítulo concluirá con un vistazo a la salud mental en la vida tardía: qué tan satisfechos se encuentran los ancianos con sus vidas; los trastornos mentales que a veces ocurren; y las fortalezas internas desarrolladas en el curso de la vida, que pueden ser los únicos medios que tienen para enfrentar el envejecimiento.

## PATRONES DEL COMPORTAMIENTO DESTRUCTIVO

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué patrones de comportamiento destructivo observas en la sociedad, en tu generación y en ti? ¿Qué recomendarías hacer para reducir o eliminar tales patrones destructivos?

Cuando Nicole Simpson llamó a la policía en un frenético intento por hacer que su esposo, O. J. Simpson, dejara de golpearla, el héroe del fútbol americano dijo a los oficiales que se marcharan, debido a que se trataba de un asunto privado. Pero el comportamiento destructivo, ya sea dirigido hacia uno mismo o a los demás, no es sólo un asunto íntimo. Las personas que abusan del alcohol o las drogas no sólo se lastiman ellas mismas y a quienes los rodean, sino que también, con frecuencia, causan un daño irreparable a sus hijos. Los individuos que abusan de sus parejas o hijos causan daños que pueden tener repercusiones a largo plazo, incluso para generaciones futuras, pues, a su vez, las víctimas del abuso con frecuencia se convierten en abusadores. Y las personas que abusan de los ancianos y los débiles contribuyen a un clima en el que la seguridad y la dignidad de todos se encuentran en peligro.

### Trastornos por uso de sustancias

Elvis Presley, Janis Joplin, John Belushi, River Phoenix: hay una larga lista de celebridades que han sucumbido a trastornos por el uso de sustancias. El **abuso de sustancias** significa el uso dañino de alcohol u otras drogas. Se define como un patrón de comportamiento mal adaptado, que consiste en poseer uno o más de los siguientes criterios durante un periodo de doce meses: el fracaso para satisfacer las principales obligaciones de rol social desempeñado, la utilización de la sustancia en situaciones que pueden ser peligrosas, problemas legales relacionados con el empleo de la sustancia o problemas sociales/interpersonales (DSM-IV). El abuso puede conducir a la **dependencia de las sustancias**, o adicción, que puede ser fisiológica, psicológica o ambas. Una persona que presenta tres de los siguientes criterios se considera dependiente de una sustancia: tolerancia creciente (necesidad de más cantidad de la sustancia para lograr el mismo efecto); la experimentación de síntomas de abstinencia cuando se retira la sustancia; la ingesta de más cantidad de la sustancia, o durante un tiempo más prolongado; querer pero ser incapaz de suprimir o controlar su empleo; gastar una gran cantidad de tiempo y esfuerzo para obtener la sustancia o recuperarse de sus efectos; dejar o reducir importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al uso de la sustancia; continuar su ingesta aun cuando provoque o empeore problemas físicos o psicológicos persistentes o recurrentes (APA, 1994). Los trastornos debido al uso de sustancias tienden a presentarse en las familias y pueden resultar a partir de una combinación de factores genéticos, de una personalidad vulnerable y de las influencias ambientales (Irons, 1994).

### PENSAMIENTO CRÍTICO

Piensa en una persona que conozcas que abusa de sustancias. ¿Los factores genéticos, la personalidad o las influencias ambientales parecen actuar de forma conjunta o un factor domina sobre los otros? ¿Qué diferencias individuales son aparentes?

La extensión de los problemas con sustancias entre los ancianos con frecuencia se subestima. Dado que muchos de ellos viven solos o tienen limitados contactos sociales, un problema puede pasar sin detectarse. Los miembros de la familia en ocasiones ignoran o encubren la evidencia del abuso de sustancias. Incluso en los hospitales, los trastornos por sustancias en este grupo etario con frecuencia no se reconocen, no se reportan o no se remiten para tratamiento, acaso debido a una noción equívoca de que éstos no son problemas de los ancianos o que no se puede hacer mucho por ellos (Atkinson, Ganzini y Bernstein, 1992). La tabla 12.2 muestra los factores que aumentan el riesgo del abuso de sustancias en un anciano.

**TABLA 12.2**

*Factores que aumentan el riesgo de abuso de sustancias en los ancianos*

*Factores demográficos*

- Género masculino (alcohol, sustancias ilícitas)
- Género femenino (sedantes-hipnóticos)

*Factores relacionados con la sustancia*

- Abuso previo de sustancias
- Historia familiar (alcoholismo)

*Mayor sensibilidad biológica*

- Sensibilidad a la droga
- Enfermedad médica asociada con el envejecimiento
- Pérdida cognitiva
- Enfermedad cardiovascular
- Trastornos metabólicos

*Factores inducidos médicamente*

- Dependencia a medicamentos de prescripción
- Interacciones droga-droga y alcohol-droga
- El cuidador usa en exceso el medicamento *según se necesite*
- El médico aconseja o da permiso para usar alcohol

*Factores psicosociales*

- Pérdidas y otros estresores importantes
- Ocio y dinero
- Aislamiento social
- Colusión familiar

*Factores psiquiátricos*

- Depresión
- Demencia
- Síntomas subjetivos de enfermedad crónica

FUENTE: Adaptado de Atkinson *et al.*, 1992, p. 520.

**EFFECTOS DE COHORTE**

Imagina lo que ocurriría si mañana se legalizaran en Estados Unidos la marihuana, la cocaína y la heroína, como lo han hecho algunos países. Casi de la noche a la mañana, los estadounidenses comenzarían a ver publicidad para tales productos, y pronto estarían fácilmente disponibles en muchas tiendas. Si esto sucede, ¿su actitud hacia el uso de tales drogas cambiaría? ¿Las actitudes de tus hijos serían diferentes de las tuyas si ellos crecieran en una sociedad en la que estas drogas fueran legales?

Una droga, el alcohol, fue ilegal durante un tiempo en Estados Unidos, pero luego se legalizó de nuevo. La mayoría de los lectores de este texto no pueden recordar la época cuando, por ejemplo, no había comerciales de cerveza, pero muchos ancianos sí tienen esos recuerdos. Las personas que crecieron entre 1920 y 1933, cuando era ilegal vender o distribuir alcohol (aunque la prohibición se desobedecía ampliamente), bien pueden tener diferentes actitudes hacia la bebida que los grupos etarios más jóvenes.

El uso o abuso de sustancias específicas tiene que ver menos con la edad que con la cohorte y el contexto; y los hábitos y actitudes hacia aquéllos, por lo general, se establecen en la adultez temprana (Atkinson *et al.*, 1992). Las personas en la adultez media que crecieron durante los años sesenta, cuando el uso de marihuana y otras drogas ilegales por parte de adolescentes estaba en su máximo apogeo, tienen mucha más probabilidad de emplear estas drogas en la actualidad que la que sus padres tenían en la misma época de vida (SAMHSA, 2001). En un estudio longitudinal, cuando más de mil estudiantes de segundo y tercer años de bachillerato fueron entrevistados de nuevo a sus 24 o 25 años de edad, la mayoría de quienes comenzaron a probar cierta droga en su adolescencia todavía la usaban (Kandel, Davies, Karus y Yamaguchi, 1986).

Conforme los “baby boomers” envejecen, probablemente aumente la necesidad para el tratamiento del abuso de sustancias en los ancianos. Gfroerer, Penne, Pember-ton y Folsom (2003) predicen que, hacia el 2020, el número de personas mayores de 50 años de edad que necesitarán tratamiento por abuso de sustancias aumentará de 1.7 a 4.4 millones. Los “baby boomers” tienen más probabilidad de emplear dro-gas ilícitas (incluido el uso no médico de drogas de prescripción) que las generaciones previas: 56 por ciento ha probado alguna droga ilícita en su vida, en comparación con 26 por ciento de las generaciones anteriores (SAMHSA, 2002). También comen-zaron a usar drogas más tempranamente, lo que se asocia con un creciente abuso de sustancias y una dependencia hacia éstas más tarde en la vida. Los “baby boomers” presentan tasas más altas en el consumo de drogas ilícitas y en el abuso del alcohol que las generaciones anteriores; habría que comentar que el alcohol explica el 74 por ciento de las admisiones de las personas pertenecientes a esta generación a centros de tratamiento, en quienes tienen 55 años o más (SAMHSA, 2004).

#### ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

El alcoholismo ha sido calificado como el “principal problema de salud mental del siglo” (Horton y Fogelman, 1991, p. 302). Aunque se ha visto una reducción de éste en los años recientes debido a la educación y a los programas que promueven la conciencia del abuso, 11 millones de estadounidenses todavía abusan del alcohol o son adictos a éste (SAMHSA, 2002). Se estima que en el 50 por ciento de los homi-cidios (CDC, 2004) y el 40 por ciento de todas las violaciones y accidentes automov-ilísticos está involucrado el alcohol (SAMHSA, 2005). El abuso del alcohol es espe-cialmente un problema masculino; es el trastorno mental más comúnmente diagnosticado entre hombres de 18 a 64 años de edad y el tercero más común entre varones de 65 años y más, después de los trastornos afectivos y otros tipos de abuso de sustancias (B. S. Grant, comunicación personal, 6 de julio de 1995; Horton y Fogelman, 1991). El alcoholismo es el problema líder de salud mental entre los na-tivos americanos (Stanford y Du Bois, 1992).

Aunque los ancianos tienen menos probabilidad de abusar del alcohol que otros grupos etarios, los problemas con sustancias más comunes en la vejez involucran el alcohol. Los ancianos tienen más probabilidad de abusar de éste que de otras drogas, en especial las ilegales (Kopera-Frye, Wiscott y Sterns, 1999). Algunos datos sugieren que alrededor de uno de cada diez ancianos que viven en la comunidad, y uno de cada cinco de los que habitan en asilos son alcohólicos (Horton y Fogelman, 1991). Otras estimaciones elaboradas para los ancianos institucionalizados alcanzan un porcentaje tan alto como el 60 por ciento, aunque no hay estudios acerca de las tasas reales de abuso del alcohol en cuidados durante un periodo prolongado (Lichten-berg, 1994). Está documentado que los ancianos tienen de dos a seis veces más probabilidad que las ancianas de presentar problemas con el alcohol. Dos estudios clínicos sugieren que el alcoholismo puede ser más frecuente entre los ancianos afroamericanos que entre otros grupos raciales o étnicos (Blum y Rosner, 1983; McCusker, Cherubin y Zimberg, 1971).

Dos tercios de los ancianos alcohólicos comenzaron a beber antes o durante el comienzo de sus veinte años y por lo general demostraron un patrón de compor-tamiento adictivo durante sus vidas. Sin embargo, algunos se iniciaron en la bebida mucho después de los 50, generalmente en respuesta a factores estresantes como un duelo, la jubilación, la soledad, una enfermedad física o dolor. Contrario a una creencia errónea muy arraigada, los ancianos que son alcohólicos de ambas catego-

**TABLA 12.3**

*Creencias comunes acerca de los problemas con el alcohol*

**Creencia**

“Es más fácil detectar un problema con el alcohol en un anciano que en un joven”

“Los medicamentos por lo general reducen los efectos del alcohol en los ancianos”

“Las mujeres con problemas de alcoholismo tienden a ser más reservadas acerca de su forma de beber que los hombres”

“En los ancianos, el sistema nervioso central es muy sensible al efecto depresivo del alcohol”

“Los signos del alcoholismo en los ancianos se detectan con facilidad”

“Los ancianos presentan más probabilidad que los jóvenes de admitir que tienen un problema con el alcohol”

“Los problemas con el alcohol en la vejez aumentan la probabilidad de suicidio”

“El alcohol es un estimulante y hace que los ancianos se sientan más jóvenes y con más energía”

“Una persona debe desear dejar de beber antes de que se le pueda ayudar”

“La misma cantidad de alcohol tiene un mayor efecto sobre los ancianos que sobre los más jóvenes”

**Cierto o falso y por qué**

*Falso.* El abuso del alcohol en la vejez con frecuencia se oculta y en consecuencia pasa inadvertido. El alcoholismo en los ancianos no es tan fácilmente detectable por problemas en el trabajo o arrestos por manejar ebrios, muchos de ellos beben solos y en privado.

*Falso.* Los medicamentos intensifican los efectos del alcohol, por tanto aumentan sus peligros.

*Cierto.* La sociedad estigmatiza más a las mujeres que abusan del alcohol que a los hombres, por lo que ellas pueden ocultar su forma de beber y sentirse más avergonzadas y culpables.

*Cierto.* El sistema nervioso central es bastante sensible al alcohol y sus efectos se pueden confundir con demencia.

*Falso.* La dependencia del alcohol puede ser similar a muchas condiciones médicas, y los problemas médicos pueden enmascarar la dependencia al alcohol.

*Falso.* Un problema de alcoholismo con frecuencia representa un fuerte conflicto moral para los ancianos, y la negación puede ser más fuerte en este grupo.

*Cierto.* El riesgo de suicidio es muy alto para los varones ancianos blancos que viven solos y tienen una historia de abuso de alcohol.

*Falso.* El alcohol es un depresivo y deteriora el pensamiento, la memoria, el juicio y la coordinación.

*Falso.* Por lo general, los alcohólicos no reconocen la gravedad de su problema, pero a muchos se les puede persuadir para buscar tratamiento.

*Cierto.* El alcohol se metaboliza y excreta más lentamente en los ancianos, lo que resulta en niveles de alcohol en la sangre más altos e intoxicación más rápida.

FUENTE: Adaptado de Pratt, Wilson, Benthin, & Schmall, 1992.

rías responden adecuadamente al tratamiento (Horton y Fogelman, 1991; Lichtenberg, 1994), a veces incluso mejor que los alcohólicos más jóvenes (Atkinson *et al.*, 1992). La tabla 12.3 muestra otras creencias comunes y algunas equívocas acerca de los problemas con el alcohol, particularmente en la vejez.

Probablemente el alcohol se convierta en el futuro en un problema más serio para los ancianos (Kopera-Frye, Wiscott y Sterns, 1999). Aunque la investigación transversal muestra menos uso de alcohol entre ancianos que en adultos más jóvenes, esto bien puede ser un efecto de cohorte limitado a la generación que vivió en la época de la prohibición. Dos grandes estudios longitudinales (Dufour, Colliver, Stinson y Grigson, 1988; Glynn, Bouchard, LoCastro y Laird, 1985) no encontraron cambios dentro de grupos de edades diferentes en el uso del alcohol. Por tanto, es probable que las futuras generaciones de ancianos mantengan su alto consumo actual de alcohol.

La adicción a sustancias no es sólo un problema individual. Puede afectar a toda la familia y con frecuencia se asocia a la violencia doméstica y los conflictos familiares (Irons, 1994).

## Violencia del compañero íntimo

Los casos del asesinato de Nicole Simpson y el de Lorena Bobbitt, quien castró a su esposo con un cuchillo de cocina después de cuatro años de supuesto abuso sexual y físico, focalizaron la atención pública en la violencia ejercida por el compañero íntimo: la violencia contra un cónyuge, un ex cónyuge o un compañero íntimo. La **violencia del compañero íntimo (VCI)** incluye violencia física (uso intencional de fuerza física con la posibilidad de causar la muerte, discapacidad, lesión o daño), violencia sexual (uso de fuerza física para obligar a una persona a sostener un acto sexual contra su voluntad, un acto sexual con alguien que es incapaz de consentir o cualquier contacto sexual abusivo), amenazas de violencia física o sexual (uso de palabras, gestos o armas para comunicar la intención), abuso psicológico o emocional (trauma a la víctima causado por actos, amenazas o tácticas coercitivas) y acecho (comportamiento repetido que lleva a las víctimas a sentir un alto nivel de miedo) (CDC, 2004).

De acuerdo con la National Crime Victimization Survey (encuesta nacional de victimización criminal), existen aproximadamente un millón de incidencias de VCI cada año, y aproximadamente sólo la mitad de ellas se reporta a las autoridades. Dicha violencia por lo general ocurre en privado, y con frecuencia las víctimas no la denuncian porque tienen vergüenza o temen represalias. En 1998 hubo alrededor de 1 830 muertes por VCI, de las cuales 1 300 fueron de mujeres. Las víctimas con más posibilidad de VCI son mujeres jóvenes (edades de 18 a 24), pobres, no educadas, afroamericanas y divorciadas o separadas (U.S. Bureau of Justice Statistics, 1994; CDC, 2006b).

La VCI ocurre tanto en parejas heterosexuales como homosexuales. Aunque las tasas de VCI contra mujeres han disminuido en un 21 por ciento desde 1993, ellas todavía son las víctimas en 85 por ciento de los casos. Casi la mitad de estas mujeres sufren lesiones físicas, sin embargo solamente cuatro de cada diez víctimas reciben tratamiento médico (CDC, 2006b).

El abuso por lo general comienza con empujones o bofetadas y luego se incrementa con golpes que dejan a algunas mujeres viviendo en un terror constante, a algunas críticamente lesionadas y a otras muertas. En los casos de homicidio provocado por un compañero íntimo, el 44 por ciento de las víctimas visitó la sala de urgencias como consecuencia del abuso durante los dos años previos a su muerte (Crandall, 2004). Noventa y uno por ciento de las víctimas de intento de asesinato



o de asesinato consumado por un compañero íntimo reportaron ser abofeteadas durante el año previo (Aldridge y Brown, 2003).

### ABUSADORES Y VÍCTIMAS

Los hombres que abusan de las mujeres tienden a ser socialmente aislados, a poseer baja autoestima, a ser sexualmente inadaptados y excesivamente celosos, a minimizar o negar la frecuencia e intensidad de su violencia y a culpar a la mujer (Bernard y Bernard, 1984; Bouza, 1990). El golpear a la esposa es más frecuente en los matrimonios con un marido dominante y menos en los matrimonios equitativos. No es tan frecuente en los matrimonios con una esposa dominante; un marido frustrado puede ver el golpear a su mujer como la única forma de ejercer su poder sobre ella (Yllo, 1984).

¿Por qué las mujeres siguen con el hombre que abusa de ellas? Algunas tienen baja autoestima y sienten que merecen ser golpeadas. Además, las víctimas de la agresión con frecuencia minimizan la importancia de esta situación. Pueden atribuirla al alcohol, la frustración y al estrés. Pueden interpretarla como signo de amor o de masculinidad y negar que sus compañeros realmente quieren lastimarlas. Hasta un cuarto de las mujeres y un tercio de los hombres con cónyuges agresivos no consideran que están infelizmente casados (O'Leary *et al.*, 1989). Las esposas que dependen financieramente de sus parejas son especialmente vulnerables; las mujeres golpeadas que regresan con sus maridos por lo general no cuentan con un empleo y sienten que no tienen otro lugar a dónde ir (Kalmuss y Straus, 1982; Strubre y Barbour, 1984). Algunas mujeres temen partir y abandonar a su abusador. La constante exposición al ridículo, las críticas, las amenazas, el castigo y la manipulación psicológica pueden minar su autoconfianza (NOW Legal Defense and Education Fund y Chernow-O'Leary, 1987). Además, sus abusadores las aíslan de la familia y amigos. Si intentan terminar la relación o llamar a la policía, simplemente reciben más abuso (Geller, 1992).

Las tasas de VCI son más altas entre los afroamericanos, y este grupo también presenta más probabilidades de involucrarse en una violencia mutua (ambos compañeros son violentos uno con el otro). Los investigadores sugieren que esto puede ocurrir porque las mujeres afroamericanas históricamente han contribuido de manera significativa al bienestar financiero del hogar, lo que las hace “menos proclives a tolerar las relaciones con compañeros violentos sin vengarse o involucrarse en una violencia defensiva” (Field y Caetano, 2004).

Las normas y las expectativas culturales pueden explicar por qué las mujeres del sur asiático y las hispanas tienen menos probabilidad de reportar la VCI o utilizar servicios como los refugios para mujeres, las asesorías y los juzgados para escapar de una situación violenta. Los roles de género de ser una buena esposa y madre y los fuertes sentimientos de lealtad, identificación y vinculación a la familia pueden evitar que busquen ayuda. En las mujeres del sur asiático también cuentan el fuerte estigma asociado con el divorcio en su cultura y el temor que tienen de parecer demasiado “occidentalizadas” como razones para no dejar una relación violenta. Los valores culturales de respeto, honor y solidaridad familiar influyen en la decisión de las mujeres hispanas para no reportar VCI o abandonar la relación (Yoshioka, Gilbert, El-Bassel y Baig-Amin, 2003).



© Stephen Agricola/Stock Boston

*Los refugios donde las mujeres golpeadas pueden acudir para protección y asesoría son una respuesta al problema de la violencia doméstica.*

La ley estadounidense de violencia contra las mujeres, adoptada en 1994, contempla la imposición de penas más severas, la designación de fondos para refugios, una línea telefónica nacional para reportar la violencia doméstica, y la educación, tanto de jueces y del personal de los juzgados como de los jóvenes en general, acerca de aquélla (Walker, 1999). Los refugios requieren ofrecer amplias oportunidades de empleo y de educación para las mujeres abusadas que sean económicamente dependientes de sus compañeros, y los profesionales de la salud necesitan cuestionar a las mujeres acerca de las lesiones que presentan y que les parezcan sospechosas, e informarles sobre los riesgos que pueden tener en su salud física y mental en caso de permanecer con un compañero abusivo (Kaukinen, 2004).

Los abusadores que reconocen su problema cuando surge por primera o segunda vez y buscan ayuda, tienen más probabilidad para cambiar. Además, a muchos de los que se someten a tratamiento por mandato judicial se les enseña a modificar su comportamiento agresivo. Los hombres que son arrestados por violencia familiar tienen menos probabilidades de seguir abusando de sus familias, por lo que un creciente número de comunidades adopta este enfoque (Bouza, 1990; Sherman y Berk, 1984; Sherman y Cohn, 1989). Sin embargo, algunos abusadores que se resisten a cambiar no ven nada de malo en lo que hacen. Son aquellos menos sensibles y receptivos a la rehabilitación los que presentan más probabilidades de convertirse en asesinos (Geller, 1992).

#### ANCIANAS ABUSADAS

Cuando se habla de una esposa golpeada, se puede pensar en una mujer joven, frecuentemente con hijos. Aunque los estudios muestran que aproximadamente 1.4 millones de mujeres estadounidenses con edades de 45 a 64, y un estimado de 500 mil mujeres de 65 años o más son abusadas por su marido o compañero varón (Older Women's League, 1994). En entrevistas con una muestra aleatoria de 2 mil ancianos en el área de Boston, 58 por ciento de las mujeres que fueron sujetas a violencia acusaron a sus cónyuges (Pillemer y Finkelhor, 1988).

¿Por qué los ancianos abusan de sus parejas? Un conflicto que ha sufrido una pareja a lo largo de su matrimonio puede volverse más virulento cuando ocurre algo que altera el equilibrio de la relación. Un hombre jubilado que siente una pérdida en su hombría puede intentar revalorarla al golpear a su esposa; uno que fue abusivo con los compañeros de trabajo y subordinados ahora puede convertir a su esposa en su nuevo objetivo, por ser quien se encuentra a la mano (AARP, 1993). Si una mujer se enferma, su compañero puede desmoronarse bajo el estrés del cuidado que le brinda.

Presiones específicas tienden a mantener a una esposa que es anciana y sufre abuso de su pareja dentro de la relación. Los valores y las normas de comportamiento de estas mujeres fueron establecidas en una época cuando a ellas no se les alentaba a ser independientes y los roles femeninos eran enormemente diferentes. En ese tiempo el abuso de cualquier tipo no se hablaba o reconocía, y las expectativas sociales dictaban que las mujeres debían conservar las instituciones del matrimonio y la familia y hacerlas funcionales. Los trastornos tanto económicos como psicológicos de dejar un hogar en el que se ha vivido por muchos años e interrumpir las relaciones establecidas desde mucho tiempo atrás con amigos, familia y vecinos pueden ser formidables. Una mujer puede sentir que tiene más que perder al irse que al quedarse, porque invirtió mucho en tales relaciones. Más aún, las ancianas tal vez carezcan de la educación o las habilidades necesarias para conseguir un empleo e independizarse (Rhodes y McKenzie, 1998).

## Abuso infantil y negligencia

El abuso de la pareja y el **abuso infantil**, maltrato de un hijo que involucra lesión física, con frecuencia van de la mano. En la mitad de todas las familias estadounidenses en las que las mujeres son golpeadas, los hijos también lo son (NOW Legal Defense and Education Fund y Chernow-O'Leary, 1987).

Desde su nivel más alto en 1993, las tasas de abuso infantil reportado y **negligencia**, entendida como el fracaso para satisfacer las necesidades básicas de un dependiente, en Estados Unidos han venido descendiendo en casi 20 por ciento. Sin embargo, las agencias de servicios de protección infantil estatales y locales investigaron y confirmaron unos 896 mil casos de abuso infantil y negligencia en 2002, siendo el número real, sin duda, mucho más elevado (USDHHS, 2004).

Los hijos de todas las edades son víctimas del abuso y la negligencia, pero las tasas más altas de *muertes* por maltrato (76 por ciento) se localizan entre las edades de tres años y más pequeños (USDHHS, 2004; véase la figura 6.2). Un estimado de 1 400 niños estadounidenses murieron por abuso o negligencia en 2002: 38 por ciento por negligencia, 30 por ciento por abuso físico y 29 por ciento por más de un tipo de maltrato (USDHHS, 2004).

En aproximadamente 8 de cada 10 casos de abuso físico o negligencia, los perpetradores son los padres del niño, por lo general la madre (USDHHS, 2004). El maltrato por parte de los padres es un síntoma de extrema perturbación en la crianza infantil, usualmente agravada por otros problemas familiares, como pobreza, falta de educación, alcoholismo, depresión o comportamiento antisocial. Un desproporcionado número de niños abusados y desatendidos viven en familias grandes, pobres o de un solo padre, que tienden a hallarse bajo estrés y a presentar problemas para satisfacer las necesidades del niño (Sedlak y Broadhurst, 1996; USDHHS, 2004). Sin embargo, lo que lleva a un padre al límite, a otro puede no importarle. Si bien muchos de los casos de negligencia ocurren en familias muy pobres, la mayoría de los padres de bajos ingresos no descuidan a sus hijos.

La probabilidad de que un niño sea físicamente abusado tiene poco que ver con las propias características del infante y más con el ambiente doméstico, de acuerdo con un estudio nacional de corte longitudinal sobre gemelos (Jaffee *et al.*, 2004). El abuso puede comenzar cuando un padre que ya está ansioso, deprimido o es hostil, intenta controlar físicamente a un niño pero pierde el autocontrol y termina por sacudir o golpearlo (USDHHS, 1999). Los padres que abusan de los niños tienden a presentar problemas conyugales y a pelear físicamente. Sus hogares suelen estar desorganizados y experimentan más eventos estresantes que otras familias (Reid *et al.*, 1982; Sedlak y Broadhurst, 1996).

Los padres que son negligentes se distancian de sus hijos. Pueden ser sumamente críticos con los niños o no comunicarse con ellos. Muchas de las madres negligentes fueron desatendidas cuando eran niñas y están deprimidas o se sienten desamparadas. Muchos de los padres fueron abandonados o no les proporcionaron suficiente apoyo financiero o emocional. La atmósfera familiar tiende a ser caótica, con personas que entran y salen (Dubowitz, 1999).

El abuso infantil y la negligencia con frecuencia ocurren dentro de las mismas familias. Éstas frecuentemente carecen de alguien con quien acudir en momentos de estrés y que se percate de lo que está sucediendo en su interior (Dubowitz, 1999). El abuso de sustancias es un factor que está involucrado en al menos un tercio de los casos de abuso y negligencia (USDHHS, 1999).

## PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué mecanismos críticos de afrontamiento y habilidades personales parecen no poseer los abusadores y ser implementadas regularmente por quienes no son abusadores?

Al abuso puede seguir el asesinato. De acuerdo con el Departamento de Justicia, el 57 por ciento de los padres que fueron acusados de los asesinatos de sus hijos menores de doce años en grandes áreas urbanas en 1988, ya habían abusado previamente del niño; lo que representa ocho de cada diez casos (Dawson y Langan, 1994). A veces el asesino de un niño es el novio de la madre, y ésta no interviene o intenta encubrirlo. A veces la mujer sufre abuso y está demasiado intimidada para proteger al hijo.

¿Qué hace a un vecindario de bajos ingresos un lugar donde los niños tienen enormes probabilidades de ser maltratados y a otro, correspondiente en población étnica y niveles de ingresos, más seguro? En un vecindario del centro de Chicago, la proporción de niños que murieron por maltrato (una muerte por cada 2 541 niños) fue casi del doble que en otro también ubicado en el centro de la ciudad. En la comunidad que presenta el alto índice de abuso, la actividad criminal era rampante, y las instalaciones para programas comunitarios eran lúgubres. En cambio en el vecindario donde el índice de abuso era más bajo, las personas describían a su comunidad como un lugar pobre pero decente para vivir. Lo señalaban como dotado de robustas redes de apoyo social, servicios comunitarios bien ubicados y con fuertes líderes políticos. En una comunidad como ésta, es menos probable que el maltrato ocurra (Garbarino y Kostelny, 1993).

Dos factores culturales asociados con el abuso infantil son la violencia social y el castigo físico de los niños. En los países donde el crimen con violencia es poco frecuente y los niños rara vez son golpeados, como Japón, China y Tahití, el abuso infantil es raro (Celis, 1990). En Estados Unidos, en cambio, los homicidios, la violencia doméstica y las violaciones son comunes, y en muchos estados todavía se permite el castigo corporal en las escuelas. De acuerdo con la información proporcionada por una muestra representativa, más de nueve de diez padres de preescolares y casi la mitad de los padres de los niños en edad escolar reportan emplear el castigo físico en casa (Straus y Stewart, 1999).

## Abuso de los ancianos

Considera el siguiente escenario: una mujer en la adultez media conduce en su coche hacia la sala de urgencias de un hospital en una ciudad estadounidense de mediano tamaño. Saca del auto a una frágil anciana (que parece un poco confundida) y la pone en una silla de ruedas, la lleva a la sala de urgencias y sale caminando tranquilamente alejándose en el auto, sin dejar identificación (Barnhart, 1992). El “botar” es una forma de **abuso en los ancianos**, es decir el maltrato o la negligencia de los ancianos dependientes o la violación de sus derechos personales.

Aunque un estimado de 2.1 millones de incidentes de abuso en ancianos ocurren anualmente (American Psychological Association, 2005), sólo uno de cada catorce casos es reportado a las autoridades (U.S. Department of Justice, 2001), principalmente por médicos y otros profesionales de la salud. Contrario a la creencia popular, la mayor parte del abuso en ancianos no ocurre en las instituciones donde se encuentran, debido a la existencia de leyes y regulaciones que lo evitan. El abuso en ancianos se verifica con más frecuencia en aquellos que son más frágiles y vulnerables y viven con sus cónyuges o sus hijos adultos. En el 90 por ciento de todos los casos, el abusador es un miembro de la familia, y en dos tercios de tales situaciones se trata del cónyuge o hijo adulto (Administration on Aging, 2005).

La negligencia es la forma más común de maltrato (casi 50 por ciento), seguido por el abuso psicológico (alrededor del 35 por ciento), la explotación financiera (30

por ciento) y el abuso físico (25 por ciento) (U.S. Department of Justice, 2001). Las ancianas tienen más probabilidad que los ancianos de sufrir abuso. Es más frecuente que la violencia ocurra si el anciano sufre demencia o depresión, si adolece de algún otro tipo de deterioro mental o si tiene una discapacidad o enfermedad física (American Psychological Association, 2005).

En Estados Unidos, la mayoría de las víctimas ancianas reportadas por abuso son blancas. Es difícil estudiar esta problemática en los ancianos miembros de minorías étnicas, porque las personas pertenecientes a tales grupos poseen diferentes concepciones acerca de qué constituye un abuso y es posible que, por razones culturales, sea menos probable que se quejen o lo reporten. En las culturas tradicionales china y japonesa, el cuidado de los ancianos es responsabilidad de la familia. Conforme cambian las estructuras familiares y las relaciones, las generaciones más jóvenes, en numerosos casos, se hallan menos deseosas de asumir tal responsabilidad, por lo que el concepto de abuso en ancianos se ha convertido en un punto focal de estudio en años recientes. En una investigación con ancianos chinos, el abuso verbal fue el más comúnmente reportado. El abuso físico y la violación de los derechos personales fueron relativamente raros (Chau-Wai Yan y So-Kum Tang, 2004). En un estudio de ancianos japoneses, la negligencia fue el tipo más común de abuso, y en muchos casos estuvo involucrada una nuera que era la responsable del cuidado de los padres del esposo. El abuso físico fue la segunda forma más comúnmente señalada, seguida por el abuso psicológico (Shibusawa, Kodaka, Iwano y Kaizu, 2005).

El abuso en los ancianos puede surgir de muchas situaciones: una historia de violencia o la continuación de ésta en la relación, un cuidador que tiende a utilizar la violencia como un método para resolver los problemas, el estrés del cuidador, el abuso de sustancias, el estrés financiero, la falta de conocimiento o habilidades del cuidador, las enfermedades mentales o emocionales, o el hecho de que un cuidador se sienta atrapado y desamparado. La causa más común de abuso ocurre debido a un cambio en la situación de la vida familiar. La adición de un dependiente anciano a un hogar puede ser una gran fuente de estrés y, en ocasiones, una carga financiera para las familias.

El abuso de los ancianos debe reconocerse como un tipo de violencia doméstica; por lo general, tanto la víctima como el abusador necesitan tratamiento (Hooyman, Rathbone-McCuan, y Klingbeil, 1982; Pillemer y Finkelhor, 1988). La asesoría puede ayudar a las familias a lidiar tanto con los problemas personales y comportamentales, como a enfrentar el estrés. El apoyo social y los grupos de autoayuda pueden auxiliar a las víctimas a identificar lo que ocurre, reconocer que no tienen que tolerar el maltrato y encontrar cómo detenerlo o alejarse de él. Los grupos de apoyo para los miembros de la familia proporcionan un espacio para discutir los problemas, compartir soluciones y aliviar la tensión (American Psychological Association, 2005). La tabla 12.4 menciona signos típicos de algunas clases de abuso de ancianos.

La negligencia por parte de los cuidadores que son también familiares por lo general no es intencional; muchos no saben cómo proporcionar atención adecuada o ellos mismos padecen un pobre estado de salud. La mayor parte de los casos de abuso físico puede resolverse rápidamente mediante asesorías y provisión de los servicios necesarios (AARP, 1993). Los abusadores requieren tratamiento para reconocer lo que hacen y asistencia para reducir el estrés del cuidador. Los grupos de autoayuda pueden auxiliar a las víctimas a identificar qué es lo que pasa, a reconocer que no tienen que tolerar el maltrato y encontrar la forma de cómo detenerlo o alejarse de él.

**TABLA 12.4***Signos del abuso en ancianos*

<b>Tipo de abuso</b>	<b>Indicaciones específicas</b>
Abuso físico	Deliberada imposición de dolor o lesión Empujar, golpear, pellizcar Alimentación forzada Uso inadecuado de restricciones Uso inapropiado de medicamentos
Negligencia física	Fracaso del cuidador para satisfacer las necesidades (como alimento, bebidas, anteojos y auxiliares auditivos)
Abuso psicológico	Causar angustia mental mediante recriminaciones, intimidaciones o amenazas de castigo o aislamiento
Negligencia psicológica	Fracaso para proporcionar estimulación social Aislamiento prolongado Ignorar o aplicar un tratamiento de silencio (no dirigir la palabra al anciano)
Abuso financiero o material	Robar dinero o pertenencias Firma coercitiva de contratos Uso ilegal o inadecuado de los fondos, propiedades o bienes de un anciano
Negligencia financiera o material	Fracaso para usar los fondos y recursos disponibles para sostener o restaurar la salud y el bienestar
Violación de derechos personales	Negar el derecho a la privacidad Negar el derecho a que el anciano decida en su asuntos personales y de salud Desalojo forzoso o inclusión forzada en un asilo
Abuso sexual	Imposición de contacto sexual no consentido de cualquier tipo
Autonegligencia	Comportamiento de un anciano que amenaza su propia salud o seguridad
Abandono	Deserción de un individuo que tenía custodia física o asumió la responsabilidad de proporcionar cuidado a un anciano

FUENTE: Administration on Aging, 2005.

## SALUD MENTAL EN LA VEJEZ: UN ENFOQUE DEL DESARROLLO DEL CICLO DE VIDA

Contrario al estereotipo, el deterioro en la salud mental en la vejez no es típico. La mayoría de los ancianos goza de buena salud mental, pero casi 20 por ciento de quienes tienen 55 años o más experimentan trastornos mentales que no son parte del envejecimiento normal (Older Adults and Mental Health: Issues and Opportunities, 2001). De hecho, la enfermedad mental es menos común entre los ancianos que en los adultos más jóvenes. En Estados Unidos, menos del 14 por ciento de las ancianas y del 11 por ciento de los ancianos sufren de algún trastorno mental (Wykle y Musil, 1993), aunque entre los adultos mayores admitidos en los asilos, un estimado de 43 a 60 por ciento los padecen (Gatz y Smyer, 1992).

El énfasis en la multidireccionalidad del cambio, es decir tanto hacia el crecimiento como al declive, es una característica relevante de la perspectiva de desarrollo del ciclo de vida. Los adultos se van haciendo más diferentes que parecidos entre ellos conforme envejecen, y el estado mental no es la excepción. Otras características del enfoque del ciclo de vida, que se refieren al reconocimiento del contexto del desarrollo y a sus múltiples causas, se aplican también a la salud mental.

Con frecuencia, los trastornos mentales tienen una etiología física. Una persona que presente problemas para caminar provocados por la artritis que padece, puede deprimirse a menos que se hagan esfuerzos específicamente dirigidos para que sea capaz de mantener el contacto con la sociedad. Un individuo que disfruta resolviendo crucigramas, pero al que ahora ya no le es posible escribir sin dolor puede necesitar buscar nuevas fuentes de estimulación intelectual. Una persona que haya tenido un infarto puede estar temerosa de reanudar la actividad sexual, y si tal preocupación no se comunica e intenta resolverse, tal vez se tense la relación conyugal y se afecte la salud mental de ambos cónyuges.

La personalidad también puede jugar un papel importante. Los individuos con un alto grado de *neurosis* (véase el capítulo 11) pueden ser vulnerables a los trastornos mentales en la vejez. Los patrones de la personalidad más comunes que se han identificado con el envejecimiento, como la interioridad y la preocupación por los cambios corporales, pueden conducir a perturbaciones si se llevan a los extremos. Dónde vive una persona y con quién, la presencia o ausencia de un cónyuge o alguna otra compañía íntima, pueden ser factores determinantes (Lebowitz y Niederehe, 1992).

La plasticidad es otra característica del enfoque del ciclo de vida. Contrario a la creencia de Freud de que los procesos mentales de los ancianos son demasiado rígidos y que cuentan con muy poco tiempo para hacer que la terapia valga la pena (Whitbourne, 1989), los gerontólogos encuentran que los adultos mayores pueden responder exitosamente al tratamiento.

Observemos primero el lado positivo de la salud mental, luego los trastornos mentales en la vejez y finalmente una manera de valorar las fortalezas y los recursos de los ancianos.

### Salud mental y satisfacción con la vida

Muchos factores, incluidos la salud física, el ajuste psicológico, el estatus socioeconómico, los eventos de vida y el apoyo social, pueden afectar la salud mental de un anciano (Wykle y Musil, 1993). Factores similares han sido identificados como re-

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuáles son los obstáculos asociados con la provisión de servicios de salud mental para los adultos que envejecen? ¿Estos servicios deben ser una parte del tratamiento proporcionado durante el final de la vida?

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo describirías a un anciano que tiene buena salud psicológica?

levantes en la satisfacción con la vida (Schulz, 1985). Un sentido de autocontrol es vital (Hooker y Kaus, 1994; Lachman, 1986).

#### MÚLTIPLES DIMENSIONES DEL BIENESTAR

El bienestar tiene muchas facetas, y los diferentes investigadores han usado diversos criterios para medirlo, lo que hace difícil comparar los resultados obtenidos. Carlo Ryff y sus colaboradores (Keyes y Ryff, 1999; Ryff, 1995; Ryff y Singer, 1998), tomando como base a una serie de teóricos que van desde Erikson hasta Maslow, desarrollaron un modelo multifactorial que incluye seis dimensiones de bienestar y una escala de autorreporte para medirlas. Las seis dimensiones son la *autoaceptación*, las *relaciones positivas con los demás*, la *autonomía*, el *dominio ambiental*, el *propósito en la vida* y el *crecimiento personal* (véase la tabla 12.5). De acuerdo con Ryff, las personas psicológicamente saludables muestran actitudes positivas hacia ellos mismos y los demás. Deciden por ellos mismos, regulan su propio comportamiento y eligen o crean ambientes adecuados a sus necesidades. Poseen metas que hacen significativas sus vidas y se esfuerzan por explorar y desarrollarse ellos mismos tan completamente como sea posible.

Una serie de estudios transversales basados en la escala de Ryff muestran que la adultez media es un periodo de salud mental generalmente positivo (Ryff y Singer, 1998). Las personas en la adultez media expresan mayor bienestar que los adultos mayores y los más jóvenes en algunas áreas, aunque no en todas. Fueron más autónomos que los adultos más jóvenes, pero menos decididos y enfocados en el crecimiento personal: las dimensiones orientadas al futuro descendieron de manera más pronunciada en la adultez tardía. El dominio del medio ambiente, por otra parte, aumentó entre la adultez media y la tardía. La autoaceptación fue relativamente estable para todos los grupos etarios. Desde luego, dado que esta investigación fue transversal, no se sabe si las diferencias se debieron a la maduración, el envejecimiento o a factores de la cohorte.

Los estudios también observaron las influencias del género y de la clase. Se observó que el bienestar de hombres y mujeres fue muy similar, pero estas últimas tuvieron relaciones sociales más positivas. El bienestar fue mayor para los hombres y mujeres con más educación y mejores empleos (Ryff y Singer, 1998).

De hecho, el trabajo asalariado, desde hace mucho tiempo considerado central para el bienestar de los hombres, en la actualidad también es reconocido como una fuente importante de bienestar para las mujeres, ya que éste proporciona un sentido de independencia y competencia aparte de las labores familiares. A pesar de su potencial para el estrés, muchas mujeres en la adultez media parecen prosperar en múltiples roles (Antonucci y Akiyama, 1997; Barnett, 1997).

#### Trastornos mentales

Contrario a la creencia común, la salud mental tiende a mejorar con la edad. Sólo 6 por ciento de los ancianos estadounidenses reportan aflicción mental frecuente (Moore, Moir y Patrick, 2004). Sin embargo, las perturbaciones mentales y comportamentales que sí ocurren en los adultos mayores pueden ocasionar tanto el deterioro funcional en las principales actividades de la vida como en el declive cognitivo (van Hooren *et al.*, 2005).

La enfermedad, las pérdidas sociales importantes y las características de personalidad duraderas parecen ser más relevantes que la edad *per se* entre las causas de la



**TABLA 12.5**

### *Dimensiones de bienestar empleadas en la escala de Ryff*

#### Autoaceptación

*Alta calificación:* poseen una actitud positiva hacia el yo; reconocen y aceptan múltiples aspectos del yo, incluidas cualidades buenas y malas; se sienten satisfechos acerca de la vida pasada.

*Baja calificación:* se sienten insatisfechos con el yo, decepcionados con lo que ocurrió en la vida pasada; tienen problemas con ciertas cualidades personales; desean ser diferentes a como son.

#### Relaciones positivas con otros

*Alta calificación:* tienen relaciones cálidas, satisfactorias y confiables con otros; se preocupan por el bienestar de los demás; son empáticos, afectuosos y establecen intimidad con los demás; comprenden el dar y recibir de las relaciones humanas.

*Baja calificación:* poseen pocas relaciones cercanas y confiables con otros; encuentran difícil ser cálidos, abiertos y estar preocupados por los demás; son aislados y se frustran con las relaciones interpersonales; no quieren hacer compromisos que impliquen sostener lazos importantes con otros.

#### Autonomía

*Alta calificación:* son autodeterminados e independientes; son capaces de resistir las presiones sociales para pensar y actuar en ciertas formas; regulan su comportamiento desde el interior; evalúan el yo mediante estándares personales.

*Baja calificación:* se preocupan por las expectativas y evaluaciones de los demás; se apoyan en los juicios de los demás para tomar decisiones importantes; actúan de determinadas maneras de acuerdo con las presiones sociales.

#### Dominio del ambiente

*Alta calificación:* poseen un sentido de dominio y competencia en la gestión del ambiente; controlan arreglos complejos de actividades externas; aprovechan de manera eficaz las oportunidades del entorno; son capaces de elegir o crear contextos adecuados para las necesidades y valores personales.

*Baja calificación:* tienen dificultad para manejar los asuntos cotidianos; se sienten incapaces de cambiar o mejorar el contexto circundante; no están al tanto de las oportunidades que los rodean; carecen de sentido de control sobre el mundo exterior.

#### Propósito en la vida

*Alta calificación:* cuentan con metas en la vida y un sentido de dirección; sienten que hay significado en el presente y la vida pasada; conservan creencias que dan propósito a la vida; tienen metas y objetivos para vivir.

*Baja calificación:* carecen de un sentido de significado en la vida; poseen pocas metas, no cuentan con un sentido de dirección; no encuentran el significado en la vida pasada; no tienen perspectiva o creencias que den significado a la vida.

#### Crecimiento personal

*Alta calificación:* poseen un sentimiento de desarrollo continuo; ven al yo como en crecimiento y expansión; están abiertos a nuevas experiencias; encuentran sentido en aprovechar su potencial; ven una mejora en sí mismos y en su comportamiento con el tiempo; cambian en formas que reflejan más autoconocimiento y efectividad.

*Baja calificación:* tienen un sentido de estancamiento personal; carecen de sentido de mejoría o expansión con el tiempo; se sienten aburridos con y no interesados en la vida; se sienten incapaces de desarrollar nuevas actitudes o comportamientos.

FUENTE: Adaptado de Keyes y Ryff, 1999, tabla 1, p. 163.

depresión u otras enfermedades mentales. Los profesionales de la salud mental muestran un interés creciente con respecto a la necesidad de la valoración clínica de los ancianos. Se dice que la *psicopatología* en los adultos mayores aparece cuando un anciano expresa aflicción, perturba a los demás, es incompetente y muestra un cambio en su estado previo, en especial cuando tal cambio es rápido y evidente; cuando se observa que las causas de estos eventos se originan en el individuo en vez de en sus circunstancias; cuando los eventos se juzgan como mal adaptados; y cuando se encuentra disponible un tratamiento para frenar, o revertir, el avance de dichos eventos. Tal definición permite ver las características de la psicopatología a lo largo de un continuo (Smyer y Qualls, 1999).

La *adaptación* se puede definir como el proceso de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de un individuo en un ambiente continuamente cambiante. La *patología* es resultado del fracaso de la persona que intenta adaptarse a las demandas para satisfacer las necesidades básicas o pretende cubrir las necesidades básicas en formas que son inadaptadas (por ejemplo, a costa de dolor) a través de sufrimiento y trastornos dentro del individuo o del ambiente.

La salud emocional en la vejez con frecuencia involucra una adaptación exitosa a un número de tareas que se presentan durante la vida. Una gran tarea es la adaptación a las pérdidas que se generan durante el periodo de la vejez, que pueden incluir las pérdidas del cónyuge, de relaciones y roles sociales y del empleo y socios relacionados, el descenso en los ingresos, la movilidad, la salud física y la pérdida de oportunidades para desempeñar un trabajo significativo y con reconocimiento. Los recursos financieros, el hogar, la salud y el involucramiento social se encuentran todos interrelacionados con las respuestas y capacidades emocionales. Una respuesta positiva incluiría la sustitución de alguna de las pérdidas con nuevas relaciones y roles o un nuevo entrenamiento para recuperar las capacidades perdidas. Cuando es necesario, es posible que los ancianos tengan que aprender a desempeñarse con menos recursos (Butler, Lewis y Sunderland, 1998).

Muchos ancianos y sus familias creen de manera equivocada que no pueden hacer algo para solucionar los problemas mentales y de comportamiento que se presentan. En realidad, unas cien de dichas condiciones, incluidas aproximadamente 15 por ciento de casos de demencia, se pueden curar o aliviar. Las más comunes, además de la intoxicación con drogas, son la depresión, el delirio, los trastornos metabólicos o infecciosos, la mala nutrición, la anemia, el alcoholismo, el bajo funcionamiento tiroideo, los problemas emocionales y las lesiones menores en la cabeza (National Institute on Aging, 1980, 1993; Wykle y Musil, 1993). Pero muchos ancianos, en especial quienes pertenecen a grupos minoritarios y aquellos que viven en áreas rurales, no obtienen la ayuda que precisan (Fellin y Powell, 1988; Roybal, 1988), ya sea porque desconocen que sus síntomas son tratables, porque son demasiado orgullosos o temerosos para admitir que necesitan ayuda, o porque creen que no pueden costearlos. El tratamiento privado puede ser caro; no todas las comunidades ofrecen servicios de salud mental de bajo costo, y los programas sociales y de salud no siempre llegan a quienes lo necesitan. Aunque se estima que cerca del 8 por ciento de los ancianos no institucionalizados requieren servicios psiquiátricos, sólo alrededor del 5 por ciento obtiene tratamiento de profesionales de la salud mental o de médicos familiares (Burns y Taub, 1990).

Los mismos trastornos mentales que afectan a los jóvenes pueden atacar a los ancianos, excepto por el caso de la *esquizofrenia* (la pérdida de contacto con la

realidad, que involucra alucinaciones, delirios y otras perturbaciones del pensamiento) que rara vez inicia en la vejez (Butler, 1987b). Observa más de cerca los tres trastornos mentales que popularmente se cree son los más comunes en la vejez: depresión, demencia e hipochondría.\* Como verás, esto parece ser cierto sólo para la segunda.

## DEPRESIÓN

Art Buchwald es un escritor ganador del premio Pulitzer cuyas columnas humorísticas aparecen en unos 550 periódicos; ha hecho reír a millones de estadounidenses durante cuatro décadas. Sin embargo, en la vida privada, Buchwald ha luchado durante años con una depresión tan seria que dos veces estuvo a punto de suicidarse (Buchwald, 1994). Barbara Bush, la ex primera dama estadounidense, habló sobre un episodio de seis meses que experimentó en 1976, cuando combatió una depresión que la condujo a pensar en el suicidio (Bush, 1994).

Todo mundo se siente “triste” en algún momento; un estado de ánimo bajo ocasional no necesariamente significa una depresión clínica. Un **episodio depresivo agudo**, la forma más severa de depresión clínica, es aquel que continúa durante al menos dos semanas, en las que una persona muestra tanto extrema tristeza o pérdida de interés o placer en la vida, como al menos otros cuatro síntomas más, como cambios en peso o apetito; insomnio; agitación; fatiga; sentimientos de minusvalía o culpa inadecuada; incapacidad para pensar, concentrarse o decidirse; y pensamientos de muerte o suicidio. Los síntomas no se deben al abuso de drogas, medicamentos, enfermedad o una pérdida reciente, y deben causar significativa aflicción o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otro (APA, 1994). Otras formas de depresión clínica son tanto severas como transitorias, continuas o crónicas pero moderadas (“Depression”, 1995).

Alrededor de 15 a 17 por ciento de los estadounidenses, dos tercios de ellos mujeres, han experimentado alguna forma de depresión clínica, 9.5 por ciento dentro del periodo de un año (NIMH, 2003). En cualquier parte del mundo, entre el 50 y 65 por ciento de las personas deprimidas, incluido un desproporcionado número de ancianos, no reciben tratamiento, en parte debido a una creencia errónea de que la depresión es un signo de debilidad o que pasará sola. En realidad, en uno de cada cinco casos la depresión se vuelve crónica, y de hecho puede conducir al suicidio (“Depression”, 1995; “Listening to Depression”, 1995).

---

\* Los criterios diagnósticos para las tres condiciones provienen del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición* (DSM-IV), de la American Psychiatric Association (APA, 1994).



© Stan Levy/Photo Researchers

*La depresión en los ancianos es de difícil diagnóstico porque los médicos atribuyen los síntomas a enfermedades físicas o al envejecimiento, o porque los ancianos tienden a no quejarse de sentirse deprimidos. Los hombres tienen menos probabilidad que las mujeres de consultar a médicos o reportar problemas de salud.*

**Diagnóstico de depresión en ancianos** Una creencia común es que los ancianos, debido a sus pérdidas físicas y emocionales, son particularmente vulnerables a la depresión. Los ancianos sí muestran más síntomas de perturbaciones del estado de ánimo que los más jóvenes. Pero, sorprendentemente, tienen menos probabilidad de ser diagnosticados como deprimidos (Gallo, Anthony y Methuen, 1994; Katona, 2000). Sólo un estimado, del 2 al 30 por ciento de los ancianos no institucionalizados, cumplen con los criterios diagnósticos de la depresión, aunque del 8 al 15 por ciento poseen algunos síntomas. Alguien que no satisfaga los criterios de depresión muy probablemente padece una depresión menor o una depresión subsíndrome, éstas pueden resultar en un funcionamiento deteriorado, similar al de la depresión mayor (Hinrichsen y Dick-Sisken, 2000).

Los hallazgos de la investigación acerca de la frecuencia de la depresión en relación con la edad son inconsistentes. Algunos estudios encuentran aumento en los índices de la depresión, otros hablan de una disminución e incluso otros no localizan cambios a través del ciclo de vida. Otra explicación puede ser que “los cambios relacionados con la edad en los componentes somáticos y psicológicos de la depresión” pueden hacer que los adultos jóvenes y los ancianos experimenten la depresión de manera diferente. Además, los ancianos pueden ser menos capaces de darse cuenta, recordar y reportar cambios relacionados con la depresión (Snowdon, 2001).

Una razón por la que la depresión pueda ser mal diagnosticada en los ancianos es que los médicos atribuyan sus síntomas a enfermedades físicas o los consideren una parte normal del proceso de envejecimiento. De acuerdo con el U.S. Department of Health and Human Services (1999), de 8 a 20 por ciento de los ancianos sufren de depresión. Los síntomas de la depresión con frecuencia se traslapan con los cambios normales asociados con el envejecimiento, tales como pensamientos acerca de la muerte, cambios en el impulso o deseo sexual y en el patrón de sueño y energía reducida (Katona, 2000). Es más probable que la depresión en los ancianos sea detectada por un médico cuando un paciente presenta síntomas más concretos, como ganancia o pérdida de peso (Pfaff y Almeida, 2004). Puesto que la depresión acompaña a algunas condiciones médicas como la enfermedad de Parkinson, apoplejía, trastornos tiroideos y ciertas deficiencias vitamínicas, identificar los síntomas puede ser una labor difícil (Jefferson y Greist, 1993; Knight, 2004).

Los criterios diagnósticos estándares pueden fracasar en la detección de algunos casos de depresión en ancianos. Esto también puede suceder en los miembros de las minorías raciales y étnicas cuya situación de pobreza los pondría en un alto riesgo de padecer depresión, pero que no parecen volverse clínicamente deprimidos con más frecuencia que las personas blancas (George, 1993; Stanford y Du Bois, 1992). Acaso la explicación más simple, que se apoya en un estudio a gran escala en Baltimore y la región de Durham-Piedmont de Carolina del Norte, es que los ancianos tienen menos probabilidades que los más jóvenes de *decir* que se sienten deprimidos (Gallo *et al.*, 1994) y sus síntomas se pueden describir como quejas referidas a sus condiciones físicas (NIMH, 2005).

Una indicación de que la depresión se puede diagnosticar mal en los ancianos es la frecuencia del suicidio en este grupo etario. Las tasas de suicidio son altas entre los ancianos (véase la figura 13.3 del capítulo 13), particularmente entre hombres blancos y personas con padecimientos físicos (Wykle, Segal y Nagley, 1992). En 1988, 21 por ciento de los suicidios en Estados Unidos fueron cometidos por ancianos, aunque ellos representaban sólo el 12.4 por ciento de la población nacional (McIntosh, 1992). Los

médicos fracasan con frecuencia en identificar a los pacientes ancianos suicidas, porque un anciano se puede quejar de síntomas físicos en vez de una aflicción mental, y también es menos probable que hable sobre intenciones suicidas (Katona, 2000; Wykle y Musil, 1993; en el capítulo 13 se discute el suicidio con más detalle).

De acuerdo con estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, las ancianas presentan casi el doble de probabilidades que los ancianos de hallarse clínicamente deprimidas (Bebbington, 1990; Regier *et al.*, 1988). Pero otras fuentes sugieren que las tasas de depresión entre mujeres y hombres se emparejan después de los 65 años (Barefoot, Helms, Mortensen, Avlund y Schroll, 2001; Jefferson y Greist, 1993). Una explicación para tal discrepancia puede ser que las mujeres tienen más probabilidades de ver médicos y reportar sus problemas físicos que con frecuencia acompañan a la depresión (Wykle y Musil, 1993).

**Causas de la depresión** La depresión puede tener varias causas que actúan en conjunto. Algunas personas pueden hallarse genéticamente predisuestas por un desequilibrio biológico. El fracaso en el mantenimiento de un estilo de vida saludable, junto con la falta de un ejercicio adecuado, puede fomentarla. Los eventos estresantes o la soledad pueden dispararla (Jefferson y Greist, 1993; “Listening to Depression”, 1995). Estimaciones conservadoras muestran que, durante el primer año después de la muerte de un cónyuge, del 10 al 20 por ciento de los viudos sufren de depresión clínica (Vierck y Hodges, 2003). Casi la mitad de todos los cuidadores de pacientes con Alzheimer la padecen (“Alzheimer’s and Stress”, 1994). Una red social bien establecida conformada por la familia y los amigos puede ayudar a los ancianos a alejarse de la depresión o a enfrentarla.

La depresión puede ser un efecto colateral del consumo de ciertos medicamentos, como tranquilizantes, sedantes, píldoras para dormir y drogas prescritas para presión arterial alta, en especial cuando se acompaña con ingesta excesiva de alcohol (Jefferson y Greist, 1993). Un anciano puede tomar una docena o más de diferentes medicamentos, algunos de ellos sin prescripción (“a escondidas”). Puesto que los médicos no siempre preguntan qué medicinas ya toma un paciente, pueden prescribir drogas que interactúan de manera dañina. Y debido a cambios en el metabolismo relacionados con la edad, una dosis que sería correcta para una persona de 40 años puede convertirse en sobredosis para una de 80.

**Tratamiento para la depresión** Las **drogas antidepressivas** pueden tratar la depresión al restaurar el equilibrio químico de los neurotransmisores en el cerebro, pero también tener algunos efectos colaterales indeseables, que son de 2 a 3 veces más probables que ocurran en ancianos. Éstos por lo general responden bien a los antidepressivos, aunque más lentamente que los adultos más jóvenes (hasta doce semanas, en comparación con las 3 a 6 semanas que requieren los adultos más jóvenes). También presentan tasas más altas de incumplimiento y son más susceptibles a sufrir una recaída si no se les supervisa cuidadosamente (Karel y Hinrichsen, 2000).

La **terapia electroconvulsiva (TEC)**, también llamada terapia de choques, puede ser necesaria para tratar una depresión severa. Puesto que funciona más rápidamente que los antidepressivos, la TEC a veces se prefiere cuando hay un alto riesgo de suicidio. Tiene menos efectos colaterales que los antidepressivos, pero que si se manifiestan tienden a ser más severos: confusión creciente, mayor riesgo de caídas y problemas cardiovasculares y respiratorios (van der Wuff, Stek, Hoogendijk y Beekman, 2003).

Las psicoterapias también han sido efectivas en el tratamiento de ancianos con depresión. La **terapia cognitiva** (enseñar a los pacientes a reconocer y corregir el pensamiento negativo) y la **terapia conductista** (que usa reforzamiento positivo y negativo) han mostrado ser muy efectivas cuando se combinan y pueden utilizarse en los ancianos con mínimas modificaciones. Tales terapias suponen que las personas, sin importar la edad, pueden aprender y cambiar, y requieren que el paciente desempeñe un papel activo en el tratamiento (Karel y Hinrichsen, 2000). La **terapia interpersonal** apunta a problemas interpersonales que interfieren con el bienestar. El tratamiento dura 16 semanas y se enfoca en uno de los cuatro conflictos siguientes: pena no resuelta, disputas interpersonales, transiciones de roles o déficits interpersonales. Este tipo de terapia se aplica fácilmente a ancianos y es particularmente efectiva en quienes presentan también una enfermedad médica (Hinrichsen, 1999). La **terapia dinámica breve** crea una alianza operativa genuina y no manipuladora entre el terapeuta y el paciente y destaca las diferencias entre los adultos más jóvenes y los ancianos. Los ancianos difieren de los más jóvenes en el nivel de maduración, de cohorte y del contexto social. El terapeuta debe ser sumamente cuidadoso para identificar dónde encaja el paciente en dichas categorías y adaptar el tratamiento de manera adecuada (Kivnick y Kavka, 1999). Una intervención prometedora y efectiva por el costo que implica es la **musicoterapia**, que consiste en aprender cómo reducir el estrés al escuchar música. Una persona confinada en casa puede aprender las técnicas sólo con una visita semanal o una llamada telefónica de un terapeuta (Hanser y Thompson, 1994).

## DEMENCIA

La demencia, el desarrollo de múltiples déficits cognitivos, incluido el deterioro de la memoria, no es una sola enfermedad sino una docena o más que manifiestan síntomas similares pero causas diferentes. Las demencias se pueden deber a una combinación de varias condiciones médicas; la que más comúnmente se presenta es la enfermedad de Alzheimer. La demencia también puede deberse a otras condiciones, como enfermedades cardiovasculares, la enfermedad de Parkinson y el abuso de sustancias; pero no todas las personas que presentan estas condiciones desarrollan demencia.

La demencia puede llegar gradual o súbitamente. Las personas con demencia pierden su habilidad para aprender nueva información, recordar la antigua o ambas. Además, sufren deterioro en al menos una de las siguientes áreas: habla y escritura; actividades motoras; reconocimiento de objetos y personas, y planificación, ejecución y monitoreo de su propio comportamiento (por lo general una función de los lóbulos frontales). Para padecer una demencia, tales deterioros deben ser lo suficientemente severos como para causar problemas en el trabajo, en las actividades diarias o en las relaciones sociales. Las personas con demencia pueden tener problemas para empacar una maleta; mostrar pobreza de juicio (por ejemplo, pueden conducir en una nevada); volverse violentos o suicidas; tropezar y caer con frecuencia; hacer bromas pesadas, dejar de bañarse o no preocuparse por otras convenciones sociales, o acusar a los miembros de la familia de robar sus pertenencias. Con frecuencia, las personas con demencia no son conscientes de su condición y hacen planes que son completamente irreales, como decidir nominarse a la presidencia.

La demencia es rara incluso en la vejez, pero (excepto por la demencia causada por VIH, el virus del SIDA) es más probable que ocurra en la vida tardía que en cualquier otra época. Un relevante estudio británico (Paykel *et al.*, 1994) encontró que las tasas de demencia se duplican aproximadamente cada cinco años después de

los 75, desde ligeramente por arriba de 2 por ciento para las personas de 75 a 79 años de edad, a casi 8.5 por ciento para las edades de 85 a 89. La demencia mínima, que involucra un deterioro moderado, se eleva más pronunciadamente, desde casi 3 por ciento a la edad de 75, a casi 30 por ciento después de los 90 años de edad.

En el pasado, la demencia fue definida mediante un patrón progresivo de deterioro. En la actualidad, el diagnóstico se basa simplemente en la presencia de los déficits descritos anteriormente, ya sea que empeoren o que no lo hagan. Si la demencia se puede detener o revertir depende de la causa subyacente y también del cronograma y la efectividad del tratamiento.

La forma más común de demencia entre los ancianos es la *demencia del tipo Alzheimer* (que se describe en el capítulo 4). El inicio de esta demencia progresiva y degenerativa es gradual. La siguiente forma de demencia más común entre los ancianos es la *vascular* (anteriormente llamada *demencia multiinfarto*), un síndrome en el que el cerebro se daña por una serie de pequeñas apoplejías o por alguna de una amplia variedad de otras enfermedades vasculares, incluida la arteriosclerosis. Las anomalías crónicas de la presión arterial, tanto baja como alta, pueden conducir a la demencia vascular y a un deterioro cognitivo. Las estimaciones de la demencia mixta (demencia de Alzheimer y vascular combinadas) varían ampliamente, del 9 al 39 por ciento de todos los casos de demencia, pues es difícil diagnosticarla (Gold, 2003).

Se cree que la demencia vascular es más prevalente en los varones que en las mujeres. En este tipo de demencia, son más comunes los cambios rápidos que una lenta progresión, y el patrón de deficiencias puede depender de qué áreas del cerebro son las afectadas. Como con otras demencias irreversibles, el tratamiento se dirige a mitigar o controlar el avance de la enfermedad o a tratar de aminorar sus síntomas. El tratamiento de la demencia vascular por lo general se enfoca en el control de la hipertensión y en tomar otras medidas para reducir el riesgo de una apoplejía masiva.

En años recientes, la atención se ha enfocado en la demencia con cuerpos de Lewy (DLB, por sus siglas en inglés). Los cuerpos de Lewy son depósitos en el cerebro que contienen neuronas dañadas. La DLB explica de 15 a 25 por ciento de los casos de demencia y frecuentemente ocurre concomitantemente con enfermedad de Parkinson, depresión y enfermedad de Alzheimer. Es difícil diagnosticarla, pues muchas de las características se confunden con otros trastornos de demencia. La DLB se caracteriza por alucinaciones visuales, fluctuación en el funcionamiento cognitivo y síntomas de Parkinson (más comúnmente bradiquinesia e inestabilidad postural). Se requieren dos de estos síntomas para un diagnóstico de DLB; además de que las deficiencias cognitivas deben ser lo suficientemente severas para interferir con la actividad social y la ocupacional normal de la persona que la padece (Rampello *et al.*, 2004).

La **enfermedad de Parkinson** es un trastorno neurológico que progresa lentamente y se caracteriza por temblor, rigidez, movimientos lentos y postura inestable. Los pacientes que la padecen también experimentan dificultades en las funciones cognitivas y de memoria, y muchos sufren de depresión (Riley, 1999). En cualquier parte del mundo, entre el 20 y el 60 por ciento de las personas con enfermedad de Parkinson sufren de demencia. Los síntomas físicos de la enfermedad se pueden tratar con drogas diseñadas para aumentar el nivel del neurotransmisor denominado dopamina o para frenar su pérdida.

Tanto la educación como tener un empleo desafiante parecen ser protectores contra la demencia (Mortimer, Snowdon y Markesbery, 2002), (Seidler *et al.*, 2004). El deterioro cognitivo es más probable en las personas con una salud física defi-

ciente, especialmente en aquellos que han padecido apoplejías o diabetes (Tilvis *et al.*, 2004). El riesgo de deterioro cognitivo se puede reducir al caminar o mediante otra actividad física regular a largo plazo (Abbott *et al.*, 2004; van Gelder *et al.*, 2004; Weuve *et al.*, 2004) y posiblemente mediante complementos nutricionales (Manders *et al.*, 2004). En un estudio, mujeres ancianas que bebieron cantidades moderadas de alcohol cada día tuvieron un riesgo de deterioro cognitivo o demencia 40 por ciento menor que las que no lo hicieron (Espeland *et al.*, 2005). Un estudio longitudinal en el que participaron 354 adultos con edades de 50 años y más encontró que las personas que poseían grandes redes sociales, que mantenían contacto social frecuente, o bien, que podían obtener apoyo emocional de la familia o de amigos presentaron menos probabilidades de mostrar un deterioro cognitivo durante doce años después de la evaluación (Hotlzman *et al.*, 2004).

Dado que las víctimas de depresión severa con frecuencia muestran pérdidas cognitivas, como por ejemplo fallas de memoria y dificultad para pensar y concentrarse, puede ser difícil, particularmente en los ancianos, identificar la causa de dicho deterioro en la demencia, la depresión o en ambas (véase la tabla 12.6). El término más aceptado para denominar al deterioro cognitivo debido a una depresión severa es el de **pseudodemencia** (APA, 1994). Este tipo de depresión puede ocurrir como resultado de la falta de estimulación proveniente del ambiente, o porque la persona sea física o mentalmente inactiva. También se sabe que el estrés y los problemas físicos contribuyen a la pseudodemencia (Weiss, 1999). Algunos investigadores prefieren emplear el término de *demencia transitoria* (Emery y Oxman, 1994), pues las personas que son tratadas por depresión a veces mejoran un tiempo y luego recaen. En algunos estudios longitudinales, la demencia asociada con la depresión evolucionó en demencia degenerativa o irreversible. Esto sugiere que el deterioro real sí ocurre en la demencia depresiva, aunque en la actualidad se desconocen los factores asociados con tal progresión.

**TABLE 12.6**

*Características útiles para diferenciar la enfermedad de Alzheimer del síndrome de demencia de la depresión*

<b>Medida</b>	<b>Enfermedad de Alzheimer</b>	<b>Síndrome de demencia de la depresión</b>
Duración del síntoma en el momento de buscar atención médica	Largo	Corto
Historia psiquiátrica previa	Raro	Común
Progresión de síntomas	Lento	Rápido
Queja de deficiencia del paciente	Variable	Abundante
Reacción emocional	Variable	Aflicción marcada
Valoración de los logros del paciente	Variable	Minimizada
Comportamiento congruente con las deficiencias cognitivas	Común	Raro
Engaño	Independiente del estado de ánimo	Congruente con el estado de ánimo
Trastorno del estado de ánimo	Responde al ambiente	Persistente

FUENTE: Tomado de Kaszniak y Ditraglia Christenson, 1994.



## HIPOCONDRIÁ

Las personas que se quejan de sufrir achaques y dolores que parecen no tener una base médica, con frecuencia se consideran como hipocondríacos. Muchas personas poco informadas e incluso algunos médicos no se dan cuenta de que la **hipocondría** es un trastorno mental, definido como “la preocupación por el miedo de padecer, o la idea de que se tiene, una enfermedad seria con base en una mala interpretación de uno o más signos corporales o síntomas” (APA, 1994, p. 462). Esta creencia continúa aun cuando al paciente se le asegure que su preocupación es médicamente injustificada o exagerada. Para diagnosticarla como hipocondría, la condición debe durar al menos seis meses; no debe estar limitada a preocupaciones acerca de la apariencia; y debe causar significativos problemas en la vida social, ocupaciones u otros aspectos de la vida cotidiana, por ejemplo, que la persona permanezca en casa en vez de trabajar o se aleje de las reuniones familiares. Es posible que se necesite tomar en cuenta factores culturales; en algunos grupos, es posible que las afirmaciones del médico no tengan tanto peso como la opinión de un sanador tradicional que generalmente no es un profesional de la salud.

La creencia común de que los ancianos tienen más probabilidad de ser hipocondríacos es equivocada. La hipocondría puede iniciar en cualquier edad, y de hecho se cree que comienza más frecuentemente en la adultez joven. Puesto que se trata de una condición crónica, en efecto se vuelve parte de la estructura de la personalidad. Por tanto, los ancianos que muestran tal “rasgo” pueden simplemente actuar como lo hicieron durante años. Las personas que tuvieron (o cuyos familiares tuvieron) enfermedades serias, particularmente cuando eran niños, presentan más probabilidades de volverse hipocondríacos. Del mismo modo, las personas que experimentaron un estrés psicosocial severo, como por ejemplo el producido por una pérdida, también la pueden padecer. En algunos casos, la hipocondría acompaña a otros trastornos mentales, en particular a la ansiedad y la depresión (APA, 1994).

## Valoración de fortalezas

En lugar de pensar en la vejez principalmente en términos de compensación de deficiencias, debemos aprender [...] a pensarla también en términos de maximizar los recursos humanos. Y debemos ampliar nuestra noción de los recursos de los ancianos para incluir la vitalidad, las agallas, el compromiso subyacente a los valores que constituyen los recursos infinitos del espíritu humano. (Kivnick, 1993, p. 13.)

Una mujer de 92 años de edad, descendiente de esclavos, con artritis casi incapacitante, conserva su antiguo empleo clerical y permanece activa en su iglesia. Dos mujeres profesionistas en la adultez media mantienen su moral y la de la suegra de 85 años a la que cuidan, ya que perdió la vista y tuvo que mudarse de su comunidad agrícola sureña a una ciudad del norte. ¿De qué manera personas con estas condiciones hacen lo que hacen? De acuerdo con Helen Q. Kivnick (1993), quien trabajó extensamente con Erik Erikson, la respuesta se encuentra en la dinámica y la fortaleza del espíritu humano.

De acuerdo con Kivnick, quienes lidian con este grupo etario no deben enfocarse simplemente en remediar o compensar los problemas de salud mental. En vez de ello, a los ancianos se les debe ayudar a identificar, utilizar y construir sobre las fortalezas

## TABLA 12.7

### Guía de entrevista de fortalezas de vida

#### *Etapas 1: confianza frente a desconfianza*

1. ¿Qué le da esperanza en la vida?
2. ¿Cómo encajan en su vida las creencias y los valores morales?
3. ¿Qué es lo que le da seguridad en su vida?

#### *Etapas 2: autonomía frente a vergüenza y duda*

1. ¿En qué aspectos de su vida considera importante mantenerse a cargo?
2. ¿Usa el teléfono, escucha el radio, ve televisión, decora, gasta dinero como usted quiere?

#### *Etapas 3: iniciativa frente a culpa*

1. ¿Qué hace para divertirse en la actualidad?
2. ¿Qué cosas que realizó en su vida la hacen sentirse más orgulloso?
3. ¿Qué desea hacer, más que cualquier otra cosa, con el resto de su vida?

#### *Etapas 4: aplicación frente a inferioridad*

1. ¿En qué ha trabajado arduamente?
2. ¿En qué tipo de cosas siempre ha sido bueno?

#### *Etapas 5: identidad frente a confusión*

1. Cuando las personas lo describen, ¿qué dicen? ¿Qué le gustaría que dijeran?
2. ¿Cuál es la imagen que lleva en su interior, acerca de quién es en el mundo?

#### *Etapas 6: intimidad frente a aislamiento*

1. ¿Con quién cuenta en estos días? ¿Quién cuenta con usted?
2. ¿Quién, y en qué relaciones, sacó lo mejor de usted?

#### *Etapas 7: generatividad frente a egocentrismo*

1. ¿Cómo muestra su cariño?
2. ¿Qué aspectos de usted y de su vida le gustaría asegurarse que la gente recuerde?

#### *Etapas 8: Integridad frente a desesperación*

1. ¿Qué estrategias usa para enfrentar los miedos?
2. ¿Tiene miedo de morir? ¿Sabe a qué le tiene miedo?
3. ¿Cuáles son sus pensamientos acerca de su propia muerte? ¿Cómo le gustaría morir? ¿Dónde le gustaría morir? ¿Quién debería estar con usted cuando ocurra?

NOTA: Las preguntas están agrupadas con respecto a las etapas de la teoría psicosocial del desarrollo de la personalidad de Erikson con las que se relacionan.

FUENTE: Adaptado de Kivnick, 1993, pp. 18-19.

únicas que han desplegado durante el curso de sus vidas, no sólo para su propio beneficio, sino también como recursos para la sociedad. Sobre la base de la teoría de desarrollo de la personalidad de Erikson, Kivnick creó una guía para valorar la “fortalezas de vida” de los ancianos. Esta guía la pueden usar los gestores de cuidado o los miembros de la familia al hablar con los ancianos acerca de sus necesidades y deseos. También puede ayudar a los adultos mayores a reflejar su propia situación y auxiliar a los más jóvenes a anticipar y prepararse para la vejez.

Las preguntas sugeridas están diseñadas para descubrir las fortalezas individuales que hayan evolucionado a partir de las ocho “crisis”, o etapas de vida, de Erikson. La tabla 12.7 ofrece una muestra de las preguntas que abordan los conflictos de cada etapa. Tres cuestiones fundamentales subyacen a todas las demás: *¿Qué de su vida es por lo que más vale la pena vivir?* *¿Qué lo hace sentir más vivo?* *¿Qué lo hace sentir más como usted mismo?* Conforme lees las preguntas, piensa en cómo las responderías hoy. ¿Crees que es probable que las contestes igual cuando seas anciano? ¿Cómo responderían estas cuestiones tus padres y abuelos? (Si no lo sabes, y si todavía están vivos, ¿por qué no les preguntas?)

Es posible que muchos adultos jóvenes (y algunos ancianos) nunca hayan abordado verdaderamente el último grupo de preguntas: aquellas acerca de su actitud hacia su propia muerte. Esto es, en gran medida, un reflejo de la forma en que la sociedad estadounidense lidia con (o, más típicamente, rechaza lidiar con) la muerte y la forma de morir. Aunque vivir y morir están entrelazados, confrontar la muerte debe de ser un tema crucial para la salud mental en la adultez. En el capítulo 13 se discute la muerte y el luto, y cómo las personas en varias culturas enfrentan tales eventos inevitables.

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

- La salud mental se puede definir en términos de autoconcepto, autodesarrollo y satisfacción con la vida.
- Casi la mitad de los adultos estadounidenses han padecido trastornos mentales, el más común es la depresión severa.
- Los adultos jóvenes son más susceptibles a padecer enfermedades emocionales, ansiedad y abuso de sustancias; los ancianos son más susceptibles a presentar un deterioro cognitivo severo.

### *Modelos de afrontamiento*

- Tres enfoques tradicionales del estudio del afrontamiento son el ambiental, el conductual y los modelos de los estilos de afrontamiento.
- Los modelos ambientales enfatizan el cambio cuantitativo con base en la magnitud de las demandas ambientales.
- Los modelos conductuales ponen más énfasis en las respuestas activas al estrés.
- Los modelos de los estilos de afrontamiento enfatizan las estrategias individuales para resolver problemas.
- El modelo de valoración cognitiva considera la elección de los esfuerzos de afrontamiento adecuados como el resultado de la revaloración constante de una situación.

**afrontamiento (p. 435)**  
**modelo de congruencia (p. 435)**

**modelo de la competencia-presión ambiental (p. 436)**

**desesperanza aprendida (p. 437)**  
**mecanismos de adaptación (p. 437)**  
**modelo de valoración cognitiva**  
**(p. 438)**

**afrentamiento enfocado al problema**  
**(p. 439)**  
**afrentamiento enfocado en la emoción**  
**(p. 439)**

### *“Envejecimiento exitoso”*

- Tres modelos clásicos normativos sobre el envejecimiento exitoso son los ajustes de la personalidad de la adultez media y tardía de Peck, la teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad.
- De acuerdo con la teoría de continuidad de Atchley, los adultos que envejecen buscan un equilibrio entre la continuidad y el cambio.
- Según el modelo del desarrollo de la personalidad de Whitbourne, el estilo de identidad puede predecir la adaptación al envejecimiento.
- La investigación acerca de los conceptos que los adultos poco informados tienen del envejecimiento exitoso apunta a la relevancia de las relaciones de crecimiento para las personas en la adultez media y de aceptación para los ancianos.

**teoría de la desvinculación (p. 446)**  
**teoría de la actividad (p. 446)**

**teoría de la continuidad (p. 447)**

### *Patrones de comportamiento destructivo*

- Con frecuencia se subestima la medida del abuso de sustancias entre los ancianos.
- Los hábitos y las actitudes en cuanto al uso de sustancias por lo general se encuentran establecidos hacia la adultez joven y tienen más que ver con la cohorte que con la edad.
- El alcoholismo es un grave problema de salud mental, especialmente entre los hombres. Los ancianos tienen más probabilidades de abusar del alcohol que de otras drogas.
- La abrumadora mayoría de las víctimas de abuso por un compañero son mujeres. Las mujeres abusadas con frecuencia permanecen con sus abusadores debido a la vulnerabilidad, el miedo y una falta de alternativas. Las esposas ancianas abusadas enfrentan problemas especiales.
- Los padres abusivos y negligentes muestran características y patrones de comportamiento específicos.
- El abuso en los ancianos, que puede estar significativamente poco reportado, afecta con más frecuencia a los ancianos débiles que viven con un cónyuge que generalmente es su cuidador.

**abuso de sustancias (p. 450)**  
**dependencia de sustancias (p. 450)**  
**violencia del compañero íntimo (VCI)**  
**(p. 454)**

**abuso infantil (p. 457)**  
**negligencia (p. 457)**  
**abuso en ancianos (p. 458)**

### *Salud mental en la vejez: un enfoque del desarrollo del ciclo de vida*

- Excepto entre los residentes de asilos, los trastornos mentales son menos comunes en la vejez que entre adultos más jóvenes.
- Una perspectiva del desarrollo del ciclo de vida acerca de la salud mental enfatiza tendencias hacia el crecimiento y el deterioro, el contexto y las causas múltiples del estado mental, y las respuestas al tratamiento incluso en la adultez tardía.
- La mayoría de los ancianos estadounidenses parecen sentirse bastante satisfechos con la vida, aunque la satisfacción es más baja entre algunos grupos étnicos.

- Casi la mitad de los ancianos que necesitan tratamiento debido a sus condiciones mentales no lo obtienen aun cuando se pueden curar.
- Por muchas razones, la depresión puede no diagnosticarse en los ancianos y por tanto permanecer sin tratamiento.
- Las demencias, que pueden deberse a una o a combinaciones de condiciones, es más probable que ocurran en la vida tardía. Algunas demencias se pueden revertir con tratamiento.
- Las formas más comunes de demencia progresiva son las causadas por la enfermedad de Alzheimer, las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad de Parkinson.
- La hipocondría es una condición crónica que puede comenzar a cualquier edad.
- Valorar las fortalezas de vida de los ancianos les puede ayudar a ellos mismos, y a la sociedad, para obtener lo mejor de los recursos internos que han desarrollado.

**esquizofrenia (p. 464)**

**episodio depresivo agudo (p. 465)**

**drogas antidepresivas (p. 467)**

**terapia electroconvulsiva (TEC) (p. 467)**

**terapia cognitiva (p. 468)**

**terapia conductual (p. 468)**

**terapia interpersonal (p. 468)**

**terapia dinámica breve (p. 468)**

**musicoterapia (p. 468)**

**enfermedad de Parkinson (p. 469)**

**pseudodemencia (p. 470)**

**hipocondría (p. 471)**

# Lidiar con la muerte y las pérdidas

## Perspectivas cambiantes acerca de la muerte y el proceso de morir

- Aspectos biológicos, sociales y psicológicos de la muerte
- El estudio de la muerte: tanatología y educación para la muerte
- Cuidado de hospicio

## Confrontar la muerte

- Actitudes hacia la muerte y el proceso de morir
- Entender a la muerte

## Confrontar las pérdidas

- Formas y patrones de la pena
- Sobrevivir a un cónyuge
- Pérdida de un padre
- Pérdida de un hijo
- Luto por un aborto espontáneo

## Temas controvertidos

- Suicidio
- Auxilio para morir: eutanasia y suicidio asistido
- Suicidio asistido: pros y contras
- Legalización del auxilio médico para morir

## Encontrar un significado y un propósito en la vida y la muerte

- Revisión de una vida
- Superar el miedo a la muerte
- Desarrollo: un proceso de toda la vida



## PUNTO DE PARTIDA: LOUISA MAY ALCOTT

*La llave a la pregunta acerca de la muerte abre la puerta de la vida.*

—Elisabeth Kübler-Ross, *Death: The Final Stage of Growth*, 1975

*Todo el tiempo que creí que aprendía cómo vivir, en realidad aprendía cómo morir.*

—Notas de Leonardo da Vinci

UNO DE LOS EPISODIOS MÁS conmovedores de la novela clásica del siglo XIX *Mujercitas*, de Louisa May Alcott, es el capítulo que narra el último año de vida de la gentil y hogareña Beth, la tercera de las hermanas March (las otras eran Meg, Jo y Amy). La vida de Beth y su muerte a los 18 años de edad se basan en los de la propia hermana de Alcott, Elizabeth (Lizzie), quien agonizó y murió a los 23 años (Elbert, 1984; MacDonald, 1983; Stern, 1950). A pesar de su lenguaje arcaizante y lo que algunos consideran sensiblería almibarada, el recuento ficticio de Alcott acerca de la creciente intimidad de su familia ante la tragedia ha tocado una fibra



© Bettmann/Corbis Images

sensible en generaciones de lectores, y en quienes vieron las cuatro versiones cinematográficas y un musical de Broadway basados en la obra, muchos de los cuales en realidad nunca han visto morir a una persona.

En la novela, al darse cuenta de que la enfermedad de Beth era terminal, “la familia aceptó lo inevitable e intentó apoyarla con alegría [...] Hicieron a un lado la pena y cada quien puso de su parte para hacer que ese último año fuera feliz.

“La habitación más agradable se reservó para Beth, y en ella se reunió todo lo que más amaba [...] Los mejores libros de padre encontraron su lugar ahí, la mecedora de madre, el escritorio de Jo, los más finos bocetos de Amy; y todos los días Meg llevaba a sus bebés en un amoroso peregrinaje, para hacer que el sol saliera para la tía Beth [...]”

“Aquí, adorada como un santo doméstico en su altar, se sentaba Beth, tranquila y ocupada como siempre [...] Los endebles dedos nunca estaban ociosos, y uno de sus placeres era elaborar pequeñas cosas para los escolares que todos los días pasaban de ida y vuelta...” (Alcott, 1929, pp. 533-534).

Conforme la enfermedad avanzaba, la cada vez más frágil y desvalida Beth dejaba la aguja de coser que se había vuelto “muy pesada”. Ahora “la plática la aburría, los rostros se le confundían, el dolor la reclamaba y su espíritu tranquilo estaba tristemente perturbado por las enfermedades que atribulaban su carne débil”, mientras “quienes más la amábamos éramos forzados a ver las delgadas manos extenderse suplicantes, y escuchar el grito amargo, ‘¡Ayúdame, ayúdame!’ y sentir que no había auxilio.” Pero con “el quebranto de su frágil cuerpo, el alma de Beth se hacía más fuerte.” Jo permaneció con Beth todo el tiempo (como Alcott misma estuvo con su hermana Lizzie), y dormía en un sillón a su lado y “despertaba con frecuencia para renovar el fuego, alimentarla,

levantarla o hacer una visita de cortesía a la paciente criatura” (pp. 534-535). Beth finalmente dio su último respiro sereno “en el pecho donde había dado el primero”; y “madre y hermanas la vistieron para el largo sueño que el dolor nunca arruinaría de nuevo” (p. 540).

La secuencia de sucesos descritos en *Mujercitas* se acerca increíblemente a la realidad, como subraya uno de los biógrafos de Alcott: “En febrero, Lizzie comenzó a debilitarse rápidamente, y el doctor Geist fue testigo de cómo fue consumiéndose. Con el corazón adolorido, Louisa miraba mientras su hermana cosía o leía o se recostaba mirando el fuego... Padre llegó a casa del oeste para enterarse por el doctor Geist que no había esperanza... Anna [la hermana mayor de Alcott] hacía las labores domésticas de modo que su madre y Louisa pudieran dedicarse a Lizzie. Los tristes y serenos días se extendían en su habitación, y durante noches interminables Louisa atizaba el fuego y observaba a su hermana... Se despidieron ... Al fin... Lizzie quedó inconsciente, y tranquilamente exhaló su vida... Con su madre, Louisa vistió a Lizzie por última vez...” (Stern, 1950, pp. 856).

Alcott escribió alguna vez: “nuestra Lizzie está *bien* finalmente, no en este mundo, sino en otro donde espero no encontrará más que reposo de su largo sufrimiento... La noche del viernes, después de sufrir mucho todo el día, pidió recostarse en los brazos de nuestro padre y nos llamó a todas para estrechar nuestras manos y sonreírnos mientras silenciosamente parecía decirnos adiós... A medianoche dijo ‘Ahora estoy cómoda y muy feliz’ y poco después quedó inconsciente. Nos sentamos junto a ella mientras ella tranquilamente exhalaba su vida, y abrió sus ojos para lanzarnos una hermosa mirada antes de cerrarlos para siempre” (Myerson, Shealy y Stearn, 1987, pp. 32-33).

**L**OS SERES HUMANOS SON ÚNICOS. EXPERIMENTAN diferentes situaciones y reaccionan a éstas de maneras distintas. Pero una parte inevitable de la vida de todos es la muerte. Las mejores personas pueden entender tal acontecimiento impostergable y mientras más sabiamente logren abordarlo antes de que llegue, su vida será más plena.

Las actitudes de las personas ante la muerte se modelan con el tiempo y en el contexto en el que viven. El tierno cuidado de Louisa May Alcott (y de la ficticia Jo) hacia una amada hermana moribunda en torno a quien toda la familia giró durante un año completo representa una experiencia común no sólo en los Estados Unidos del siglo XIX, sino en muchas culturas rurales contemporáneas. Al mirar la muerte a los ojos, momento por momento, día a día, Alcott y su familia absorbieron una importante verdad: que el morir es parte del vivir y que confrontar el final de la vida puede dar un significado más profundo a toda la experiencia vital. Tal experiencia es menos común en la sociedad estadounidense actual.

El sombrío hecho biológico de la muerte, entonces, no lo es todo. Su significado e impacto reciben una profunda influencia de lo que las personas sienten y hacen, y los sentimientos y comportamientos de la gente son afectados enormemente por cómo su cultura lidia con la muerte.

En este capítulo observaremos la interrelación entre los aspectos biológico, social y psicológico de la muerte y el proceso de morir, así como las cambiantes visiones y costumbres relacionadas con ambos. También destacaremos las diferencias entre la concepción y los sentimientos de los adultos de diferentes edades acerca del proceso de morir. Examinaremos los cambios que experimentan los adultos ante la muerte y cómo lidian con el deceso de aquellos a quienes aman. Haremos una comparación de los patrones de luto en diferentes culturas y las varias formas que puede tomar el duelo. Discutiremos temas tan controvertidos como el suicidio asistido y la eutanasia (“el bien morir”). Finalmente, veremos cómo el enfrentar la muerte puede ayudar a las personas a encontrar significado y sentido a la vida.

## PERSPECTIVAS CAMBIANTES ACERCA DE LA MUERTE Y EL PROCESO DE MORIR

Antes de los tiempos modernos, en un año típico morían alrededor de cincuenta personas por cada mil; y durante las plagas o desastres naturales, la tasa de mortalidad alcanzaba un 40 por ciento. Más de un tercio de todos los bebés morían en la infancia, y la mitad de todos los niños antes de su noveno cumpleaños. Las personas veían sucumbir a parientes y amigos de enfermedades mortales a una edad temprana, y esperaban que algunos de sus propios hijos murieran jóvenes (Lofland, 1986). La muerte era un acontecimiento normal y esperado, a veces incluso bienvenido como un final pacífico al sufrimiento.

La lectura de *Mujercitas* es un vívido recordatorio de los grandes cambios históricos concernientes a la muerte y el proceso de morir que han tenido lugar desde finales del siglo XIX, especialmente en los países desarrollados. Los avances en la medicina y la salud, los nuevos tratamientos para muchas enfermedades alguna vez mortales, y una población con mayor nivel educativo y más consciente de la salud han producido una “revolución en la mortalidad”. Las mujeres de hoy tienen menor probabilidad de morir en el parto, los infantes presentan mayores probabilidades de sobrevivir a su primer año, los niños, de crecer hasta la adultez y los adultos jóvenes, como la hermana Lizzie de Alcott, de llegar a la vejez, mientras los ancianos con frecuencia pueden superar las enfermedades que se consideraron fatales mientras crecían.

Las causas principales de muerte en Estados Unidos a principios del siglo XX fueron enfermedades que afectaron en mayor medida a niños y jóvenes: neumonía e influenza, tuberculosis, diarrea y enteritis. En la actualidad, casi tres cuartos de todas las muertes en Estados Unidos ocurren entre personas de 65 años de edad o más

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo tu perspectiva ante la muerte difiere de la de tus padres, abuelos o un médico?



(NCHS, 2004). Los jóvenes tienen la probabilidad de morir, pero los ancianos de hecho morirán en algún momento. Se ha encontrado que los ancianos padecen enfermedades crónicas que amenazan la vida durante periodos cada vez más largos, debido a intervenciones médicas que pueden prolongar la existencia (Stillion, 2005).

Conforme la muerte se convierte en un fenómeno cada vez más frecuente en la adultez tardía, también se vuelve “invisible y abstracta” (Fulton y Owen, 1987-1988, p. 380). La generación “baby boom” urbana, nacida después de la Segunda Guerra Mundial, fue la primera en alcanzar la adultez con sólo un 5 por ciento de probabilidad de haber experimentado la muerte de alguien en la familia inmediata. El cuidado de un pariente moribundo y la preparación para la muerte, aspectos comunes del ámbito familiar en las sociedades rurales, se convirtió principalmente en una tarea de profesionales. Las personas iban a los hospitales o asilos para morir, y los agentes funerarios preparaban sus cuerpos para el entierro. Más de dos de tres muertes en Estados Unidos ocurrían fuera del hogar. Muchas personas pasaban la mayor parte de sus vidas sin pensar mucho acerca de su propia muerte (Fulton y Owen, 1987-1988; Lofland, 1986).

Sin embargo, en la actualidad, las cosas cambian de nuevo. Violencia, abuso de drogas, pobreza y, sobre todo, la propagación del SIDA hacen difícil negar la realidad de la muerte. Debido al costo prohibitivo del cuidado hospitalario extenso, que no puede hacer algo por salvar a los enfermos terminales, más muertes están ocurriendo en las casas (Techner, 1994). El cuidado hospitalario consiste en ayudar a los pacientes y sus familias a enfrentar la muerte y el duelo de manera más abierta y con apoyo. Sin embargo, por lo general es necesario que ocurra un accidente de avión, una serie de suicidios o una epidemia para colocar a la muerte entre las prioridades de la conciencia pública.

## Aspectos biológicos, sociales y psicológicos de la muerte

Existen al menos tres aspectos de la muerte y el proceso de morir: el *biológico*, el *social* y el *psicológico*.

Aunque la definición legal varía, la muerte *biológica* por lo general se considera como la suspensión de los procesos corporales. Se puede declarar la muerte de una persona cuando la respiración y el latido cardíaco cesan durante un tiempo significativo o cuando concluye toda la actividad eléctrica en el cerebro. Los criterios para la muerte se han vuelto más complejos con el desarrollo de la tecnología médica que puede prolongar los signos vitales básicos, a veces de manera indefinida. Las personas en un coma profundo pueden mantenerse vivas durante años. Una persona cuyo cerebro deja de funcionar completamente y que, por tanto, está muerta por definición, puede ser mantenida con vida mediante dispositivos mecánicos que sostienen de manera artificial el ritmo cardíaco y la respiración.

Estos desarrollos médicos han planteado angustiantes preguntas acerca de si o cuándo los soportes de vida, como los respiradores y tubos de alimentación, se pueden detener o remover, y el juicio de quién debe prevalecer. En ocasiones, consideraciones o prácticas humanitarias entran en conflicto con las creencias religiosas o los estándares profesionales. Muchos de estos conflictos terminan en la corte, y algunos siguen sin resolverse.

Cada vez se vuelve más complicado separar los aspectos biológicos de la muerte de algunas de sus implicaciones *sociales*: actitudes hacia la muerte, el cuidado y el comportamiento hacia el moribundo, dónde tiene lugar la muerte y los esfuerzos por posponerla o anticiparla. Otros aspectos sociales de la muerte incluyen la última voluntad del difunto, las costumbres y los rituales de duelo, y la transferencia de las posesiones y roles.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Tus creencias personales acerca de los aspectos biológico, social y psicológico de la muerte y el proceso de morir concuerdan con las definiciones que se presentan en el texto? ¿Sí, no? ¿Por qué?

Muchos aspectos sociales de la muerte y el proceso de morir están gobernados por prescripciones religiosas o legales que reflejan la visión de una sociedad acerca de la muerte y qué ocurre después de ella. En la sociedad malaya, por ejemplo (como en muchas otras preletradas), la muerte se ve como una transición gradual. A un cuerpo primero se le da sólo entierro provisional. Los sobrevivientes continúan realizando ritos de duelo hasta que el cadáver se descompone y alcanza el punto donde se cree que el alma lo abandonó y fue admitida en el reino espiritual. El antiguo *Libro de los muertos* egipcio contiene indicaciones acerca de sacrificios y rituales para ayudar a un moribundo o a una persona fallecida a lograr un lugar correcto en la comunidad de la muerte (Kastenbaum y Aisenberg, 1972).

En la antigua Grecia, los cuerpos de los héroes se quemaban públicamente como un signo de honor. La cremación todavía es ampliamente practicada por los hindúes en India y Nepal. En contraste, la cremación está prohibida bajo la ley judía ortodoxa en la creencia de que los muertos se levantarán de nuevo para un último juicio y la promesa de la vida eterna (Ausubel, 1964).

En Japón, los rituales religiosos alientan a los sobrevivientes a mantener contacto con el fallecido. Las familias conservan un altar en casa dedicado a sus ancestros; hablan a sus seres amados muertos y les ofrecen alimento o cigarrillos. En Gambia, la muerte se considera parte de la comunidad; entre los nativos americanos, los hopi temen a los espíritus de los muertos e intentan olvidar a una persona fallecida tan pronto como sea posible. Los musulmanes en Egipto muestran pena a través de expresiones de profunda tristeza; en cambio, los de Bali se alientan a suprimir la tristeza, a reír y a regocijarse (Stroebe, Gergen, Gergen y Stroebe, 1992). Todas estas costumbres y prácticas diversas ayudan a las personas a lidiar con la muerte y el luto mediante significados culturales bien asimilados que proporcionan un anclaje estable en medio de la turbulencia de la pérdida.

Algunas costumbres sociales modernas evolucionaron de antiguas creencias y prácticas. El embalsamamiento se remonta a una práctica común en los antiguos Egipto y China: la momificación, conservación de un cuerpo para que el alma pueda regresar a él. Una costumbre tradicional judía es nunca dejar sola a una persona moribunda, ni un solo instante (Gordon, 1975; Heller, 1975). Los antropólogos sugieren que la razón original de tal tradición puede haber sido una creencia (difundida entre pueblos antiguos) de que espíritus malignos rondan a una persona moribunda e intentan entrar en su cuerpo (Ausubel, 1964).

Tales convenciones sociales, y las actitudes que reflejan, se encuentran estrechamente vinculadas con los aspectos *psicológicos* de la muerte: cómo se sienten las personas con respecto a su propia muerte y a la de sus seres cercanos. Los rituales proporcionan a aquellos que enfrentan una pérdida algo importante que hacer en un momento en el que de otro modo se sentirían desamparados. Algunos rituales permiten una profunda interacción con el moribundo o la persona finada y afirman la fortaleza y eficacia de la comunidad (Kastenbaum y Aisenberg, 1972). La vigilia judía en el lecho mortuario no sólo proporciona consuelo espiritual al moribundo, sino que también ayuda a aliviar cualquier culpa que los sobrevivientes puedan sentir (Gordon, 1975; Heller, 1975).

Un funeral judío ortodoxo está pensado para ayudar al doliente a confrontar la realidad de la muerte. El ataúd sencillo (con frecuencia una simple caja de pino) se mantiene cerrado. En el cementerio, los dolientes se rasgan las vestiduras en la tumba. Después del funeral, todos los asistentes están invitados al hogar del pariente más cercano, donde, a lo largo de la semana de *shiva*, un periodo de intensa congoja

después de una muerte, los dolientes hablan sobre sus sentimientos y comparten recuerdos del fallecido. Durante el año siguiente, los deudos regresan de manera paulatina a la vida de la comunidad (Gordon, 1975; Heller, 1975).

En contraste, muchas personas en la sociedad estadounidense contemporánea muestran una gran cantidad de problemas para aceptar la muerte. La evitación o la negación son fomentadas por las convenciones sociales que contrastan marcadamente con las del judaísmo ortodoxo y la época de Louisa May Alcott: aislamiento de los moribundos en hospitales o asilos; rechazo a discutir con ellos abiertamente su condición y resistencia para visitarlos, lo que por tanto los deja solos para enfrentar la muerte.

## El estudio de la muerte: tanatología y educación para la muerte

La **tanatología**, el estudio de la muerte y el proceso de morir, o “el estudio de la vida con la muerte en ella” (Kastenbaum, 1993, p. 76), despierta un enorme interés conforme las personas comienzan a reconocer la relevancia de integrar la muerte en la vida.

¿Cómo se puede preparar a la gente para su propia muerte, o el deceso de quienes ama? ¿Cuánto se le debe decir a los pacientes terminales acerca de su situación? Tales preguntas figuran entre las que se tratan con la **educación para la muerte**: programas para enseñar a la gente acerca de la muerte y ayudarlas a lidiar con ella, personal y profesionalmente. Estos programas se ofrecen a estudiantes, trabajadores sociales, médicos, enfermeras y otros profesionales que trabajan con moribundos y sus deudos y con la comunidad. Las metas incluyen apaciguar las ansiedades relacionadas con la muerte; ayudar a los individuos a desarrollar su propio sistema de creencias, a ver la muerte como un fin natural de la vida y a prepararlos para su propio deceso y el de quienes están cerca de ellos; enseñar formas humanas de tratar al moribundo; proporcionar una visión realista de los trabajadores de atención a la salud y sus obligaciones con el paciente y sus familias; ofrecer una explicación sobre la dinámica de la pena; ayudar a los suicidas y a quienes los rodean; y auxiliar a los deudos a decidir qué tipos de servicios funerarios desean (Leviton, 1977).

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué piensas de y cómo te sientes durante discusiones académicas con respecto a la muerte? ¿Aprendes estas respuestas acerca de la muerte al observar las de los miembros de tu familia o de alguna otra experiencia?

## Cuidado de hospicio

Junto con la creciente tendencia a enfrentar la muerte abierta y honestamente, han surgido movimientos para humanizar el proceso de morir. Éstos incluyen cuidado de hospicio y grupos de apoyo para moribundos y sus familias.

El **cuidado de hospicio** brinda atención cálida, personal y paciente centrada en la familia para el cuidado del enfermo terminal, enfocada en la atención paliativa que se dirige hacia el alivio del dolor, el control de síntomas y la calidad de vida. Se puede proporcionar en un hospital u otra institución, en el hogar o a través de alguna combinación de hogar e institución.

El movimiento de hospicio comenzó en Londres en 1968 como respuesta a una necesidad de instalaciones y cuidados especializados para los pacientes moribundos. Un hospital típico se establece para tratar enfermedades agudas, con la meta de curar a los pacientes y enviarlos a casa. Como resultado, los pacientes moribundos en un hospital con frecuencia reciben pruebas innecesarias y tratamientos inútiles, se les da menor atención que a los pacientes con mejores oportunidades de recuperación y se les imponen reglas que no son relevantes para ellos. Además, la atención hospitalaria para una larga enfermedad terminal se ha vuelto enormemente costosa.

En la actualidad hay alrededor de 3 mil programas de hospicio que proporcionan servicios a un estimado de 950 mil personas. Casi la mitad son pacientes cancerosos;

otras enfermedades comunes son cardiopatías, demencia, enfermedad pulmonar y enfermedad renal o hepática. El cuidado de hospicio es una forma costeable de cuidar a los miembros de la familia con una enfermedad terminal. Muchas pólizas de seguros pagarán los servicios de hospicio. Los pacientes mayores de 65 años son canalizados al Medicare Hospice Benefit, y Medicaid cubre el cuidado de hospicio en 45 estados de la Unión Americana; tanto Medicare como Medicaid pagan casi todos los servicios (National Hospice and Palliative Care Organization, 2005).

La filosofía de hospicio se resume en las palabras de su fundadora, Cicely Saunders: “Tú importas hasta el último momento de tu vida, y nosotros haremos todo lo que podamos, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino para que vivas hasta que mueras” (National Hospice Organization, sin fecha, p. 6). El énfasis está colocado en el **cuidado paliativo**, en aliviar el dolor y el sufrimiento y en permitir a los pacientes morir en paz y dignamente. Médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, auxiliares, clérigos, amigos y voluntarios trabajan juntos para tratar síntomas, mantener a los pacientes tan cómodos y alertas como sea posible, a mostrar interés y bondad con ellos y sus familias, y ayudar a éstas a lidiar con la enfermedad y finalmente con el duelo.

¿Qué significa preservar la dignidad de un paciente que está muriendo? Un equipo de investigación decidió preguntar a los mismos moribundos. A partir de entrevistas con 50 pacientes canadienses con cáncer terminal avanzado, los investigadores desarrollaron una lista de preguntas relacionadas con la dignidad, preocupaciones y lineamientos de tratamiento (Chochinov, Hack, McClement, Harlos y Kristjanson, 2002).

La conclusión más importante a la que llegaron los investigadores se refiere a que el cuidado que conserva la dignidad depende no sólo de cómo son tratados los pacientes, sino también de cómo son vistos: “Cuando los pacientes moribundos se ven, y saben que son vistos, como seres merecedores de honor y estima por quienes los cuidan, es más probable que mantengan la dignidad” (Chochinov, 2002, p. 2259).

## CONFRONTAR LA MUERTE

Todas las muertes son diferentes, tal como todas las vidas lo son. La experiencia de morir no es la misma para una víctima de un accidente, un paciente con cáncer terminal, una persona que se suicida y alguien que muere instantáneamente de un ataque al corazón. Ni la experiencia de pérdida es la misma para sus deudos. El modelo de ocurrencia de los acontecimientos de vida (véase el capítulo 11) sugiere por qué la muerte no significa lo mismo para un hombre de 85 años que padece una artritis que le ocasiona dolores agudos, una mujer de 56 años en la cima de una brillante carrera legal que descubre que tiene leucemia y un joven de 20 años que muere debido a una sobredosis de drogas. Ni, como los teóricos contextuales señalarían, la muerte es la misma para un brahmán de la India que para un indigente de Nueva York. La cohorte también tiene un papel. Entre la primera generación de ancianos de japoneses americanos, la aceptación de lo inevitable puede reflejar enseñanzas budistas; pero los japoneses americanos de tercera generación muestran menos aceptación, no sólo porque son más jóvenes sino también porque crecieron con la creencia estadounidense relacionada con la habilidad para controlar el destino propio (Kalish y Reynolds, 1976).

Sin embargo, todas las personas son humanas, y tal como puede haber similitudes en las vidas de los adultos, también las hay en la forma en que los adultos confrontan la muerte en diferentes edades. Observemos primero cómo los adultos jóvenes,

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Crees que, en cierto punto, todos logran la paz al morir? ¿O es más probable que la mayoría de la gente pregunte “¿por qué yo?” o “¿por qué ahora?”? Argumenta tu respuesta.

los adultos medios y los ancianos se sienten con respecto a la muerte, y luego los cambios que pueden ocurrir conforme se aproxima ésta.

## Actitudes hacia la muerte y el proceso de morir

¿Alguna vez pensaste acerca de tu propia muerte? ¿Piensas en ella tanto como tus padres o abuelos? ¿Cómo los adultos de diferentes edades enfrentan el hecho de que deben morir?

### ADULTEZ JOVEN

La mayoría de los adultos jóvenes evitan pensar en la muerte. Desde luego, entienden en forma abstracta que sí ocurre. Los adolescentes están influidos por la *fábula personal*, una creencia egocéntrica de que son únicos o especiales, no sujetos a las reglas naturales que gobiernan al resto del mundo y pueden tomar casi cualquier tipo de riesgo sin pensar en el peligro (Elkind, 1984). Esta creencia se desvanece conforme los adultos jóvenes adquieren responsabilidades ocupacionales y familiares serias, pero a los adultos jóvenes todavía no les gusta pensar que la muerte puede ocurrirles (Kastenbaum, 1977).

Las personas que terminaron su educación o entrenamiento y se embarcan en carreras, matrimonio o paternidad están ansiosas por vivir las existencias para las que se han preparado. Si súbitamente enferman o se lesionan severamente, es probable que se sientan más intensamente sensibles acerca de la muerte inminente que las personas en cualquier otro periodo de vida (Pattison, 1977). Se hallan en extremo frustrados: trabajaron terriblemente duro... para nada. Su frustración se convierte en ira, y dicha ira con frecuencia hace de los adultos jóvenes problemáticos pacientes de hospital.

### ADULTEZ MEDIA

Es en la adultez media cuando la mayoría de las personas se dan cuenta de que de hecho van a morir. Mientras leen las páginas de obituarios, lo que les gusta hacer con más regularidad que antes, encuentran más y más nombres conocidos, y pueden comparar las edades con la propia. Sus cuerpos les envían señales de que no son tan jóvenes, ágiles y vigorosos como lo fueron alguna vez; y pueden volverse más introspectivos (véase el capítulo 11). Con frecuencia, en especial después de la muerte de ambos padres, hay una nueva conciencia de ser la “generación más vieja” (Scharlach y Fredriksen, 1993).

Las personas en la adultez media perciben el tiempo de una nueva manera. Anteriormente, pensaban en términos de cuántos años han vivido; ahora piensan en cuántos les quedan hasta la muerte, y de cómo obtener lo mejor de esos años (Neugarten, 1967). Darse cuenta de que la muerte es un hecho y de que el tiempo que queda es limitado puede ser un ímpetu para un mayor reto en la vida. Cuando a Saul Alinsky, un organizador comunitario en Chicago, se le preguntó cómo decidió dedicar su vida a organizar personas de la clase trabajadora, recordó una época cuando estuvo gravemente enfermo: “Entonces me di cuenta de que iba a morir. Siempre supe eso en un sentido abstracto, desde luego, pero por primera vez realmente lo supe muy dentro de mí y decidí que, antes de morir, haría algo que realmente marcaría una diferencia en el mundo” (S. Alinsky, comunicación personal, 1966).

Incluso las personas que aparentemente continúan sus patrones de vida previos con frecuencia realizan sutiles cambios y elecciones más conscientes. La conciencia

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Bajo qué circunstancias has pensado en tu muerte? ¿El pensamiento fue suficientemente serio como para motivarte a cambiar tu comportamiento en alguna forma?



© Susan Woog Wagner/Photo Researchers

*De acuerdo con Erikson, las personas en la última etapa de vida deben lidiar con la etapa de desarrollo: integridad frente a desesperación. El resultado puede ser la sabiduría que les permita aceptar su muerte verdadera, así como la forma en que han vivido sus vidas.*

de que el tiempo se acorta puede llevarlos a analizar sus carreras, matrimonios, relaciones con los hijos, amistades, valores y cómo gastan su tiempo y energía (véase el recuadro 11.2 del capítulo 11).

#### ADULTEZ TARDÍA

En general, los ancianos están menos ansiosos acerca de la muerte que las personas en la adultez media (Bengtson, Cuellar y Ragan, 1975). Presentan más probabilidad de usar estrategias de enfrentamiento enfocadas en la emoción (véase el capítulo 12). A lo largo de los años, conforme las personas pierden amigos y parientes, gradualmente reorganizan sus pensamientos y sentimientos para aceptar su propia mortalidad. Las pérdidas físicas y otros problemas de la vejez pueden disminuir su placer por vivir. Por otra parte, cuando a 414 pacientes hospitalizados en sus 80 y 90 años se les preguntó cuánto tiempo estarían dispuestos a esperar para obtener una excelente salud, aproximadamente dos de cada tres no tuvieron deseos de darse más de un mes de vida (Tsevat *et al.*, 1998).

De acuerdo con Erikson (véase el capítulo 11), las personas en la adultez tardía deben lidiar con la última de ocho crisis: *integridad frente a desesperación*. Quienes resolvieron dicha crisis lograron una sabiduría que les permitió aceptar tanto lo que hicieron con sus vidas como su muerte inminente. Los ajustes de Peck para la vejez (véase el capítulo 12) pueden ayudar a las personas a hacerle frente a la muerte. Los individuos que sienten que sus vidas han sido significativas por lo general son más capaces de enfrentar la muerte.

Sin embargo, algunos tienen sentimientos complejos, como Rita Duskin, de 82 años de edad, madre de uno de los autores de este libro, quien escribió las siguientes líneas poco antes de su segundo y fatal ataque cardíaco:

Me rehúso a creer que soy una pieza de polvo que corre a través de un espacio descuidado. Creo que cuento, que he trabajado para hacerlo, que hay necesidad de mí. Tengo un lugar. Quiero vivir. El momento es el Hoy. Hoy es mi siempre. Todavía soy alguien, alguien en quien nada está perdido. Con mi último aliento, canto un salmo. (R. Duskin, comunicación personal, febrero de 1986.)

Por tanto, el reconocimiento de la muerte puede asociarse con una afirmación conmovedora de lo preciosa y volátil que es la vida.

## Entender a la muerte

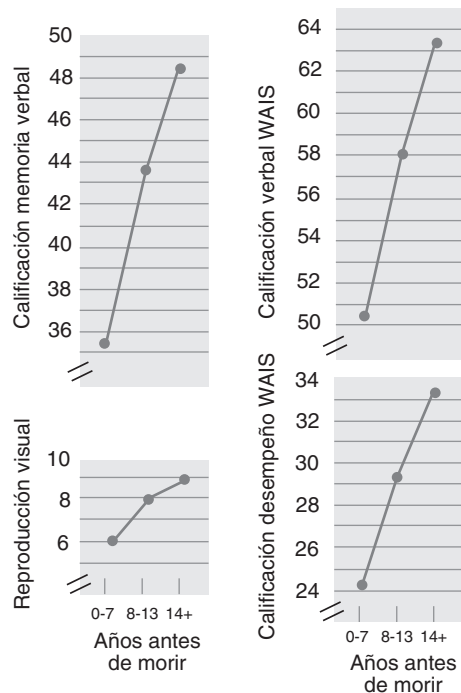
¿Qué tipos de cambios experimenta la gente poco antes de morir? ¿Cómo llegan a aceptar la inminencia de la muerte?

### CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS

Los cambios psicológicos con frecuencia comienzan a ocurrir incluso antes de que haya claros signos fisiológicos de morir. En el capítulo 6 se mencionó que una caída terminal en el funcionamiento intelectual con frecuencia aparece en esta etapa (Klee-meier, 1962; Riegel y Riegel, 1972). Dicho efecto se ha encontrado en estudios longitudinales en varios países, no sólo en los muy ancianos (Johansson *et al.*, 2004; Singer, Verhaeghen, Ghisletta, Lindenberger y Baltes, 2003; Small, Fratiglioni, von Strauss y Bäckman, 2003), sino también de adultos de un amplio rango de edades, y opera sin importar el aparente estatus de salud, género, estatus socioeconómico o causa de muerte (Rabbitt *et al.*, 2002; Small *et al.*, 2003). Se ha hallado que los declives terminales predicen la muerte hasta once años después. Un declive en la habilidad verbal, que por lo general es la menos afectada por el avance de la edad, puede ser un indicador especialmente relevante de caída terminal (Rabbitt *et al.*, 2002). Un estudio en Inglaterra de 3 572 adultos activos con edades de 49 a 93 años sugiere que la depresión, que puede tener efectos negativos sobre la función cerebral, puede ayudar a explicar la caída terminal (Rabbitt *et al.*, 2002). La caída terminal a veces se atribuye a afecciones crónicas que agotan la energía mental y la motivación. Afecta habilidades que relativamente no son dañadas con la edad, como el vocabulario, y se observa en personas que parecen jóvenes así como en quienes lo hacen a una edad más avanzada (Berg, 1996).

La caída terminal puede predecir cuáles individuos en un grupo de prueba pueden llegar a morir dentro de pocos años (Berg, 1996). Un equipo de investigación (Sieglar, McCarty y Logue, 1982), con datos del estudio longitudinal Duke, compararon calificaciones de inteligencia y pruebas de memoria de personas que murieron al año de la prueba, con las de personas que fallecieron de 8 a 13 años después y con otras cuyo deceso fue 14 o más años más tarde o que todavía seguían vivas. Quienes sobrevivieron más tiempo, sin importar la edad, tendían a haber calificado más alto en ítems verbales y no verbales (véase la figura 13.1).

Los cambios de personalidad también se muestran durante el periodo terminal. En un estudio, a 80 personas, con edades de 65 a 91 años, se les aplicaron pruebas psicológicas. Más tarde, los investigadores compararon las calificaciones de quienes



**FIGURA 13.1 Efectos de la caída terminal sobre la memoria y la inteligencia.** Las personas más cercanas a la muerte tuvieron un peor desempeño en pruebas de memoria verbal y visual y en las secciones de desempeño verbal y no verbal de la Escala de Inteligencia Adulta Wechsler (WAIS). FUENTE: Siegler *et al.*, 1982, figura 2.

murieron al año con las de aquellos que vivieron un promedio de tres años más. Las personas que fallecieron al año tuvieron calificaciones más bajas en pruebas cognitivas, lo que indica caída terminal; y, de manera global, también fueron menos introspectivos y más dóciles. Las diferencias individuales tuvieron que ver con lo que pasaba en la vida de las personas en el momento de la prueba. Quienes lidiaban con una crisis y estaban cerca de morir tuvieron más miedo y se mostraron más preocupados con la muerte que quienes enfrentaron crisis similares y no estaban cerca de la tumba; pero aquellos cuyas vidas eran relativamente estables al acercarse a la muerte no mostraron un miedo especial ni preocupación acerca de ésta (Lieberman y Coplan, 1970). Tales observaciones sugieren una relación psicósomática, en la que los cambios psicológicos se relacionan con otros fisiológicos en el cuerpo, y viceversa. Los cambios no pueden ser simplemente efecto de un solo episodio de enfermedad, pues las personas que más tarde se recuperaron de enfermedades agudas no mostraron el mismo patrón de declive que quienes tiempo después murieron de los mismos tipos de padecimientos.

Algunas personas que están cerca de la tumba han tenido visiones u otras experiencias que a veces se interpretan como resultado de cambios fisiológicos o psicológicos en el borde de la muerte.

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué implicaciones tienen para la calidad de vida de los ancianos las calificaciones cognitivas más bajas y los efectos de la caída terminal?



## KÜBLER-ROSS: ETAPAS DEL PROCESO DE MORIR

A Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra que trabajó con moribundos, se le reconoce ampliamente haber inspirado el actual interés en la psicología de la muerte y el proceso de morir. Ella se percató de que la mayoría de los pacientes dan la bienvenida a una oportunidad para hablar abiertamente acerca de su condición, y que gran parte de éstos son conscientes de la cercanía de la muerte incluso cuando no saben qué tan enfermos se encuentran.

Después de hablar con unos 500 pacientes enfermos terminales, Kübler-Ross (1969, 1970) destacó cinco etapas para la aceptación de la muerte (véase la tabla 13.1 para una descripción más completa y ejemplos de cada una). Las etapas son: 1) negación (rechazo a aceptar la realidad de lo que ocurre); 2) ira; 3) negociación por tiempo extra (véase el recuadro 13.1 en la página 490); 4) depresión y 5) aceptación final. Ella también propuso una progresión similar en los sentimientos de las personas que enfrentan luto inminente (Kübler-Ross, 1975).

El modelo de Kübler-Ross se ha criticado y modificado por otros profesionales que trabajan con pacientes moribundos. Apuntan que las “etapas” de Kübler-Ross no son verdaderas etapas, como en las teorías organicistas. Aunque las emociones que Kübler-Ross describe son comunes, no todas las personas pasan por las cinco etapas, y además pueden transitar por las etapas en diferentes secuencias. Una persona puede ir de ida y vuelta entre ira y depresión, por ejemplo, o puede sentir ambas a la vez. En lugar de la progresión ordenada en el modelo teórico, los moribundos pueden mostrar “una mezcla de reacciones conflictivas o alternadas que recorren la gama desde negación hasta aceptación, con una tremenda variación afectada por la edad, sexo, raza, grupo étnico, escenario social y personalidad” (Butler y Lewis, 1982, p. 370). Desafortunadamente, algunos profesionales de la salud suponen que tales etapas son inevitables y universales, y otros sienten que han fallado si no pueden llevar a un paciente “a la meta final, el gran número 5: la ‘aceptación’ de la muerte” (Leviton, 1977, p. 259).

Morir, como vivir, es una experiencia individual. Para algunas personas, la negación o la ira puede ser una forma más saludable de enfrentar la muerte que la aceptación calmada. Por ende, la descripción de Kübler-Ross, útil como es para ayudar a comprender los sentimientos de las personas que enfrentan el final de la vida, no se debe sostener como modelo o criterio para un “buen morir”.

## CONFRONTAR LAS PÉRDIDAS

El **duelo** es la pérdida de un ser cercano, y el proceso de ajuste posterior a la misma. El duelo puede afectar prácticamente todos los aspectos de la vida de un sobreviviente, y con frecuencia comienza con un cambio en estatus y roles: por ejemplo, de esposa a viuda o de hijo o hija a huérfano. La **pena** es la respuesta emocional experimentada en las primeras fases del duelo; puede tomar muchas formas, desde ira hasta un sentimiento de vacío. Aunque el duelo y la pena son experiencias universales, también poseen un contexto cultural. El **luto** se refiere no a los sentimientos sino al comportamiento: las formas, por lo general aceptadas culturalmente, en las que el doliente y la comunidad actúan mientras se ajustan a una muerte. Los ejemplos de luto incluyen el velorio irlandés durante toda la noche, en el que

**TABLA 13.1**

*Etapas del proceso de morir de Kübler-Ross*

<b>Etapas</b>	<b>Explicación</b>	<b>Ejemplo</b>
Negación	La mayoría de las personas responden con conmoción al saber que están a punto de morir. Su primer pensamiento es “¡Oh, no! ¡Esto no puede pasarme a mí!”. Cuando las personas en torno al paciente también niegan la realidad, éste no tiene con quien hablar y, como resultado, se siente abandonado y aislado. Cuando se le da alguna esperanza junto con el primer anuncio y se le asegura que no se le abandonará sin importar lo que ocurra, las personas pueden dejar la conmoción y la negación más rápidamente.	La señora K., de 28 años, madre de dos niños pequeños, fue hospitalizada con una enfermedad hepática terminal. Después de visitar a un curandero, le dijo al capellán del hospital: “Fue maravilloso. Fui curada. Voy a mostrarle a los médicos que Dios me curó. Ahora estoy sana” (1970, p. 43). Con el tiempo, ella mostró que ya no negaba su enfermedad cuando, al sostener la mano del médico, le dijo: “Tiene unas manos cálidas. Espero que usted esté conmigo cuando me ponga cada vez más fría” (1970, p. 45).
Ira	Después de darse cuenta de que están muriendo, las personas se enojan. Se preguntan: “¿Por qué yo?”. Comienzan a envidiar a quienes los rodean y son jóvenes y saludables. En realidad no están enojados con tales personas, sino con la juventud y la salud que ellos no tienen. Necesitan expresar su rabia para librarse de ella.	El señor O., un exitoso hombre de negocios que había sido una persona dominante y controladora toda su vida, se puso iracundo cuando la enfermedad de Hodgkin le quitó el control sobre su vida. Su ira se disipó un poco después de que su esposa y las enfermeras del hospital le devolvieron la sensación de control al consultarle acerca de las horas y duración de las visitas familiares y los horarios para varios procedimientos hospitalarios.
Negociación	El siguiente pensamiento puede ser: “Sí, me pasa a mí, pero...”. El <i>pero...</i> es un intento por negociar tiempo. La personas pueden rogar a Dios: “Si sólo me dejas vivir para ver la graduación de mi hija... o que mi hijo se case... o el nacimiento de mi nieto... seré una mejor persona... o no pediré nada más... o aceptaré mi destino”. Estas negociaciones representan el reconocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita. Cuando las personas quitan el <i>pero...</i> , son capaces de decir: “Sí, yo”.	Una mujer con gran dolor estaba muy triste al pensar que no sería capaz de asistir a la boda de su hijo mayor y favorito. Con la ayuda de autohipnosis, controló su dolor; y durante el periodo previo a la boda ella prometió que no pediría más si pudiera vivir sólo el tiempo suficiente para estar ahí. Asistió, una radiante madre del novio, y cuando regresó al hospital, a pesar de su fatiga, le dijo al médico: “¡Ahora no olvide que tengo otro hijo!” (1970, p. 83).

FUENTE: Kübler-Ross, 1969, 1970.

**TABLA 13.1** (continuación)

*Etapas del proceso de morir de Kübler-Ross*

<b>Etapas</b>	<b>Explicación</b>	<b>Ejemplo</b>
Depresión	En esta etapa, las personas necesitan llorar, apenarse por la pérdida de su propia vida. Al expresar la profundidad de su congoja, pueden superar la depresión mucho más rápidamente que si se sintieran presionados por ocultar su tristeza.	El señor H., quien disfrutaba cantar en el coro, enseñaba en la escuela dominical y hacía otros trabajos en la iglesia y la comunidad, ya no era capaz de realizar tales actividades debido a su enfermedad. Él dijo: "La única cosa que hace que la vida no valga nada justo ahora es el hecho de que me miro a mí mismo... como alguien que no será capaz de volver a hacer estas cosas de nuevo" (1970, p. 103). Otros elementos en su depresión fueron el sentimiento de que su esposa no valoraba su participación en estas actividades no pagadas, que él consideraba importantes, y el hecho de que nunca había completado el proceso de duelo por la muerte de sus padres y una hija. Después de hablar acerca de sus sentimientos con el médico y el capellán, y que su esposa le reafirmó que lo valoraba, su depresión desapareció.
Aceptación	Finalmente, las personas pueden reconocer: "Mi hora está muy cerca ya, y está bien". Éste no necesariamente es un momento feliz, pero las personas que han trabajado sus ansiedades e ira acerca de la muerte y resuelto sus asuntos pendientes terminan con un sentimiento de paz con ellos mismos y con el mundo.	La señora W., de 58 años, enfrentaba el dolor y el conocimiento del cáncer abdominal con coraje y dignidad, hasta que su esposo suplicó a los cirujanos practicar una operación que podía prolongar su vida. Ella cambió radicalmente, se volvió inquieta y ansiosa, solicitaba con frecuencia que aliviaran su dolor, y gritaba y alucinaba en la sala de operaciones de modo que la cirugía no tuvo lugar. Después de que marido y mujer hablaron por separado con el médico, quedó claro que la señora W. estaba lista para morir, pero sentía que no podía hacerlo hasta que su marido fuera capaz de aceptar su enfermedad y dejarla ir. Cuando finalmente él se dio cuenta de que su necesidad de conservarla viva estaba en conflicto con la necesidad de ella de separarse del mundo (incluido él) y morir, ambos compañeros fueron capaces de compartir sus sentimientos y aceptar la muerte.



## Posponer la muerte

El presidente Thomas Jefferson murió el 4 de julio, en el aniversario de la declaración de independencia de Estados Unidos, de la que él había sido el principal autor. Las últimas palabras de Jefferson fueron: “¿Es el cuatro?”.

¿Existe algo que podríamos denominar como una voluntad de vivir? ¿Las personas pueden posponer su propia muerte de modo que les sea posible celebrar su cumpleaños, un aniversario, la boda de un nieto u otro evento significativo?

Algunos estudios han examinado las tasas de mortalidad en torno a dos importantes festividades, la pascua judía y el festival de la cosecha de la Luna, cada una identificada con, y significativa para, cierto grupo étnico mas no para otros, quienes por tanto pueden funcionar como grupos de comparación. En la fiesta judía de pascua, más de 75 por ciento de los judíos estadounidenses asisten a un *seder* (una cena ceremonial), por lo general en casa con miembros cercanos de la familia (Phillips y King, 1988). Durante el festival chino de la cosecha de la Luna, la mujer mayor de la casa realiza una comida ceremonial (Phillips y Smith, 1990); estas festividades enfatizan la relevancia simbólica

de las mujeres ancianas y es más importante para ellas que para las mujeres jóvenes o para los varones de cualquier edad. La pascua judía generalmente cae cerca de la pascua florida (se dice que la última cena de Jesús y sus discípulos fue un *seder*), y el festival de la cosecha de la Luna tiene lugar en el otoño. Pero la fecha de cada una cambia de año en año hasta por cuatro semanas.

En dos estudios llevados a cabo en California, las tasas de mortalidad por causas naturales fueron más bajas justo antes de cada una de estas dos festividades para personas de extracción judía y china, respectivamente, y más altas justo después. Para los judíos, el “efecto pascua” fue más fuerte si la festividad caía en fin de semana, cuando más personas tienden a celebrarla; no fue afectada por la fecha específica de la fiesta. El efecto fue especialmente fuerte entre los hombres judíos, quienes por lo general conducen el *seder*. No se encontró en afroamericanos, asiáticos o en niños judíos, ninguno de los cuales celebra la pascua (Phillips y King, 1988). De igual modo, el “efecto del festival de la luna de cosecha no apareció entre los judíos o la población en general, o entre los hombres

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué roles desempeñan en tu vida los miembros de la familia o amigos muertos? ¿Cómo se desarrollaron los patrones?

los amigos y la familia brindan por la memoria de la persona muerta; y ponen una bandera a media asta tras la muerte de una figura pública (Lund, 1993b).

Las culturas tradicionales ayudan a las personas a lidiar con el duelo a través de costumbres que tienen significados bien comprendidos y proporcionan un ancla de seguridad entre la turbulencia de la pérdida. Dichas costumbres varían enormemente de cultura a cultura. En Japón, los rituales religiosos alientan a los sobrevivientes a mantener contacto con el fallecido. Las familias conservan un altar en el hogar dedicado a sus ancestros; hablan con sus seres amados muertos y les ofrecen alimentos o cigarrillos (Stroebe, Gergen, Gergen y Stroebe, 1992). Alex Haley, en *Raíces* (1976), observó que, en Gambia, el muerto todavía se consideraba parte de la comunidad. Por ejemplo, en su graduación, Kunta Kinte de 10 años se sintió orgulloso no sólo de su familia sentada en la hilera delantera, sino también de sus ancestros enterrados más allá de la villa, especialmente su amada abuela. En contraste, entre los nativos americanos, los hopi intentan olvidar a una persona muerta

chinos ancianos o las mujeres chinas más jóvenes. Figuró sólo entre las mujeres chinas mayores de 75, el grupo para el que tal fiesta significa más. Su tasa de mortalidad fue inusualmente baja antes del festival de la cosecha de la Luna e inusualmente alta después de ella. El patrón se sostiene para las tres causas principales de muerte en ancianos: cardiopatías, cáncer y apoplejía (Phillips y Smith, 1990).

La investigación (O. Anson y J. Anson, 1997) de Israel se enfocó en musulmanes en torno a las principales festividades para los años 1983-1992. Durante el mes de ayuno del Ramadán, la mortalidad de las mujeres fue mayor que durante el mes precedente. En las dos semanas que conducen a la fiesta de 'Id el-Adhha, la mortalidad fue mayor para las mujeres que en las dos semanas posteriores al festival. Los hombres mostraron mayor mortalidad en las dos semanas posteriores a la fiesta de 'Id el-Fitr que en las dos semanas precedentes. Parece que el patrón de mortalidad para hombres y mujeres es diferente y refleja sus distintos roles en la preparación y celebración de los días santos.

Recientemente, los mismos investigadores (O. Anson y J. Anson, 2001) indagaron acerca de las muertes de hombres y mujeres judíos con edades de 35-74 en Israel desde 1983 hasta 1992. Hubo un declive consistente en mortalidad en el sabbath (sábado) para hombres y mujeres, jóvenes y ancianos. Hubo un aumento en el número de muertes para hombres los domingos y para mujeres jóvenes en lunes. El sabbath se considera el evento religioso más importante que ocurre regularmente a lo largo del año. Para otras principales festividades no se encontró de manera consistente este efecto.

¿Cómo funcionan tales efectos? No es probable que el estrés o el comer en exceso causen altas tasas de mortalidad después de estas festividades; estos factores no explicarían las tasas de mortalidad mucho más bajas anteriores a las festividades. Probablemente algunos procesos psicossomáticos permiten a las personas posponer la muerte hasta que alcanzan una ocasión significativa para ellos. Es posible que deseen vivir sólo un poco más y pongan cada gramo de fuerza psicológica y física para experimentar sólo una celebración más.

tan rápidamente como sea posible. Creen que la muerte trae contaminación y que se debe temer a los espíritus de los muertos; por tanto, no conservan fotografías u otros recordatorios de alguien que falleció. Los musulmanes de Egipto expresan pena a través de tristeza profunda; los musulmanes en Bali se alientan a reír, regocijarse y suprimir la tristeza (Stroebe *et al.*, 1992).

No hay una "mejor" forma de enfrentar la pérdida. Lo que funciona para una cultura o una familia puede no ser útil en otra. Para ayudar a las personas a manejar el dolor, los consejeros necesitan tomar en cuenta las tradiciones étnicas y las diferencias individuales (Kastenbaum, 1999).

Observarás a continuación algunas formas y patrones de la pena. Luego te enfocarás en cómo las personas se ajustan a un tipo de duelo que acontece a muchos adultos, especialmente conforme envejecen: la pérdida de un cónyuge. Finalmente, discutirás otras dos pérdidas en particular difíciles: el fallecimiento de un padre y el deceso de un hijo.



© AP/Eduardo Verdugo/Wide World Photos

*Las costumbres de duelo varían enormemente a través de las culturas. En México, jóvenes y ancianos por igual se sientan en las tumbas de los parientes, y velan durante toda la noche en el día de muertos. Los miembros de la familia limpian las tumbas, las adornan con flores, encienden velas e incluso ofrecen los alimentos favoritos de la persona fallecida.*

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Crees que es más fácil ajustarse a la muerte de alguien que estuvo enfermo durante un largo periodo o a una muerte súbita? ¿Por qué?

## Formas y patrones de la pena

La pena es una experiencia enormemente personal. Investigación reciente desafía las anteriores nociones de un solo patrón de penar y un horario “normales” para la recuperación. Por ejemplo, una viuda que hable con su marido fallecido alguna vez pudo considerarse emocionalmente perturbada; ahora esto se reconoce como un comportamiento muy común y útil (Lund, 1993b). Y mientras algunas personas se recuperan rápidamente después del duelo, otras nunca lo superan por completo.

### PENA ANTICIPATORIA

La familia y los amigos de una persona que ha estado enferma por mucho tiempo con frecuencia se preparan para la pérdida mediante la **pena anticipatoria**, síntomas de pesar experimentados mientras la persona todavía sigue viva. La pena anticipatoria puede ayudar a los sobrevivientes a manejar la muerte real más fácilmente (Brown y Stroudemire, 1983). Las mujeres que pueden prepararse para la viudez psicológicamente y en términos prácticos, por ejemplo, al discutir las pensiones y seguros con sus maridos, pueden presentar un ajuste más positivo, aunque es posible que no se sientan menos afligidas después de la pérdida (O’Bryant, 1990-1991). Sin embargo, en otros casos se encontró que las viudas ancianas que esperaban las pérdidas de sus esposos y “ensayaron” para la viudez al pensar y hablar acerca del futuro, no estuvieron mejor o peor ajustadas que las mujeres cuyos esposos murieron inesperadamente (Hill, Thompson y Gallagher, 1988).

### EL MANEJO DE LA PENA A TRAVÉS DEL DUELO:

#### UN MODELO DE TRES ETAPAS

Probablemente el patrón de pena después de la muerte más común y ampliamente estudiado sea el de la persona doliente que acepta la terrible realidad de la pérdida, rompe gradualmente el lazo con la persona muerta, se reajusta a la vida sin dicha persona y desarrolla nuevos intereses y relaciones. Este proceso de **manejo del duelo** por lo general tiene lugar en tres fases, aunque, como con las etapas de Kübler-Ross, pueden variar (Brown y Stoudemire, 1983; Schulz, 1978).

1. *Commoción e incredulidad.* La primera fase puede durar varias semanas, especialmente después de una muerte súbita o inesperada. Inmediatamente después del deceso, los sobrevivientes con frecuencia se sienten perdidos y confundidos. Su conmoción, y su incapacidad para creer en la muerte, puede protegerlos de reacciones más intensas. Son comunes la pérdida de aliento, las sensaciones de presión en el pecho o garganta, náusea y un sentimiento de vacío en el abdomen. Conforme se profundiza la conciencia de la pérdida, la obnubilación inicial da paso a sentimientos abrumadores de tristeza, que comúnmente se expresan mediante llanto frecuente.
2. *Preocupación por la memoria de la persona muerta.* La segunda fase puede durar seis meses o más. El sobreviviente intenta adaptarse a la muerte pero no puede aceptarla todavía. El llanto frecuente continúa y regularmente se

presentan insomnio, fatiga y pérdida de apetito. Una viuda puede revivir la muerte de su esposo y toda su relación. De vez en vez, puede apoderarse de ella un sentimiento de que su finado esposo se encuentra presente: escuchará su voz, sentirá su presencia en la habitación, incluso verá su rostro ante ella. Puede soñar vívidamente con él. Estas experiencias disminuyen con el tiempo, aunque pueden ser recurrentes, acaso durante años, en ocasiones como el aniversario nupcial o luctuoso.

3. *Resolución.* La fase final llega cuando la persona en duelo renueva el interés en las actividades cotidianas. Los recuerdos de la persona fallecida mezclan sentimientos de cariño con tristeza, en vez de agudo dolor y añoranza. Un viudo todavía puede extrañar a su esposa muerta, pero comprende que la vida debe seguir y se vuelve más activo socialmente. Sale más, ve personas, retoma viejos intereses y acaso descubre unos nuevos.

#### DIVERSAS REACCIONES ANTE LA PÉRDIDA

¿Qué tan universal es el patrón descrito líneas arriba? Recientemente, investigadores han encontrado que el dolor no necesariamente sigue una línea recta de la conmoción a la resolución. En vez de ello, puede ser una sucesión de altibajos emocionales de longitudes variables, que con eventualidad pueden aminorar pero nunca eliminarse por completo (Lund, 1993b). Más aún, existen considerables diferencias en las reacciones al duelo. Algunas personas sufren intensamente durante mucho tiempo: la reina Victoria de Inglaterra vistió de negro y estuvo en duelo por su esposo, el príncipe Alberto, durante los últimos 40 años de su vida. Otros, al parecer no elaboran en absoluto el duelo.

Un equipo de psicólogos (Wortman y Silver, 1989) revisó estudios de reacciones a pérdidas mayores: en algunos casos, el deceso de un ser amado; en otros casos, la pérdida de la movilidad propia como resultado de una lesión en la columna. Los psicólogos encontraron algunas suposiciones comunes que eran más mito que realidad. Cinco creencias comunes acerca de la pérdida son: 1) todo el que sufre una pérdida severa estará perturbado y probablemente deprimido; 2) las personas que no muestran tal aflicción tendrán problemas psicológicos más tarde; 3) una persona en duelo tiene que “trabajar” la pérdida al enfocarse en ella e intentar darle sentido; 4) la aflicción intensa del duelo llegará a un fin dentro de un tiempo bastante corto; 5) las personas eventualmente aceptarán una pérdida, tanto intelectual como emocionalmente. De acuerdo con estos investigadores, ninguna de dichas creencias es válida para todos.

*Primero*, dicen, la depresión se encuentra lejos de ser universal. De 3 semanas a 2 años después de su pérdida, sólo del 15 al 35 por ciento de viudas, viudos y víctimas de lesión en la médula espinal mostraron signos de depresión. *Segundo*, el fracaso para mostrar aflicción al principio no necesariamente conduce a problemas; de hecho, las personas que estuvieron más perturbadas inmediatamente después de una pérdida o lesión tuvieron más probabilidad de presentar mayores problemas hasta dos años más tarde. *Tercero*, no todos necesitan trabajar una pérdida o se beneficiarán de hacerlo; algunas de las personas que tuvieron el trabajo de duelo más intenso desarrollaron mayores problemas tiempo después. *Cuarto*, no todos regresan a la normalidad rápidamente. Los estudios muestran que es probable que los padres de hijos asesinados por conductores ebrios funcionen pobremente hasta siete años des-



## *Pérdidas ambiguas*

Una mujer cuyo marido estuvo en el World Trade Center en el momento del ataque terrorista del 11 de septiembre de 2001, realmente no creía que estuviera muerto sino hasta meses después, cuando los trabajadores de la limpieza de los escombros le regresaron un fragmento de su hueso. Los sobrevivientes del tsunami de diciembre de 2004 en el sureste asiático penaron por compañeros, hijos y padres desaparecidos sin dejar rastro por las masivas olas. Mujeres y hombres en la adultez media volaron al sureste asiático para buscar los restos de cónyuges y padres cuyos aviones fueron derribados décadas atrás. Una mujer cuyo padre se suicidó y no tuvo oportunidad de ver su cuerpo antes del sepelio, tenía recurrentes sueños de que todavía estaba vivo.

Lidiar con la muerte de un ser amado es suficientemente difícil bajo circunstancias normales. Pero cuando no hay cuerpo —es decir, no hay clara evidencia de muerte— puede ser más difícil enfrentar el carácter definitivo de la pérdida. Esto es especialmente cierto en la cultura estadounidense, con su tendencia a negar la realidad de la muerte. “Las personas ansían un cuerpo”, dice la terapeuta familiar Pauline Boss (2002, p. 15), “porque, paradójicamente, *tener* el cuerpo les permite deshacerse de él”. Ver el cadáver hace que se supere la confusión,

“proporciona certidumbre cognitiva de la muerte”, y por tanto permite que el doliente comience el duelo. Sin un cuerpo, los sobrevivientes se sienten privados de la oportunidad de decir adiós y honrar adecuadamente al ser amado. Boss habla de una mujer, cuyo esposo se perdió en el World Trade Center, que sólo deseaba una parte de él para enterrarla, incluso una uña.

Boss (1999, 2002, 2004; Boss, Beaulieu, Wiegling, Turner y LaCruz, 2003) aplican el término **pérdida ambigua** a situaciones en las que la pérdida no está claramente definida, y por tanto es confusa y difícil de resolver. La pérdida ambigua no es un trastorno psicológico sino uno de relación, en el que la pena permanece congelada y la resolución no puede ocurrir. No es una enfermedad sino una fuente de estrés debilitante. Cuando la pérdida carece de confirmación tangible, a las personas se les niega el cierre ritual y emocional y se pueden inmovilizar, ser incapaces de seguir con las tareas necesarias de reorganizar los roles y relaciones familiares. La pérdida sigue y sigue, lo que crea agotamiento físico y emocional, y el apoyo de amigos y familia puede extinguirse.

En Nueva York, después del ataque del 11 de septiembre, miles de familias tuvieron que enfren-

pués, y que más de 40 por ciento de viudos y viudas muestran ansiedad de moderada a severa hasta cuatro años después de la muerte del cónyuge, en especial si fue súbita. *Quinto*, las personas no siempre pueden resolver su pena y aceptar su pérdida. Los padres y cónyuges de personas que murieron en accidentes automovilísticos con frecuencia tienen recuerdos dolorosos del ser amado incluso después de muchos años (Wortman y Silver, 1989). La aceptación puede ser particularmente difícil cuando una pérdida es *ambigua*, como cuando un ser amado se extravía y se le cree muerto (véase el recuadro 13.2).

En lugar de un solo patrón de tres etapas, esta investigación encontró tres patrones principales de duelo. En el patrón esperado, el doliente va de aflicción alta a baja. En un segundo, el doliente no experimenta aflicción intensa inmediatamente o más



tar este tipo de pérdida. Dar a la situación un nombre parece aliviar la angustia del doliente, quien de otro modo puede culparse a sí mismo por sentimientos confusos, desamparo, ansiedad e incapacidad para vivir la pena de manera normal. Boss también aplica el concepto de pérdida ambigua a situaciones en las que el ser amado está físicamente presente, pero psicológicamente ausente, como en la enfermedad de Alzheimer, la adicción a drogas y otras enfermedades mentales crónicas.

Las personas que pueden tolerar mejor la pérdida ambigua tienden a presentar ciertas características: 1) son profundamente espirituales y no esperan entender lo que ocurre en el mundo, tienen fe y confianza en lo desconocido; 2) son optimistas por naturaleza, 3) pueden soportar dos ideas opuestas al mismo tiempo (“necesito reorganizar mi vida pero mantengo viva la esperanza”) y por tanto pueden vivir con incertidumbre; 4) con frecuencia crecieron en una familia o cultura donde el dominio, el control y el encontrar respuestas a las preguntas era menos relevante que aprender a vivir con lo que se es.

Algunas culturas nativas americanas proporcionan rituales, ceremonias y símbolos para marcar la pérdida ambigua. Una mujer Anishinabe en Minnesota del norte, que cuidaba a su madre demente,

realizó un “funeral” para ella “porque la mujer que yo conocía ya no estaba más ahí” (Boss, 1999, p. 17). En Nueva York, el alcalde Rudolph Guiliani ofreció certificados oficiales de supuesta muerte y una urna de cenizas de la zona cero. Algunas personas aceptaron estos símbolos como evidencia de muerte, lo que les permitió comenzar el proceso de duelo, pero otras eligieron esperar pruebas más sólidas. Diferentes familias, diversas culturas y distintas personas dentro de una familia pueden enfrentar la muerte de varias maneras.

La terapia puede ayudar a las personas a “comprender, enfrentar y seguir después de la pérdida, incluso si permanece sin aclararse” (Boss, 1999, p. 7). Contar y escuchar historias acerca de la persona perdida puede comenzar el proceso de curación. Reconstruir los rituales familiares puede afirmar que la vida continúa.

Los terapeutas que trabajan con personas que sufren de pérdida ambigua necesitan ser capaces de tolerar la ambigüedad ellos mismos. Deben reconocer que las etapas clásicas del manejo del duelo (descritas en este capítulo) no se aplican. Presionar para cerrar ocasionará resistencia. Las familias pueden aprender a manejar el estrés de la pérdida ambigua a su propio ritmo y manera.

tarde. En un tercer patrón, el doliente permanece afligido durante largo tiempo (Wortman y Silver, 1989).

En el estudio llamado Vidas cambiantes de las parejas ancianas (CLOC, por sus siglas en inglés), los investigadores entrevistaron a 1 532 ancianos casados y luego hicieron entrevistas de seguimiento a 185 (161 mujeres y 24 hombres) cuyos cónyuges habían muerto. Las entrevistas tuvieron lugar seis meses y de nuevo cuatro años después de la pérdida (Boerner, Wortman y Bonanno, 2005; Bonanno, Wortman y Nesses, 2004; Bonanno *et al.*, 2002). El duelo *común*, en el que la depresión se establece inmediatamente después de la pérdida y subsiste con el tiempo, como en el clásico patrón de trabajo de pena de tres etapas, fue sorprendentemente *raro* (11 por ciento de la muestra). Además, no hubo evidencia clara de duelo *ausente* o *demo-*

*rado*: falta de aflicción obvia inmediatamente después de la muerte, que, en el patrón demorado, se considera que tendrá como resultado un estallido de sufrimiento. En vez de ello, con mucho el patrón más prevaleciente (mostrado por 46 por ciento de la muestra) fue la *resiliencia*: un nivel bajo de aflicción que disminuye gradualmente. Los dolientes resilientes expresaron aceptación de la muerte como un proceso natural. Después de su pérdida, pasaron relativamente poco tiempo pensando y hablando acerca de ella o buscando su significado, aunque la mayoría sí reportó cierto anhelo y dolencias emocionales durante los primeros seis meses. Estos hallazgos desafían la suposición de que algo está mal si una persona en duelo muestra sólo aflicción moderada y demuestra que “‘estar bien’ después de una pérdida no necesariamente es causa de preocupación, sino más bien una respuesta normal para muchos ancianos” (Boerner *et al.*, 2005, p. P72).

Entre las personas viudas que mostraron mayor aflicción a largo plazo, los investigadores distinguieron entre los *aflijidos crónicos* (16 por ciento), quienes comenzaron a deprimirse después de su pérdida, y los *crónicamente deprimidos* (8 por ciento), aquellos que estaban deprimidos de antemano y se deprimieron más tiempo después. Los afligidos crónicos tendieron a ser excesivamente dependientes, tanto de sus cónyuges como en general. Presentaron más probabilidad de seguir pensando, hablando y buscando el significado en su pérdida, pero “terminaron con ello” hacia los 48 meses, mientras que los crónicamente deprimidos no lo hicieron. Por tanto, las viudas y viudos crónicamente deprimidos pueden ser los candidatos más probables para tratamiento. Por otra parte, algunos dolientes (10 por ciento) que mostraron altos niveles de depresión antes de su pérdida *mejoraron durante el duelo*. Para este grupo, la muerte pareció representar el final de un estresor crónico. Tendieron a ser negativos o ambivalentes acerca de sus matrimonios y muchos de sus cónyuges estuvieron seriamente enfermos antes de fallecer. Los hallazgos de que la pena toma varias formas y patrones tiene relevantes implicaciones para ayudar a las personas a lidiar con la pérdida (Boerner *et al.*, 2004, 2005; Bonanno *et al.*, 2002). Puede ser innecesario e incluso dañino urdir o dirigir a los dolientes a “trabajar” una pérdida o esperar que sigan un patrón fijo de reacciones emocionales, tal como puede ser innecesario y dañino esperar que todos los pacientes moribundos experimenten las etapas de Kübler-Ross. Respecto a las diferentes formas de mostrar pena, puede ser útil que el doliente lidie con la pérdida sin hacerlo sentir que sus reacciones son anormales.

#### TERAPIA DE DUELO

La mayoría de los dolientes eventualmente son capaces de aceptar la pérdida y reanudar sus vidas normales, con frecuencia con la ayuda de familiares y amigos. Sin embargo, para algunos está indicada la **terapia de duelo**: el tratamiento para auxiliar al doliente a enfrentar su pérdida. Los terapeutas de duelo ayudan a los sobrevivientes a expresar tristeza, culpa, hostilidad e ira. Alientan a los clientes a revisar la relación con el fallecido y a integrar el hecho de la muerte en sus vidas. Al apoyar a las personas a manejar la pena, los consejeros necesitan tomar en cuenta las tradiciones étnicas y familiares y las diferencias individuales.

Con frecuencia, desafortunadamente, los estudios encuentran que la terapia de duelo es ineficaz o, en una perturbadora proporción de casos (38 por ciento, de acuerdo con un estudio), incluso dañina (Fortner, Neimeyer, Anderson y Berman,

reportado en Neimeyer, 2000). Los hallazgos apuntados en la sección anterior (Boerner *et al.*, 2005; Bonanno *et al.*, 2002) sugieren que es improbable que muchos dolientes necesiten o se beneficien de la consultoría. Las suposiciones típicas de la terapia de duelo, que la “ausencia de pena” representa falta de reconocimiento de los problemas relacionados con la pérdida y que ésta es uno de los eventos de vida más estresantes que alguna vez enfrentan las personas, necesitan reevaluarse.

Los afligidos crónicos tienen más probabilidad de beneficiarse del tratamiento que los ayuda a reconocer lo central de sus pérdidas y a procesarlas, construir autoestima y reestructurar sus vidas. A los crónicamente deprimidos se les puede ayudar más mediante intervenciones que se enfoquen en sus problemas emocionales actuales y auxiliarlos para lidiar con las tensiones cotidianas de la viudez. Si dicho abordaje no tiene éxito, algunos pueden requerir tratamiento con drogas antidepresivas (Boerner *et al.*, 2005).

## Sobrevivir a un cónyuge

La viudez es uno de los mayores retos emocionales que puede enfrentar cualquier ser humano. Significa no sólo la pérdida de un compañero de vida, sino la alteración de prácticamente cada aspecto de la existencia del sobreviviente. En una clasificación clásica de los eventos de vida estresantes, aquél identificado como el que requiere mayor ajuste fue la muerte de un cónyuge (véase la tabla 4.3 del capítulo 4). Aunque la viudez también puede verse como una experiencia del desarrollo.

Puesto que las mujeres tienden a vivir más que los hombres, y a ser más jóvenes que sus maridos, es más probable que éstas enviuden. También tienden a enviudar a una edad más temprana. Un tercio de las mujeres pierden a sus maridos hacia la edad de 65 años, y no es sino hasta los 75 años que una proporción igual de hombres pierde a sus esposas (Atcley, 1997).

### AJUSTES

Además de la pena, ¿cómo la pérdida de un cónyuge afecta la vida diaria? Un sobreviviente de un largo matrimonio por lo general enfrenta muchos problemas emocionales y prácticos. Un buen matrimonio puede dejar un profundo vacío emocional: la pérdida de un amante, un confidente, un buen amigo y una compañía estable. Incluso, a pesar de un mal matrimonio, la pérdida del cónyuge puede ser dolorosa.

Por una razón: el sobreviviente ya no tiene el *rol* de cónyuge. Esta pérdida puede ser especialmente dura para una mujer que estructuró su vida e identidad en torno a cuidar al marido (Lucas, Clark, Georgellis y Diener, 2003; Marks y Lambert, 1988; Saunders, 1981). También afecta a los trabajadores de ambos sexos que ya no tienen un compañero con quien llegar a casa, y a los jubilados que ya no cuentan con quién hablar... o discutir.

La calidad de la relación matrimonial que se pierde influye en el grado en el que la viudez afecta la salud mental. En el estudio CLOC discutido anteriormente, las personas viudas que eran enormemente dependientes de sus cónyuges tendieron a volverse más ansiosas y extrañaban más a sus compañeros seis meses después de la muerte que quienes no fueron tan dependientes. No es de sorprender que quienes estuvieron especialmente cerca de sus cónyuges también reportaron mayor añoranza (Carr *et al.*, 2000).

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Qué facilita el ajuste ante la pérdida de un cónyuge? ¿Cómo pueden ayudar la familia y los amigos? ¿Cómo pueden interferir?



© PhotoDisc

*La viudez es un tremendo reto emocional, no sólo debido a la pérdida de un compañero de vida, sino también porque cambia casi todos los aspectos de la vida del sobreviviente. Las mujeres, quienes tienden a vivir más que los hombres, tienen más probabilidades de enviudar.*

También cambia la vida social. Los amigos y la familia por lo general corren al lado del doliente inmediatamente después del deceso, pero después retoman sus propias vidas. Los amigos casados, incómodos con el pensamiento de que el duelo también podría pasarles a ellos, pueden evitar a la persona viuda. Tanto hombres como mujeres viudos con frecuencia sienten que “estorban” con las parejas que han sido sus amigos durante mucho tiempo (Brubaker, 1990). No obstante, tanto viudos como viudas ven a los amigos con más frecuencia que las personas casadas, acaso porque tienen más tiempo y necesidad de contacto social; y, aunque la mayoría de las personas viudas hacen nuevas amistades, gran parte de sus amigos continúan siendo los antiguos (Field y Minkler, 1988). Los hombres viudos tienen más probabilidad de buscar la compañía de mujeres. Las mujeres, especialmente las que se encuentran en la adultez media y las ancianas, por lo general traban amistad con otras viudas, pero pasan malos momentos al tratar de reunirse y establecer relaciones con hombres (Brecher y Editors of Consumer Reports Books, 1984; Lopata, 1977, 1979).

Las dificultades económicas pueden representar un problema grave. En promedio, el ingreso familiar cae 44 por ciento después de la muerte de un cónyuge (Healy, 1983; Hungerford, 2001). Cuando el marido ha sido el principal proveedor, su viuda se priva de su ingreso; cuando el marido es el viudo, tiene que contratar muchos de los servicios que su esposa le proporcionaba. Cuando ambos cónyuges tienen empleo, la pérdida de un ingreso puede ser un fuerte golpe (Lopata, 1977, 1979).

El estrés de la viudez puede afectar la salud física. En un estudio finlandés de gran escala, los varones que perdieron a sus esposas dentro de un periodo de cinco años tuvieron 21 por ciento más probabilidad de morir dentro del mismo periodo que aquellos que siguieron casados, y las mujeres viudas presentaron 10 por ciento más probabilidad de morir que las mujeres aún casadas (Martikainen y Valkonen, 1996). Las relaciones sociales tienen una correlación con la buena salud. La pérdida de un “escudo” protector de compañerismo puede explicar la fuerte probabilidad de que una persona viuda pronto seguirá al cónyuge a la tumba (Ray, 2004). Sin embargo, el estudio CLOC sugiere una razón más práctica. Después de la muerte de un cónyuge, puede no haber alguien que recuerde a la viuda anciana que tome sus píldoras o se asegure de que un hombre viudo se adhiera a una dieta especial. Quienes recibieron tales recordatorios (por decir, de hijos o trabajadores de la salud) tendieron a mejorar en hábitos de salud y reportaron sentirse bien (Williams, 2004).

No es de sorprender que las personas viudas de ambos sexos ostenten tasas más altas de enfermedad mental, en especial depresión, que las casadas (Balkwell, 1981). Los hombres viudos tienden a ser más vulnerables a la depresión que las viudas, acaso porque ellos tienen menos probabilidad que las mujeres de haber formado otras relaciones íntimas. Entre las mujeres, el factor principal en la depresión parece ser la restricción económica; entre los hombres, el estrés de manejar una casa (Umberson *et al.*, 1992).

Aunque toma tiempo que el dolor de la pérdida sane, la mayoría de los cónyuges en proceso de duelo eventualmente reconstruyen sus vidas. Es posible que no terminen de reponerse ante la pérdida, pero suelen acostumbrarse a ella. La soledad y la tristeza dan lugar a la confianza en la habilidad para manejarse por su cuenta. Las

personas que se ajustan mejor son aquellas que se mantienen ocupadas, toman nuevos roles (como un nuevo trabajo asalariado o voluntario), o se involucran más profundamente en actividades actuales. Ven a los amigos con frecuencia (lo que los ayuda más que las visitas frecuentes con sus hijos) y pueden tomar parte en grupos de apoyo para viudos. El apoyo social, incluido el ser alentado a expresar sentimientos sin que se les dé consejo no solicitado, es de especial relevancia en los primeros meses; los sobrevivientes que se las arreglan de manera adecuada durante dicho periodo usualmente se desempeñan mejor que otros a largo plazo. La calidad de las relaciones puede ser más importante que la frecuencia del contacto (Anderson, 1984; Balkwell, 1981; Barrett, 1978; Lund, 1989, 1993b; Vachon, Lydall, Rogers, Freedmen-Letofky y Freeman, 1980).

A final de cuentas, en especial para las mujeres, la aflicción de la pérdida puede ser un catalizador para la introspección y el crecimiento, para descubrir aspectos escondidos de sí mismas y aprender a salir adelante con sus propios recursos. Más agudamente conscientes de su propia mortalidad, pueden reevaluar sus vidas en búsqueda de significado personal. En el proceso, pueden mirar en retrospectiva sus matrimonios de manera más realista. Algunas regresan a la escuela o encuentran nuevos empleos (Lieberman, 1996).

Muchos estudios han encontrado que los ancianos se hallan mejor ajustados a la viudez que los adultos más jóvenes. Una interpretación común es que la pérdida de un cónyuge es más traumática en la adultez joven, cuando es menos esperada (DiGiulio, 1992). Sin embargo, la razón puede ser que los jóvenes viudos en tales estudios estuvieron más recientemente en duelo. Un estudio, que sí controló el tiempo que las personas habían permanecido viudas; encontró que la edad a la que ocurre el duelo tiene poco efecto a largo plazo sobre la moral: perder un cónyuge no es más fácil o duro a una edad más temprana o tardía. Los viudos y viudas ancianos suelen tener una moral un poco más alta que los más jóvenes; un factor crucial puede ser mayor disponibilidad de compañías, especialmente de pares viudos (Balkwell, 1985).

A corto plazo, las viudas más jóvenes sí presentan más problemas psicológicos (Parkes y Weiss, 1983). Abrumadas con la responsabilidad completa de mantener a su familia y hacerse cargo de la paternidad, y con frecuencia con un estándar de vida drásticamente reducido, pueden carecer de tiempo o energía para desarrollar una nueva vida social. Pueden encontrarse resentidas con sus hijos y sentirse culpables por ello (DiGiulio, 1992). Sin embargo, es más probable que la salud física se afecte de manera adversa cuando la pérdida ocurre en la adultez media (Perkins y Harris, 1990; Wolinsky y Johnson, 1992a, 1992b).

Sin embargo, en general, la edad no es un factor principal en el proceso del dolor; lo son las habilidades para enfrentarlo. Las personas que han tenido práctica en enfrentar pérdidas y desarrollar estrategias de enfrentamiento efectivas son más capaces de lidiar con el duelo (Lund, 1993b).

## SEGUNDAS NUPCIAS

Los viudos ancianos tienen más probabilidad de volver a casarse que las viudas, tal como los hombres de cualquier edad presentan mayor probabilidad a contraer un nuevo matrimonio después de un divorcio (Kastenbaum, 1999). Con mujeres disponibles que superan en mayor número a los varones, los viudos ancianos tienen cuatro veces más probabilidad de otro matrimonio que las viudas ancianas. Los



© Barbara Alper/Stock Boston

*El matrimonio en la vida tardía puede ser muy satisfactorio. Los ancianos viudos con frecuencia se vuelven a casar debido a su relación matrimonial previamente exitosa. Las personas eligen casarse tarde en la vida por las mismas razones que los adultos más jóvenes: compañía, intimidad y amor.*

hombres por lo general sienten más necesidad de volverse a casar; las mujeres usualmente pueden manejar las necesidades de su hogar y ser reticentes a ceder los beneficios de pensión del sobreviviente, la libertad de vivir sola o a enfrentar la idea de cuidar a un marido débil, acaso por segunda ocasión. Un análisis de datos del estudio CLOC encontró que ni viudas ni viudos presentan más probabilidad de buscar una nueva relación romántica si tienen amigos cercanos que los apoyen, lo que sugiere que el principal beneficio de muchos matrimonios en la vida tardía es la compañía (Carr, 2004).

En un estudio de 24 parejas ancianas que se volvieron a casar cuando ambos compañeros tenían más de 60, la mayoría eran viudos. Gran parte de ellos se habían conocido durante sus primeros matrimonios o los habían presentado amigos o parientes (Vinick, 1978). ¿Por qué decidieron casarse de nuevo? Los hombres tendieron a mencionar la compañía y el alivio a la soledad; las mujeres, a declarar sus sentimientos hacia el nuevo esposo o sus cualidades personales. Casi todas estas personas, que tenían de 2 a 6 años en sus nuevos enlaces, eran felices. Sus matrimonios eran más tranquilos que los anteriores; los compañeros mostraban una actitud de “vivir y dejar vivir”.

## Pérdida de un padre

Los problemas de la viudez son muy discutidos; al igual que los efectos de cuidar de un padre anciano (capítulo 10). Sin embargo, se ha puesto menor atención al impacto que genera la muerte de un padre sobre un hijo adulto, aunque dicha pérdida puede ser difícil de soportar: “No sólo implica la pérdida de la más larga e importante de las relaciones (aunque ambivalente) en la vida personal, sino que existe [o puede existir] el trauma del rompimiento de un hogar donde uno creció y la pérdida del ‘amortiguador’ entre uno mismo y la muerte” (Dainoff, 1989, p. 64). Tal conexión puede ser más fuerte en la actualidad que nunca antes, pues, con las expectativas de vida más prolongada, no es raro que un padre siga vivo durante los primeros 50 años o más de la vida de un hijo (Umberson y Chen, 1994). Por tanto, la pérdida de los padres con frecuencia ocurre en la adultez media (Aldwin y Levenson, 2001) y las muertes de ambos progenitores en la adultez joven es una experiencia no normativa que puede afectar negativamente la salud mental o física (Marks, Bumpass y Jun, 2004).

Una encuesta de 220 hijos adultos en duelo encontró que uno de cada cuatro todavía sufría problemas sociales y emocionales aun transcurridos 1 a 5 años de la muerte del padre (Scharlach, 1991). Entrevistas a profundidad con 83 voluntarios, con edades de 35 a 60 años, ubicaron una mayoría que todavía experimentaba aflicción emocional, que variaba de tristeza y llanto a depresión y pensamientos suicidas, después de 1 a 5 años, especialmente después de la pérdida de una madre. Cerca de la mitad de quienes perdieron a algún padre reportó reacciones físicas

continuas, como enfermedades, fatiga y un declive general en salud (Scharlach y Fredriksen, 1993). Aunque la aflicción psicológica generalmente se presenta con rapidez, los problemas de salud pueden mostrarse mucho tiempo después (Umber-son y Chen, 1994).

En un nivel más profundo, la muerte de un padre puede ser una experiencia de maduración. Desde una perspectiva organicista, puede empujar a los adultos a resolver importantes conflictos de desarrollo en la adultez media: el logro de un sentido del yo más fuerte y de elección personal, junto con un mayor sentido de responsabilidad, compromiso y vinculación con otros, y una conciencia más apremiante y realista de la propia mortalidad (Moss y Moss, 1989; Scharlach y Fredriksen, 1993). Los 83 participantes mencionados anteriormente, aunque no son una muestra representativa, reportaron cambios suficientemente dramáticos para funcionar como una “evidencia de la potencial relevancia de la muerte de los padres como un evento significativo del desarrollo en la adultez media” (Scharlach y Fredriksen, 1993, p. 317). Ahora analizaremos algunos de estos cambios.\*

### CAMBIOS EN EL YO

Ocho años después de que el distinguido actor Michael Redgrave muriera, su hija, la actriz Lynn Redgrave (entonces de 50), escribió y representó un espectáculo de una mujer, *Shakespeare for My Father*. En ella, finalmente aceptó la herida y frustración que la frialdad de su padre le provocaron cuando era niña. “Fue un privilegio ser la hija de mi padre”, dijo a un entrevistador. “Pero esto implicó un alto costo. Pagué dicho precio, y soy más fuerte por ello” (Ryan, 1993).

Muchas personas en la adultez media que pierden un padre experimentan algún efecto, por lo general positivo, sobre su sentido del yo (véase la tabla 13.2). Muchos sienten que se volvieron más asertivos, autónomos, seguros de ellos mismos y responsables (en resumen, más maduros) cuando sus padres fallecieron. Como dijo un adulto que perdió a su madre: “Ya no puedo llamarle si necesito consejo” (Scharlach y Fredriksen, 1993, p. 310). Los adultos huérfanos en la adultez media con frecuencia se sienten más fortalecidos conforme revisan la vida del padre en relación con la propia. Por primera vez pueden ser capaces de aceptar y perdonar las fallas del padre, en especial hacia ellos mismos. También pueden sentirse motivados a revisar sus propias vidas y sus metas y actividades: cambio de empleo, regresar a la escuela o jubilarse. Muchos otorgan ahora más importancia a las relaciones personales, a los placeres simples como disfrutar la naturaleza, y la felicidad personal, y ponen menos énfasis en las posesiones materiales. Algunos experimentan una oleada de creatividad conforme lidian con la pérdida al editar el diario o los recuerdos del padre, o (como Lynn Redgrave) escriben los propios. Pero otros, en especial aquellos cuya identidad se entremezcló con la del padre, pueden preocuparse por el futuro, desesperarse por su falta de realización personal y evadirse de la responsabilidad de manejar su propia vida.

La muerte de un padre es un recordatorio de la propia mortalidad. Promueve una “defensa” contra la muerte y puede dejar al hijo adulto con sentimientos de vejez y desamparo. Aunque a veces proporciona una aceptación menos ansiosa de la

---

\* La discusión en el resto de esta sección se basa principalmente en Moss y Moss (1989) y Scharlach y Fredriksen (1993).

**TABLA 13.2**
*Impactos psicológicos tomados de autorreportes por la muerte de un padre*

<b>Impactos</b>	<b>Muerte de la madre (porcentaje)</b>	<b>Muerte del padre (porcentaje)</b>
<i>Autoconcepto</i>		
Más adulto	29	43
Más seguro de sí mismo	19	20
Más responsable	11	4
Menos maduro	14	3
Otro	8	17
Sin impacto	19	12
<i>Sentimientos acerca de la mortalidad</i>		
Creciente conciencia de la propia mortalidad	30	29
Mayor aceptación de la propia muerte	19	10
Disponer planes concretos en cuanto a la propia muerte	10	4
Mayor temor de la propia muerte	10	18
Otro	14	16
Sin impacto	17	23
<i>Religiosidad</i>		
Más religioso	26	29
Menos religioso	11	2
Otro	3	10
Sin impacto	60	59
<i>Prioridades personales</i>		
Relaciones personales más relevantes	35	28
Placeres simples más importantes	16	13
Felicidad personal más relevante	10	7
Poseiones materiales menos importantes	5	8
Otro	20	8
Sin impacto	14	36
<i>Planes de trabajo o carrera</i>		
Dejar el empleo	29	16
Ajustar metas	15	10
Cambiar planes debido a necesidades familiares	5	6
Mudarse	4	10
Otro	13	19
Sin impacto	34	39

FUENTE: Scharlach y Fredriksen, 1993, tabla 1, p. 311.



muerte, junto con un mayor sentido de propósito acerca del tiempo restante. Con frecuencia la pérdida de un padre conduce a las personas a prepararse para la muerte en formas concretas, como disponer arreglos funerarios o un testamento. Muchos, en especial aquellos cuyos padres fallecieron jóvenes, consideran la edad del padre al morir significativa para su propio ciclo de vida. Un hombre organizó una gran fiesta por su quincuagésimo aniversario, pues celebró el hecho de que él había vivido más que su padre. Algunas personas hacen planes especiales para sus años “adicionales”. Otros alteran su estilo de vida: “No quiero morir como mi padre”, dijo una mujer. “Estoy en un riguroso programa de ejercicio para asegurarme de que permaneceré saludable” (Scharlach y Fredriksen, 1993, p. 310).

## CAMBIOS EN LAS RELACIONES

La muerte de un padre con frecuencia trae cambios en otras relaciones: más intimidad o conflicto. Un hijo adulto en duelo puede suponer más responsabilidad para el padre sobreviviente y para mantener unida a la familia (Aldwin y Levenson, 2001). Las intensas emociones del duelo pueden unir más a los hermanos, o pueden provocar su distanciamiento por las diferencias que surgen durante la enfermedad final del padre.

Si un hijo adulto ha cuidado al padre, la muerte de éste puede liberarlo para ocupar más tiempo y energía emocional en las relaciones que se han ignorado temporalmente, como las que tiene con el cónyuge o compañero o con los hijos o nietos. O la muerte puede liberar a una persona en la adultez media para despojarse de una relación que había mantenido para satisfacer las expectativas del difunto.

La muerte del padre sobreviviente puede causar un gran impacto. El hijo adulto puede sentir un sentido de mortalidad más agudo ahora que el miembro de la generación mayor se marchó (Aldwin y Levenson, 2001). Esta conciencia puede ser una oportunidad para crecer, lo que conduce a un resultado más maduro en la vida y a un mayor aprecio del valor de las relaciones personales (Scharlach y Fredriksen, 1993).

Al reconocer la finalidad de la muerte y la imposibilidad de decir algo más al padre fallecido, algunas personas están motivadas a resolver cualquier conflicto que surja con los vivos mientras todavía hay tiempo. En ocasiones los hermanos que han estado enemistados se dan cuenta que el padre que proporcionó un lazo entre ellos ya no está, e intentan zanjar la brecha. Las personas también se pueden mudar para reconciliarse con sus propios hijos adultos.

Para muchos, el lazo entre padre e hijo, el más poderoso en la vida, persiste después de la muerte. Ésta “termina una vida pero no una relación” (Anderson, 1980, p. 110). Incluso los muy ancianos con frecuencia mencionan a sus padres como las personas más influyentes en sus vidas, y un padre muerto puede mantener una presencia constante en la vida de un hijo o hija (Troll y Smith, 1976).

## Pérdida de un hijo

Cuando el bíblico rey David escucha que Absalón, su hijo favorito que intentaba destronarlo, ha muerto, solloza: “¡Oh, mi hijo Absalón, mi hijo, mi hijo Absalón! ¡Debí morir por ti, oh, Absalón, mi hijo, mi hijo!” (2 Samuel, 19:1).

En español no hay una palabra para designar a un padre que pierde a un hijo. Una persona que pierde un cónyuge es *viuda* o *viudo*; una que pierde a ambos padres

es un *huérfano*. Pero alguien cuyo hijo murió es privado incluso de una identidad. Una persona puede llegar a estar preparada emocionalmente para la muerte de un cónyuge o un padre, pero no para la de un hijo.

En épocas anteriores, era más común que un padre enterrara a un hijo. En la actualidad, con los avances médicos y el crecimiento en la expectativa de vida en los países industrializados, un hijo que sobrevive el primer año de vida posee muchas probabilidades de vivir hasta la vejez, pues la mortalidad infantil ha alcanzado registros bajos: en Estados Unidos, hay 8.5 muertes por mil nacidos vivos (Centers for Disease Control and Prevention, 1994; USDHHS, 1995). La muerte de un hijo, por tanto, no importa a qué edad, llega como una cruel conmoción no natural, un evento intempestivo que, en el curso normal de las cosas, no debería haber ocurrido (Raphael, 1983). Los padres pueden sentir que han fracasado, sin que valga cuánto amaron y cuidaron al hijo, y pueden encontrar difícil dejarlo ir.

Si un matrimonio es fuerte, la pareja puede acercarse más y brindarse apoyo mutuo en su pérdida compartida. Pero la muerte de un hijo puede debilitar y destruir un matrimonio. Un cónyuge puede culpar al otro. O simplemente pueden tener diferentes formas de duelo y de reconstruir sus vidas. Los conflictos no resueltos que se desprenden de la muerte de un hijo pueden conducir a un divorcio, incluso años después (Brandt, 1989).

Los padres, especialmente las madres, que perdieron un hijo se hallan en un gran riesgo de ser hospitalizadas por enfermedad mental (Li, Laursen, Precht, Olsen y Mortensen, 2005). El estrés por la pérdida de un vástago puede incluso acelerar la muerte de los padres (Li, Precht, Mortensen y Olsen, 2003).

Muchos padres vacilan en discutir con el hijo que padece una enfermedad terminal su muerte inminente, pero quienes lo hacen tienden a lograr una sensación de cierre que los ayuda a enfrentar la pérdida. En 2001, un equipo de investigación sueco entrevistó a 449 padres de ese país que habían perdido a un hijo por cáncer, 4 a 9 años antes. Aproximadamente un tercio de ellos dijo que habían hablado con su hijo acerca de su muerte inminente, y ninguno de estos padres se arrepintió de haberlo hecho, mientras que 27 por ciento de quienes no abordaron el tema sí lo hacían. Los padres que tuvieron más probabilidad de arrepentirse fueron quienes tuvieron una sensación de que su hijo estaba consciente de su muerte inminente pero no hablaron del asunto, y un desproporcionado número de ellos todavía sufrían de depresión y ansiedad (Kreicbergs, Baldimarsdóttir, Onelöv, Henter y Steineck, 2004).

Aunque cada doliente debe enfrentar la pena por cuenta propia, algunos padres en duelo encuentran que hundirse en el trabajo, intereses y otras relaciones, o unirse a un grupo de apoyo de padres en duelo, los ayuda a aliviar su dolor. Algunos amigos bien intencionados aconsejan a los padres que no se queden a vivir en su pérdida. Mas recordar al hijo en una forma significativa puede ser exactamente lo que los padres necesitan hacer. En la convención nacional demócrata de 1992, Elizabeth Glaser, esposa del actor de televisión Paul Michael Glaser, dijo cómo, en 1981, ella contrajo el virus VIH de una transfusión sanguínea y contagió sin darse cuenta a su hija pequeña, Ariel, con su leche materna. Después de que Ariel murió de SIDA a los 7 años, Elizabeth Glaser lanzó una cruzada para aumentar la conciencia pública del SIDA pediátrico. Para el momento de su propia muerte en 1994, a sus 47, la fundación que estableció había recaudado más de 30 millones de dólares para investigación y educación (Kennedy, 1994).

## Luto por un aborto espontáneo

En un templo budista en Tokio, pequeñas estatuas de infantes acompañados por juguetes y regalos se dejan como ofrenda a Jizo, un ser iluminado que se cree vigila a los fetos abortados y eventualmente, mediante reencarnación, los guía a una nueva vida. El ritual de *mizuko kuyo*, un rito de disculpa y remembranza, se observa como el medio para transformar la vida abortada (Orenstein, 2002).

La palabra japonesa *mizuko* significa “hijo de agua”. Los budistas japoneses creen que la vida fluye gradualmente en un organismo, como el agua, y un *mizuko* se encuentra en alguna parte en el continuo entre vida y muerte (Orenstein, 2002). En el mundo hispánico, por contraste, no existe una palabra especial para designar un feto abortado, o algún ritual de duelo. Familias, amigos y profesionales de la salud tienden a evitar hablar acerca de tales pérdidas, porque con frecuencia se consideran insignificantes en comparación con las pérdidas de un hijo vivo (Van, 2001). La pena puede ser más grave sin apoyo social.

¿Cómo los padres potenciales enfrentan la pérdida de un hijo que nunca conocieron? Puesto que la experiencia de pérdida de cada persona (o pareja) es única, es difícil generalizar (Van, 2001). En un pequeño estudio, once hombres cuyos hijos murieron antes de nacer reportaron ser derrotados por la frustración y la impotencia durante y después del parto, pero muchos encontraron alivio en el apoyo a sus compañeras (Samuelsson, Radestad y Segesten, 2001). En otro estudio, los padres en duelo percibieron a sus cónyuges y familias extensas como más útiles, no así a sus médicos. Algunos padres en duelo se beneficiaron de un grupo de apoyo, y para otros no fue el caso (DiMarco, Menke y McNamara, 2001). Las diferencias en las formas en que hombres y mujeres sufren puede ser una fuente de tensión y división en la relación de una pareja (Caelli, Downie y Letendre, 2002). Las parejas que pasan por la pérdida de un embarazo pueden necesitar necesitar cuidado compasivo adicional durante un embarazo ulterior (Caelli *et al.*, 2002).

## TEMAS CONTROVERTIDOS

¿Las personas tienen derecho a quitarse la vida? Si es así, ¿bajo qué circunstancias? ¿Cuál debería ser la responsabilidad legal, si es que existe, de quien ayuda a una persona a suicidarse? ¿Un médico debe prescribir una medicina a un enfermo terminal, que aliviará el dolor pero acortará su vida? ¿Y qué hay acerca de aplicar una inyección letal para terminar con el sufrimiento del paciente? ¿Quién decide que no vale la pena prolongar una vida? ¿Quién señala cuándo detener un tratamiento?

Éstas son sólo algunas de las cuestiones que enfrentan los individuos, familias, médicos y sociedades de hoy, preguntas que involucran la calidad de vida y la naturaleza y circunstancias de la muerte. El campo de la ética médica se expande con rapidez, en gran parte debido a interrogantes planteadas por los recientes avances tecnológicos: antibióticos que permiten a los pacientes ancianos sobrevivir a una enfermedad sólo para sucumbir a otra; respiradores que mantienen a la persona respirando cuando están en un coma y no muestran actividad cerebral u otra función fisiológica; trasplantes de órganos que pueden lograr “milagros” con gran riesgo y costo. Ninguna de estas preguntas tiene una respuesta sencilla. Cada una demanda introspección. Observemos dos temas que han recibido mucha atención: suicidio y eutanasia. Ambos involucran el conflicto del “derecho a morir”.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Quién debe decidir qué elecciones pueden hacer el paciente y su médico con relación a las enfermedades terminales?

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cómo describirías los patrones de suicidio a través de sexos, países y grupos étnicos? Sugiere por qué son evidentes estos patrones.

## Suicidio

El público en una representación del *Macbeth* de Verdi en la Metropolitan Opera quedaron horrorizados cuando, durante el intermedio, un anciano, Bantcho Bantchevsky, saltó desde un palco a su muerte. Bantchevsky tenía 82 años de edad y era un instructor vocal que había vivido para su música y amigos. Era vivaracho y sociable; pero cuando su salud comenzó a deteriorarse, se deprimió. Su depresión creció hasta que se quitó la vida, muriendo tan teatralmente como había vivido (Okun, 1988).

Muchas personas encuentran la vida tan preciosa que no pueden entender por qué alguien voluntariamente la terminaría. En la mayoría de las naciones, las tasas de suicidio se elevan con la edad y son más altas entre varones que en mujeres (Kinsella y Velkoff, 2001). Con mucho, la mayor tasa de suicidio se ubica entre los hombres blancos mayores de 50 años, quienes representan el 30 por ciento de todos los suicidios (Harvard Medical School, 2003). El riesgo se eleva con la edad, particularmente entre hombres de 85 años y más (NCHS, 2004). Los ancianos tienen más probabilidad que los jóvenes de estar deprimidos y socialmente aislados, y si intentan suicidarse, también es más probable que triunfen la primera vez (CDC, 2002b). Los hombres divorciados y viudos presentan tasas de suicidio altas en todas las edades. El suicidio en ancianos se asocia con enfermedad física, conflicto familiar y problemas financieros (Harvard Medical School, 2003). Aunque más mujeres que hombres intentan suicidarse, los hombres tienen cuatro veces más probabilidad de conseguirlo (NCHS, 2004). Esto es porque tienden a usar métodos más confiables, como armas de fuego, mientras que en las mujeres es igualmente probable que elijan veneno. Un estimado de 60 por ciento de suicidios son consumados con armas de fuego (Harvard Medical School, 2003).

Los hombres blancos y nativos americanos presentan las tasas de suicidio más altas. Los miembros de estos dos grupos tienen aproximadamente el doble de probabilidad de cometer suicidio que los varones hispanoamericanos, afroamericanos o asiáticoamericanos (NCHS, 2004). Los ancianos afroamericanos sólo tienen un tercio de probabilidad de suicidarse en comparación con los ancianos blancos (NCHS, 2004), tal vez, en parte, debido al compromiso religioso y porque están acostumbrados a enfrentar los golpes duros (NCHS, 1993b; NIMH, 1999a). Una historia familiar de suicidio e intentos de quitarse la vida eleva significativamente el riesgo de cometerlo. Esta aparente vulnerabilidad hereditaria puede relacionarse con baja actividad de la serotonina, el químico cerebral que regula el estado de ánimo y los impulsos, en la corteza prefrontal, la base del juicio, la planificación y la inhibición (Harvard Medical School, 2003).

Estadísticamente, no es de sorprender que Bantcho Bantchevsky, un anciano blanco, se suicidara.

Aunque el suicidio ya no es un crimen en las sociedades modernas, todavía hay un estigma contra él, provocado, por una parte, por prohibiciones religiosas y, por otra, debido al interés de la sociedad en preservar la vida. Una persona que expresa pensamientos suicidas puede considerarse, con frecuencia con buena razón, mentalmente enferma. Por otro lado, un creciente número de personas consideran la elección deliberada de un adulto maduro, en un momento dado, para terminar con su vida, como una decisión racional y un derecho que debe reivindicarse.

Sin embargo, entre quienes apoyan el derecho de morir, muchos sostienen que la familia, amigos y otros deben intentar frustrar el suicidio. De acuerdo con esta visión, el suicidio con frecuencia no es tanto un deseo de morir como uno por evitar un dolor insoportable, ya sea físico o emocional. Encontrar formas de reducir el dolor (por ejemplo, a través del cuidado de hospicio) puede evitarlo.

Las tasas de suicidio en Estados Unidos comenzaron a declinar a finales de la década de los noventa, después de una elevación de 25 por ciento de 1981 a 1997 (Sahyoun, Lentzner *et al.*, 2001). Sin embargo, más de 30 mil personas se quitaron la vida en 2003, de acuerdo con datos preliminares, lo que hace al suicidio la onceava causa de muerte y la tercera entre las personas de 15 a 24 años de edad. La tasa de suicidio en Estados Unidos, 10.5 muertes por 100 mil habitantes (Hoyert, Kung y Smith, 2005), es menor que en muchos otros países industrializados (KinSELLA y Velkof, 2001; véase la tabla 13.3). A nivel mundial, el suicidio es la treceava causa de muerte (WHO, 2003).

Como en el caso Bantchevsky, el suicidio con frecuencia ocurre en conjunción con depresión o enfermedad física debilitante. Casi nueve de cada diez suicidas padecen depresión u otro trastorno mental o abusan de sustancias (NIMH, 199a). Otros factores que pueden aumentar el riesgo de suicidio son ser divorciado, viudo o desempleado; tener parientes que intentaron o cometieron suicidio; haber estado bajo tratamiento psiquiátrico o experimentado eventos de vida estresantes; sufrir de esquizofrenia, abuso de sustancias o ataques de pánico; y poseer un arma en casa. Los factores de personalidad asociados con un alto riesgo de suicidio incluyen dependencia, desamparo, desesperanza, incapacidad para aceptar ayuda, dificultad para formar relaciones cercanas, pobre habilidad para resolver problemas (especialmente bajo estrés), extrema ansiedad o irritabilidad, dificultad para concentrarse y comportamiento antisocial (Boyer y Buthrie, 1985; Kellerman *et al.*, 1992; Meehan, 1990; *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1985; “Suicide”, 1986; USDHHS, 1990, 1992; Weissman, Klerman, Markowitz y Ouelette, 1989).

Las estadísticas probablemente no representan la dimensión real del número de suicidios, pues muchos no son reportados y algunos (como “accidentes” de tráfico y sobredosis “accidental” de medicamentos) no se reconocen como tales. Además, las cifras sobre suicidios con frecuencia no incluyen los *intentos* de quitarse la vida; un estimado de 20 a 60 por ciento de las personas que cometen suicidio lo intentaron antes, y casi 10 por ciento de las personas que lo han intentado, lo lograrán dentro de diez años (Harvard Medical School, 2003). Un estudio nacional encontró que 60 por ciento de las lesiones autoinfligidas no fatales tratadas en las salas de emergencia en los hospitales estadounidenses, especialmente entre mujeres adolescentes y jóvenes, son probables intentos de suicidio y 10 por ciento son posibles intentos (Ikeda *et al.*, 2002).

## PREVENCIÓN DEL SUICIDIO:

### SIGNOS DE ADVERTENCIA

Aunque algunas personas que intentan suicidarse disimulan cuidadosamente sus planes, ocho de cada diez suicidas dan señales de advertencia. Una persona que está realmente decidida a terminar con su vida probablemente encontrará una forma de hacerlo. Pero a veces un intento de suicidio es una llamada de ayuda.

**TABLA 13.3**
*Tasas de suicidio para todas las edades en países seleccionados*

<b>País</b>	<b>Año</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Hungría	1998	51.1	14.7
Alemania	1998	21.5	7.3
China (continental)	1994	14.3	17.9
Austria	1998	30.0	9.2
Dinamarca	1996	24.3	9.8
Francia	1997	28.4	10.1
Japón	1997	26.0	11.9
República Checa	1998	25.3	6.5
Suiza	1996	29.2	11.6
Federación Rusa	1997	66.4	12.3
Finlandia	1996	38.7	10.7
Argentina	1996	9.9	3.0
Israel	1996	8.2	2.6
Estados Unidos	1997	18.7	4.4
Italia	1996	12.4	4.2
Holanda	1997	13.5	6.7
España	1996	12.8	4.3
Australia	1995	19.0	5.1
Noruega	1995	19.1	6.2
Canadá	1997	19.6	5.1
Polonia	1996	24.1	4.6
Venezuela	1994	8.3	1.9
Reino Unido	1997	11.0	3.2
Grecia	1997	6.2	1.0
Colombia	1994	5.5	1.5

NOTA: Tasas de suicidio (por 100,000) (año más reciente disponible a octubre de 2000).

FUENTE: [www.who.int-mental\\_health-Topic\\_Suicide-suicide\\_rates.html](http://www.who.int-mental_health-Topic_Suicide-suicide_rates.html) World Health Organization, Ginebra, octubre de 2000.

Las señales de advertencia del suicida incluyen alejarse de la familia o amigos; hablar acerca de la muerte, del más allá o del suicidio; deshacerse de posesiones preciadas; abusar de drogas o alcohol; cambios de personalidad: ira inusual, aburrimiento o apatía.

Las personas que son suicidas con frecuencia muestran signos de depresión: inusual dificultad para concentrarse, pérdida de autoestima y sentimientos de desamparo, desesperanza, ansiedad extrema o pánico (Harvard Medical School, 2003; NIMH, 1999a y b).

Muchos suicidios son impulsivos; si un medio conveniente no está a la mano, un suicida puede desistir o diferir la acción dando tiempo suficiente para pedir ayuda.

Psicoterapia, medicación o crecientes contactos sociales con frecuencia pueden ayudar a reducir los sentimientos de aislamiento, superar la depresión y restaurar el interés en la vida.

Los sobrevivientes de las personas que se quitan la vida se han reconocido como “otras víctimas del suicida”. Muchos de ellos se culpan a sí mismos por no haber reconocido los signos. Ellos “reproducen obsesivamente los eventos que condujeron a la muerte, e imaginan cómo pudieron haberla evitado y se culpan por su fracaso” (Goldman y Rothschild, en prensa). Debido al estigma vinculado al suicida, con frecuencia luchan con sus emociones de manera solitaria en lugar de compartirlas con otros que puedan comprenderlos.

Un productor de películas israelí de 45 años grabó un video en el que su padre de 83 años y su madre de 82 años afirmaban que planeaban matarse mientras todavía estuvieran sanos, para evitar el deterioro, el sufrimiento o convertirse en una carga para sus hijos. Cuatro días después, la pareja llevó a cabo su plan al tomar una sobredosis de píldoras para dormir. En el funeral, el hijo leyó una carta en la que sus padres decían que esperaban que lo que estaban a punto de hacer ayudara a “romper el tabú” del suicidio (Perry, 1995, p. 10).

En la sociedad inuit tradicional (la de los esquimales) no hay tal tabú. Dada la creencia de que la personalidad sobrevive a la muerte, un anciano que siente que ya no puede ser útil puede pedir a sus hijos que lo ayuden a estrangularse; y una anciana que piense que ya no puede completar un viaje arduo a través de la tundra puede pedir a su hijo que la deje detrás en el camino. Los hijos por lo general intentan cambiar el pensamiento de sus padres, pero pronto ceden a su última voluntad (Guemple, 1983).

## Auxilio para morir: eutanasia y suicidio asistido

Un hombre de 79 años de edad visitó a su esposa de 62 en un asilo. Otrora una mujer de negocios exitosa, ahora sufría de enfermedad de Alzheimer avanzada, gritaba constantemente y era incapaz o no quería hablar. El hombre llevó la silla de ruedas de su esposa al hueco de la escalera y la mató con un disparo de pistola. El juez de distrito que procesaba al marido llamó a su acción “clásico asesinato en primer grado”. Pero el gran jurado rechazó acusarlo y quedó libre (Malcolm, 1984).

Este marido afirmaba haber practicado eutanasia (“buena muerte”), a veces llamada *asesinato por compasión*. Si es así, su acto fue un ejemplo de **eutanasia activa**, la acción que se toma deliberadamente para acabar con una vida, con la finalidad de concluir el sufrimiento o permitir que un enfermo terminal muera con dignidad. La **eutanasia pasiva** es retirar o discontinuar deliberadamente el tratamiento que puede prolongar la vida de un enfermo terminal, como medicamentos, sistemas de soporte de vida o tubos de alimentación. La eutanasia activa por lo general es ilegal; la eutanasia pasiva, en algunas circunstancias y en ciertos lugares, no lo es. Recientemente, el **suicidio asistido**, en el que un médico o alguien más ayuda a morir a una persona, se ha convertido en un tema controvertido. Todas éstas son formas de lo que a veces se llama ayuda para morir o muerte acelerada, pero sus implicaciones morales y éticas pueden diferir e incluso sus definiciones con frecuencia son debatidas.

### PENSAMIENTO CRÍTICO

¿Cuáles son los beneficios y peligros potenciales de legalizar la eutanasia? ¿La eutanasia activa y/o pasiva se debe discutir abiertamente y legislar?

## ACTITUDES CAMBIANTES HACIA LA EUTANASIA

Un cambio en las actitudes hacia la eutanasia se puede atribuir al rechazo que existe en contra de las tecnologías que mantienen vivos a los pacientes de manera indefinida después de que el cerebro, para todo propósito práctico, deja de funcionar. Pero existen cuestiones éticas controversiales para la sociedad y para los pacientes y sus familias.

La comisión presidencial para el estudio de los problemas éticos en medicina y biomédica e investigación conductual propuso que a los pacientes mentalmente competentes, y a las familias que actúan en nombre de los incompetentes, se les permita detener el tratamiento médico que mantiene vivos a los enfermos sin esperanza alguna de cura o mejora. La comisión recomendó que terminar con una vida intencionalmente debe prohibirse, pero que a los médicos se les debe permitir administrar drogas que probablemente acorten la vida si la razón para administrarlas es aliviar el dolor (Schmerck, 1983). Sin embargo, la encuesta Harris realizada en diciembre de 1994 encontró que 70 por ciento de los adultos “permitiría a los médicos acatar los deseos de un moribundo con dolor severo que pida terminar con su vida” (Taylor, 1995).

## DIRECTIVAS MÉDICAS

La corte suprema de Estados Unidos sostiene que una persona cuyos deseos sean claramente conocidos tenga un derecho constitucional para discontinuar un tratamiento sustentador de vida (*Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 1990; Gostin, 1997). Desde que se estableció este derecho, más personas han especificado por escrito qué medidas desean, o no quieren, tomar si quedan mentalmente incompetentes o son enfermos terminales, o si están en un **estado vegetativo persistente**, en el que, aunque técnicamente se está vivo, no se posee conciencia y sólo se presenta un funcionamiento cerebral rudimentario. La relevancia de presentar estas peticiones de forma legal fue resaltada por una encuesta de 1 400 médicos y enfermeras en cinco grandes hospitales de Estados Unidos. Casi la mitad de los médicos y enfermeras entrevistados, y 70 por ciento de los residentes, reportaron prolongar el soporte de vida para pacientes terminales, aun cuando sabían que no querían tales tratamientos, mientras fallaban en el intento de darles suficiente medicamento para el dolor (Solomon, 1993).

Los deseos de una persona mentalmente competente se pueden manifestar por anticipado en un documento llamado **directiva médica**, que contiene instrucciones para cuándo y cómo discontinuar el cuidado médico inútil. Los 50 estados de la Unión Americana ahora han legalizado alguna forma de directiva médica o adoptado otras disposiciones que gobiernan las decisiones para terminar con la vida (APA Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decision Making, 2005).

Un tipo de directiva es el **testamento en vida**. Puede contener disposiciones específicas en cuanto a las circunstancias en las que el tratamiento se debe discontinuar, qué medidas extraordinarias, si es el caso, se deben tomar para prolongar la vida, y qué tipo de control de dolor se desea. Una persona también puede especificar, mediante una tarjeta de donador o una firma en la parte trasera de su licencia de conducir, que sus órganos pueden ser donados a alguien que requiera un trasplante.

En ciertos casos la legislación de “testamentos en vida” sólo se aplica a pacientes terminales, no a aquellos que estén incapacitados por enfermedades o lesiones, pero que pueden vivir muchos años con dolor severo, o a pacientes en coma o en algunas otras condiciones extremadamente discapacitantes, como un estado vegetativo persistente. Por tanto, puede ser recomendable redactar un **poder notarial duradero**,



que designe a otra persona para decidir si alguien queda incapacitado. Algunos estados han aprobado estatutos específicos relacionados con las decisiones acerca del cuidado a la salud, que proporcionan una forma simple conocida como *poder notarial médico específico para decidir acerca del cuidado de la salud*.

### EUTANASIA ACTIVA: ¿EL SIGUIENTE PASO?

El caso de Terri Schiavo, una mujer joven diagnosticada con un estado vegetativo persistente que no dejó directiva médica escrita, provocó una batalla legal de siete años que culminó en una intervención sin precedente del Congreso estadounidense en el proceso judicial, debido a un amargo desacuerdo entre su marido y sus padres sobre cuáles habían sido sus deseos y si su condición era verdaderamente irreversible (Annas, 2005). Una autopsia, que se realizó después de que se agotaron todos los esfuerzos legales y sus tubos de alimentación finalmente se retiraron, reveló que su cerebro estaba atrofiado a casi la mitad de su capacidad anterior, y había indicios de que sus centros de visión se habían destruido. Esto tiende a apoyar el argumento de su marido de que ella *no* se habría recuperado y que su sufrimiento se podía haber prolongado al mantenerla con soporte de vida durante quince años.

Incluso con las directivas médicas, muchos pacientes han experimentado prolongados tratamientos infructuosos contra sus deseos expresados. En un estudio de un lustro de unos 9 mil pacientes terminales críticos en cinco hospitales de enseñanza estadounidenses, los médicos frecuentemente no estaban al tanto de las peticiones de los enfermos de no ser resucitados en el evento de infarto cardiaco (The SUPPORT Principal Investigators, 1995).

Tales hallazgos condujeron a la American Medical Association a formar una fuerza de trabajo encargada del cuidado de calidad al final de la vida. Muchos hospitales ahora tienen comités éticos que crean lineamientos, revisan casos y ayudan a médicos, pacientes y sus familias con las decisiones sobre el cuidado al final de la vida (Simpson, 1996); y un número más pequeño de hospitales emplean asesores éticos de tiempo completo. Un estudio prospectivo aleatorio controlado de dos años de 551 pacientes en cuidados intensivos sugiere que la asesoría ética, en situaciones difíciles cargadas de valor, puede ayudar a resolver conflictos que de otro modo pueden prolongar un tratamiento no benéfico o indeseado (Schneiderman *et al.*, 2003).

### Suicidio asistido: pros y contras

En Michigan, cuando Jack Kevorkian, un patólogo retirado, diseñó y usó una máquina para ayudar a los pacientes terminales a suicidarse mediante la inhalación de un gas letal, la legislatura estatal lo prohibió. Kevorkian permaneció desafiante; y hacia diciembre de 1994, cuando la corte suprema de Michigan respaldó la ley, él había auxiliado en 21 muertes (“Michigan Court”, 1994). Una encuesta Harris de 1 200 adultos encontró que, de quienes sabían acerca de Kevorkian, 58 por ciento lo apoyaba (Taylor, 1995). En 1998, CBS difundió una cinta de video de Kevorkian auxiliando a un hombre llamado Thomas York, quien padecía la enfermedad de Lou Gehrig, para administrarle una inyección letal. Posteriormente fue acusado y se le encontró culpable de asesinato en segundo grado y administración de una sustancia controlada. También se le acusó de suicidio asistido criminal, pero el cargo se retiró, dejando el testimonio de la familia de York acerca de la intención de éste de morir, como irrelevante durante el juicio.



© Hillary/Reuters/Corbis Images

*El suicidio asistido por médicos para los pacientes terminales se ha convertido en un tema controvertido. El médico Jack Kevorkian, desafió la ley de Michigan que prohibía la práctica de ayudar a morir, cuando asistió al menos a 21 personas. Las dos mujeres que se muestran aquí, Marcella Lawrence (izquierda) y Marguerite Tate (derecha), se quitaron la vida en presencia de Kevorkian pocas horas antes de que el gobernador firmara la ley.*

El suicidio asistido, llamado auxilio médico para morir cuando está involucrada la ayuda de un especialista de la salud, todavía es legal en la mayoría de los lugares, pero en años recientes captó la atención del debate público. Puede ser similar en principio a la eutanasia activa voluntaria, en la que, por ejemplo, un paciente solicita y recibe una inyección letal; pero en el suicidio asistido la persona que quiere morir realiza la acción real. La American Medical Association se opone al auxilio médico para morir como contraria al juramento de un practicante de “no hacer daño”. A los médicos se les permite dar drogas que puedan acortar la vida si el propósito es aliviar el dolor (Gostin, 1997; Quill, Lo y Brock, 1997), pero algunos se rehúsan por razones de ética personal o médica (APA, 2001).

Los argumentos éticos *a favor* del suicidio asistido se basan en los principios de autonomía y autodeterminación: las personas mentalmente competentes deben tener el derecho de controlar la calidad de sus propias vidas y el momento y la naturaleza de su muerte. Los defensores del suicidio asistido asignan un alto valor a la preservación de la dignidad y personalidad del ser humano que muere. Los argumentos *médicos* sostienen que un profesional de la salud está obligado a tomar todas las medidas necesarias para aliviar el sufrimiento. Además, el paciente es el único que da los pasos reales para terminar con su vida. Un argumento *legal* es que no proscribir el suicidio asistido permitiría la regulación de prácticas que ahora ocurren, de cualquier forma, por la compasión para los pacientes que sufren. Se argumenta que se pueden generar garantías adecuadas contra el abuso, mediante una combinación de legislación y regulación profesional (APA, 2001).

Algunos estudiosos éticos y legales van más allá. Ellos favorecen legalizar *todas* las formas de eutanasia *voluntaria* con garantías contra la eutanasia involuntaria. El tema clave, de acuerdo con estos estudiosos, es no cómo ocurre la muerte, sino cómo se decide ésta. No ven diferencia en principio entre desconectar un respirador o retirar los tubos de alimentación y dar una inyección letal o prescribir una sobredosis de píldoras a petición del paciente. Sostienen que el auxilio para morir, si está disponible de manera abierta, reduciría el miedo y el desamparo al permitir a los pacientes controlar su propio destino (APA, 2001; Brock, 1992; R.A. Epstein, 1989; Orentlicher, 1996).

Los argumentos *éticos en contra* del suicidio asistido se centran en dos principios: 1) la creencia de que quitar una vida, incluso con consentimiento, está mal; y 2) la protección para quienes se hallan en desventaja. Los enemigos del auxilio para morir apuntan que la autonomía con frecuencia está limitada por la pobreza, la discapacidad o la pertenencia a un grupo social estigmatizado, y temen que las personas en dichas categorías puedan ser sutilmente presionadas para elegir el suicidio, y así contener los costos de su atención, el factor subyacente del auxilio a morir en tales casos. Algunos pacientes pueden interiorizar esta preocupación, insistir en que ellos no quieren que sus familias gasten sus recursos limitados en cuidados prolongados. Los argumentos *médicos* contra el suicidio asistido incluyen la posibilidad de un mal diagnóstico, la potencial disponibilidad de nuevos tratamientos en el futuro, la probabilidad de prognosis incorrecta y la creencia de que ayudar a alguien a morir es incompatible con el papel de un médico como sanador y que las garantías adecuadas no son posibles. Los argumentos *legales* contra el suicidio asistido incluyen preocupaciones acerca de la coercitividad de tales garantías y también sobre los juicios legales cuando los miembros de la familia no estén de acuerdo con la pertinencia de terminar una vida (APA, 2001).

Puesto que las píldoras autoadministradas no siempre funcionan, algunos oponentes aseveran que el suicidio asistido por médicos conduciría a eutanasia activa voluntaria (Groenewound *et al.*, 2000). El siguiente paso en este “terreno resbaloso”, advierten algunos, sería la eutanasia involuntaria, no sólo para los pacientes terminales, sino también para otros, como las personas con discapacidades, cuya calidad de vida se percibe como disminuida. Afirman que las personas que desean morir con frecuencia se deprimen temporalmente y pueden cambiar de parecer con el tratamiento o cuidado paliativo (APA, 2005; Butler, 1996; Hendin, 1994; Latimer, 1992; Quill *et al.*, 1997; Simpson, 1996; Singer, 1988; Singer y Siegler, 1990).

## Legalización del auxilio médico para morir

En septiembre de 1996, un hombre australiano de 66 años, con avanzado cáncer de próstata, fue la primera persona en morir legalmente mediante suicidio asistido. Bajo una ley aprobada en los Territorios del Norte, presionó una tecla de computadora que le administró una dosis letal de barbitúricos. En 1997, la ley fue revocada (“Australian Man”, 1996; Voluntary Euthanasia Society, 2002).

Desde 1997, cuando una regulación unánime de la corte suprema estadounidense dejó la decisión de permitir el auxilio médico para morir en manos de los estados, en varios de ellos se han introducido medidas para legalizar el suicidio asistido para los pacientes terminales. Hasta el momento, Oregon es el único estado que aprobó tal legislación, la Ley de Muerte con Dignidad. En 1994, los habitantes de Oregon votaron para permitir que los pacientes mentalmente competentes, a quienes dos

médicos les hubieran comunicado que tenían menos de seis meses de vida, solicitaran una prescripción letal con fuertes garantías para asegurarse de que la petición era seria y voluntaria y que todas las otras alternativas se habían considerado. La ley de Oregon sobrevivió un reto de la corte y un referéndum de revocación en 1997. En 2002, una corte distrital federal descartó un intento del procurador general estadounidense, John Ashcroft, para bloquear la operación del estatuto al hacer a los médicos criminalmente procesables si prescribían drogas para ayudar a los pacientes a terminar con sus vidas. En enero de 2006, de nuevo la corte federal emitió una decisión de seis a tres (Gonzales v. Oregon) para mantener la ley de suicidio asistido médico de Oregon (Vollmar, 2006).

¿Cuál ha sido la experiencia bajo la ley de Oregon? En sus primeros siete años de operación, a las autoridades de salud estatales se les reportó que 238 pacientes terminales se quitaron la vida bajo la ley, 37 de ellos en 2004 (Schwartz, 2005). En un estudio anterior, después de dos años de operación, los médicos reportaron conceder aproximadamente una sexta parte de las 221 peticiones de prescripciones letales, pero casi la mitad de estos pacientes cambió su parecer y no tomó los medicamentos. Aquellos que recibieron intervenciones paliativas, como control de dolor o remisión a un programa de hospicio, tuvieron más probabilidad de mudar de opinión (Ganzini *et al.*, 2000). Los pacientes que solicitaron y usaron las prescripciones letales tendían a estar más preocupados por la pérdida de autonomía o del control de las funciones corporales, que por miedo al dolor o pérdida financiera (Chin, Hedberg, Higginson y Fleming, 1999; Sullivan *et al.*, 2000).

La eutanasia *activa* sigue siendo ilegal en Estados Unidos, incluso en Oregon, pero no en Holanda, donde en 2001 se legalizó la eutanasia voluntaria para pacientes en un estado de sufrimiento continuo, insoportable e incurable (Johnston, 2001; Osborn, 2002). En tales casos, los médicos ahora pueden inyectar una dosis letal de medicamento. Bélgica hizo lo mismo al año siguiente (“Belgium Legalises Euthanasia”, 2002).

Antes de 2001, tanto el suicidio asistido como la eutanasia activa eran técnicamente ilegales en Holanda, pero los médicos que se involucraron en estas prácticas podían evitar el proceso judicial bajo estrictas condiciones de reporte y observación gubernamental (Simons, 1993). En 1995, 2.5 por ciento de las muertes en Holanda resultaron de eutanasia o suicidio asistido (Van der Maas *et al.*, 1996). Los investigadores encontraron poca evidencia de un “terreno resbaloso” y observaron que los médicos holandeses parecían practicar el auxilio médico para morir “sólo de manera reticente y bajo circunstancias apremiantes” (Angell, 1996, p. 1677). Los críticos en Estados Unidos estuvieron en desacuerdo y afirmaron que los médicos en Holanda transitaron por completo del suicidio asistido para los pacientes terminales a la eutanasia para quienes tenían enfermedades crónicas o aflicción psicológica e incluso, en algunos casos, hacia la eutanasia involuntaria (Hendin, Rutenfrans y Zylicz, 1997).

#### DECISIONES DE TERMINAR CON LA VIDA Y ACTITUDES CULTURALES

Es difícil comparar la experiencia de Holanda, que tiene una población homogénea y cobertura de salud nacional universal, con la de un país tan grande y diverso como Estados Unidos (APA, 2001; Griffiths, Bood y Weyers, 1998). No obstante, con el creciente número de estadounidenses, 3 de cada 4 en una encuesta Gallup de 2005 (Moore, 2005), que favorecen la eutanasia para una paciente que padece una enfer-

medad incurable y desea morir, algunos médicos estadounidenses accedieron a peticiones de enfermos para auxiliarles en acelerar la muerte. Una encuesta nacional de 1 902 médicos cuyas especialidades involucraban cuidado de pacientes moribundos encontró que, de quienes recibieron peticiones para ayuda con suicidio (18 por ciento) o inyecciones letales (11 por ciento), casi 7 por ciento aceptó al menos una vez (Meier *et al.*, 1998). Por otra parte, en una encuesta en el Reino Unido, 80 por ciento de los médicos geriatras, pero sólo 52 por ciento de los de cuidado intensivo, consideraron que la eutanasia voluntaria activa *nunca* estaba éticamente justificada (Dickinson, Lancaster, Clark, Ahmedzai y Noble, 2002).

El primer estudio representativo de decisiones para terminar con la vida en seis países europeos (Bélgica, Dinamarca, Italia, Holanda, Suecia y Suiza) arrojó relevantes diferencias culturales. Los cuestionarios, que serían contestados de manera anónima, se enviaron a médicos tratantes en una muestra aleatoria de decesos durante un periodo de seis meses. En los seis países, los médicos reportaron ocultar o retirar tratamiento para prolongar la vida, más comúnmente medicamentos, seguidos por hidratación o nutrición, pero la frecuencia varió enormemente, de 41 por ciento de muertes en Suiza a 6 por ciento en Italia (Bosshard *et al.*, 2005). Las formas activas de muerte asistida por médicos prevalecieron más en Holanda y Bélgica. En estos dos países, así como en Suiza, las decisiones para terminar con la vida fueron discutidas con más frecuencia con los pacientes y parientes que en las otras tres naciones (van der Heide *et al.*, 2003).

Conflictos especiales para terminar con la vida guardan relación con el tratamiento de recién nacidos con condiciones incurables o prognosis muy pobres para calidad de vida. Privar o retirar tratamiento para prolongar la vida a recién nacidos sin posibilidad de supervivencia y para quienes nacen con severas anomalías cerebrales o daño orgánico extenso ahora es una práctica médica ampliamente aceptada (Verhagen y Sauer, 2005). Sin embargo, aquí también aparecen diferencias culturales. En un estudio de prácticas médicas autorreportadas en Francia, Alemania, Italia, Holanda, España, Suecia y Reino Unido, la gran mayoría de los profesionales neonatales en los siete países había estado involucrada al menos una vez en decisiones para retirar el tratamiento institucional o no proporcionarlo. Los médicos franceses, británicos, holandeses y suecos tuvieron más probabilidad de reportar decisiones claras como el retiro de respiradores. Sólo los médicos franceses y holandeses reconocieron con significativa frecuencia haber administrado drogas para concluir la vida de los recién nacidos (Cuttini *et al.*, 2000).

La eutanasia activa de infantes que de otro modo sobrevivirían con dolor insoporable o sufrirían sigue siendo ilegal en Holanda, como en todas partes. Sin embargo, como fue el caso del suicidio asistido antes de la aprobación de la ley de 2001, tales muertes ocurren ahí con una forma de consentimiento legal. Desde 1998, 22 casos de eutanasia en recién nacidos con formas muy severas de espina bífida se han reportado a las autoridades holandesas sin persecución. Los lineamientos desarrollados en 2002 por el Groningen Hospital, en Ámsterdam, en cooperación con un juez de distrito, permiten a los médicos, con aprobación paterna, terminar con la vida de los recién nacidos que se estima sufrirán gran dolor por causa de enfermedad incurable o extremas deformidades cuando el equipo médico del infante y médicos independientes acuerdan que no hay posibilidad de mejoría. Cuatro de tales muertes se reportaron en 2003; de nuevo, nadie fue acusado penalmente (Verhagen y Sauer, 2005).

## OPCIONES PARA TERMINAR CON LA VIDA Y PREOCUPACIONES DIVERSAS

Un resultado saludable de la controversia para terminar con la vida ha sido la llamada de atención respecto a la necesidad de un mejor cuidado paliativo, así como la consideración más detallada a la motivación y el estado mental de los pacientes. Una petición de auxilio para morir puede proporcionar la posibilidad de explorar las razones que hay detrás de ella. Cuando los médicos hablan abiertamente con los pacientes acerca de sus síntomas físicos y mentales, sus expectativas, sus temores y metas, sus opciones para el cuidado al final de la vida, sus preocupaciones familiares y su necesidad de significado y calidad de vida, se pueden encontrar formas de disminuir estas preocupaciones sin quitar la vida (Bascom y Toller, 2002). En los pacientes terminales, la voluntad de vivir puede fluctuar enormemente, de modo que, si se contempla la ayuda para morir, es esencial asegurarse de que la petición no es sólo pasajera (Chochinov, Tataryn, Clinch y Dudgeon, 1999). A veces una consulta psiquiátrica puede descubrir una perturbación subyacente enmascarada por una petición aparentemente racional (Muskin, 1998). Si *se toman* medidas letales, es importante que esté presente un médico para asegurarse de que la muerte sea tan piadosa y libre de dolor como sea posible (Nuland, 2000).

En Estados Unidos, con su población étnicamente diversa, necesitan abordarse los conflictos de diversidad social y cultural en las decisiones para terminar con la vida. La planeación de la muerte es inconsistente con los valores navajo tradicionales, ya que evitan el pensamiento y habla negativos. Las familias chinas pueden buscar proteger a un moribundo de información desfavorable, incluido el conocimiento de su muerte inminente. Los inmigrantes mexicanos y coreanos recientes pueden creer menos en la autonomía individual que es costumbre en la cultura estadounidense dominante. Entre algunas minorías étnicas, el valor de la longevidad puede tener prioridad sobre la salud. Los afroamericanos e hispanoamericanos, por ejemplo, tienen más probabilidad que los europeoamericanos de preferir tratamiento sustentador de vida sin importar el estado de la enfermedad y su nivel educativo (APA Working Group on Assisted Suicide, 2005).

Los conflictos para acelerar la muerte serán más apremiantes conforme la población envejezca. En los años por venir, tanto las cortes como el público serán forzados a aceptar tales problemas conforme un número creciente de personas reclame un derecho para morir con dignidad y con ayuda.

## ENCONTRAR UN SIGNIFICADO Y UN PROPÓSITO EN LA VIDA Y LA MUERTE

Para la mayoría de las personas, la muerte llega en un momento y en una forma que no es de su elección. Conforme se aproxima el fin de su jornada, miran en retrospectiva lo que han hecho de ellos mismos: cómo han cambiado y crecido. Se preguntan acerca del propósito de la vida y la muerte e intentan resumir qué significó su vida.

### Revisión de una vida

En la película de Ingmar Bergman, *Fresas salvajes*, un médico anciano sueña y piensa en su pasado y su muerte venidera. Al darse cuenta cuán frío e insatisfecho ha sido, se vuelve más cálido y más abierto en sus últimos días. En el *Cuento de navidad* de

Charles Dickens, Scrooge cambia sus maneras ambiciosas y descorazonadas después de ver visiones fantasmales de su pasado, presente y futuro: su muerte. En la película *Ikiru (Vivir)* de Kurosawa, un mezquino burócrata que descubre que está muriendo de cáncer mira en retrospectiva y se percata del vacío de su vida y, en una explosión final de energía, crea un legado significativo al impulsar un proyecto para un parque infantil, que anteriormente bloqueó. Estos tres personajes ficticios convierten su tiempo restante en algo más propositivo mediante la **revisión de vida**, un proceso de reminiscencia que permite a una persona observar el significado de su vida conforme la muerte se acerca cada vez más.

La revisión de vida, que comúnmente ocurre en la vejez, puede mejorar la *integridad del yo*, de acuerdo con Erikson, la tarea final y crucial del ciclo de vida. La conciencia de la mortalidad puede ser un ímpetu para reexaminar los valores propios. Al recorrer sus vidas, las personas pueden considerar sus experiencias y acciones bajo una nueva luz. Pueden ser capaces de completar tareas sin terminar, como la reconciliación con miembros de la familia o amigos enemistados, y por tanto lograr un satisfactorio sentido de cierre.

No todos los recuerdos conducen igualmente a la revisión de vida o a salud mental. Un equipo de investigación (Sherman, 1991, 1993; Sherman y Peak, 1991) identificó tres tipos de reminiscencias. Las *reminiscencias para el placer* (el tipo más frecuente) mejoran el estado de ánimo y la autoimagen. Las *reminiscencias para autocomprensión* (reportadas por casi 1 de cada 4 ancianos) ayudan a las personas a resolver problemas pasados y encontrar significado en la vida. Las *reminiscencias para resolver problemas presentes y hacer frente a las pérdidas* son predominantes entre casi uno de cada diez ancianos. Las personas que usan la reminiscencia para la autocomprensión muestran la mayor integridad del yo y salud mental positiva, aunque quienes se involucran de manera activa en una revisión de vida pueden experimentar temporalmente una moral más baja. Quienes excluyen todo menos los recuerdos placenteros tienen espíritus altos, pero menos integridad del yo. También hay un grupo que recuerda los acontecimientos negativos y está obsesionado con el arrepentimiento, la desesperanza y el miedo a morir. Estas personas, desde la perspectiva de Erikson, se rindieron ante la desesperación y pueden necesitar tratamiento (Sherman, 1993; Walasky, Whitbourne y Nehrke, 1983-1984).

Otro equipo de investigadores (Wong y Watt, 1991) encontró que las personas que “envejecen exitosamente” (de acuerdo con los parámetros utilizados) tienen reminiscencias más integradoras o instrumentales y menos reminiscencias obsesivas o evasivas que quienes “fracasan al envejecer”. Las reminiscencias *integradoras* ayudan a las personas a aceptar sus vidas, resolver antiguos conflictos y reconciliar su versión idealizada del pasado con la realidad. Las reminiscencias *instrumentales* permiten extraer estrategias de enfrentamiento que han funcionado en el pasado para lidiar con los problemas actuales. Las reminiscencias *evasivas* glorifican el pasado sobre el presente. Las reminiscencias *obsesivas* se caracterizan por culpa, amargura o desesperación.

La terapia de revisión de vida puede ayudar a enfocar el proceso natural de tal revisión y hacerla más consciente, propositiva y eficiente (Butler, 1961; Lewis y Butler, 1974). El recuadro 13.3 describe los métodos usados con frecuencia para descubrir recuerdos en la terapia de revisión de vida, que también pueden utilizar los ancianos para facilitar su propia revisión. (Las preguntas que se mencionan en la tabla 12.6 ofrecen posibilidades adicionales.)

#### PENSAMIENTO CRÍTICO

Mientras hablas con ancianos, ¿te dan una impresión de la integridad de su yo? ¿Qué dicen o hacen para revelar las conclusiones que han hecho acerca de la vida y la muerte?



## *Evocación de recuerdos para una revisión de vida*

Los siguientes métodos para descubrir recuerdos (adaptado de Lewis y Butler, 1974) se emplean con frecuencia en la terapia de revisión de vida y también se pueden usar fructíferamente fuera de una situación terapéutica. Al involucrarse en tales proyectos con miembros de la familia o amigos más jóvenes, los ancianos pueden ordenar creativamente sus vidas, construir un puente entre generaciones y dar a los más jóvenes conocimientos que los pueden ayudar en su propia vejez.

- *Escribir o grabar autobiografías.* Lo que una persona incluye o no en una autobiografía puede ser significativo. Un profesional exitoso reunió un extenso registro de su vida, sin prácticamente mencionar a sus dos hijos en la adultez media. Cuando el terapeuta exploró tal omisión, el hombre reveló que estaba enemistado con ambos hijos, y entonces fue capaz de utilizar la terapia para examinar sus sentimientos hacia ellos.
- *Peregrinajes.* Cuando es posible, los ancianos pueden realizar viajes de vuelta a los escenarios de su nacimiento, infancia y adultez joven, tomar fotografías y notas para reunir sus pensamientos. Si no pueden hacer esto en la realidad, pueden ser capaces de contactar a personas que todavía vivan en dichos lugares. Tales peregrinajes pueden despertar recuerdos y proporcionar nueva comprensión. Una mujer, que todavía estaba enojada con sus padres por prohibirle ir al ático de su casa y que durante años fantaseó acerca de lo que ellos escondían, descubrió, al volver a visitar su hogar en la infancia, que no había escaleras al ático y que la prohibición simplemente había sido por su seguridad.
- *Reuniones.* Reunirse con compañeros de secundaria y bachillerato, miembros distantes de la familia o de una organización religiosa o cívica puede dar a los ancianos una nueva visión de sí mismos en relación con sus pares y otras personas relevantes en sus vidas.
- *Construcción de una genealogía.* El desarrollar un árbol familiar puede proporcionar un sentido de continuidad. La investigación es interesante; puede incluir poner anuncios en los periódicos, visitar cementerios y escarbar en los registros civiles, documentos familiares y registros de iglesias, sinagogas u otras instituciones religiosas.
- *Libros de recortes, álbumes fotográficos, cartas antiguas y otros objetos de interés.* Los objetos por lo general tienen un significado especial placentero. Al hablar de ellos, los ancianos con frecuencia recuerdan eventos olvidados, conocidos y experiencias emocionales.
- *Enfoque en la identidad étnica.* Al describir tradiciones étnicas especiales que disfrutaron y valoraron, los ancianos pueden mejorar el aprecio por su herencia y transmitirla.
- *Resumen de la obra de una vida.* Al condensar lo que consideran como sus aportaciones al mundo, los ancianos pueden ganar un sentido de su participación significativa en él. Algunos de estos resúmenes se convierten en libros publicados, poemas y música.

## Superar el miedo a la muerte

El personaje central en la historia de León Tolstoy, “La muerte de Iván Ilich” es atormentado por una enfermedad fatal. Pero incluso más grande que su sufrimiento



físico es su tormento mental. Se pregunta a sí mismo una y otra vez qué significado hay para su agonía, y cada vez se convence más de que su vida no ha tenido propósito y su muerte será igualmente sin sentido. Sin embargo, en el último minuto, experimenta una revelación espiritual, una preocupación por su esposa e hijo, lo que le da un momento final de integridad y le permite vencer su miedo.

Lo que Tolstoy dramatizó en literatura se confirma mediante la ciencia social. Un investigador que administró escalas actitudinales a 39 mujeres, cuya edad promedio era de 76 años, encontró que quienes vieron más propósito en la vida tuvieron menos miedo de morir (Durlak, 1973). “No hay necesidad de temer a la muerte”, escribió Kübler-Ross (1975, p. 164); enfrentar la realidad de la muerte es una clave para el crecimiento:

La negación de la muerte es parcialmente responsable del vacío existencial, de las vidas sin propósito [de las personas]; porque cuando vives como si fueras a vivir por siempre, se vuelve más fácil posponer las cosas que sabes debes hacer. En contraste, cuando comprendes plenamente que cada día que despiertas puede ser el último que tengas, tomas el tiempo *de ese día* para crecer, para convertirte más en quien realmente eres, para alcanzar a otros seres humanos (p. 164).

La conciencia de la muerte inminente, entonces, puede dar a los adultos una última oportunidad para expresar sus mejores cualidades y saborear la dulzura de la vida.

## Desarrollo: un proceso de toda la vida

A finales de sus setenta años, el artista Pierre-Auguste Renoir sufría de artritis incapacitante y bronquitis crónica y había perdido a su esposa; estaba confinado a una silla de ruedas y padecía tanto dolor que no podía dormir por las noches. Era incapaz de sostener una paleta y ya no podía asir un pincel: debía amarrarlo a su mano derecha. Empero, continuó produciendo brillantes pinturas juveniles, llenas de color y vida vibrante. Finalmente, golpeado por la neumonía, se tendió en su cama, y asíó algunas anémonas que había recogido su sirvienta. Reunió suficiente fuerza para bosquejar la forma de estas hermosas flores y luego, justo antes de morir, se tendió de espaldas y dijo en voz baja: “Creo que comienzo a entender algo acerca de ellas” (Hanson, 1968).

Incluso morir puede ser una experiencia del desarrollo. Como apunta un profesional de la salud: “... hay cosas por ganar, por lograr en la muerte. El tiempo con y para quienes están cerca, el lograr un sentido final y duradero de autoestima y una voluntad para dejarse ir, son elementos invaluable de una buena muerte” (Weinberger, 1999), el tipo de muerte que Louisa May Alcott describió en *Mujercitas*.

Dentro de un ciclo de vida limitado, ninguna persona puede darse cuenta de todas las capacidades, gratificar la totalidad de los deseos, involucrarse en todos los intereses o experimentar la riqueza entera que la vida tiene que ofrecer. La tensión entre posibilidades virtualmente infinitas para crecer y un tiempo finito en el cual hacerlo define la vida humana, particularmente durante la adultez tardía. Al elegir cuáles posibilidades seguir y darles continuidad tanto como sea posible, incluso hasta el mismo final, cada persona contribuye a la historia sin fin del desarrollo adulto.

## RESUMEN Y TÉRMINOS CLAVE

### *Perspectivas cambiantes acerca de la muerte y el proceso de morir*

- Morir tiene tres aspectos interrelacionados: biológico, social y psicológico.
- Aunque negar la muerte es característico de la sociedad estadounidense moderna, ahora hay un resurgimiento del interés por comprender y lidiar de manera realista y compasiva con la muerte.

**tanatología (p. 481)**

**educación para la muerte (p. 481)**

**cuidado de hospicio (p. 481)**

**cuidado paliativo (p. 482)**

### *Confrontar la muerte*

- Las actitudes hacia la muerte son afectadas por la cultura y la cohorte, y varían en las diferentes etapas de la adultez.
- Las personas con frecuencia experimentan cambios cognitivos y de personalidad poco antes de morir.
- Elisabeth Kübler-Ross propone cinco etapas para aceptar la muerte: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Estas etapas, y su secuencia, no son universales.

### *Confrontar las pérdidas*

- Las costumbres del luto varían enormemente de una cultura a otra.
- La pena anticipatoria puede o no ayudar a que los sobrevivientes manejen el duelo real.
- El patrón de pena después de la muerte más ampliamente estudiado se mueve de la conmoción y la incredulidad a la preocupación por el recuerdo de la persona muerta y finalmente a la resolución. La investigación ha encontrado muchas variaciones: de alta a baja aflicción, sin aflicción intensa y aflicción prolongada.
- Se ha identificado que la viudez es el evento de vida más estresante. Las mujeres tienen más probabilidad de enviudar que los hombres. Los ancianos parecen mejor ajustados a la viudez que los jóvenes. Los varones tienen más probabilidad de volver a casarse que las mujeres.
- En la actualidad, más personas pierden padres en fases tardías de la vida. La muerte de un padre puede precipitar cambios en el yo y en las relaciones con los demás.
- La pérdida de un hijo puede ser especialmente difícil porque ya no es normativa.

**duelo (p. 487)**

**pena (p. 487)**

**luto (p. 487)**

**pena anticipatoria (p. 492)**

**trabajo de duelo (p. 492)**

**pérdida ambigua (p. 494)**

**terapia de duelo (p. 496)**

### *Temas controvertidos*

- El suicidio es la novena causa de muerte en Estados Unidos, prevalece a nivel mundial y frecuentemente se asocia con depresión o enfermedades debilitantes. La tasa más alta de suicidio en Estados Unidos se presenta entre hombres ancianos blancos. El "derecho a morir" y el suicidio asistido son temas controvertidos.
- La eutanasia pasiva por lo general se permite con el consentimiento del paciente o con directivas médicas. La eutanasia activa generalmente es ilegal, pero la eutanasia activa voluntaria se tolera en Holanda bajo condiciones estrictas.

**eutanasia activa (p. 509)**

**eutanasia pasiva (p. 509)**

**suicidio asistido (p. 509)**

**estado vegetativo persistente (p. 510)**

**directivas médicas (p. 510)**

**testamento en vida (p. 510)**

**poder notarial duradero (p. 511)**

*Encontrar un significado y un propósito en la vida y la muerte*

- La revisión de vida ayuda a las personas a prepararse para la muerte y les da una última oportunidad de completar tareas sin terminar.
- Mientras más propósito y significado encuentre una persona en su vida, menos temerá a la muerte.
- El desarrollo puede continuar hasta el momento de la muerte.

**revisión de vida (p. 517)**

# Epílogo

*Aceptar todas las experiencias como el material bruto del que el espíritu humano destila significados y valores es una parte del significado de la madurez.*

—Howard Thurman, *Meditations of the Heart*, 1953

AL COMIENZO DE ESTE LIBRO se prometió que el estudio del desarrollo adulto y el envejecimiento sería fascinante porque es el estudio de vidas reales. Los capítulos anteriores abordaron muchos de los conflictos y temas concernientes a la adultez joven, la adultez media y la adultez tardía que afectan a cada persona, a sus familias y comunidades. Los autores esperan que la presente obra haya estimulado tu interés y te haya proporcionado una sólida base para tu desarrollo personal y profesional.

El individuo cambiante en un mundo que se transforma ha sido el tema principal de este libro. El cambio es el resultado de fuerzas tanto internas como externas y afecta los niveles personal, familiar, cultural, nacional y global. La teoría del desarrollo del ciclo de vida enfatiza que el cambio en el desarrollo ocurre en múltiples dimensiones, y provoca tanto ganancias como pérdidas en cada dimensión a lo largo de la vida.

El envejecimiento, como aprendiste, no es simplemente biológico; resulta de una compleja interacción de influencias biológicas, históricas y socioculturales. Las aportaciones relativas de tales influencias varían para diferentes dimensiones en los distintos individuos durante los diversos puntos en el ciclo de vida. En cierta forma, el envejecimiento no es equitativo. Algunas personas renuevan sus licencias de conducir a los cien años; otras necesitan ser cuidados a largo plazo en sus sesenta.

Bernice Neugarten, a principio de los años 70, escribió acerca de una “sociedad irrelevante para la edad”, y en muchos aspectos la edad ha perdido mucho de su poder predictivo. Los adultos de todas las edades regresan a la escuela, y los adultos jóvenes adoptan roles de liderazgo en los negocios y el gobierno. La teoría del ciclo de vida enfatiza las diversas formas en las que las personas se vuelven ancianas. Un ejemplo es el concepto de segunda “adultez media” entre los sesenta y los ochenta años (Sterns y Huyck, 2001). Aun cuando los cambios de salud se conviertan más en un conflicto y los individuos se vuelvan más débiles físicamente, todavía existe el deseo de estilos de vida activos y comprometidos.

Sin embargo, todavía existen muchas ideas convencionales en cuanto a normas de los tiempos y las expectativas acerca de los periodos de la adultez y especialmente sobre la última etapa de la vida. Incluso los profesionales especializados en gerontología experimentan dificultad para comprender por completo la naturaleza cambiante del proceso de envejecimiento. Otros plantean serios cuestionamientos acerca de los conflictos de una sociedad demasiado enfocada en los ancianos (Dychtwald, 1999). Incluso con el creciente conocimiento de las diferencias entre las personas y las diferentes opciones disponibles, se intenta comprender cómo las personas deciden sobre sus asuntos.

Ser un gerontólogo aplicado implica intervención (Sterns y Camp, 1998): involucrarse en enfoques programáticos que modifican el curso del envejecimiento psicológico (Baltes y Danish, 1980). Los gerontólogos se encuentran en continua búsqueda de formas que faciliten el desarrollo óptimo y mejoren los enfoques de valoración y tratamiento. Es de especial relevancia mejorar la calidad de vida para los adultos de todas las edades al desarrollar las intervenciones necesarias para evitar, demorar o revertir las discapacidades que afectan el desempeño funcional de los adultos (Ball y Rebok, 1994). Al mismo tiempo, es necesario poseer la sensibilidad para satisfacer las necesidades y deseos de los adultos con ingresos limitados. Alojamiento, empleo y entrenamiento de habilidades, servicios de nutrición, cuidado a la salud y muchos otros servicios hacen posible que estas personas lleven vidas más satisfactorias. ¿Qué conocimientos e investigación se requerirán para crear ambientes y servicios de apoyo en los sectores público y privado, de modo que más y más personas puedan hacer elecciones significativas?

Han transcurrido muchos años para que investigadores, educadores, planeadores de políticas, líderes empresariales, autoridades gubernamentales y otros se percaten de las implicaciones de una sociedad que envejece. Los nuevos datos del censo 2000 han cobrado un impacto en cada comunidad en Estados Unidos conforme cada uno revisa la demografía e implicaciones para el futuro. Hace algunos años, Robert Butler, el primer director del National Institute on Aging, habló acerca de la visión 20/20 que se manifestará en el año 2020, cuando el pico de los “baby boomers” alcance la edad de 65 años (Ferraro y Sterns, 1990).

La publicidad acerca del envejecimiento de los “baby boomers” ha hecho que las personas estén mucho más conscientes de los cambios que tienen lugar en la adultez media y más adelante en su ciclo vital, en Estados Unidos y en todo el mundo. Conforme se gana comprensión acerca de los años de adultez media, se vuelve evidente que ésta puede separarse en fases temprana y tardía. De interés actual es la transición hacia la adultez media: cómo se toma conciencia de que se está en ella y los conflictos (o crisis) que tal conciencia engendra. Los problemas en la primera porción de la adultez media con frecuencia giran en torno a 1) reconocer los límites del progreso en la carrera y decidir si cambiar o permanecer en el mismo lugar, y 2) volver a equilibrar las necesidades de trabajo y familia conforme los hijos se vuelven más independientes. Durante la segunda fase de la adultez media, los conflictos de carrera giran cada vez más en torno a decisiones concernientes a cuánta energía y ambición invertir en el trabajo y acerca de retirarse de un empleo asalariado (Sterns y Huyck, 2001).

Conforme el número de ancianos continúa creciendo, la demanda de servicios que una población que envejece necesita crea desafíos para agencias públicas y pri-

vadas. La habilidad para envejecer en el hogar y mantener los niveles más altos de funcionamiento independiente, se relaciona directamente con la habilidad para ir de compras, acceder a instalaciones médicas, obtener servicios comunitarios, dirigir negocios personales y socializar (Sterns y Camp, 1998). Es necesario apoyar el concepto de “comunidades amigables con el envejecimiento”, donde las personas puedan vivir sus vidas con el apoyo informal de familias y amigos y, cuando sea necesario, con servicios formales proporcionados por agencias comunitarias. En los siguientes años se lidiará con conflictos políticos clave relacionados con seguros de salud, seguridad social, alojamiento, movilidad y otros.

El estudio del desarrollo adulto y el envejecimiento proporciona un relevante telón de fondo para tu propio crecimiento, así como sensibilidad para las necesidades y deseos de tus padres, abuelos y amigos. Lo que es evidente es la necesidad de un enfoque flexible para el futuro. Cómo uno planea la propia vida laboral, la actualización de carrera y la decisión de trabajar tiempo completo o parcial o bien alguna combinación de éstos son conflictos para muchos adultos de la actualidad, sin importar la edad.

Lo que se conoce como *educación para la jubilación*, que idealmente inicia en la adultez temprana, puede ayudar a clarificar la planeación de vida. Durante los últimos treinta años ha sido posible darse cuenta de que el concepto de jubilación necesita evolucionar. El conflicto en la década de los setenta fue convencer a la gente de la normalidad de la jubilación. Ahora las diferencias individuales pueden tener un papel principal. Cuándo y cómo una persona se jubila o no puede estar bajo el control de dicho individuo. La investigación actual indica que más personas querrán trabajar más tiempo, ya sea en jornada completa o parcial. Por otra parte, las circunstancias cambiantes pueden quitar el control a los individuos, en especial en la adultez media y tardía. Despidos, redimensionamiento y economías cambiantes han sustituido el establecimiento de las expectativas sociales (Sterns y Subich, 2005).

La autogestión de las carreras y la vida se ha convertido en una meta obvia (Sterns y Gray, 1999). Las elecciones concernientes al cuidado sanitario, testamentos, poder notarial duradero para finanzas y/o cuidado de la salud, y las decisiones en cuanto a la muerte son algunos ejemplos. Cada quien debe ser capaz de hacer elecciones por sí mismo, para ofrecer sugerencias a los seres queridos y, si son parte del trabajo, aplicar el conocimiento del desarrollo del ciclo de vida y gerontológico para ayudar a los pacientes.

La cita que abrió este epílogo habla del hecho de que la forma en que uno vive la vida depende de cómo ve los significados en ella y cómo desarrolla los valores personales. El envejecimiento se encuentra en tu futuro; lo que hagas con él es en gran parte asunto tuyo.

# Glosario

## A

- Abuso de los ancianos** Maltrato o negligencia a adultos mayores dependientes o la violación de sus derechos personales.
- Abuso de sustancias** Patrón de comportamiento de inadaptación, que dura más de un mes, en el cual una persona persevera en el uso de una sustancia aún después de saber que le hará daño o que su empleo repetido conduce a situaciones riesgosas.
- Abuso infantil** Maltrato a un niño que involucra lesiones mentales y físicas.
- Acomodación de identidad** En la terminología de Whitbourne, ajuste del autoconcepto para adaptarse a nueva experiencia. Compárese con asimilación de identidad.
- Acontecimientos de vida normativos** En el modelo de ocurrencia de los acontecimientos de vida, las experiencias vitales comúnmente esperadas que se verifican en los tiempos habituales. Compárese con *eventos de vida no normativos*.
- Acontecimientos de vida no normativos** En el modelo de ocurrencia de los acontecimientos de vida, las experiencias vitales que son inusuales y que por ende no pueden ser anticipadas; o bien, que son comunes pero sobrevienen a destiempo, todo lo cual cobra un mayor impacto en el desarrollo. Compárese con *acontecimientos de vida normativos*.
- Adaptación** Ajuste a eventos cambiantes, circunstancias y condiciones de la vida.
- Adaptación centrada en emociones** En el modelo cognitivo-apreciativo de Lazarus, estrategia de adaptación encaminada hacia el control de la respuesta emocional a una situación estresante para disminuir su impacto fisiológico o psicológico. También llamado adaptación paliativa. Compárese con adaptación centrada en el problema.
- Afrontamiento** Pensamiento adaptativo o comportamiento encaminado a reducir o aliviar el estrés que surge de condiciones dolorosas, amenazantes o desafiantes.
- Afrontamiento enfocado en el problema** En el modelo de la valoración cognitiva de Lazarus, estrategia de afrontamiento dirigida a la eliminación, gestión o mejora de una condición que produce estrés. Compárese con *afrontamiento enfocado en la emoción*.
- Agudeza visual** Habilidad del ojo para distinguir detalles visuales.
- Agudeza visual dinámica** Habilidad para ver objetos en movimiento con claridad
- Almacenamiento** En los modelos de procesamiento de la información, los procesos por los cuales, o en donde se localizan, los recuerdos retenidos para su utilización futura.
- Ambiente** Totalidad de estímulos no genéticos que influyen en el desarrollo.
- Amortiguador episódico** Permite recuperar la información que ha sido almacenada en episodios para ser recuperada de múltiples fuentes.
- Análisis factorial** Método estadístico que busca identificar dimensiones subyacentes (factores) comunes a un conjunto de tests en los que las mismas personas obtengan las mismas calificaciones.
- Andrógino** Tipo de personalidad integrada por características típicamente pensadas tanto como masculinas como femeninas.
- Apnea del sueño** Desorden en el cual, pausas en la respiración por 10 segundos o más, causan frecuentes despertares.
- Apoplejía** Cese del flujo sanguíneo al cerebro, o una hemorragia cerebral, que causa daño neuronal y en algunas ocasiones parálisis o muerte.
- Aprendizaje** Cambio de larga duración en el comportamiento resultado de la experiencia.

**Aprendizaje durante toda la vida** El estudio sostenido y organizado para adultos de todas las edades.

**Arquetipos** En la terminología de Jung, las imágenes de ideas importan en la tradición mítica de una cultura, la cual persiste en el “inconciente colectivo”.

**Arterioesclerosis** Condición relativa a la edad en la que las paredes de las arterias se vuelven más delgadas y rígidas; también llamado endurecimiento de las arterias.

**Arteroesclerosis** Construcción de depósitos de grasa en las paredes interiores de las arterias que obstruyen el flujo sanguíneo y que pueden llevar a un ataque cardíaco. También llamado síndrome de las arterias coronarias.

**Artritis** Grupo de desórdenes que involucran la inflamación dolorosa de las articulaciones.

**Asignación aleatoria** Técnica utilizada para la asignación de sujetos de estudio a muestras de grupos de control o experimental, en la cual cada miembro de la muestra posee una misma oportunidad de ser asignado a cada uno de los grupos y de recibir o no el tratamiento.

**Asimilación de identidad** En la terminología de Whitbourne, un intento por ajustar las nuevas experiencias en un autoconcepto existente. Compárese con acomodación de identidad.

**Autoconcepto** El concepto que se tiene de uno mismo.

**Autoinmunidad** Tendencia de un cuerpo avejentado a confundir sus propios tejidos con invasores extraños y atacarlos y destruirlos.

## B

**Bisexual** Sexualmente orientado hacia ambos sexos.

**Bucle articulario (bucle fonológico)** En los modelos de procesamiento de la información, componente de la memoria operativa que permite el almacenamiento en la conciencia de sonidos y lenguajes.

## C

**Caída terminal** Repentino decremento en el desempeño intelectual que se verifica poco antes de morir.

**Cambio** Alteración o modificación de un tiempo a otro.

**Cambio normativo de la personalidad** Patrones de desarrollo de la personalidad relacionados con la edad que se presentan en la mayoría de los miembros de la población.

**Cáncer** Grupo de enfermedades que involucran el crecimiento descontrolado de células anormales que invaden y destruyen el tejido sano.

**Cancerígenos** Agentes que causan cáncer en el ambiente.

**Cansancio del cuidador** Condición de fatiga física, mental y emocional que afecta a adultos que cuidan de otras personas.

**Cansancio extremo** Síndrome caracterizado por fatiga emocional y la sensación de que uno ya no puede ser eficiente en el trabajo.

**Capacidad de reserva** Capacidad de respaldo que ayuda a los sistemas corporales que permite a cada órgano esforzarse de 4 a 10 veces más que lo usual en momentos de estrés; también es llamada *reserva orgánica*.

**Capacidad vital** La cantidad de aire que puede tomarse con una respiración profunda y expulsarse después; puede ser un biomarcador del envejecimiento.

**Cataratas** Áreas opacas o nebulosas en los lentes del ojo que a menudo causan visión borrosa en adultos mayores.

**Climaterio** Periodo de 2 a 5 años en el que el cuerpo de una mujer atraviesa por cambios fisiológicos que conlleva la menopausia.

**Climaterio masculino** Periodo de cambio fisiológico, emocional y psicológico que involucra al sistema reproductor del varón y a otros de sus sistemas corporales.

**Codificación** En modelos de procesamiento de información de la memoria, el proceso por el cual la información se prepara para su almacenamiento a largo plazo y recuperación.

**Coefficiente intelectual (CI)** Medida de la inteligencia tradicionalmente obtenida al dividir la edad mental de la persona entre su edad cronológica y multiplicar el resultado por 100.

**Cohabitación** Vivir juntos y mantener una relación sexual sin estar casados legalmente.

**Complejidad sustantiva** Grado en el cual el trabajo de una persona requiere pensamiento y juicio independientes.

**Comportamiento inteligente** Comportamiento orientado a metas (conscientes y deliberadas) y adaptativo (que suele identificar y resolver problemas efectivamente).

**Compromiso dentro del relativismo** En la terminología de Perry, etapa final del desarrollo cognitivo de los estudiantes universitarios en el que se comprometen para autoescoger creencias y valores a pesar de la incertidumbre y el reconocimiento de otras posibilidades válidas.

**Condicionamiento clásico** Del aprendizaje inconsciente en el que un estímulo previamente neutro (uno que ordinariamente no provoca una respuesta particular involuntaria) desencadena una respuesta como resultado de la asociación repetitiva con un estímulo que normalmente produce esa respuesta.



**Confiable** Con respecto al método de investigación o herramienta que consiste en medir el desempeño.

**Conocimiento tácito** En la terminología de Sternberg, la información que no es formalmente enseñada o abiertamente expresada, pero que es necesaria para progresar en la vida: incluye tareas de autoadministración y administración de los otros.

**Crisis de la edad madura** En algunos modelos de etapas, periodo de la vida potencialmente estresante, precipitado por la revisión y revaloración del pasado propio, que típicamente ocurre en los principios o mediados de los 40 años.

**Cuasiexperimento** Estudio que se parece a un experimento en cuanto que intenta medir cambios o encontrar diferencias entre grupos, pero carece del control con base en la asignación aleatoria.

**Cuidado** Cuidado informal o sin paga de una persona cuya independencia física, mental, emocional o económica está limitada.

**Cuidado de hospicio** Brinda atención cálida, personal y paciente centrada en la familia para el cuidado del enfermo terminal, enfocado en la atención paliativa que se dirige hacia el alivio del dolor, el control de síntomas y la calidad de vida.

**Cuidado paliativo** Cuidado dirigido a aliviar el dolor y sufrimiento y que permite al enfermo terminal morir en paz, con comodidad y dignidad.

**Curvas de supervivencia** Curvas, proyectadas en una gráfica, que muestran los porcentajes de una población que sobrevive en cada nivel etario.

## D

**Datos** Información recopilada de la investigación.

**Degeneración macular relativa a la edad** Desorden visual en el cual la parte central de la retina pierde su capacidad para distinguir detalles finos. Comúnmente causada por ceguera funcional en adultos mayores.

**Demencia** Deterioro en el funcionamiento cognitivo o conductual por causas fisiológicas, en ocasiones llamada equivocadamente senilidad.

**Dependencia de sustancias** Adicción fisiológica o psicológica a una sustancia.

**Desarrollo** Proceso sistemático de cambio adaptativo en el comportamiento en una o más direcciones.

**Desarrollo cualitativo** Cambios que ocurren en momentos sucesivos de la vida en la clase, naturaleza, estructura u organización de un fenómeno, como en las etapas del desarrollo. Compárese con *desarrollo cuantitativo*.

**Desarrollo cuantitativo** Cambios, que ocurren con la edad, en el número o cantidad de algo, como por ejemplo, cuántos objetos pueden recordarse. Compárese con *desarrollo cualitativo*.

**Desarrollo del ciclo de vida** Concepto de desarrollo como un proceso de adaptación que dura toda la vida.

**Desesperanza aprendida** Patrón de adaptación en el cual un individuo aprende a vivir con una situación extremadamente estresante e incontrolable al no hacer nada al respecto.

**Desviación CI** Medida de la inteligencia basada en la distribución de resultados puros y desviación estándar de la media.

**Desviación cultural** Tendencia de los exámenes de inteligencia psicométrica de incluir preguntas que involucran contenidos o habilidades más familiares y significativas para algunos grupos culturales que para otros.

**Detección del problema** Habilidad para identificar y formular novedosos y relevantes problemas a resolver; se cree que es característica de la creatividad y el pensamiento posformal.

**Diabetes tipo I (anteriormente llamada diabetes juvenil o insulino dependiente)** El páncreas no produce suficiente insulina para que el cuerpo utilice el azúcar, lo cual es crítico para el funcionamiento apropiado de las células.

**Diabetes tipo II (anteriormente llamada diabetes madura o no insulino dependiente)** El páncreas produce suficiente insulina pero el organismo no la utiliza apropiadamente. El tipo II es la forma más común de diabetes.

**Dimensiones de la personalidad** Agrupamientos o categorías de rasgos relativos a la personalidad, concebidos para propósitos de investigación.

**Directiva anticipada** Documento legal escrito por un individuo que contiene instrucciones para su cuidado médico futuro en caso de convertirse en discapacitado físico o mental.

**Directivas anticipadas** Documento que especifica el tipo de cuidados que desea el signatario en caso de una enfermedad terminal.

**Discriminación por edad** Prejuicio o discriminación basada en la edad (comúnmente en contra de la gente mayor).

**Diseños secuenciales** Diseño de investigación que combina los dos o hasta los tres diseños simples y cuasiexperimentales (transversales, longitudinales y de series cronológicas) para clarificar las causas del cambio en el desarrollo.

**Disfunción eréctil** Véase *impotencia*.

**Dismenorrea** Calambres menstruales.

**Dispositivo visual (o espacial)** En los modelos de procesamiento de información de la memoria, es un componente de la memoria operativa que permite que la información acerca de la forma y la localización de

las imágenes visuales pueda ser almacenada en la conciencia.

**Duelo** Pérdida por muerte de alguien con el que se tenía una relación cercana y el proceso de ajuste a esta pérdida.

## E

**Edad biológica** Medición del progreso a través de la esperanza de vida potencial precedida por la condición física de la persona.

**Edad cronológica** Número de años que una persona ha vivido.

**Edad diferenciada** Estructura de vida en la que los roles primarios —aprendizaje, trabajo, ocio— se basan en la edad, típico en las sociedades industrializadas.

**Edad funcional** Medida de la capacidad de una persona para funcionar efectivamente en su medio físico y social; relativa con la edad cronológica.

**Edad integrada** Estructura de vida en la que los roles primarios —aprendizaje, trabajo, ocio— están abiertos a adultos de todas las edades y pueden ser llevados a cabo durante toda la vida. Compárese con *edad diferenciada*.

**Edad social** La edad que depende del grado en que el comportamiento se ajusta a las normas, expectativas y roles que se espera desempeñe en sociedad una persona de cierta edad cronológica.

**Educación para la muerte** Programas para educar a las personas sobre la muerte y ayudarlos para tratar asuntos concernientes a la muerte y el luto en su vida personal y profesional.

**Ejecutivo central** En los modelos de procesamiento de la información, componente de la memoria de trabajo que selecciona y procesa estímulos sensoriales y los transforma en representaciones mentales significativas; también puede recuperar información de la memoria de largo plazo.

**Elaboración** Estrategia codificadora o artefacto nemónico que consiste en hacer asociaciones usualmente entre información nueva e información ya en la memoria.

**Elemento componencial** En la teoría triárquica de Sternberg, el aspecto analítico de la inteligencia que determina qué tan eficientemente la gente procesa información y resuelve problemas.

**Elemento contextual** En la teoría triárquica de Sternberg, el aspecto práctico de la inteligencia que determina qué tan efectivamente la gente maneja su ambiente.

**Elemento experiencial** En la teoría triárquica de Sternberg, el aspecto intuitivo de la inteligencia, el cual determina cuán efectivamente se procede con tareas novedosas y familiares.

**Emparejamiento selectivo** Tendencia a enamorarse y casarse con una persona parecida a uno mismo.

**Encapsulación** En la terminología de Hoyer, dedicación del proceso de información y pensamiento en flujo para sistemas específicos de conocimiento, haciendo al conocimiento más accesible y compensando los detrimentos en la maquinaria cognitiva.

**Enfermedad corneal** Desorden visual caracterizado por la distorsión, borrosidad o cicatrización de la córnea, la parte frontal de la superficie del ojo.

**Enfermedad de Parkinson** Trastorno neurológico que progresa lentamente y se caracteriza por temblor, rigidez, movimientos lentos y postura inestable.

**Enfisema** Enfermedad irreversible, a menudo causada por fumar, que destruye el tejido pulmonar causando dificultad progresiva para respirar.

**Enfoque bioecológico** Sistema de Bronfenbrenner para entender el desarrollo que identifica cinco niveles de influencias ambientales, desde las más íntimas hasta las más generales.

**Enfoque psicométrico** Estudio de la inteligencia a través de medidas cuantitativas de las funciones intelectuales.

**Ensayo** Repetición consciente de la información a almacenar en la memoria operativa o a transferir a la memoria a largo plazo.

**Envejecimiento en casa** Permanecer en el hogar propio, con o sin asistencia, durante la vida tardía.

**Envejecimiento primario** Proceso de cambio corporal gradual y genéticamente determinado, que se verifica a través del desarrollo de la vida.

**Envejecimiento productivo** Concepción de que los ancianos fungen como recursos humanos potencialmente ilimitados que contribuyen a los bienes, servicios y productos disponibles para ellos mismos y la sociedad.

**Envejecimiento secundario** Cambios corporales resultantes de la enfermedad, abuso y desuso, que con frecuencia son prevenibles.

**Episodio depresivo agudo** Desorden mental que dura al menos dos semanas y no se debe al abuso de sustancias, medicación o estado de salud, ni a un luto familiar reciente; en él, la persona muestra extrema tristeza o pérdida de interés o placer en la vida, y al menos otros cuatro síntomas más, como cambios en peso o apetito; insomnio; agitación; fatiga; sentimientos de minusvalía o culpa inadecuada; incapacidad para pensar, concentrarse o decidirse; y pensamientos de muerte o suicidio.

**Errores de intrusión** Información extraña que llega a la memoria operativa mediante asociaciones recuperadas de la memoria a largo plazo.

- Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS)** Prueba de inteligencia para adultos, que consiste en once subpruebas cuyos campos valoran un CI verbal y un CI de desempeño y, finalmente, un CI total.
- Esquemas** Modelos conceptuales de trabajo, o constructos de realidad, alrededor de los cuales se organiza el comportamiento.
- Esquizofrenia** Grupo de desórdenes mentales que involucran la pérdida de contacto con la realidad con ciertos síntomas como delirios, alucinaciones y pensamientos turbadores.
- Estado vegetativo persistente** Estado en el que un paciente, aunque técnicamente vivo, ha perdido todas las funciones cerebrales, conservando sólo las más rudimentarias.
- Estereotipos de género** Generalizaciones exageradas acerca de las diferencias entre los hombres y las mujeres, lo cual puede formar una parte de los roles de género de una sociedad, aunque no todos los varones y mujeres se conduzcan de acuerdo con tales generalizaciones.
- Estilo de vida enfocado en la familia** Patrón de actividad en el retiro que involucra a las compañías del hogar y la familia. Compárese con *inversión balanceada*.
- Estilo explicativo** Forma habitual de una persona de explicar la desgracia.
- Estilos de la identidad** En la terminología de Whitbourne, formas características de confrontar, interpretar y responder a la experiencia.
- Estrés** Reacción fisiológica y psicológica del organismo que dificulta las demandas que pesan sobre él.
- Estructura de edad** Porcentajes de varios grupos de edad en una población dada.
- Estructura de vida** En la terminología de Levinson, el patrón o diseño subyacente de la vida de una persona en un momento determinado; tal estructura se construye alrededor de cualquiera de los aspectos de la vida que el individuo considera más importantes.
- Estudio correlacional** Modelo de investigación cuasi-experimental en la que personas de diferentes edades son evaluadas en una ocasión, brindando información comparativa sobre las diferencias de edades. Compárese con el *estudio longitudinal*.
- Estudio de caso** Modelo de investigación que cubre sólo un caso o vida; se basa en entrevistas, observaciones, material biográfico o documental.
- Estudio longitudinal** Diseño de investigación cuasi-experimental en el que los datos son recabados a partir de la misma persona o individuos en un periodo, para calcular los cambios en el desarrollo que ocurren con la edad. Compárese con *estudio transversal*.
- Estudio transversal** Modelo de investigación que pretende descubrir si se puede calcular una correlación estadística con la dirección y la fuerza de una relación entre variables.
- Etapas** Patrón específico de comportamiento típico de cierto periodo del desarrollo, el cual conduce a diferencias cualitativas, usualmente a patrones de comportamiento más avanzados.
- Etapas adquisitiva** Primera de las cinco etapas cognitivas de Schaie, caracterizada por el aprendizaje que hace un niño o adolescente de información y habilidades para su propio beneficio o como preparación para participar en sociedad.
- Etapas de consolidación** En la terminología de Super, quinta etapa del desarrollo y exploración de la carrera, en la cual gente de más de treinta años busca ascender rápidamente y consolidar ganancias.
- Etapas de cristalización** En la terminología de Super, primera etapa del desarrollo y exploración de la carrera, en la cual los adolescentes desarrollan un concepto general de ocupación como una característica definitoria del yo.
- Etapas de desaceleración** En la terminología de Super, la séptima etapa del desarrollo y exploración de la carrera en la que las personas en sus cincuenta años tardíos comienzan a anticipar su retiro y se alejan del trabajo.
- Etapas de especificación** En la terminología de Super, segunda etapa de desarrollo y exploración de carrera, en la cual los adolescentes mayores o adultos en edad universitaria obtienen información acerca de las ocupaciones y condiciones de trabajo y empiezan a concentrarse en vocaciones específicas.
- Etapas de establecimiento** En la terminología de Super, cuarta etapa del desarrollo y exploración de carrera en la que las personas de veinticinco a treinta años buscan avanzar a lo largo de una profesión escogida, especializarse y ver su trabajo como intrínseco al concepto de sí mismo.
- Etapas de implementación** En la terminología de Super, tercera etapa en la planeación y desarrollo de carrera en la cual la gente al principio de su segunda década de vida prueba diferentes empleos o empieza un entrenamiento profesional para hacer la elección final de carrera.
- Etapas de logros** La segunda de las cinco etapas cognitivas de Schaie, en la que los jóvenes adultos usan el conocimiento para obtener competencia e independencia.
- Etapas de mantenimiento** En la terminología de Super, sexta etapa de exploración y desarrollo de la carrera, en la cual la gente en los mediados de sus cuarenta

años se concentran en mantener, en vez de adquirir, su prestigio, autoridad y responsabilidad.

**Etapas ejecutiva** Cuarta de las cinco etapas cognitivas de Schaie, en la cual la gente de edad madura responsable de sistemas sociales lidia con relaciones complejas en múltiples niveles.

**Etapas reintegrativa** Sexta etapa de desarrollo cognitivo del modelo de ciclo de vida de Schaie en la que los adultos mayores concentran su energía limitada en tareas que les son significativas.

**Etapas responsable** Tercera etapa de desarrollo cognitivo del modelo de ciclo de vida de Schaie en la que las personas en la adultez media se concentran en sus metas a largo plazo y en problemas prácticos relacionados con sus responsabilidades.

**Eutanasia activa** Acción deliberada para acortar la vida de un enfermo terminal para permitir la muerte con dignidad o poner fin a su sufrimiento, también llamado asesinato piadoso. Compárese con *eutanasia pasiva*.

**Eutanasia pasiva** Retiro o discontinuación deliberada del tratamiento que puede prolongar la vida de un enfermo terminal con el fin de concluir su sufrimiento o permitirle morir dignamente. Compárese con *eutanasia activa*.

**Expectativa de vida** Edad hasta la cual una persona de una cohorte particular vivirá según las probabilidades estadísticas; tal edad se basa en la longevidad promedio de una población.

**Experimento** Procedimiento rigurosamente controlable y replicable en el cual el investigador (experimentador) manipula variables para evaluar el efecto de una en las otras.

## F

**Falla congestiva cardiaca** Incapacidad del corazón para bombear suficiente sangre como resultado de una enfermedad cardiovascular.

**Familia compuesta** Familia que resulta del matrimonio o cohabitación de un adulto que ya ha tenido hijos.

**Familia extensa** Familia multigeneracional compuesta de los padres, hijos y parientes más lejanos, que algunas veces viven juntos en el mismo hogar.

**Familia mezclada** Familia que resulta del matrimonio o cohabitación de un adulto que ya tiene niños, también llamada familia adoptiva, familia reconstituida o familia combinada.

**Familia nuclear** Familia de dos generaciones compuesta por los padres y sus hijos que crían, relacionados por lazos sanguíneos o de adopción y que viven juntos.

**Fumador pasivo** Aquel que inhala humo de cigarrillo como resultado de hallarse en la presencia de un fumador.

## G

**Generación sándwich** Generación adulta que está tratando de impulsar a sus hijos mientras cuida de sus padres, y que debe prodigar tiempo de cuidado, energía y recursos entre ambos.

**Generatividad** En la terminología de Erikson, persona de edad madura preocupada por la consolidación y guía de la siguiente generación.

**Genes** Unidades básicas y funcionales de la herencia, compuestas de ácido desoxirribonucleico (ADN), que determinan las características heredadas.

**Geriatría** Rama de la medicina interesada en los procesos de envejecimiento y en las condiciones médicas de cuidado concernientes a la vejez.

**Gerontólogos** Personas encargadas de la gerontología, el estudio de la vejez y los procesos de envejecimiento.

**Glaucoma** Desorden visual causado por la concentración de la presión fluida en el ojo; puede causar ceguera si no se trata.

**Grupo de control** En un experimento, un grupo de personas que son similares a las personas en el grupo experimental que no reciben tratamiento bajo estudio. Los resultados obtenidos con el grupo de control son comparados con los resultados del grupo experimental.

**Grupo experimental** En un experimento, el grupo que recibe el tratamiento bajo estudio; cualquier cambio en este grupo se compara con lo ocurrido en el grupo de control.

## H

**Herencia** Influencias innatas en el desarrollo, implícitas en los genes.

**Heterosexual** Sexualmente atraído por el sexo opuesto.

**Hipertensión** Presión arterial alta.

**Hipocampo** Estructura del lóbulo temporal medio del cerebro, activamente envuelto en la codificación inicial y almacenamiento así como en la inmediata recuperación de información nueva.

**Hipocondría** Desorden mental caracterizado por la preocupación y miedo de padecer una enfermedad seria; dicho temor se basa en la interpretación equivocada de síntomas físicos.

**Hipótesis compensativa** Hipótesis de que existe una correlación negativa entre la intelectualidad del trabajo y las actividades recreativas puesto que se buscan las actividades recreativas para conseguir lo que no se encontró mientras se trabajaba. Compárese *hipótesis de desbordamiento*, *hipótesis de provisión-agotamiento de recursos* e *hipótesis de segmentación*.

**Hipótesis de desbordamiento** Hipótesis en la que hay una correlación positiva entre el trabajo intelectual y las actividades de ocio debido a una transferencia de aprendizaje entre trabajo y ocio. Compárese con *hipótesis de compensación*, *hipótesis de provisión-agotamiento de recursos* e *hipótesis de segmentación*.

**Hipótesis de provisión-agotamiento de recursos** Hipótesis que postula que el trabajo y el ocio pueden hallarse positiva o negativamente relacionados, debido a que el primero promueve o restringe ciertos tipos de actividades de ocio al proporcionar o reducir recursos de tiempo, energía y dinero necesarios en ellas. Compárese con *hipótesis de desbordamiento*, *hipótesis de compensación* e *hipótesis de segmentación*.

**Hipótesis de segmentación** Hipótesis en la que no hay correlación entre el trabajo y las actividades de ocio. Compárese con *hipótesis de desbordamiento*, *hipótesis de compensación* e *hipótesis de provisión-agotamiento de recursos*.

**Homeostasis** Mantenimiento de las funciones vitales dentro del rango óptimo.

**Homosexual** Sexualmente atraído por el mismo sexo.

## I

**Identidad de género** Conciencia personal de qué significa ser hombre o mujer; incluye los roles de género y (a veces) los estereotipos de género.

**Implantes cocleares** Aparatos electrónicos útiles para personas con discapacidad auditiva que transforman las ondas suaves en señales eléctricas para ser transmitidas al cerebro.

**Impotencia (disfunción eréctil)** Incapacidad del varón para lograr o mantener la erección del pene el tiempo suficiente para un desempeño sexual satisfactorio.

**Imprimación** Aumento en la habilidad para realizar una tarea vista con antelación o para recordar material previamente observado.

**Indiferenciada** Tipo de personalidad que consiste en bajos grados de rasgos típicos del pensamiento masculino o femenino.

**Infarto al miocardio** Daño a una parte del músculo cardíaco debido al cese de la circulación sanguínea en la arteria coronaria; también llamado ataque cardíaco.

**Infertilidad** Incapacidad para concebir después de 12 a 18 meses de intentar un embarazo.

**Influencias normativas determinadas por la edad**  
Influencias biológicas y ambientales en el desarrollo que son muy similares para la gente de un grupo determinado de edad.

**Influencias normativas históricas** Influencias biológicas y ambientales en el desarrollo que resultan comunes para una cohorte en particular.

**Inseminación artificial** Inyección de esperma dentro del cérvix de la mujer para permitirle concebir.

**Inteligencia cristalizada** Tipo de inteligencia, propuesta por Horn, que involucra el recuerdo y la aplicación de la información aprendida. Depende relativamente de la educación y los antecedentes culturales.

Compárese con *inteligencia fluida*.

**Inteligencia fluida** Tipo de inteligencia, propuesta por Horn, que se aplica a problemas novedosos y es relativamente independiente de las influencias educativas y culturales. Compárese con *inteligencia cristalizada*.

**Interiorización** En la terminología de Neugarten, tendencia hacia la introspección o preocupación por la vida interior, lo cual se manifiesta por lo regular en la edad madura.

**Invarianza factorial** Un problema relacionado en la investigación con el desarrollo adulto y el envejecimiento, pues puede no ser adecuado emplear el mismo instrumento para medir un constructo (fenómeno) en diferentes grupos de edad.

**Inventario de la personalidad** Instrumento que produce clasificaciones psicométricas de los rasgos de la personalidad o categorías de tales rasgos.

**Inversión balanceada** Modelo de actividad de retiro dividida entre familia, trabajo y entretenimiento. Compárese con *estilo de vida enfocado en la familia*.

**Investigación cualitativa** Investigación que se concentra en los cambios en la clase, tales como los nuevos comportamientos o etapas. Un ejemplo podría ser la transición de la etapa preoperacional a la operacional concreta.

**Investigación cuantitativa** Investigación que se concentra en los cambios en grado o cantidad, tales como los números de experiencias de aprendizaje.

## L

**Límite de Hayflick** Límite, descubierto por Hayflick, del número de veces en el que una célula animal puede dividirse (cerca de 50 veces en el caso del ser humano).

**Lóbulos frontales** Porciones frontales de la corteza cerebral, o de la capa exterior, las que forman y dirigen las estrategias para codificar, almacenar y recuperar los recuerdos.

**Longevidad** Duración de la vida de los individuos.

**Luto** Comportamiento de los dolientes y de la comunidad, incluye las costumbres y rituales culturalmente aceptados.

## M

**Maduración** Desarrollo de una secuencia biológicamente determinada de patrones de comportamiento,

- que incluye buena disposición para dominar nuevas habilidades.
- Mamografía** Examen de diagnóstico de rayos X del seno para detectar signos de cáncer.
- Manejo del duelo** Patrón común de duelo en el que el doliente acepta la pérdida, se libera del vínculo con el difunto y reconstruye su vida sin el ser querido.
- Marcadores biológicos** Medidas específicas biológicas de la tasa a la cual envejece un cuerpo.
- Mastectomía** Tratamiento quirúrgico para el cáncer de seno que involucra la remoción de toda o parte de la mama; compárese con *tumorectomía*.
- Maternidad de alquiler** Método de concepción en el cual una mujer que no está casada con un hombre, acuerda dar a luz a su hijo y entregarlo al padre y su esposa.
- Mecánica de la inteligencia** En el modelo de proceso dual de Baltes, funciones psicológicas básicas o procedimientos utilizados para procesar la información (parecidas a la inteligencia fluida); la dimensión del intelecto que declina con el tiempo. Compárese con *pragmática de la inteligencia*.
- Mecanismos de adaptación** Formas características en las que un individuo maneja o interactúa con el ambiente.
- Medicamentos antidepresivos** Medicamentos usados para tratar la depresión al restablecer el balance químico de los neurotransmisores en el cerebro.
- Memoria a corto plazo** Almacén temporal para la información.
- Memoria a largo plazo** En los modelos de procesamiento de la información, almacén de capacidad virtualmente ilimitada, que conserva información por largos periodos.
- Memoria declarativa** En los modelos de procesamiento de información, memoria de los eventos y hechos que pueden ser recordados o reconocidos y ser declarados verbalmente o pueden causar sentimientos de familiaridad. Compárese con *memoria no declarativa*.
- Memoria episódica** En modelos de procesamiento de información, memoria de experiencias personales, actividades y eventos relacionados con fechas y lugares específicos. Compárese con *memoria semántica*.
- Memoria explícita** En los modelos de procesamiento de la información en la memoria, proceso que es intencional y consciente; compárese con *memoria implícita*.
- Memoria implícita** En los modelos de procesamiento de la información, proceso que no es intencional y resulta inconsciente; compárese con *memoria explícita*.
- Memoria no declarativa** En los modelos de procesamiento de la información, la memoria para procedimientos, hábitos, habilidades u otro tipo de información que generalmente no requiere esfuerzo para recordarse; también llamada *procedural*.
- Memoria operativa** En los modelos de procesamiento de información de la memoria, almacén intermedio donde la información de la memoria sensorial o de la memoria a largo plazo es conscientemente manipulada o reorganizada.
- Memoria prospectiva** Recordar hacer algo en el futuro.
- Memoria semántica** En los modelos de procesamiento de la información, memoria para el conocimiento general y factual acerca del mundo, las costumbres sociales y el lenguaje; compárese con *memoria episódica*.
- Memoria sensorial** En los modelos de procesamiento de la información, facilidad para el almacenamiento inicial del registro de la información sensorial, pero que decae rápidamente si no se pone atención al proceso.
- Menopausia** Cese de la menstruación y de la capacidad para procrear, que ocurre típicamente alrededor de los 50 años.
- Mentor** En la terminología de Levinson, una persona ligeramente mayor cuya guía y consejos en asuntos personales y profesionales influye fuertemente la perspectiva del éxito que se forma un adulto joven.
- Metacognición** Conocimiento acerca de lo que se sabe sobre los procesos de pensamiento.
- Metamemoria** Conocimiento o creencias acerca de cómo funciona la memoria propia.
- Metateoría** Hipótesis acerca de la operación del universo, la cual involucra a un grupo de teorías que ostentan concepciones y valores similares.
- Método científico** Sistema de principios establecidos y procesos de investigación científica, que incluyen la observación cuidadosa y la recolección de datos, la prueba de hipótesis alternativas y la amplia diseminación de los hallazgos y conclusiones para que otros científicos puedan revisar, analizar, repetir y aprender de aquéllos, y construir más conocimiento a partir de tales resultados.
- Método de loci** Mnemotecnia en la cual una serie de lugares (*loci*) se asocian con objetos para recordarlos y repasarlos mentalmente durante el recuerdo.
- Metodología Q (Q-sort)** Instrumento que rinde la distribución de las afirmaciones o características en la autodescripción.
- Mnemotecnia** Estrategias para fortalecer la memoria.
- Modelo** Imagen concreta u otra representación de la teoría, la cual ayuda en la comprensión de las relaciones significativas entre los datos.
- Modelo de envejecimiento clásico** En la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler, mayor y más grave decremento en el CI de desempeño que en el verbal.

**Modelo de la congruencia** Modelo propuesto por Kahana que sostiene que el nivel de satisfacción o estrés depende del ajuste entre las necesidades del individuo y la habilidad del ambiente para responder a esas necesidades.

**Modelo de la valoración cognitiva** Modelo propuesto por Lazarus y sus colegas, que ve la imitación como una interacción dinámica entre un individuo y el ambiente en el cual el individuo decide imitar estrategias a partir de la apreciación cognitiva de una situación que excede o pone a prueba sus recursos.

**Modelo de los acontecimientos de la vida** Modelo teórico, sostenido por Neugarten y otros, que describe la personalidad adulta como una respuesta a los importantes acontecimientos y eventos de la vida que se verifican a lo largo de ésta, sean o no esperados.

**Modelo de los cinco factores** Modelo de personalidad de Costa y McCrae que consta de cinco dimensiones o dominios: *neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, meticulosidad y amabilidad*.

**Modelo de presión ambiental** Modelo propuesto por Lawton que sostiene que el estrés y la adaptación dependen del acomodo entre las demandas ambientales y la capacidad del individuo para enfrentarlas.

**Modelo de proceso dual** Modelo de funcionamiento intelectual en la adultez tardía propuesto por Baltes, el cual identifica y busca medir dos dimensiones de inteligencia, la mecánica y la pragmática.

**Modelo E-I-E-I-O** Modelo de Camp para clasificar técnicas nemónicas según el tipo de procesamiento (explícito o implícito) y el sitio inicial de almacenamiento (externo o interno).

**Monogamia serial** Patrón que comprende una sucesión exclusiva de relaciones sexuales.

**Moralidad de conformidad a roles convencionales** Segundo nivel de la teoría del razonamiento moral de Kohlberg, en el que los estándares de figuras de autoridad son internalizados. También es llamada *moralidad convencional*.

**Moralidad de principios morales autónomos** Tercer nivel de la teoría del razonamiento moral de Kohlberg en el cual la moralidad está completamente internalizada. También llamada *moralidad posconvencional*.

**Moralidad preconvencional** El primer nivel del razonamiento moral de Kohlberg, en el cual la conducta adecuada se basa en control externo o interés propio.

**Motivación intrínseca** Apremio para resolver problemas por conseguir el logro de resolverlos, en vez de perseguir recompensas por ello; se cree que es un factor de la creatividad.

**Muestra** Grupo de participantes en la investigación escogido para representar a una población bajo estudio.

**Muestreo aleatorio** Tipo de estudio en una muestra en el cual la representatividad se asegura a través de la selección aleatoria.

**Multidireccional** En el desarrollo del ciclo de vida, descripción del desarrollo que involucra tanto crecimiento como declive.

**Musicoterapia** Método terapéutico empleado para tratar la depresión a través de enseñar al paciente cómo reducir el estrés escuchando música.

## N

**Negligencia** Negación de cuidado adecuado: usualmente hace referencia a las necesidades físicas, como el comer, vestir y la supervisión.

**Nido vacío** Fase transicional de la paternidad que sigue al abandono del hogar del último hijo.

**Nivel integrado** Nivel tercero y final del modelo de Labouvie-Vief sobre el desarrollo cognitivo adulto, caracterizado por apertura, flexibilidad y elección autónoma de principios; integración de objetividad con subjetividad y juicios de verdad que recaen sobre una base racional, reflexión disciplinada, pensamiento colectivo y discusión.

**Nivel inter sistémico** Segundo nivel del modelo de Labouvie-Vief del desarrollo cognitivo adulto, caracterizado por la conciencia de los múltiples y contradictorios sistemas de pensamiento.

**Nivel intrasistémico** Primer nivel del modelo de Labouvie-Vief del desarrollo cognitivo adulto, caracterizado por la capacidad para razonar sólo dentro de un sistema de pensamiento.

## O

**Observación en el laboratorio** Método de investigación en el que el comportamiento de todos los participantes es observado y registrado en la misma situación, bajo condiciones controladas. Compárese con *observación naturalista*.

**Observación naturalista** Método de investigación en el que el comportamiento de la gente es observado y registrado en los escenarios de la vida real sin la intervención o manipulación del investigador. Compárese con *observación en el laboratorio*.

**Ocio comprometido** Actividades de ocio que precisan habilidades, atención y compromiso.

**Optimización selectiva con compensación** En el proceso dual de Baltes, estrategia para el mantenimiento o aumento total del funcionamiento intelectual mediante la cuidadosa selección de tareas, incre-

mento de prácticas y uso de habilidades fuertes para compensar aquellas en las que se tiene debilidad.

**Organización** Estrategia de codificación o recurso mnemotécnico que consiste en arreglar o categorizar el material que ha de ser recordado.

**Orientación sexual** Tendencia a experimentar consistentemente atracción por miembros de otro sexo (orientación heterosexual), el mismo sexo (orientación homosexual) o por ambos sexos (orientación bisexual).

**Orquiectomía** Tratamiento hormonal para el cáncer de próstata en el cual los testículos son removidos para prevenir que las hormonas masculinas sean alcanzadas por las células cancerosas.

**Osteoporosis** Condición, que con mucha más frecuencia afecta a las mujeres posmenopáusicas, en la que los huesos llegan a ser extremadamente delgados, porosos y susceptibles a las fracturas, y la estatura regularmente llega a disminuirse bajo la compresión y colapso de las vértebras.

## P

**Patrones de carreras contingentes** En la terminología de Raynor, patrones de carreras en los que los trabajadores son motivados por una percepción de que su éxito futuro depende completamente de sus propias acciones. Compárese con patrones de carreras no contingentes.

**Pena** Respuesta emocional experimentada en las primeras etapas del duelo.

**Pena anticipatoria** Pena que comienza antes de una muerte esperada en preparación para el luto.

**Pensamiento convergente** Pensamiento encaminado a encontrar una sola respuesta correcta a un problema, usualmente la respuesta convencional. Compárese con el *pensamiento divergente*.

**Pensamiento divergente** Pensamiento que produce una variedad de nuevas posibilidades, se cree que es un factor de creatividad. Compárese con *pensamiento convergente*.

**Pensamiento posformal** Pensamiento maduro que depende de la experiencia o intuición al igual que de la lógica; puede trascender sistemas particulares, y ocuparse de la ambigüedad, incertidumbre, inconsistencia, contradicción, imperfección y compromiso.

**Pensamiento reflexivo** Forma compleja de cognición que reevalúa constantemente hechos e ideas, y sus subsecuentes conclusiones.

**Pérdida ambigua** Pérdida que no está claramente definida.

**Pérdida auditiva mixta** Pérdida de la audición que resulta de la combinación del deterioro sensorineural y conductivo.

**Pérdida auditiva sensorineural** Pérdida de la audición debida al daño en los nervios del oído interno, el nervio auditivo o las vías auditivas en el cerebro.

**Pérdida de la audición conductiva** Pérdida de la audición debida al bloqueo del sonido provocado por exceso de cera, crecimiento anormal óseo o una infección en el oído externo o medio

**Periodontitis** Enfermedad de las encías.

**Personalidad** Distintos patrones de características de comportamiento, mentales y de adaptación emocional, esto es, la relativamente consistente y única forma personal de pensar, sentir y comportarse.

**Perspectiva contextual** Metateoría que interpreta el desarrollo como el producto de un proceso activo de interacción entre un individuo y el contexto en el cual, el individuo actúa para lograr objetivos.

**Perspectiva cósmica** Punto de vista logrado en la séptima etapa del razonamiento moral propuesta por Kohlberg, caracterizada por la sensación de unidad con el cosmos, la naturaleza o la divinidad.

**Perspectiva mecanicista** Metateoría, basada en la máquina como metáfora, que contempla el desarrollo como respuesta a estímulos externos e internos y estudia los fenómenos a través del análisis de la operación de sus partes y componentes.

**Perspectiva organicista** Metateoría que contempla el desarrollo como internamente iniciado y controlado, que se verifica en una secuencia universal de etapas cualitativamente diferentes que culminan en la completa maduración.

**Plasticidad** En el enfoque del desarrollo del ciclo de vida, modificación de las habilidades mediante entrenamiento y práctica, incluso en la vida tardía.

**Poder notarial** Documento legal que designa a una persona para tomar decisiones en caso de incapacidad de otra persona.

**Pragmática de la inteligencia** En el modelo de proceso dual de Baltes, proceso que involucra la aplicación de los contenidos de la mente (una acumulación de cultura basada en conocimiento factual y de procedimientos; la dimensión del intelecto que tiende a crecer con la edad). Compárese con *mecánica de la inteligencia*.

**Pragmática fundamental de la vida** En la terminología de Baltes, el área en la cual una persona sabia es experta, pues incluso posee el conocimiento de los hechos y procedimientos concernientes a la esencia de la condición humana.

**Presbiacusia** Pérdida gradual de la audición, que comienza con los sonidos de alta frecuencia.

**Presbicia** Declive de la visión de cerca relacionada con la edad, producto de la pérdida de elasticidad de las lentes del ojo.



**Presión sanguínea** Fuerza del flujo sanguíneo contra las paredes arteriales

**Prostatectomía radical** Tratamiento contra el cáncer de próstata en el cual esta glándula es removida por completo.

**Pseudodemencia** Discapacidad cognitiva debida a una depresión mayor; a veces es llamada *demencia transitoria*.

**Psicología del desarrollo del ciclo de vida** Rama de la psicología cuya tarea primaria es el estudio científico del desarrollo del ciclo de vida.

## R

**Radicales libres** Átomos o moléculas inestables y altamente reactivos que se forman durante el metabolismo, lo cual puede causar daño al cuerpo.

**Recuperación** En los modelos de procesamiento de la información de la memoria, el proceso en el cual se accede o se recuerda la información almacenada.

**Recuperación espaciada** Técnica nemotécnica que involucra condicionamiento primario o clásico, en el cual la gente es entrenada para recordar información por un largo tiempo incrementado.

**Recursos de atención** En la terminología de Craik, cantidad de energía mental de la que una persona dispone para concentrarse en una tarea.

**Reloj social** Conjunto de normas culturales o expectativas para las épocas de la vida en que relevantes eventos como el matrimonio, la paternidad, el trabajo y el retiro deben ocurrir.

**Resección transuretral** Remoción quirúrgica de la glándula prostática o de lesiones en la vejiga por medio de un endoscopio insertado a través de la uretra, usualmente para el alivio de la obstrucción prostática o para el tratamiento de trastornos en la vejiga.

**Reserva cardíaca** Habilidad del corazón para latir más rápido bajo estrés.

**Reserva de desarrollo** En la terminología de Baltes, grado en el que la memoria puede mejorar con entrenamiento.

**Retención de dígitos** Número de dígitos que una persona puede recordar en una sola ocasión. Usualmente consiste de 5 a 9 dígitos pero puede incrementar en conjunto.

**Revisión de vida** Proceso de reminiscencia acerca del curso de la vida personal con el fin de determinar su significado.

**Roles de género** Comportamientos, intereses, actitudes, capacidades y rasgos de la personalidad que una cultura considera apropiados para un hombre o mujer y el desempeño que de ellos se espera.

## S

**Sabiduría interpersonal** De acuerdo con Achenbaum y Orwoll, una de las tres fases de la sabiduría, caracterizada por la empatía, comprensión y madurez en las relaciones humanas.

**Sabiduría intrapersonal** De acuerdo con Achenbaum y Orwoll, una de las tres fases de la sabiduría, caracterizada por el autoexamen, autoconocimiento e integridad.

**Sabiduría transpersonal** De acuerdo con Achenbaum y Orwoll, una de las tres facetas de la sabiduría, caracterizada por la capacidad para trascender al yo.

**Selección aleatoria** Técnica empleada para asegurar la representatividad de una muestra al dotar a cada miembro de la población de la misma oportunidad de ser seleccionado. Compárese con *muestreo aleatorio*.

**Senectud** Periodo del desarrollo de la vida durante el cual los adultos experimentan decrementos en las funciones corporales asociados con el envejecimiento; comienza a distintas edades para diferentes personas.

**Sesgo del observador** Tendencia del observador a tergiversar o distorsionar los datos para ajustarlos a sus expectativas.

**Síndrome de Alzheimer** Desorden cerebral degenerativo caracterizado por el deterioro irreversible de la memoria, lucidez y control de las funciones corporales que eventualmente llevan a la muerte.

**Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)** Falla en el sistema inmunológico ocasionada por una infección viral que deja el cuerpo vulnerable a enfermedades que resultan fatales para el paciente.

**Síndrome de las puertas giratorias** Adultos jóvenes que regresan al hogar de sus padres.

**Síndrome premenstrual (SPM)** Desorden que produce incomodidad física y tensión emocional previas al periodo menstrual.

**Subjetividad necesaria** En la terminología de Sinnott, característica de las interacciones sociales, en las cuales la visión de cada persona de tales situaciones afecta inevitablemente la del otro y a la situación como conjunto.

**Sueño** En la terminología de Levinson, una visión del futuro que anima el desarrollo personal y vocacional del joven adulto.

**Suicidio asistido** Suicidio en el que un médico o alguien más ayuda a una persona a quitarse la vida.

## T

**Tanatología** Estudio de la muerte y del morir.

**Tasa de dependencia** Medida comparativa de porciones productivas y dependientes de una población

- Temperamento** Característica biológicamente basada en el estilo emocional con el cual una persona se aproxima y reacciona con la gente y las situaciones. También se le conoce como disposición.
- Teoría** Conjunto coherente de conceptos relacionados que tratan de encontrar la organización y explicación de la información.
- Teoría cognitiva de desarrollo** Teoría propuesta por Kohlberg y otros, según la cual los niños aprenden sobre su género y otros aspectos de su mundo al reflexionar activamente sobre su experiencia para organizar su comportamiento alrededor de esas percepciones.
- Teoría de selectividad** Teoría propuesta por Carstensen, en la que la reducción del contacto social directo frente a la información creciente y la formación de la identidad es adaptiva al envejecimiento, mientras que los contactos que satisfacen las necesidades emocionales llegan a ser centrales. Compárese con *teoría del convoy*.
- Teoría del aprendizaje social** Teoría, propuesta principalmente por Bandura, en la cual el establecimiento de los comportamientos, incluidos los roles de género, se aprende mediante la observación e imitación de modelos y a través del reforzamiento de las conductas socialmente aprobadas.
- Teoría del convoy** Teoría propuesta por Kahn y Antonucci que postula que la reducción de contactos sociales en círculos exteriores después del retiro puede sopesarse por nuevos contactos en esos círculos, así como por el mantenimiento de un núcleo interior de amigos cercanos y familia. Compárese con la *teoría selectiva*.
- Teoría del esquema de género** Teoría, propuesta por Bem, en que la gente desarrolla esquemas de género y patrones de comportamiento organizados alrededor de éste, los cuales les ayudan a ordenar sus observaciones y el significado de ser hombre o mujer.
- Teoría del procesamiento de información** Estudio de los procesos mentales que destaca el comportamiento inteligente: aquel que involucra la manipulación de símbolos y percepciones para adquirir, almacenar y recuperar información y resolver problemas.
- Teoría del yo en relación** Teoría propuesta por Jean Baker-Miller, según la cual los hombres desarrollan su identidad de género a partir del distanciamiento de la madre. Mientras que en el caso de las mujeres, éstas continúan con la relación materna.
- Teoría de la actividad** Teoría del envejecimiento propuesta por Neugarten y otros que sostiene que para envejecer exitosamente una persona debe permanecer tan activa como sea posible. Compárese con la *teoría del desprendimiento*.
- Teoría de la continuidad** Teoría del envejecimiento propuesta por Atchley que sostiene que para envejecer exitosamente las personas deben mantener un equilibrio del cambio y la continuidad tanto en las estructuras internas como externas de su vida.
- Teoría de la desvinculación** Teoría del envejecimiento propuesta por Cumming y Henry, que sostiene que el envejecimiento exitoso se caracteriza por retiro mutuo entre la persona mayor y la sociedad. Compárese con *teoría de la actividad*.
- Teoría triangular del amor** Teoría de Sternberg en que la presencia o ausencia relativas de tres elementos del amor —intimidad, pasión y compromiso— afectan la naturaleza y curso de una relación.
- Teorías de programación genética** Teorías que explican el envejecimiento biológico como resultado del ciclo de vida máximo determinado genéticamente; compárese con *teorías de tasa variable*.
- Teorías de tasa variable** Teorías que explican el envejecimiento biológico como resultado de un proceso que varía de persona a persona y que se ve influido tanto por los ambientes internos como externos; compárese con las *teorías de programación genética*.
- Terapia cognitiva** Método terapéutico encaminado a enseñar a los pacientes a reconocer y corregir su pensamiento negativo.
- Terapia conductual** Método terapéutico que usa incentivos positivos o negativos para modificar la conducta.
- Terapia de duelo** Programa de tratamiento para ayudar a sobrellevar la pérdida del ser querido.
- Terapia de reemplazamiento hormonal (TRH)** Estrógeno, algunas veces en combinación con progesterona, prescrito para tratar los efectos físicos de la menopausia.
- Terapia de reemplazamiento de estrógeno (TRE)** Tratamiento con estrógeno artificial, a veces en combinación con la hormona progesterona, para aliviar o prevenir síntomas causados por el declive en los niveles de estrógeno posteriores a la menopausia. También llamada *terapia de reemplazamiento hormonal (TRH)*.
- Terapia dinámica breve** Método terapéutico basado en una alianza de trabajo genuina, no manipulativa entre el terapeuta y el cliente.
- Terapia electroconvulsiva** Choques eléctricos administrados para tratar depresión severa. También llamada *terapia de choque*.
- Terapia génica** Método experimental de tratamiento de ciertas enfermedades mediante la inserción de material genético dentro del cuerpo para alterar la composición celular o reemplazar los genes defectuosos.

**Terapia interpersonal** Psicoterapia de corto plazo que se concentra en mejorar el funcionamiento social e interpersonal susceptibles de enfermedad mental; ha probado ser muy efectiva en el tratamiento de la depresión.

**Test de Pensamiento Creativo de Torrance** El test psicométrico de creatividad de más amplio uso.

**Tinnitus** Desorden auditivo caracterizado por un persistente campanileo o zumbido en los oídos.

**Transferencia de óvulos** Método de concepción en el que una mujer que no puede producir óvulos normales recibe otros donados por una mujer fértil.

**Tratamiento** Manipulación de una variable independiente cuyos efectos en el experimento están diseñados por el estudio.

**Tumorectomía** Tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama que implica la remoción del tumor y una pequeña parte del tejido que lo circunda; compárese con *mastectomía*.

## V

**Validación constructiva** Habilidad de un investigador para demostrar que las manipulaciones y mediciones usadas en un estudio representan el concepto o fenómeno en estudio.

**Validez** Con respecto a la investigación, las conclusiones producidas y apropiadas al fenómeno o la población bajo estudio.

**Validez ecológica** Característica de los exámenes de inteligencia para adultos que indica la aptitud para enfrentar problemas o retos reales.

**Validez externa** Resultados experimentales generalizables más allá de la situación de estudio.

**Validez interna** Seguridad de que las conclusiones de un experimento son válidas, es decir, que el tratamiento, y sólo éste, causó el resultado.

**Variable dependiente** En un experimento, la variable que puede o no puede cambiar como resultado de la manipulación de la variable independiente. Compárese con la *variable independiente*.

**Variable independiente** En un experimento, la variable sobre la cual el experimentador posee el control directo; su manipulación se llama tratamiento. Compárese con *variable dependiente*.

**Variabes** Fenómeno que cambia o varía entre los miembros del grupo, o que puede manipularse de acuerdo con los propósitos de la investigación.

## Y

**Yo ideal** Autoconcepto sobre quién nos gustaría ser. Compárese con *yo real*.

**Yo intemporal** Concepto de seguir siendo la misma persona independientemente de la edad.

**Yo real** Autoconcepto sobre quién se es en realidad. Compárese con *yo ideal*.

# Bibliografía

- AARP (1999). Modern maturity sexuality survey—summary of findings. [En línea] [http://research.aarp.org/health/mmmsexsurvey\\_1.html](http://research.aarp.org/health/mmmsexsurvey_1.html). Fecha de consulta: octubre 10, 2003.
- AARP (2000). AARP survey on lifelong learning. Washington, DC: autor.
- AARP (2003). A new definition for volunteering and giving among the 45+ population finds thirty percent are more inclined to volunteer since 9/11. [En línea] [www.AARP.org/research/press-center/presscurrentnews/a2003-11-14multicultural.html](http://www.AARP.org/research/press-center/presscurrentnews/a2003-11-14multicultural.html).
- AARP (2006). *Keeping safe: Helping your parents stay mobile*. [En línea] [http://www.aarp.org/families/driver\\_safety/driver\\_safetyissues/a2004-06-22-mobileparents.html](http://www.aarp.org/families/driver_safety/driver_safetyissues/a2004-06-22-mobileparents.html)
- AARP. 40+ singles ISO love on the Internet? [En línea] [www.aarp.org/press/2003/nr092903.html](http://www.aarp.org/press/2003/nr092903.html). Fecha de consulta: octubre 10, 2003.
- AARP. Facts about grandparents raising grandchildren. [En línea] [www.aarp.org/contacts/grandparents/grandfacts.html](http://www.aarp.org/contacts/grandparents/grandfacts.html). Fecha de consulta: octubre 10, 2003.
- Abbey, A., F. M. Andrews, y J. Halman (1992). Infertility and subjective well being: The mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 408-417.
- Abbot, R.D., L. R. White, G. W. Ross, K. H. Masaki, J. D. Curb y H. Petrovitch (2004). Walking and dementia in physically capable elderly men. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1447-1453.
- Abel, E. K. (1991). *Who cares for the elderly?* Filadelfia: Temple University Press.
- Abraham, Sheila. (1998). Satisfaction of participants in university-administered elderhostel programs. *Educational Gerontology*, 24, 6, 529-536.
- Abrahams, B., S.S. Feldman y S.C. Nash (1978). Sex role self-concept and sex role attitudes: Enduring personality characteristics or adaptations to changing life situations? *Developmental Psychology*, 14, 393-400.
- Achenbaum, W. A. y V. L. Bengtson (1994). Re-engaging the disengagement theory of aging: On the history and assessment of theory development in gerontology. *The Gerontologist*, 34, 756-763.
- Achenbaum, W. A. y L. Orwoll (1991). Becoming wise: A psychogerontological interpretation of the Book of Job. *International Journal of Aging and Human Development*, 32, 21-39.
- Adamchak, D. J. (1993). Demographic aging in the industrialized world: A rising burden? *Generations*, 17(4), 6-9.
- Adamchak, D. J. y E. A. Friedmann (1983). Societal aging and generational dependency relationships: Problems of measurement and conceptualization. *Research on Aging*, 5, 319-338.
- Adams, D. (1985). *So long and thanks for all the fish*. Nueva York: Harmony.
- Adams, R. G. (1986). Friendship and aging. *Generations*, 10(4), 40-43.
- Adams, R. y B. Laursen (2001). The organization and dynamics of adolescent conflict with parents and friends. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 97-110.

- Adelman, M. (1991). Stigma, gay lifestyles, and adjustment to aging: A study of later-life gay men and lesbians. *Gay Midlife and Maturity*, 4, 7-32.
- Adler, N. E. y K. Newman (2002). Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Affairs*, 21, 60-76.
- Administration on Aging. (1998). The national elder abuse incidence study. [En línea] [http://www.aoa.gov/eldfam/Elder\\_Rights/Elder\\_Abuse/ABuseReport\\_Full.pdf](http://www.aoa.gov/eldfam/Elder_Rights/Elder_Abuse/ABuseReport_Full.pdf). Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- Administration on Aging. (2001). *A profile of older American: 2001*. Washington, DC: autor.
- Administration on Aging. (2005). Elder rights and resources. [En línea] [www.aoa.gov/eldfam/Elder\\_Rights/Elder\\_Abuse/Elder\\_Abuse\\_pf.asp](http://www.aoa.gov/eldfam/Elder_Rights/Elder_Abuse/Elder_Abuse_pf.asp). Fecha de consulta: junio 13, 2005.
- Age Discrimination in Employment Act (ADEA) of 1967. (1978 y 1986). 29 U.S.C. Sec. 621 et seq. (1976 y Supp V. 1978 y 1986).
- Ageworks. (2000). Gero 513. [En línea] [http://www.ageworks.com/course\\_demo/513/module3/pages/immune.html](http://www.ageworks.com/course_demo/513/module3/pages/immune.html)
- Aggarwal, S., Gollapudi, S. y Gupta, S. (1999). Increased TNF-alpha-induced apoptosis in lymphocytes from aged humans: Changes in TNF-alpha receptor expression and activation of caspases. *Journal of Immunology*, 162, 2154-2161.
- Aging and cholesterol (1995, febrero). *University of California at Berkeley Wellness Letter*, pp. 4-5.
- Agoda, L. (1995). Minorities and ESRD. Review: African American study of kidney disease and hypertension clinical trials. *Nephrology News & Issues*, 9, 18-19.
- Akutsu, H., G. E. Legge, J. A. Ross y K. J. Schuebel (1991). Psychophysics of reading: Effects of age-related changes in vision. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 46(6), P325-331.
- Alcott, L. M. (1929). *Little women*. Nueva York: Saalfeld. (1a ed. 1868).
- Aldous, J. J. (1987). Family life of the elderly and near-elderly. *Journal of Marriage and the Family*, 49(2), 227-234.
- Aldridge, M. L. y K. D. Browne (2003). Perpetrators of spousal homicide. A review. *Trauma, Violence & Abuse*, 4(3), 265-276.
- Aldwin, C. M. y M. R. Levenson (2001). Stress, coping, and health at midlife: A developmental perspective. En M. E. Lachman (ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 188-214). Nueva York: Wiley.
- Alexander, B. B., R. L. Rubinstein, M. Goodman y M. Luborsky (1992). A path not taken: A cultural analysis of regrets and childlessness in the lives of older women. *The Gerontologist*, 32(5), 618-626.
- Alexander, C. N. (1982). Ego development, personality and behavioral change in inmates practicing the Transcendental Meditation technique or participating in other programs: A cross-sectional and longitudinal study (tesis doctoral, Harvard University). *Dissertation Abstracts International*, 43(2), 539B.
- Alexander, C. N., S. C. Kurth, F. Travis, T. Warner y V. K. Alexander (1991). Cognitive stage development in children practicing in the Transcendental Meditation program: Acquisition and consolidation of conservation. En R. A. Chalmer, G. Clements, H. Schenkluhn y M. Weinless (eds.), *Scientific research on Maharishi's Transcendental Meditation and TM-Sidhi programme: Collective papers* (vol. 4, pp. 2352-2370). Vlodrop, Países Bajos: MERU Press.
- Alexander, C. N., G. Swanson, M. Rainforth, T. Carlisle y C. Todd (1991). The Transcendental Meditation program and business: A prospective study. En R. K. Wallace, D. W. Orme-Johnson y M. C. Dillbeck (Eds.), *Scientific research on Maharishi's Transcendental Meditation and TM-Sidhi program: Collected papers* (vol. 5, pp. 3141-3149). Fairfield, IA: MIU Press.
- Allan, R. y S. Scheidt (1996). *Heart & mind: The practice of cardiac psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Allen, K. A., R. Blieszner y K. A. Roberto (2000). Families in the middle and later years: A review and critique in the 1990s. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 911-926.
- Altman, L. K. (1992, julio 21). Women worldwide nearing higher rate for AIDS than men. *New York Times*, pp. C1, C3.
- Alzheimer's and stress: Caregivers at risk. (1994, otoño). *Alzheimer's Association Newsletter*, pp. 1, 9.
- Alzheimer's Association (1998b, otoño). When the diagnosis isn't Alzheimer's. *Advances: Progress in Alzheimer Research and Care*, p. 23.

- Alzheimer's Association (2003). Alzheimer's disease fact sheet. [En línea] [www.alzheimers.org/pubs/adfact.html](http://www.alzheimers.org/pubs/adfact.html). Fecha de consulta: marzo 3, 2004.
- Alzheimer's Association. (2004). Statistics about Alzheimer's disease. [En línea] [www.alz.org/aboutad/statistics.asp](http://www.alz.org/aboutad/statistics.asp). Fecha de consulta: abril 1, 2004.
- Amaducci, L., S. Maggi, J. Langlois, N. Minicuci, M. Baldereschi, A. DiCarlo y F. Grigoletto (1998). Education and the risk of physical disability and morality among men and women aged 65 to 84: The Italian longitudinal study on aging. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 53, M484-M490.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 327-337.
- American Academy of Ophthalmology. Basik Lasik: Tips on Lasik Surgery. [En línea] [www.ftc.gov/bcp/online/pubs/health/lasik.htm](http://www.ftc.gov/bcp/online/pubs/health/lasik.htm). Fecha de consulta: abril 21, 2004.
- American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. (1986). *Smell and taste disorders*. Alexandria, VA: autor.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Bioethics (1992, julio). Ethical issues in surrogate motherhood. *AAP News*, pp. 14-15.
- American Academy of Pediatrics Committee on Psychological Aspects of Child and Family Health (2002). Co-parent or second-parent adoption by same sex parent. *Pediatrics*, 109, 339-340.
- American Association of Retired Persons (AARP) (1993). *Abused elders or battered women?* Washington, DC: autor.
- American Association of Retired Persons (AARP) (1994). *A profile of older Americans*. Washington, DC: autor.
- American Association of Retired Persons (AARP) (1999). *A profile of older Americans*. Washington, DC: autor.
- American Association of Retired Persons (2002). Facts about grandparents raising grandchildren. [En línea] <http://www.aarp.org/confacts/grandparents/grandfacts.html>. Fecha de consulta: diciembre 18, 2002.
- American Cancer Society (2000). *Cancer facts and figures 2000*. Atlanta: autor.
- American Cancer Society (2003). Cigarette smoking. [En línea] [www.cancer.org/docroot/PED/content/PED\\_10\\_2x\\_Cigarette\\_Smoking.asp?sitearea=PED](http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_10_2x_Cigarette_Smoking.asp?sitearea=PED). Fecha de consulta: marzo 18, 2004.
- American Cancer Society (2003). Secondhand smoke. [En línea] [www.cancer.org/docroot/RED/content/PED\\_10\\_2x\\_Secondhand\\_Smoke-Clean-Indoor-Air.aps](http://www.cancer.org/docroot/RED/content/PED_10_2x_Secondhand_Smoke-Clean-Indoor-Air.aps). Fecha de consulta: marzo 18, 2004.
- American Cancer Society (2003a). Overview: Breast cancer. [En línea] [www.cancer.org/docroot/CRI/CRI\\_2x.asp?sitearea=LRN&cdt=5](http://www.cancer.org/docroot/CRI/CRI_2x.asp?sitearea=LRN&cdt=5). Fecha de consulta: marzo 18, 2004.
- American Cancer Society (2003b). Overview: Prostate Cancer. [En línea] [www.cancer.org/docroot/CRI/CRI\\_2\\_1x.asp?rnav=criov7dt=36](http://www.cancer.org/docroot/CRI/CRI_2_1x.asp?rnav=criov7dt=36). Fecha de consulta: marzo 18, 2004.
- American Cancer Society (2004). *Cancer facts and figures*. Atlanta, GA: American Cancer Society, Inc.
- American Cancer Society (2005a). Cigarette smoking. [En línea] [www.cancer.org/docroot/PED/content/PED\\_10\\_2x\\_Cigarette\\_Smoking.asp](http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_10_2x_Cigarette_Smoking.asp)? Fecha de consulta: enero 30, 2006.
- American Dental Association (2004). At my age, why should I bother with oral hygiene, such as brushing and flossing? [En línea] [www.ada.org/public/topics/oral\\_changes\\_faq.asp](http://www.ada.org/public/topics/oral_changes_faq.asp). Fecha de consulta: abril 9, 2004.
- American Diabetes Association (1992). *Diabetes facts*. Alexandria, VA: autor.
- American Diabetes Association (2000). *Diabetes facts*. Alexandria, VA: autor.
- American Diabetes Association (2006). *Direct and indirect costs of diabetes in the United States*. [En línea] <http://www.diabetes.org/diabetes-statistics/cost-of-diabetes-in-us.jsp>
- American Diabetes Association. National diabetes fact sheet. [En línea] [www.diabetes.org/diabetes-statistics/national-diabetes-fact-sheet.jsp](http://www.diabetes.org/diabetes-statistics/national-diabetes-fact-sheet.jsp). Fecha de consulta: marzo 26, 2004.
- American Heart Association (1990). *The healthy American diet*. Dallas: autor.
- American Heart Association (1992). *Silent epidemic: The truth about women and heart disease*. Dallas: autor.
- American Heart Association (AHA) (1995). *Silent epidemic: The truth about women and heart disease*. Dallas: autor.

- American Heart Association (2003). *Heart disease and stroke statistics-2004* Update. Dallas.
- American Heart Association (2004a). Risk factors and coronary heart disease. [En línea] [www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=235](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=235). Fecha de consulta: marzo 23, 2004.
- American Heart Association (2004b). Am I at risk? [En línea] [www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1520](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1520). Fecha de consulta: abril 5, 2004.
- American Heart Association (2004c). What are healthy levels of cholesterol? [En línea] [www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=183](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=183). Fecha de consulta: abril 5, 2004.
- American Heart Association. A special message for women. [En línea] [www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=2123](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=2123). Fecha de consulta: marzo 15, 2004.
- American Lung Association (2003). Sleep apnea (sleep-disordered breathing). [En línea] [www.lungusa.org/diseases/sleepapnea.html](http://www.lungusa.org/diseases/sleepapnea.html). Fecha de consulta: marzo 30, 2004.
- American Lung Association (2005a). Smoking 101 fact sheet. [En línea] [www.lungusa.org/site/pp.asp?c=dvlu90oe&b=39853](http://www.lungusa.org/site/pp.asp?c=dvlu90oe&b=39853). Fecha de consulta: enero 30, 2006.
- American Lung Association (2005b). Quit smoking. [En línea]. [www.lungusa.org/site/pp.asp?c=dvlu90oe&b=33484](http://www.lungusa.org/site/pp.asp?c=dvlu90oe&b=33484). Fecha de consulta: enero 30, 2006.
- American Medical Association (1998). *Essential guide to menopause*. Nueva York: Simon & Schuster, Inc.
- American Medical Association (2002). Bone loss common in men as well as women. *American Medical News*, nov. 18, 2002.
- American Medical Association (2004). Bad to the bone: The risk of osteoporosis. *American Medical News*, enero 19, 2004.
- American Medical Association. Report 6 of the council on scientific affairs (A-97). [En línea] [www.ama-assn.org/ama/pub/article/2036-2520.html](http://www.ama-assn.org/ama/pub/article/2036-2520.html). Fecha de consulta: marzo 3, 2004.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC: autor.
- American Psychological Association (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association (2001). Answers to your questions about sexual orientation and homosexuality. APA Public Communications. [En línea] <http://www.apa.org/pubinfo/orient.html>.
- American Psychological Association (APA) (2002). *APA ethical principles of psychologists and code of conduct*. [En línea] <http://www.apa.org/ethics/code2002.html>
- American Psychological Association (2005). Elder abuse and neglect: in search of solutions. [En línea] [www.apa.org/pi/aging/eldabuse.html](http://www.apa.org/pi/aging/eldabuse.html). Fecha de consulta: junio 7, 2005.
- American Psychological Association Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions (2005). Formation of APA working group on assisted suicide and end-of-life decisions. [En línea] [www.apa.org/pi/aseol/introduction.html](http://www.apa.org/pi/aseol/introduction.html).
- American Sleep Apnea Association. Information about sleep apnea. [En línea] [www.sleepapnea.org/geninfo.html](http://www.sleepapnea.org/geninfo.html). Fecha de consulta: marzo 26, 2004.
- American Speech-Language Hearing Association. Cochlear implants fact sheet. [En línea] [www.asha.org/about/news/tipsheets/cochlear\\_facts.htm](http://www.asha.org/about/news/tipsheets/cochlear_facts.htm). Fecha de consulta: abril 30, 2004.
- Americans on Values Follow-up Survey, 1998*. (1999). Washington, DC: Kaiser Family Foundation/Washington Post/Harvard University.
- Amory, M. (1987). The author. En G. O'Connor (ed.), *Olivier: In celebration* (pp. 187-191). Nueva York: Dodd, Mead.
- Amyotrophic Lateral Sclerosis Association (sin fecha). Profiles in courage: Three stories of determination and hope. Woodland Hills, CA: autor.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6a. ed.). Nueva York: Macmillan.
- Anastasi, A. y S. Urbana (1997). *Psychological testing* (7a. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Anders, T. R., J. L. Fozard y T. D. Lillyquist (1972). Effects of age upon retrieval from short-term

- memory. *Developmental Psychology*, 6(2), 214-217.
- Anderson, M. (1956). *My Lord, what a morning*. Nueva York: Viking.
- Anderson, M. (1992). *My Lord, what a morning*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Anderson, R. (1980). I never sang for my father. En R. G. Lyell (ed.), *Middle age, old age* (pp. 55-110). Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Anderson, R.N. (2001). Deaths: Leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 49(11).
- Anderson, S. A., C. S. Russell y W. R. Schumm (1983). Perceived marital quality and family life-cycle categories: A further analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 127-139.
- Anderson, T. B. (1984). Widowhood as a life transition: Its impact on kinship ties. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 105-114.
- Anderson, W. F. (1998). Human gene therapy. *Nature*, 392 (Suppl.), 25-30.
- Anderssen, N., C. Amlie y E. A. Ytteroy (2002). Outcomes for children with lesbian or gay parents: A review of studies from 1978 to 2000. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 335-351.
- Angell, M. (1996). Euthanasia in the Netherlands—Good news or bad? *New England Journal of Medicine*, 335, 1676-1678.
- Angier, N. (1990, abril 17). Diet offers tantalizing clues to long life. *New York Times*, pp. C1-C2.
- Angier, N. (1993, marzo 4). Scientists find long-sought gene that causes Lou Gehrig's disease. *New York Times*, pp. A1, B8.
- Annas, G. J. (2005). "Culture of life" politics at the bedside—The case of Terri Schiavo. *New England Journal of Medicine*. [En línea] [www.nejm.org](http://www.nejm.org).
- Anschutz, L., C. I. Camp, R. P. Markley y J. J. Kramer (1985). Maintenance and generalization of mnemonics for grocery shopping by older adults. *Experimental Aging Research*, 11, 157-160.
- Anschutz, L., C. I. Camp, R. P. Markley y J. J. Kramer (1987). Remembering mnemonics: A 3-year follow-up on the effects of mnemonics training in elderly adults. *Experimental Aging Research*, 13, 141-143.
- Anson, O. (1989). Marital status and women's health revisited: The importance of a proximate adult. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 185-194.
- Anson, O. y J. Anson (1997). Surviving the holidays: Gender differences in mortality in the context of three Moslem Holidays. *Sex Roles*, 37, 381-399.
- Anson, O. y J. Anson (2001). Death rests a while: Holy day and Sabbath effects on Jewish mortality in Israel. *Social Science and Medicine*, 52, 83-97.
- Antonucci, T. C. y H. Akiyama (1995). Convoys of social relations: family and friendships within a life span context. En R. Blieszner y V. Hilkevitch (eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 355-371). Westport, CT: Greenwood Press.
- Antonucci, T. C. y H. Akiyama (1997). Concern with others at midlife: Care, comfort, or compromise? En M. E. Lachman y J. B. James (eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 145-169). Chicago: University of Chicago Press.
- Antonucci, T. C., H. Akiyama y A. Merline (2001). Dynamics of social relationships in midlife. En M. E. Lachman (ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 571-598). Nueva York: Wiley.
- Aquilino, W. S. (1996). The returning adult child and parental experience at midlife. En C. Ryff y M. M. Seltzer (eds.), *The parental experience in midlife* (pp. 423-458). Chicago: University of Chicago Press.
- Aquilino, W. S. y K. R. Supple (1991). Parent-child relations and parent's satisfaction with living arrangements when adult children live at home. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 13-27.
- Arlin, P. K. (1975). Cognitive development in adulthood: A fifth stage? *Developmental Psychology*, 11, 602-606.
- Arlin, P. K. (1984). Adolescent and adult thought: A structural interpretation. En M. L. Commons, F. A. Richards y C. Armon (eds.), *Beyond formal operations* (pp. 258-271). Nueva York: Praeger.
- Arthritis Foundation (1993). Arthritis information. Basic facts: Answers to your questions. Atlanta: autor.
- Ashcraft, M. H. (1994). *Human memory and cognition* (2a. ed.). Nueva York: HarperCollins.
- Ashe, A. y A. Rampersad (1993). *Days of grace: A memoir*. Nueva York: Ballantine.
- Atchley, R. C. (1985). *Social forces and aging* (4a. ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.



- Atchley, R. C. (1991, noviembre). *Detachment and disengagement: Vedantic perspectives on wisdom*. Ponencia presentada en la reunion de la Gerontological Society of America, San Francisco.
- Atchley, R. C. (1997). *Social forces and aging: An introduction to social gerontology* (8a. ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Atchley, R.C. (1999). Continuity and adaptation in aging: Creating positive experiences. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Atkins Nutritionals. What is the Atkins Nutritional Approach? [En línea] <http://atkins.com/Archive/2001/11/11/29-367514.printable.html>? Fecha de consulta: abril 7, 2004.
- Atkinson, R. M., L. Ganzini y M. J. Bernstein (1992). Alcohol and substance use disorders in the elderly. En J. E. Birren, R. Sloane y G. D. Cohen (eds.), *Handbook of mental health and aging* (2a. ed., pp. 515-555). Nueva York: Academic.
- Atoh, M. (1998). "Who takes care of children and the elderly in an aging society?", Ponencia preparada para el Rencontres Sauby International Seminar, Institut National d'Etude Demographique, París, 14-15 octubre.
- Aube, J. y R. Koestner (1995). Gender characteristics and relationship adjustment: Another look at similarity complementarity hypothesis. *Journal of Personality*, 63(4), 879-904.
- August, M. (1995, January 12). Compound may ease pains of growing old. *Chicago Sun-Times*, p. 48.
- Ausbel, N. (1964). *The book of Jewish knowledge*. Nueva York: Crown.
- Australian man first in world to die with legal euthanasia (1996, septiembre 26). *New York Times* (edición internacional), p. A5.
- Austrom, D. y K. Hanel (1985). Psychological issues of single life in Canada: An exploratory study. *International Journal of Women's Studies*, 8, 12-23.
- Ausubel, N. (1964). *The book of Jewish knowledge*. Nueva York: Crown.
- Avis, N. E. (1999). Women's health at midlife. En S. L. Willis y J. D. Reid (eds.), *Life in the middle: psychological and social development in middle age* (pp. 105-146). San Diego: Academic Press.
- Ayya, N. (1994, noviembre-diciembre). AIDS is of growing concern to professionals in aging. *Aging Today*, pp. 1, 4.
- Babchuk, N. (1978-1979). Aging and primary relations. *International Journal of Aging and Human Development*, 9(2), 137-151.
- Bachrach, C. A., K. A. London y P. L. Maza (1991). On the path to adoption: Adoption seeking in the United States, 1988. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 705-718.
- Backman, L., B. J. Small y A. Wahlin (2001). Aging and memory: Cognitive and biological perspectives. En Birren, J. E. (ed.), *Handbook of the psychology of aging* (5a. ed.). San Diego: Academic Press.
- Baddeley, A. D. (1981). The concept of working memory: A view of its current state and probable future development. *Cognition*, 10, 17-23.
- Baddeley, A. D. (1986). *Working memory*. Londres, Oxford University Press.
- Baddeley, A. D. (2002). Is working memory still working? *European Psychologist*, 7(2), 85-97.
- Bailey, A., A. Le Couteur, I. Gottesman y P. Bolton (1995). Autism as a strongly genetic disorder: Evidence from a British twin study. *Psychological Medicine*, 25, 63-77.
- Bailey, J. M., D. Bobrow, M. Wolfe y S. Mikach (1995). Sexual orientation of adult sons of gay fathers. *Developmental Psychology*, 31, 124-129.
- Bailey, J. M. y K. J. Zucker (1995). Childhood sex-type behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, 31, 43-55.
- Baker-Miller, J. (1976). *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon.
- Balk, J. L., D. A. Whiteside, G. Naus, E. Defarrari y J. M. Roberts (2002). A pilot study of the effects of phytoestrogen supplementation on postmenopausal endometrium. *Journal of the Society of Gynecologic Investigation*, 9, 238-242.
- Balkwell, C. (1981). Transition to widowhood: A review of the literature. *Family Relations*, 30, 117-127.
- Balkwell, C. (1985). An attitudinal correlate of the timing of a major life event: The case of morale in widowhood. *Family Relations*, 34, 577-581.
- Baltes, P. B. (1983). Life span developmental psychology: Observations on history and theory

- revisited. En R. M. Lerner (ed.), *Developmental psychology: Historical and developmental perspectives* (pp. 79-111). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baltes, P. B. (1985). *The aging of intelligence: On the dynamics between growth and decline*. Texto inédito.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of lifespan development psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33, 580-594.
- Baltes, P. B. y M. M. Baltes (1980). Plasticity and variability in psychological aging. Methodological and theoretical issues. En G. E. Gurski (ed.), *Determining the effects of aging on the central nervous system* (pp. 41-66). Berlín: Schering.
- Baltes, P. B. y M. M. Baltes (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Nueva York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. y P. Graf (1996). Psychology aspects of aging: Facts and frontiers. En D. Magnusson (ed.), *The lifespan development of individuals: Behavioral, neurobiosocial and psychosocial perspectives* (pp. 427-460). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. y R. Kliegl (1992). Further testing of limits of cognitive plasticity: Negative age differences in a mnemonic skill are robust. *Developmental Psychology*, 28, 121-125.
- Baltes, P. B. y K. W. Schaie (1974). Aging and IQ: The myth of the twilight years. *Psychology Today*, 7(10), 35-38.
- Baltes, P. B. y K. W. Schaie (1976). On the plasticity of intelligence in adulthood and old age: Where Horn and Donaldson fail. *American Psychologist*, 31, 720-725.
- Baltes, P. B. y J. Smith (2004). Lifespan psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructionism. Research in *Human Development*, 1(3), 123-144.
- Baltes, P. B. y S. L. Willis (1982). Enhancement (plasticity) of intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development and Enrichment Project (ADEPT). En F. I. M. Craik y S. Trehub (eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353-389). Nueva York: Plenum.
- Baltes, P. B., F. Dittman-Kohli y R. A. Dixon (1984). New perspectives in the development of intelligence in adulthood: Toward a dual-process conception and a model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y O. G. Brim, Jr. (eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 6, pp. 33-76). Nueva York: Academic Press.
- Baltes, P. B., H. W. Reese y L. Lipsitt (1980). Lifespan developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Baltes, P. B., H. W. Reese e I. R. Nesselroade (1977). *Life-span developmental psychology: Introduction to research methods*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Banks, D. A. y M. Fossel (1997). Telomeres, cancer and aging: Altering the human life span. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1345-1348.
- Banner, C. (1992). Recent insights into the biology of Alzheimer's disease. *Generations*, 16(4), 31-35.
- Barager, J. R. (ed.) (1968). *Why Perón came to power: The background to Peronism in Argentina*. Nueva York: Knopf.
- Barchillon, J. (1961). Creativity and its inhibition in child prodigies. En *Personality dimensions of creativity*. Nueva York: Lincoln Institute of Psychotherapy.
- Barefoot, J. C., M. J. Helms, E. L. Mortensen, K. Avlund y M. Schroll (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50-80. *Psychology and Aging*, 16(2), 342-345.
- Barfield, R. E. y J. N. Morgan (1974). *Early retirement: The decision and the experience and a second look*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.
- Barfield, R. E. y J. N. Morgan (1978). Trends in satisfaction with retirement. *The Gerontologist*, 18, 19-23.
- Barnett, R. (1985, marzo 2). *We've come a long way-but where are we and what are the rewards?* Ponencia presentada en la Conference on Women in Transition, New York University School of Continuing Education, Center for Career and Life Planning, Nueva York.
- Barnett, R. C. (1997). Gender, employment, and psychological well-being: Historical and life-

- course perspectives. En M. E. Lachman y J. B. James (eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 325-343). Chicago: University of Chicago Press.
- Barnett, R. C. y J. S. Hyde (2001). Women, men, work, and family. *American Psychologist*, 56, 781-796.
- Barnett, R. C., N. Kibria, G. K. Baruch y J. H. Pleck (1991). Adult daughter-parent relationships and their association with daughters' subjective well-being and psychological distress. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 29-42.
- Barnett, R. C., N. L. Marshall y J. H. Pleck (1992). Men's multiple roles and their relationship to men's psychological distress. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 358-367.
- Barnhart, M. A. (1992, Fall). Coping with the Methuselah syndrome. *Free Inquiry*, pp. 19-22.
- Barrett, C. J. (1978). Effectiveness of widows' groups in facilitating change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 46(1), 20-31.
- Bartlett, F. (1958). *Thinking*. Nueva York: Basic Books.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Barton, P. y A. Lapointe (1995). Learning by degrees: Indicators of performance in higher education. Princeton, NJ: ETS Policy Information Center.
- Baruch, G., R. Barnett y C. Rivers (1983). *Lifeprints*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Barzel, U. S. (2001). Osteoporosis. En G. L. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging* (3a. ed.). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Bascom, P. B. y S. W. Tolle (2002). Responding to requests for physician assisted suicide: "These are uncharted waters for both of us..." *Journal of the American Medical Association*, 288, 91-98.
- Basinger, K. S., J. C. Gibbs y D. Fuller (1995). Context and the measurement of moral judgment. *International Journal of Behavioral Development*, 18(3), 537-556.
- Bates, J. E. y T. D. Wachs (eds.) (1994). *Temperament: Individual differences at the interface of biology and behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bateson, G. (1982). Totemic knowledge in New Guinea. En U. Neisser (ed.), *Memory observed: Remembering in natural contexts* (pp. 269-273). San Francisco: Freeman.
- Baumeister, R. F. y M. R. Leary (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Bailey, N. y M. Oden (1955). The maintenance of intellectual ability in gifted adults. *Journal of Gerontology*, 10, 91-107.
- Beard, G. M. (1874). *Legal responsibility in old age*. Nueva York: Russell.
- Bebbington, P. (1990). Population surveys of psychiatric disorder and the need for treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Medicine*, 25, 33-40.
- Beck, S. H. (1982). Adjustment to and satisfaction with retirement. *Journal of Gerontology*, 37, 616-624.
- Becker, G. S. (1992, diciembre 7). Finding fault with no-fault divorce. *BusinessWeek*, p. 23.
- Becker, P. E. y P. Moen (1999). Scaling back: Dual-earner couples' work-family strategies. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 995-1007.
- Bedford, V. H. (1995). Sibling relationships in middle and old age. En R. Blieszner y V. Hilkevitch (eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 201-222). Westport, CT: Greenwood Press.
- Belgium legalises euthanasia (2002, mayo 16). BBC-News [En línea] [www.nvve.nl](http://www.nvve.nl).
- Bell, J. (1992). In search of a discourse on aging: The elderly on television. *The Gerontologist*, 32(3), 305-311.
- Belsky, J. y M. Rovine (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5-19.
- Belsky, J., M. Lang y T. L. Huston (1986). Sex typing and division of labor as determinants of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 517-522.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bem, S. L. (1976). Probing the promise of androgyny. En A. G. Kaplan y J. P. Bean (eds.), *Beyond sex-role stereotypes: Readings toward a psychology of androgyny*. Boston: Little, Brown.

- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 54-369.
- Bem, S. L. (1983). Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-aschematic children in a gender-schema society. *Sign*, 8, 598-616.
- Bem, S. L. (1985). Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical investigation. En T. B. Sondregger (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1984: Psychology and gender*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bemon, P. y A. S. Sharma (1994). *Growing up adopted: A portrait of adolescents and their families*. Minneapolis: Search Institute of Minnesota.
- Bengston, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 1-16.
- Bengston, V. L., C. J. Rosenthal y L. M. Burton (1990). Families and aging: Diversity and heterogeneity. En R. Binstock y L. K. George (eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 263-287). San Diego: Academic Press.
- Bengston, V. L., C. J. Rosenthal y L. M. Burton (1996). Paradoxes of families and aging. En R. H. Binstock y L. K. George (eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 253-282). San Diego: Academic Press.
- Bengtson, V., J. A. Cuellar y P. Ragan (1975, octubre 29). *Group contrasts in attitudes toward death: Variation by race, age, occupational status and sex*. Ponencia presentada en el encuentro anual de la Gerontological Society, Louisville, KY.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and practice in clinical nursing practice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Benson, M. (1986). *Nelson Mandela: The man and the movement*. Nueva York: Norton.
- Benzing, W. C. y L. R. Squire (1989). Preserved learning and memory in amnesia: Intact adaptation-level effects and learning of stereoscopic depth. *Behavioral Neuroscience*, 103, 538-547.
- Berardo, D. H., C. L. Sheehan y G. R. Leslie (1987). A residue of tradition: Jobs, careers, and spouses' time in housework. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 381-390.
- Berg, C. A. y P. A. Klaczynski (1996). Practical intelligence and problem solving: Search for perspectives. En F. Blanchard-Fields y T. M. Hess (eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging* (pp. 323-357). Nueva York: McGraw Hill.
- Berger, R. M. (1982). *Gay and gray: The older homosexual male*. Urbana: University of Illinois Press.
- Berger, R. M. (1984, enero-febrero). Realities of gay and lesbian aging. *Social Work*, pp. 57-62.
- Berger, R. M. y J. J. Kelly (1986). Working with homosexuals of the older population. *Social Casework*, 67, 203-210.
- Bergman, I. y A. Burgess (1980). *Ingrid Bergman: My story*. Nueva York: Delacorte.
- Bergman, S. J. (1991). Men's psychological development: A relational perspective (Work in Progress No. 48). Wellesley, MA: The Stone Center, Wellesley College.
- Berkowitz, G. S., M. L. Skovron, R. H. Lapinski y R. L. Berkowitz (1990). Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 322, 659-664.
- Bernard, J. L. y M. L. Bernard (1984). The abusive male seeking treatment: Jekyll and Hyde. *Family Relations*, 33, 543-547.
- Bernstein, J. (1995). *Where's the payoff?* Washington, DC: Economic Policy Institute.
- Berrios, J. (1993, junio-julio). Partners in progress: Gannett Company profits from workplace diversity. *The National Voter*, pp. 12-13.
- Berscheid, E. y B. Campbell (1981). The changing longevity of heterosexual close relationships. En M. J. Lerner y S. C. Lerner (eds.), *The justice motive in social behavior*. Nueva York: Plenum.
- Beyette, B. (1998, noviembre 29). Carter keeps zest for life. *Chicago Sun-Times*, pp. A6-A7.
- Bianchi, S. M. (1995). The changing demographic and socioeconomic characteristics of single-parent families. *Marriage and Family Review*, 20(1-2), 71-97.
- Bianchi, S. M. y D. Spain (1986). *American women in transition*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Biegel, D. E. (1995). Caregiver burden. En G. E. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging* (2a. ed., pp. 138-141). Nueva York: Springer.

- Bielby, D. y D. Papalia (1975). Moral development and perceptual role-taking egocentrism: Their development and interrelationship across the life span. *International Journal of Aging and Human Development*, 6(4), 293-308.
- Bigger, J. T., Jr. (1985). Heart and blood vessel disease. En D. F. Tapley, R. J. Weiss y T. Q. Morris (eds.), *The Columbia University College of Physicians and Surgeons complete home medical guide* (pp. 386-394). Nueva York: Crown.
- Binet, A. y T. Simon (1905). Application des méthodes nouvelles au diagnostic du niveau intellectuel chez des enfants normaux et anormaux d'hospice et d'école primaire. *L'Année Psychologique*, 11, 245-336.
- Binet, A. y T. Simon (1908). Le développement de l'intelligence chez les enfants. *L'Année Psychologique*, 14, 1-94.
- Binstock, R. H. (1993). Healthcare costs around the world: Is aging a fiscal "blackhole"? *Generations*, 17(4), 37-42.
- Bird, K. (1990, noviembre 12). The very model of an ex-president. *The Nation*, pp. 545, 560-564.
- Biringer, F., J. R. Anderson y D. Strubes (1980). Self recognition in senile dementia. *Experimental Aging Research*, 14, 177-180.
- Birren, J. E. y W. R. Cunningham (1985). Research on the psychology of aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed., pp. 3-34). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Birren, J. E. y D. F. Morrison (1961). Analysis of the WAIS subtests in relation to age and education. *Journal of Gerontology*, 16, 363-369.
- Birren, J. E. y V. J. Renner (1977). Research on the psychology of aging: Principles and experimentation. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-38). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Birren, J. E. y J. J. F. Schroots (1996). *A history of geropsychology in autobiography*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Birren, J. E. y D. S. Woodruff (1972). Age changes and cohort difference in personality. *Developmental Psychology*, 6(2), 252-259.
- Birren, J. E., A. M. Woods y M. V. Williams (1980). Behavioral slowing with age: Causes, organization and consequences. En L. W. Poon (ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blackburn, J. A. (1984). The influence of personality, curriculum, and memory correlates on formal reasoning in young adults and elderly persons. *Journal of Gerontology*, 39, 207-209.
- Blackburn, J. A., Papalia-Finlay, D., Foye, B. F. y Serlin, R. C. (1988). Modifiability of figural relations performance among elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 43(3), 87-89.
- Blair, S. N., H. W. Kohl, R. S. Paffenbarger, D. G. Clark, K. H. Cooper y L. W. Gibbons (1989). Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women. *Journal of the American Medical Association*, 262, 2395-2401.
- Blanchard-Fields, F. y R. P. Abeles (en prensa). Social structural influences on behavior. En J. E. Birren y K., Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4a. ed.). San Diego: Academic.
- Blanchard-Fields, F. y J. Irion (1987). Coping strategies from the perspective of two developmental markers: Age and social reasoning. *Journal of Genetic Psychology*, 149, 141-151.
- Blanchard-Fields, F. y L. Norris (1994). Casual attributions from adolescence through adulthood: Age differences, ego level, and generalized response style. *Aging and Cognition*, 1, 67-86.
- Blanchard-Fields, F. y R. A. Abeles (1996). Social cognition and aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4a. ed., pp. 150-161). Nueva York: Academic Press.
- Blanchard-Fields, F., J. R. Brannan y C. I. Camp (1987). Alternative conceptions of wisdom: An onion-peeling exercise. *Educational Gerontology*, 13, 497-503.
- Blanchard-Fields, F., H. C. Jahnke y C. J. Camp (1995). Age differences in problem solving style: The role of emotional salience. *Psychology and Aging*, 10, 173-180.
- Blanchard-Fields, F., L. Suhrer-Roussel y C. Hertzog (1994). A confirmatory factor analysis of the Bern Sex Role Inventory: Old questions, new answers. *Sex Roles*, 30, 423-457.
- Blanksten, G. I. (1953). *Perón's Argentina*. Chicago: University of Chicago Press.

- Blazer, D. G., R. C. Kessler, K. A. McGonagle y M. S. Swartz (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986.
- Blieszner, R. y P. A. Shifflett (1990). The effects of Alzheimer's disease on close relationships between patients and caregivers. *Family Relations*, 39, 57-62.
- Blieszner, R., S. L. Willis y P. B. Baltes (1981). Training research on induction ability: A short-term longitudinal study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2, 247-265.
- Block, J. (1981). Some enduring and consequential structures of personality. En A. I. Rabin *et al.* (eds.), *Further explorations in personality*. Nueva York: Wiley.
- Block, J. (1993). Studying personality the long way. En D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey y K. Widaman (eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 9-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bloom, D. E. y A. R. Pebley (1982). Voluntary childlessness: A review of the evidence and its implications, *Population Research and Policy Review*, 1, 203-234.
- Bureau of Labor Statistics (BLS) (2003). *Volunteering in the United States: 2003*. Washington, DC: United States Department of Labor.
- Bureau of Labor Statistics (BLS) (2004). *The employment situation: March 2004*. Washington, DC: United States Department of Labor.
- Blum, L. y F. Rosner (1983). Alcoholism in the elderly: An analysis of 50 patients. *Journal of the National Medical Association*, 75, 489-495.
- Blumstein, P. W. y P. Schwartz (1983). *American couples*. Nueva York: Morrow.
- Boerner, K., R. Schulz y A. Horowitz (2004). Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychology and Aging*, 19, 668-675.
- Boerner, K., C. B. Wortman y G. A. Bonanno (2005). Resilient or at risk? A 4 year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B, 67-73.
- Bogerts, B. (1993). Images in psychiatry: Alois Alzheimer. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1868.
- Bogg, T. y B. W. Roberts (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130, 887-919.
- Bograd, R. y B. Spilka (1996). Self-disclosure and marital satisfaction in midlife and late-life remarriages. *International Journal of Aging and Human Development*, 42(3), 161-172.
- Bolger, N., A. DeLongis, R. C. Kessler y E. A. Schilling (1989). Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 808-818.
- Bolles, R. N. (1979). *The three boxes of life*. Berkeley, CA: Ten Speed.
- Bonanno, G.A., C. B. Wortman y R. M. Ness (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19, 260-271.
- Bonanno, G. A., C. B. Wortman, D. R. Lehman, R. G. Tweed, M. Haring, J. Sonnega, D. Carr y R. M. Nesse (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18 month post loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1150-1164.
- Bond, J. T. y E. Galinsky (1998). *1997 National Study of the Changing Workforce*. Nueva York: Families and Work Institute.
- Bonder, B. R. y M. B. Wagner (2001). *Functional performance in older adults*. Filadelfia, PA: F.A. Davis Company.
- Booth, A. y J. N. Edwards (1992). Starting over: Why remarriages are more unstable. *Journal of Family Issues*, 13, 179-194.
- Borges, J. L. (1964). *Labyrinths: Selected stories and other writings*. Nueva York: New Directions.
- Borkowski, A. y E. Ozanne (1993). New directions in aging policy in Australia. *Generations*, 17(4), 55-60.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Boss, P. (2002). Ambiguous loss: Working with families of the missing. *Family Processes*, 41, 14-17.
- Boss, P., L. Beaulieu, E. Wieling, W. Turner y S. LaCruz (2003). Healing loss, ambiguity, and

- trauma: A community based intervention with families of union workers missing after the 9/11 attacks in New York City. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 29, 455-467.
- Bossé, R., C. M. Aldwin, M. R. Levenson y D. J. Ekerdt (1987). Mental health among retirees and workers: Findings from the Normative Aging Study. *Psychology and Aging*, 2, 383-389.
- Bossé, R., Aldwin, C. M., Levenson, M. R. y Workman-Daniels, K. (1991). How stressful is retirement? Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P9-14.
- Bossé, R., C. M. Aldwin, M. R. Levenson, A. Spiro y D. K. Mroczek (1993). Change in social support after retirement: Longitudinal findings from the normative aging study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, P210-217.
- Bosshard, G., T. Nilstun, J. Bilsen, M. Norup, G. Miccinesi, J. J. M. vanDelden, K. Faisst y A. van der Heide por el European End of Life Consortium (2005). Forgoing treatment at the end of life in 6 European countries. *Archives of Internal Medicine*, 165, 401-407.
- Botwinick, J. (1978). *Aging and behavior* (2a. ed.). Nueva York: Springer.
- Botwinick, J. (1984). *Aging and behavior* (3a. ed.). Nueva York: Springer.
- Bouvier, L. F. y D. Simcox (1994). *Foreign born professionals in the U.S.* Washington, DC: Center for Immigration Studies.
- Bouza, A. V. (1990). *The police mystique: An insider's look at cops, crime, and the criminal justice system.* Nueva York: Plenum.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger.* Nueva York: Basic Books.
- Boyer, J. L. y L. Guthrie (1985). Assessment and treatment of the suicidal patient. En E. E. Beckham y W. R. Leber (eds.), *Handbook of depression.* Homewood, IL: Dorsey.
- Brabant, S. (1994). An overlooked AIDS affected population: The elderly parent as caregiver. *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 131-145.
- Brabeck, M. M. y E. L. Shore (2003). Gender differences in intellectual and moral development? The evidence refutes the claims. En J. Demick y C. Andreoletti (eds.), *Handbook of adult development.* Nueva York: Plenum Press.
- Bradford, J. y C. Ryan (1991). Who are we: Health concerns of middle-aged lesbians. En J. W. B. Sang y A. Smith (eds.), *Lesbians at midlife: The creative transition* (pp. 147-163). San Francisco: Spinsters.
- Bramlett, M. D. y W. D. Mosher (2001). *First marriage dissolution, divorce and remarriage: United States.* (Advance data from vital and national health statistics, no. 323). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Bramlett, M. D. y W. D. Mosher (2002). Cohabitation, marriage, divorce, and remarriage in the United States. *Vital Health Statistics*, 23(22). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Brandt, B. (1989). A place for her death. *Humanistic Judaism*, 17(3), 83-85.
- Braungart, J. M., R. Plomin, J. C. DeFries y D. W. Fulker (1992). Genetic influence on tester-rated infant temperament as assessed by Bayley's Infant Behavior Record: Nonadoptive and adoptive siblings and twins. *Developmental Psychology*, 28, 40-47.
- Brave new biology: Granny gives birth. (1993, febrero 13). *Science News*, p. 100.
- Braveman, N. S. (1987). Immunity and aging: Immunologic and behavioral perspectives. En M. W. Riley, J. D. Matarazzo y A. Baum (eds.), *Perspectives in behavioral medicine: The aging dimension* (pp. 93-124). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bray, D. W. y A. Howard (1983). The AT&T longitudinal study of managers. En K. W. Schaie (ed.), *Longitudinal studies on adult psychological development* (pp. 266-312). Nueva York: Guilford.
- Bray, J. H. y E. M. Hetherington (1993). Families in transition: Introduction and overview. *Journal of Family Psychology*, 7, 3-8.
- Brecher, E. y los editores de Consumer Reports Books (1984). *Love, sex, and aging: A Consumers Union report.* Boston: Little, Brown.
- Bremner, W. J., M. V. Vitiello y P. N. Prinz (1983). Loss of circadian rhythmicity in blood testosterone levels with aging in normal men. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 56, 1278-1281.
- Brenner, M. H. (1991). Health, productivity, and the economic environment: Dynamic role of socio-economic status. En G. Green y F. Baker (eds.),

- Work, health, and productivity* (pp. 241-255). Nueva York: Oxford University Press.
- Brickfield, C. F. (1984). Attitudes and perceptions of older people toward technology. En P. K. Robinson y J. E. Birren (eds.), *Aging and technological advances* (pp. 31-38). Nueva York: Plenum.
- Brigham, M. C. y M. Pressley (1988). Cognitive monitoring and strategy choice in younger and older adults. *Psychology and Aging*, 3, 249-257.
- Briley, M. (1980, julio-agosto). Burnout stress and the human energy crisis. *Dynamic Years*, pp. 36-39.
- Brim, O. G. (1977). Theories of male midlife crisis. En N. Schlossberg y A. Entine (eds.), *Counseling adults*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Brint, S. F. (1989). *Sight for a lifetime*. Metairie, LA: Plantain.
- Brocas, A., A. Cailloux y V. Oget (1990). Women and social security: Progress towards equality of treatment. Ginebra: International Labour Office.
- Brock, D. W. (1992, marzo-abril). Voluntary active euthanasia. *Hastings Center Report*, pp. 10-22.
- Brody, E. B. y N. Brody (1976). *Intelligence: Nature, determinants, and consequences*. Nueva York: Academic.
- Brody, E. M. (1978). Community housing for the elderly. *The Gerontologist*, 18(2), 121-128.
- Brody, H. (1955). Organization of the cerebral cortex: 3. A study of aging in the cerebral cortex. *Journal of Comparative Neurology*, 102, 511-556.
- Brody, H. (1970). Structural changes in the aging nervous system. En H. T. Blumenthal (ed.), *The regulatory role of the nervous system in aging: 7. Interdisciplinary topics in gerontology* (pp. 9-21). Basel, Suiza: Karger.
- Brodzinsky, D. (1997). Infertility and adoption adjustment: Considerations and clinical issues. En S. R. Leiblum (ed.), *Infertility: Psychological issues and counseling strategies* (pp. 246-262). Nueva York: Wiley.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronstein, P., J. Clauson, M. E. Stoll y C. L. Abrams (1993). Parenting behavior and children's social, psychological, and academic adjustment in diverse family structures. *Family Relations*, 42, 268-276.
- Bronte, L. (1993). *The longevity factor: The new reality of long careers and how it can lead to richer lives*. Nueva York: HarperCollins.
- Brooks-Gunn, J., P. Klebanov, J. Smith, G. L. Duncan y K. Lee (2003). *Applied Developmental Science*, 7(4), 239-252.
- Brown, J. T. y A. Stoudemire (1983). Normal and pathological grief. *Journal of the American Medical Association*, 250, 378-382.
- Brown, M. B. y T. Tedrick (1993). Outdoor leisure involvements of black older Americans: An exploration of ethnicity and marginality. En *Activities, adaptation, and aging* (pp. 55-65). Nueva York: Haworth.
- Brown, N. M. (1990). Age and children in the Kalahari.
- Brown, N. M. (1993). Singular women. *Health and Human Development Research*, 3, 16-21.
- Brown, P. (1993, abril 17). Motherhood past midnight. *New Scientist*, pp. 4-8.
- Browning, C. R. (2002). The span of collective efficacy: Extending social disorganization theory to partner violence. *Journal of Marriage and the Family*, 64, 833-850.
- Brubaker, T. H. (1983). Introduction. En T. H. Brubaker (ed.), *Family relationships in later life*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Brubaker, T. H. (1990). Families in later life: A burgeoning research area. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 959-981.
- Brubaker, T. H. (ed.) (1993). *Family relationships; Current and future directions*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bruce, J., C. B. Lloyd y A. Leonard (1995). *Families in focus; New perspectives on mothers, fathers, and children*. Nueva York: Population Council.
- Brumberg, E. (1993, agosto-septiembre). What price beauty? *Modern Maturity*, p. 74.
- Buchwald, A. (1994). *Leaving home*. Nueva York: Putnam.
- Bühler, C. (1933). *Der menschliche lebenslauf als psychologisches problem*. Leipzig: Verlag von S. Hirzel.
- Bühler, C. (1968a). The developmental structure of goal setting in group and individual studies. En C. Bühler y F. Massarik (eds.), *The course of human life* (pp. 27-54). Nueva York: Springer.



- Bühler, C. (1968b). The general structure of the human life cycle. En C. Bühler y F. Massarik (eds.), *The course of human life* (pp. 12-26). Nueva York: Springer.
- Bulcroft, K. y M. O'Conner (1986). The importance of dating relationships on quality of life for older persons. *Family Relations*, 35, 397-401.
- Bulcroft, R. A. y K. A. Bulcroft (1991). The nature and function of dating in later life. *Research on Aging*, 13, 244-260.
- Bumpass, L. L. y H. H. Lu (2000). Trends in cohabitation and implications for children's family contexts in the United States. *Population Studies*, 54, 29-41.
- Bumpass, L. L. y J. A. Sweet (1988). *Preliminary evidence on cohabitation* (NSFH Working Paper No. 2). Madison: University of Wisconsin, Center for Demography and Ecology.
- Bumpass, L.L. , J. Sweet y T. C. Martin (1990). Changing patterns of remarriage. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 747-756.
- Bureau of Justice Statistics (2000). Intimate partner violence. *Bureau of Justice Statistics Special Report*, mayo.
- Bureau of Labor Statistics (BLS) (1999). Employment characteristics of families in 1998. [En línea] <http://www.bls.gov/news.release/famee.nws.htm>.
- Bureau of Labor Statistics (BLS) (2001). Industry at a glance. [En línea] <http://www.bls.gov/iag/iaghome/htm>.
- Bureau of Labor Statistics (BLS) (2003). *Volunteering in the United States: 2003*. Washington, DC: United States Department of Labor.
- Bureau of Labor Statistics (BLS) (2004). *The employment situation: March 2004*. Washington, DC: United States Department of Labor.
- Burke, D. M. y M. A. Shafto (2004). Aging and language production. *American Psychological Society*, 13(1), 21-24.
- Burkhauser, R. V. y J. Quinn (1989). Work and retirement: The American experience. En W. Schmahl (ed.), *Redefining the process of retirement: An international perspective*. Berlín: Springer-Verlag.
- Burkhauser, R. V., K. C. Holden y D. Feaster (1988). Incidence, timing, and events associated with poverty: A dynamic view of poverty in retirement. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43, S546-52.
- Burns, A. (1992). Mother-headed families: An international perspective and the case of Australia. *Social Policy Report of the Society for Research Child Development*, 6(1).
- Burns, B. y C. Taub (1990). Mental health services in general medical care and nursing homes. En B. Fogel, A. Furino y G. Gottlieb (eds.), *Mental health policy for older Americans: Protecting minds at risk* (pp. 63-83). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Burns, G. (1983). *How to live to be 100 or more: The ultimate diet, sex, and exercise book*. Nueva York: Putnam.
- Burtless, G. y J. F. Quinn (diciembre, 2002). *Is working longer the answer for an aging workforce? An issue in brief*. Center for Retirement Research, 11.
- Burton, L. M. (1992). Black grandparents rearing children of drug-addicted parents: stressors, outcomes, and social service needs. *The Gerontologist*, 32, 744-751.
- Bush, B. (1994). *Barbara Bush: A memoir*. Nueva York: Scribner's.
- Busse, E. W. (1987). Primary and secondary aging. En G. L. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging* (p. 534). Nueva York: Springer.
- Butler, R. (1961). Re-awakening interests. *Nursing Homes. Journal of American Nursing Home Association*, 10, 8-19.
- Butler, R. N. (1987b). Mental health and illness. En G. L. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 439-440). Nueva York: Springer.
- Butler, R. N. (1996). The dangers of physician assisted suicide. *Geriatrics*, 51, 7.
- Butler, R. N. y M. Lewis (1982). *Aging and mental health* (3a. ed.). St. Louis: Mosby.
- Butler, R. N., M. I. Lewis y T. Sunderland (1991). *Aging and mental health: Positive psychosocial and biomedical approaches* (4a. ed.). Nueva York: Merrill.
- Butler, R. N., M. I. Lewis y T. Sunderland (1998). *Aging and mental health*. Boston, MA: Allyn Bacon Publishing.
- Butrica, B. A. y C. E. Uccello (2004). How will boomers fare at retirement? Final report. Washington, DC: AARP.

- Caelli, K., J. Downie y A. Letendre (2002). Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 127-136.
- Call, V., S. Sprecher y P. Schwartz (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 639-652.
- Callan, V. (1986). The impact of the first birth: Married and single women preferring childlessness, one child, or two children. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 261-269.
- Camp, C. J. (1988). In pursuit of trivia: Remembering, forgetting, and aging. *Gerontological Review*, 1, 37-42.
- Camp, C. J. (1989). World-knowledge systems. En L. W. Poon, O. C. Rubin y B. A. Wilson (eds.), *Everyday cognition in adulthood and late life* (pp. 457-482). Cambridge: Cambridge University Press.
- Camp, C. J. y L. A. McKittrick (1989). The dialectics of remembering and forgetting across the adult lifespan. En D. Kramer y M. Bopp (eds.), *Dialectics and contextualism in clinical and developmental psychology: Change, transformation, and the social context* (pp. 169-187). Nueva York: Springer.
- Camp, C. J. y L. A. McKittrick (1992). Memory interventions in Alzheimer's-type dementia populations: Methodological and theoretical issues. En R. L. West y J. D. Sinnott (eds.), *Everyday memory and aging: Current research and methodology* (pp. 155-172). Nueva York: Springer-Verlag.
- Camp, C. J. y M. F. Pignatiello (1988). Beliefs about fact retrieval and inferential reasoning across the adult lifespan. *Experimental Aging Research*, 14, 89-98.
- Camp, C. J. y A. B. Stevens (1990). Spaced-retrieval: A memory intervention for dementia of the Alzheimer's type (DAT). *Clinical Gerontologist*, 10, 58-61.
- Camp, C. J., J. W. Foss, A. B. Stevens, C. C. Reichard, L. A. McKittrick y A. M. O'Hanlon (1993). Memory training in normal and demented populations: The E-I-E-I-O model. *Experimental Aging Research*, 19, 277-290.
- Camp, C. J., R. P. Markley y J. J. Kramer (1983). Spontaneous use of mnemonics by elderly individuals. *Educational Gerontology*, 9, 57-71.
- Camp, C. J., R. P. Markley y M. Spenser, M. (1987, mayo). *Directed forgetting and aging*. Ponencia presentada en la First Annual Cognition and Aging Conference, Atlanta.
- Camp, C., K. Doherty, S. Moody-Thomas y N. W. Denney (1989). Practical problem solving in adults: A comparison of problem types and scoring methods. En J. D. Sinnott (ed.), *Everyday problem solving: Theory and applications* (pp. 211-228). Nueva York: Praeger.
- Campbell, J. y W. Moyers (1988). *The power of myth with Bill Moyers*. Nueva York: Doubleday.
- Caraballo, R. S., G. A. Giovino, T. F. Pechacek, P. D. Mowery, P. A. Richter, W. J. Strauss, D. J. Sharp, M. P. Erikensen, J. L. Pirkle y K. R. Maurer (1998). Racial and ethnic differences in serum cotinine levels of cigarette smokers. *Journal of the American Medical Association*, 280, 135-139.
- Cargan, L. (1981). Singles: An examination of two stereotypes. *Family Relations*, 30, 377-385.
- Carlson, E. y S. L. Crowley (1992, septiembre). The Friedan mystique. *AARP Bulletin*, pp. 20, 15.
- Carr, D. (2004). The desire to date and remarry among older widows and widowers. *Journal of Marriage and Family*, 66, 1951-1968.
- Carr, D., J. S. House, R. C. Kessler, R. M. Nesse, J. Sonnege y C. Wortman (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, S197-S207.
- Carroll, J. B. (1991a). No demonstration that g is not unitary, but there's more to the story: Comment on Kranzler and Jensen. *Intelligence*, 15, 423-436.
- Carroll, J. B. (1991b). Still no demonstration that g is not unitary, but there's more to the story: Comment on Kranzler and Jensen. *Intelligence*, 15, 449-453.
- Carson, A. D. y R. Mowsesian (1993). Self-monitoring and private self-consciousness: Relations to Holland's vocational personality types. *Journal of Vocational Behavior*, 42, 2, 212-222.
- Carstensen, L. L. (1991). *Selectivity theory: Social activity in life-span context*. In *annual review of*

- gerontology and geriatrics* (vol. 11, pp. 195-217). Nueva York: Springer.
- Carstensen, L. L. (1993). Women of a certain age. En S. Matteo (ed.), *Critical issues facing women in the '90s* (pp. 66-78). Boston: Northeastern University Press.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 150-156.
- Carstensen, L. L. (1996). Socioemotional selectivity: A life span developmental account of social behavior. En M. R. Merrens y G. C. Brannigan (eds.), *The developmental psychologists: Research adventures across the life span* (pp. 251-272). Nueva York: McGraw-Hill.
- Carter Center (1995, invierno). *Carter Center News*, pp. 1, 3, 4-6, 9.
- Carter, J. (1975). *Why not the best?* Nashville: Broadman.
- Casper, L. M. y K. R. Bryson (1998). *Co-resident grandparents and their grandchildren: grandparent maintained families* (Population Division Working Paper No. 26). Washington, DC: U.S. Bureau of the Census.
- Caspi, A. (1993). Why maladaptive behaviors persist: Sources of continuity and change across the life course. En D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey y K. Widaman (eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 343-376). Washington, DC: American Psychological Association.
- Catania, J. A., T. J. Coates, R. Stall, H. Turner *et al.* (1992). Prevalence of AIDS-related risk factors and condom use in the United States. *Science*, 258(5085), 1101-1106.
- Cattell, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Baltimore: Penguin.
- Cavanaugh, J. C. y K. R. Morton (1989). Contextualism, naturalistic inquiry, and the need for new science: A rethinking of everyday memory aging and childhood sexual abuse. En D. A. Kramer y M. Bopp (eds.), *Transformation in clinical and developmental psychology* (pp. 89-114). Nueva York: Springer-Verlag.
- Cavanaugh, J. C., D. A. Kramer, J. D. Sinnott, C. J. Camp y R. P. Markley (1985). On missing links and such: Interfaces between cognitive research and everyday problem solving. *Human Development*, 28, 146-168.
- Ceci, S. y J. Liker (1986). A day at the races: A study of IQ, expertise, and cognitive complexity. *Journal of Experimental Psychology: General*, 114, 255-266.
- Celis, W. (1990). More states are laying school paddle to rest. *New York Times*, p. A1, p. B12.
- Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA) (1996, June). *Substance Abuse and the American Woman*. Nueva York: autor.
- Center on Elderly People Living Alone (1995, enero). *Medicaid and long-term care for older people* (Public Policy Institute Fact Sheet FSI8R). Washington, DC: American Association of Retired Persons.
- Centers for Disease Control and Prevention (1994). Annual summary of births, marriages, divorces, and deaths: United States, 1993. *Monthly Vital Statistics*, 42(13), 18-20.
- Centers for Disease Control and Prevention (1995). Differences in maternal mortality among black and white women: United States, 1990. *MMWR*, 44(1), 6-7, 13-14.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001). *Assisted reproductive technology success rates: National summary and fertility clinic reports*. Atlanta, GA: autor.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001a). HIV/AIDS Surveillance Report, 2001; 13.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001b). HIV testing among pregnant women—United States and Canada, 1998-2001. *MMWR*, 2002;51.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001c). *The oral health of older Americans: United States, 2001*. Aging Trends, marzo, no. 3.
- Centers for Disease Control and Prevention (2002). The national breast and cervical cancer early detection program. [En línea] [www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about2002.htm](http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about2002.htm). Fecha de consulta: marzo 19, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention (2002b). Suicide in the United States. [En línea] [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm).
- Centers for Disease Control and Prevention (2003). Hypertension. [En línea] [www.cdc.gov/nchs/fastats/hypertens.htm](http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hypertens.htm). Fecha de consulta: marzo 3, 2004.

- Centers for Disease Control and Prevention (2003a). Prostate cancer: The public health perspective. [En línea] [www.cdc.gov/cancer/prostate.htm](http://www.cdc.gov/cancer/prostate.htm). Fecha de consulta: marzo 19, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention (2003b). Heart disease. [En línea] [www.cdc.gov/nchs/faststats/heart.htm](http://www.cdc.gov/nchs/faststats/heart.htm).
- Centers for Disease Control and Prevention (2003c). Tobacco use in the United States. [En línea] [www.cdc.gov/tobacco/overview/tobus\\_us.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/overview/tobus_us.htm). Fecha de consulta: marzo 23, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention (2003e). U.S. pregnancy rate down from peak; Births and abortions on the decline. [En línea] [www.cdc.gov/nchs/releases/03facts/pregbirths.htm](http://www.cdc.gov/nchs/releases/03facts/pregbirths.htm). Fecha de consulta: enero 26, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention (2003f). New report looks at latest mortality trends. [En línea] [www.cdc.gov/nchs/releases/03facts/mortalitytrends.htm](http://www.cdc.gov/nchs/releases/03facts/mortalitytrends.htm). Fecha de consulta: enero 26, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention (2004a). Defining overweight and obesity. [En línea] [www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/defining.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/defining.htm). Fecha de consulta: marzo 10, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention (2004b). Deaths: Final for 2002. *National Vital Statistics Reports*, 53(5).
- Centers for Disease Control and Prevention (2005a). Falls and hip fractures among older adults. [En línea] [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/falls.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/falls.htm). Fecha de consulta: enero 30, 2006.
- Centers for Disease Control and Prevention (2005b). Deaths—leading causes. [En línea] [www.cdc.gov/nchs/faststats/lcod.htm](http://www.cdc.gov/nchs/faststats/lcod.htm). Fecha de consulta: enero 30, 2006.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006a). *Deaths/mortality*. [En línea] [www.cdc.gov/nchs/fastats/deaths.htm](http://www.cdc.gov/nchs/fastats/deaths.htm)
- Centers for Disease Control and Prevention (2006b). *Intimate partner violence: Fact sheet*. [En línea] <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/ipvfacts.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. Basic statistics. [En línea] [www.cdc.gov/hiv/stats.htm](http://www.cdc.gov/hiv/stats.htm). Fecha de consulta: enero 5, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention. Preventing injuries at home and in the community. [En línea] [www.cdc.gov/ncipc/pub-res/research\\_agenda/04\\_home.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/research_agenda/04_home.htm). Fecha de consulta: marzo 26, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention. Noise and hearing loss prevention. [En línea] [www.cdc.gov/niosh/topics/noise/about/hlp/workerhl.html](http://www.cdc.gov/niosh/topics/noise/about/hlp/workerhl.html). Fecha de consulta: abril 30, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention. Child maltreatment: Fact sheet. [En línea] [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/cmfacts.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/cmfacts.htm). Fecha de consulta: junio 16, 2005.
- Centers for Disease Control and Prevention. Intimate partner violence: Overview. [En línea] [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/ipvoverview.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/ipvoverview.htm). Fecha de consulta: junio 7, 2005.
- Centers for Disease Control and Prevention. General alcohol information. [En línea] [www.cdc.gov/alcohol.factsheets/general\\_information.htm](http://www.cdc.gov/alcohol.factsheets/general_information.htm). Fecha de consulta: julio 2, 2005.
- Centers for Disease Control and Prevention. Hospice care. [En línea] [www.cdc.gov/nchs/fastats/hospicecare.htm](http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospicecare.htm). Fecha de consulta: julio 5, 2005.
- Centers for Disease Control and Prevention. Intimate partner violence: Fact sheet. [En línea] [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/ipvfacts.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/ipvfacts.htm). Fecha de consulta: julio 7, 2005.
- Central Bureau of Statistics (1992). *Statistical pocket book 1992*. Katmandú, Nepal: Ratna Offset Press.
- Chafetz, M. D. (1992). *Smart for life*. Nueva York: Penguin.
- Chalfie, D. (1994). *Going it alone: A closer look at grandparents parenting grandchildren*. Washington, DC: AARP Women's Initiative.
- Chalfonte, B. y M. K. Johnson (1996). Feature memory and binding in younger and older adults. *Memory and Cognition*, 26, 403-416.
- Chambre, S. M. (1993). Volunteerism by elders: Past trends and future prospects. *The Gerontologist*, 33, 221-227.
- Chan, R. W., B. Raboy y C. J. Patterson (1998). Psychosocial adjustment among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers. *Child Development*, 69, 443-457.
- Chandra, A., J. Abma, P. Maza y C. Bachrach (1999). *Adoption, adoption seeking and relinquishment for adoption in the United States* (Advance data from Vital and Health Statistics

- no. 306). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Chappell, N. L. (1991). Living arrangements and sources of caregiving. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46(1), S1-8.
- Charness, N., C. E. Schumann y G. M. Boritz (1992). Training older adults in word processing: Effects of age, training technique, and computer anxiety. *International Journal of Technology and Aging*, 5, 79-106.
- Charness, N., C. L. Kelley, E. A. Bosman y M. Mottram (2001). Word-processing training and retraining: Effects of adult age, experience, and interface. *Psychology and Aging*, 16(1) 110-127.
- Chatters, L. M. y R. J. Taylor (1989). Age differences in religious participation among black adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44(5), S183-189.
- Chau-Wai Yan, E. y C. So-Kum Tang (2004). Elder abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Hong Kong Chinese Families. *Journal of Family Violence*, 19(5), 269-277.
- Chawla, S. (1993). Demographic aging and development. *Generations*, 17(4), 20-23.
- Checkoway, B. (1992). Empowering the elderly: Gerontological health promotion in Latin America. Texto inédito.
- Cherlin, A. y F. F. Furstenberg (1986a). Grandparents and family crisis. *Generations*, 10(4), 26-28.
- Cherlin, A. y F. F. Furstenberg Jr. (1986b). *The new American grandparent*. Nueva York: Basic Books.
- Cherry, K. E. y D. C. Park (1993). Individual differences and contextual variables influence spatial memory in younger and older adults. *Psychology and Aging*, 8, 517-526.
- Children's Defense Fund (2001). *The state of America's children yearbook 2001*. Washington DC: autor.
- Chin, A. E., K. Hedberg, G. K. Higginson y D. W. Fleming (1999). Legalized physician assisted suicide in Oregon: the first year's experience. *New England Journal of Medicine*, 340, 577-583.
- Chinen, A. B. (1985). Fairy tales and transpersonal development in later life. *Journal of Transpersonal Psychology*, 17, 99-122.
- Chiriboga, D. (1982). Adaptation to marital separation in later and earlier life. *Journal of Gerontology*, 37, 109-114.
- Chiriboga, D. (1989). Mental health at the midpoint: Crisis, challenge, or relief? En S. Hunter y M. Sundel (eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.
- Chiriboga, D. (1997). Crisis, challenge and stability in the middle years. En M. E. Lachman y J. B. James (eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 293-322). Chicago: University of Chicago Press.
- Chiriboga, D. y M. Thurnher (1975). Concept of self. En M. F. Lowenthal, M. Thurnher y D. A. Chiriboga (eds.), *Four stages of life: A comparative study of women and men facing transitions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care: A new model for paliative care: Helping the patient feel valued. *Journal of the American Medical Association*, 287, 2253-2260.
- Chochinov, H. M., T. Hack, S. McClement, M. Harlos y L. Kristjanson (2002). Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. *Social Science Medicine*, 54, 433-443.
- Chochinov, H. M., D. Tataryn, J. J. Clinch y D. Dudgeon (1999). Will to live in the terminally ill. *Lancet*, 354, 816-819.
- Cholesterol: Can you stop worrying? (1995, febrero), *The John Hopkins Medical Letter*, pp. 1-2.
- Chumlea, W. C. (1982). Physical growth in adolescence. En B. B. Wolman (ed.). *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Cicirelli, V. G. (1977). Relationship of siblings to the elderly person's feelings and concerns. *Journal of Gerontology*, 12(3), 317-322.
- Cicirelli, V. G. (1980, diciembre). *Adult children's views on providing services for elderly parents*. Reporte para la Andrus Foundation.
- Cicirelli, V. G. (1989a). Feelings of attachment to siblings and well-being in later life. *Psychology and Aging*, 4(2), 211-216.
- Cicirelli, V. G. (1989b). Helping relationships in later life: A reexamination. En J. A. Mancini (ed.), *Aging parents and adult children*. Lexington, MA: Heath.
- Cicirelli, V. G. (1995). *Sibling relationships across the life span*. Nueva York: Plenum Press.
- Clark, L. F. y J. E. Collins (1993). Remembering old flames: How the past affects assessment of the

- present. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 399-408.
- Clarke, C. J. y L. J. Neidert (1992). Living arrangements of the elderly: An examination of differences according to ancestry and generation. *The Gerontologist*, 32(6), 796-804.
- Clausen, I. A. (1993). *American lives*. Nueva York: Free.
- Clay, R. A. (1995, noviembre). Social forces workplace violence. *APA Monitor*, p. 37.
- Clayton, V. (1975). Erikson's theory of human development as it applies to the aged: Wisdom as contradictory cognition. *Human Development*, 18, 119-128.
- Clayton, V. (1982). Wisdom and intelligence: The nature and function of knowledge in the later years. *International Journal of Aging and Development*, 15, 315-321.
- Cleiren, M. P., R. F. Diekstra, A. D. Kerkhof y J. Van der Wal (1994). Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on "who" rather than "how." *Crisis*, 14, 22-36.
- Clements, M. L., S. M. Stanely y H. J. Markman (2004). Before they said "I do": Discriminating among marital outcomes over 13 years. *Journal of Marriage and the Family*, 66, 613-626.
- Cm. 849 (1989). *Caring for people: Community care in the next decade and beyond*. Londres: HMSO.
- CNN (1998). An overlooked part of the AIDS epidemic: Older adults. [En línea] <http://www.cnn.com/HEALTH/9801/22/older.aids/>
- Cochran, S. D. (2001). Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter? *American Psychologist*, 56, 169-179.
- Cochran, W. G., F. Mosteller e I. W. Tukey (1953). Statistical problems of the Kinsey report. *Journal of the American Statistical Association*, 48, 674-716.
- Cohan, C. L. y S. Kleinbaum (2002). Toward a greater understanding of the cohabitation effect: Premarital cohabitation and marital communication. *Journal of Marriage and the Family*, 64, 180-192.
- Cohen, G. y D. Faulkner (1989). Age differences in source forgetting: Effects on reality monitoring and on eyewitness testimony. *Psychology and Aging*, 4, 10-17.
- Cohen, N. L., S. B. Waltzman, S. G. Fisher, R. Tyler y el Department of Veterans Affairs Cochlear Implant Study Group (1993). A prospective randomized study of cochlear implants. *New England Journal of Medicine*, 328(4), 233-237.
- Coke, M. M. y J. A. Twaite (1995). *The black elderly: Satisfaction and quality of later life*. Nueva York: Haworth.
- Coke, M. M. (1992). Correlates of life satisfaction among elderly African-Americans. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47(5), P316-320.
- Colby, A. (1978). Evolution of a moral development theory. En W. Damon (ed.), *New directions for child development* (no. 2). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Colby, A. y W. Damon (1992). Gaining insight into the lives of moral leaders. *Chronicle of Higher Education*, 39(20), 83-84.
- Colby, A., L. Kohlberg, J. Gibbs y M. Lieberman (1983). A longitudinal study of moral development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48(1-2, Serie no. 200).
- Cole, M. y S. R. Cole (1989). *The development of children*. Nueva York: Freeman.
- Cole, M. y S. Scribner (1974). *Culture and thought: A psychological introduction*. Nueva York: Wiley.
- Coleman, M., L. Ganong y M. Fine (2000). Reinvestigating marriage: Another decade of progress. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1288-1307.
- Coles, R. (1970). Erik H. Erikson: The growth of his work.
- Coley, R. L. (2001). (In)visible men: Emerging research on low income, unmarried and minority fathers. *American Psychologist*, 56, 743-753.
- Collins, N. L. y L. C. Miller (1994). Self-disclosure and liking: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 116, 457-475.
- Commonwealth Fund Commission on Elderly People Living Alone (1992). *Study of elderly people in five countries—U.S., Canada, Germany, Britain, and Japan: Key findings*. Nueva York: Harris & Associates.
- Conference Board (1999, junio 25). *Workplace education programs are benefiting U.S. corporation and workers* [En línea] <http://www.newswise.com/articles/1999/6/WEP.TCB.html>.

- Conger, R. D., M. A. Rueter y G. H. Elder Jr. (1999). Couple resilience to economic pressure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 54-71.
- Connidis, I. A. (1992). Life transitions and the adult sibling tie: A qualitative study. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 972-982.
- Conway, M. A. (1991). In defense of everyday memory. *American Psychologist*, 46(1), 19-26.
- Cooper, K. L. y D. L. Gutmann (1987). Gender identity and ego mastery style in middle-aged, pre- and post-empty nest women. *The Gerontologist*, 27(3), 347-352.
- Cornelius, S. W. y A. Caspi (1987). Everyday problem solving in adulthood and old age. *Psychology and Aging*, 2, 144-153.
- Costa, P. T., Jr. y R. R. McCrae (1980). Still stable after all these years: Personality as a key to some issues in adulthood and old age. En P. B. Baltes y O. G. Brim Jr. (eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 3, pp. 65-102). Nueva York: Academic.
- Costa, P. T., Jr. y R. R. McCrae (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853-863.
- Costa, P. T., Jr. y R. R. McCrae (1994a). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. En T. F. Heatherton y J. L. Weinberger (eds.), *Can personality change?* (pp. 21-41). Washington, DC: American Psychological Association.
- Costa, P. T., Jr. y R. R. McCrae (1994b). Stability and change in personality from adolescence through adulthood. En C. F. Halverson, G. A. Kohnstamm y R. P. Martin (eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costa, P. T., Jr., R. R. McCrae, A. B. Zonderman, H. E. Barbano, B. Lebowitz y D. M. Larson (1986). Cross-sectional studies of personality in a national sample: 2. Stability in neuroticism, extraversion, and openness. *Psychology and Aging*, 1, 144-149.
- Council of Europe (1993). *Recent demographic developments in Europe and North America: 1992*. Estrasburgo: Council of Europe Press.
- Craik, F. I. M. (1977). Age differences in human memory. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 384-420). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Craik, F. I. M. (1994). Memory changes in normal aging. *Current Directions in Psychological Science*, 5, 155-158.
- Craik, F. I. M. y M. Byrd (1982). Aging and cognitive deficits: The role of attentional resources.
- Craik, F. I. M. y J. M. Jennings (1992). Human memory. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 51-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Craik, F. I. M., L. W. Morris, R. G. Morris y E. R. Loewen (1990). Aging, source amnesia, and frontal lobe functioning. *Psychology and Aging*, 5, 148-151.
- Cramer, J. A. y R. Rosenheck (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.
- Crandall, M., A. B. Nathens, M. A. Kernic, V. L. Hot y F. P. Rivara (2004). Predicting future injury among women in abusive relationships. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*, 56(4), 906-912.
- Crimmins, E. M., S. L. Reynolds y Y. Saito (1999). Trends in health and stability to work among the older working-age population. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, S31-S40.
- Crisp, A. H., M. Queenan y M. F. D'Souza (1984, marzo 17). Myocardial infarction and the emotional climate. *Lancet*, pp. 616-618.
- Crouter, A. C. y B. Manke (1994). The changing American workplace: Implications for individuals and families. *Family Relations*, 43, 117-124.
- Crowley, S. L. (1993, octubre). Grandparents to the rescue. *AARP Bulletin*, pp. 1, 16-17.
- Crowley, S. L. (1994, mayo). Much ado about menopause: Plenty of information but precious few answers. *AARP Bulletin*, 2, 7.
- Crown, W. H. (1993). Projecting the costs of aging populations. *Generations*, 17(4), 32-36.
- Crutchfield, R. S. (1962). Conformity and creative thinking. En H. E. Gruber, G. Terrell y M. Wertheimer (eds.), *Contemporary approaches to creative thinking* (pp. 120-140). Nueva York: Atherton.

- Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 110 S. Ct. 2841 (1990).
- Csikszentmihalyi, M. y K. Rathunde (1990). The psychology of wisdom: An evolutionary interpretation. En R. J. Sternberg (ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp. 25-51). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cumming, E. y W. Henry (1961). *Growing old*. Nueva York: Basic Books.
- Cutler, N. E., N. A. Whitelaw y B. L. Beattie (2002). *American perception of aging in the 21st century: A myths and realities of aging chartbook*. Washington, DC: National Council on Aging.
- Cuttini, M., M. Nadai, M. Kaminski, G. Hansen, R. de Leeuw, S. Lenoir, J. Persson, M. Rabagliato, M. Reid, U. de Vonderweid, H. G. Lenard, M. Orzalesi y R. Saracci para el EURONIC study group. End of life decisions in neonatal intensive care: Physicians' self-reported practices in 7 European countries. *Lancet*, 355, 2112-2118.
- Cvetanovski, J. y S. Jex (1994). Locus of control of unemployed people and its relationship to psychological and physical well-being. *Work and Stress*, 8(1), 60-67.
- Cytrynbaum, S., L. Bluum, R. Patrick, J. Stein, D. Wadner y C. Wilk (1980). Midlife development: A personality and social systems perspective. En L. Poon (ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Czaja, S. J. (2001). Technological change and the older worker. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 547-568). San Diego: Academic Press.
- Czaja, S. J. y J. Sharit (1998). Ability-performance relationships as a function of age and task experience for a data entry task. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 4(4), 332-351.
- Czaja, S. J. y J. Sharit (1999). Age differences in a complex information search and retrieval task. Reunion annual de la American Psychological Association, Boston.
- Czaja, S. J., J. Sharit, R. Ownby, D. L. Roth y S. Nair (2001). Examining age differences in performance of a complex information search and retrieval task. *Psychology and Aging*, 16(4), 564-579.
- Dainoff, M. (1989). Death and other losses. *Humanistic Judaism*, 17(3), 63-67.
- Daniel, M. H. (1997). Intelligence testing: Status and trends. *American Psychologist*, 52, 1038-1045.
- Daniels, D. y R. Plomin (1985). Origins of individual differences in infant shyness. *Developmental Psychology*, 21, 118-121.
- Darley, J. y R. H. Fazio (1980). Expectancy confirmation processes arising in the social interaction sequence. *American Psychology*, 35, 867-881.
- Datan, N., D. Rodeheaver y F. Hughes (1987). Adult development and aging. *Annual Review of Psychology*, 38, 153-180.
- Davidson, G. P. (1985). Family law and family therapy: A New Zealand history of convergent development. Ponencia presentada en la conferencia del California Chapter de la Association of Family and Conciliation Courts, Anaheim.
- Davidson, N. E. (1995). Hormone-replacement therapy—Breast versus heart versus bone. *New England Journal of Medicine*, 332, 1638-1639.
- Davies, B. (1993). Caring for the frail elderly: An international perspective. *Generations*, 17(4), 51-54.
- Davies, C. y D. Williams (2002). *The grandparent study 2020 report*. Washington, DC: AARP.
- Davis, K. E. (1985, febrero). Near and dear: Friendship and love compared. *Psychology Today*, pp. 22-30.
- Davis, K. L. et al. (1992). A double-blind placebo controlled multicenter study of tacrine for Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 327, 1253-1259.
- Davis-Friedmann, D. (1985). Chinese retirement: Policy and practices. En Z. S. Blau (ed.), *Current perspectives on aging and the life cycle* (vol. 1). Greenwich, CT: JAI.
- Dawson, D. A. (1991). Family structure and children's health and well being: Data from the 1988 National Health Interview Survey on Child Health. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 573-584.
- Dawson, J. M. y P. A. Langan (1994, julio). Murder in families (Bureau of Justice Statistics Special Report). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Dawson-Hughes, B., S. S. Harris, E. A. Krall y G. E. Dallal (1997). Effect of calcium and vitamin D supplementation on bone density in men and



- women 65 years of age and older. *New England Journal of Medicine*, 337, 670-676.
- De Lafuente, D. (1994, septiembre 11). Fertility clinics: Trying to cut the cost of high-tech baby making. *Chicago Sun-Times*, p. 4C.
- De Vaus, D. (2002, winter). Marriage and mental health. *Family Matters* 62, 26-32.
- De Vos, S. (1990). Extended family living among older people in six Latin American countries. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, S87-94.
- DeAngelis, T. (1994, octubre). Loving styles may be determined in infancy. *American Psychological Association Monitor*, p. 21.
- DeCarlo, D. y D. Gruenfeld (1989). *Stress in the American workplace*. Horsham, PA: LRP.
- Delany, E., S. Delany y A. H. Hearth (1993). *The Delany sisters first 100 years*. Nueva York: Kodansha America.
- Denney, N. W. (1974). Classification ability in the elderly. *Journal of Gerontology*, 29, 309-314.
- Denney, N. W. y A. M. Palmer (1981). Adult age differences on traditional and practical problem-solving measures. *Journal of Gerontology*, 36(3), 323-328.
- Denney, N. W. y K. A. Pearce (1989). A developmental study of practical problem solving in adults. *Psychology and Aging*, 4(4), 438-442.
- Depression (1995, marzo). *Harvard Women's Health Watch*, pp. 2-3.
- Dewey, J. (1910/1991). *How we think*. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Dewey, J. y J. Tufts (1908). *Ethics*. Nueva York: Hery Holt & Co.
- Dickinson, G. E., C. J. Lancaster, D. Clark, S. H. Ahmedzai y W. Noble (2002). U.K. physicians' attitudes toward active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide. *Death Studies*, 26, 479-490.
- Dien, D. S. F. (1982). A Chinese perspective on Kohlberg's theory of moral development. *Developmental Review*, 2, 331-341.
- Diener, E. y E. Suh (1998). Age and subjective well-being: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Diener, E., E. M. Suh, R. E. Lucas y H. L. Smith (1999). Subjective well being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- DiGiulio, J. F. (1992). Early widowhood: An atypical transition. *Journal of Mental Health Counseling*, 14, 97-109.
- DiMarco, M. A., E. M. Menke y T. McNamara (2001). Evaluating a support group for perinatal loss. 135-140.
- Dittmann-Kohli, F. y P. B. Baltes (1990). Toward a neofunctionalist conception of adult intellectual development: Wisdom as a prototypical case of intellectual growth. En C. N. Alexander y E. J. Langer (eds.), *Higher stages of human development: Perspectives on adult growth* (pp. 54-78). Nueva York: Oxford University Press.
- Divorce Magazine. Percentage of divorces in selected countries. [En línea] [www.divorcemagazine.com/statistics/statsWorld.shtml](http://www.divorcemagazine.com/statistics/statsWorld.shtml). Fecha de consulta: noviembre 17, 2003.
- Dixon, R. A. y P. B. Baltes (1986). Toward life-span research on the functions and pragmatics of intelligence. En R. J. Sternberg y R. K. Wagner (eds.), *Practical intelligence: Nature and origins of competence in the everyday world* (pp. 203-235). Nueva York: Cambridge University Press.
- Dixon, R. A. y D. F. Hultsch (1999). Intelligence and cognition potential in late life. En J. C.avanaugh y S. K. Whitbourne (eds.), *Gerontology: An interdisciplinary perspective* (pp. 213-237). Nueva York: Oxford University Press.
- Dixon, R. A., D. F. Hultsch y C. Hertzog (1988). The metamemory in adulthood (MIA) questionnaire. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 671-688.
- Dixon, R. A., D. Kurzman e I. C. Friesen (1993). Handwriting performance in younger and older adults: Age, familiarity, and practice effects. *Psychology and Aging*, 8, 360-370.
- Dobbs, A. R. y B. G. Rule (1987). Prospective memory and self-reports of memory abilities in older adults. *Canadian Journal of Psychology*, 41, 209-222.
- Doherty, W. J. y N. S. Jacobson (1982). Marriage and the family. En B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Doka, K. J. y M. E. Mertz (1988). The meaning and significance of great-grandparenthood. *The Gerontologist*, 28(2), 192-197.
- Dorris, M. (1989). *The broken cord*. Nueva York: Harper and Row.

- Douglas, D. (2004). *Mortality rates low when HIV therapy begins early*. [En línea] [www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory\\_16120.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_16120.html).
- Dreyfus, H. L. (1993-1994, invierno). What computers still can't do. *The Key Reporter*, pp. 4-9.
- Drinka, P., K. Jaschob, S. Schultz y D. Rudman (1992). Is male hip fracture a marker for low testosterone in elderly male nursing home residents? *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(2), 192, 199.
- Dube, E. F. (1982). Literacy, cultural familiarity, and "intelligence" as determinants of story recall. En H. C. Trandis y A. Heron (eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Developmental psychology* (pp. 274-292). Boston: Allyn & Bacon.
- Dubin, R. (1956). Industrial workers' worlds: A study in the central life interests of industrial workers. *Social Problems*, 4, 131-142.
- Dubowitz, H. (1999). The families of neglected children. En M. E. Lamb (ed.), *Parenting and child development in "nontraditional" families* (pp. 327-345). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Dudukovic, N. M., E. J. Marsh y B. Tversky (2004). Telling a story or telling it straight: The effects of entertaining versus accurate retellings on memory. *Applied Cognitive Psychology*, 18(2), 125-143.
- Dufour, M., J. Colliver, F. Stinson y B. Grigson (1988, noviembre). *Changes in alcohol consumption with age: NHANES I epidemiologic followup*. Ponencia presentada en la 116 reunión anual de la American Public Health Association, Boston.
- Duncan, G. J. y S. D. Hoffman (1985). Economic consequences of marital instability. En M. David y T. Smeeding (eds.), *Horizontal equity, uncertainty, and economic well-being* (pp. 427-467). Chicago: University of Chicago Press.
- Dunlosky, J. y Z. Hertzog (1998). Aging and deficits in associative memory: What is the role of strategy production? *Psychology and Aging*, 13, 597-607.
- Dunson, D. (2002). *Late breaking research session. Increasing fertility with increasing age: good news and bad news for older couples*. Ponencia presentada en la 18 reunión anual de la European Society of Human Reproduction and Embryology, Viena.
- Dunson, D. B., B. Colombo y D. D. Baird (2002). Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Human Reproduction*, 17, 1399-1403.
- Durlak, J. A. (1973). Relationship between attitudes toward life and death among elderly women. *Developmental Psychology*, 8(1), 146.
- Dustman, R. E., R. Y. Emmerson, L. A. Steinhaus, D. E. Shearer y T. J. Dustman (1992). The effects of videogame playing on neuropsychological performance of elderly individuals. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47(3), P168-171.
- Dutta, R., E. Schulenberg y T. J. Lair (1986, abril). *The effect of job characteristics on cognitive abilities and intellectual flexibility*. Ponencia presentada en la reunión anual de la Eastern Psychological Association, Nueva York.
- Dychtwald, K. (1999). *Age Power*. Nueva York: Penguin Putnam.
- Dychtwald, K. y J. Flower (1990). *Age wave: How the most important trend of our time will change your future*. Nueva York: Bantam.
- Dykstra, P. A. (1995). Loneliness among the never and formerly married: The importance of supportive friendships and a desire for independence. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S321-329.
- Eastell, R. (1998). Treatment of postmenopausal osteoporosis. *New England Journal of Medicine*, 338, 736-746.
- Eastman, F. (1965). John H. Glenn. En *The World Book Encyclopedia* (vol. 8, pp. 214-214d). Chicago: Field Enterprises Educational Corporation.
- Eaves, L. J., H. J. Eysenck y N. G. Martin (1989). *Genes, culture, and behavior: An empirical approach*. San Diego: Academic.
- Economist. (20/12/03). *Japanese pension reform*. [En línea] [http://economist.com/finance/displaystory.cfm?story\\_id=E1\\_NPDQGRG](http://economist.com/finance/displaystory.cfm?story_id=E1_NPDQGRG)
- Economist. (3/27/04). *Don't go yet*. [En línea] [http://economist.com/displaystory.cfm?story\\_id=E1\\_NVTGRPO](http://economist.com/displaystory.cfm?story_id=E1_NVTGRPO)

- Edson, L. (1968, agosto 18). To hell with being discovered when you're dead. *New York Times Magazine*, pp. 26-27, 29-31, 34-36, 41, 44-46.
- Edwards, C. P. (1977). The comparative study of the development of moral judgment and reasoning. En R. Monroe, R. Monroe y B. B. Whiting (eds.), *Handbook of cross-cultural human development*. Nueva York: Garland.
- Effective solutions for impotence (1994, octubre). *Johns Hopkins Medical Letter: Health after 50*, pp. 2-3.
- Eichenbaum, H. y N. Fortin (2003). Episodic memory and the hippocampus: It's about time. *American Psychological Society*, 12(2), 53-57.
- Eichorn, D. H., J. A. Clausen, N. Haan, M. P. Honzik y P. H. Mussen (eds.) (1981). *Present and past in middle life*. Nueva York: Academic.
- Einstein, A. y L. Infeld (1938). *The evolution of physics*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Einstein, G. (1992, abril). *Aging and prospective memory: Examining the influence of self-initiated retrieval*. Ponencia presentada en la Cognitive Aging Conference, Atlanta.
- Einstein, G. O. y M. A. McDaniel (1990). Normal aging and prospective memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 16, 717-726.
- Einstein, G. O., R. E. Smith, M. A. McDaniel y P. Shaw (1997). Aging and prospective memory: The influence of increased task demands at encoding and retrieval. *Psychology and Aging*, 12, 479-488.
- Eisenberg, L. (1995, primavera). Is the family obsolete? *The Key Reporter*, pp. 1-5.
- Ekerdt, D. (1986). The busy ethic: Moral continuity between work and retirement. *The Gerontologist*, 26, 239-244.
- Elbert, S. E. (1984). *A hunger for home: Louisa May Alcott and "Little Women"*. Filadelfia: Temple University Press.
- Elder, G. H., Jr. y E. K. Pavalko (1993). Work careers in men's later years: Transitions, trajectories and historical change. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, S180-191.
- Elderhostel (2006). What is Elderhostel? [En línea] [http://www.elderhostel.org/about/what\\_is.asp](http://www.elderhostel.org/about/what_is.asp). Fecha de consulta: abril 15, 2006.
- Elderly driving poses challenges for families (1994, febrero). *The Menninger Letter*, p. 6.
- Elias, P. K., M. F. Elias, M. A. Robbins y P. Gage (1987). Acquisition of word-processing skills by younger, middle-age, and older adults. *Psychology and Aging*, 2, 340-348.
- Elkind, D. (1984). *All grown up and no place to go*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Emde, R. N., R. Plomin, J. Robinson, R. Corley, J. DeFries, D. W. Fulker, J. S. Reznick, J. Campos, J. Kagan y C. Zahn-Waxler (1992). Temperament, emotion, and cognition at 14 months: The MacArthur longitudinal twin study. *Child Development*, 63, 1437-1455.
- Emery, R. E. (1988). *Marriage, divorce, and children's adjustment*. Newbury Park, CA: Sage.
- Emery, V. O. B. y T. E. Oxman (1994). *Dementia presentations, differential diagnosis, and nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Epstein, E. y R. Gutmann (1984). Mate selection in man: Evidence, theory, and outcome. *Social Biology*, 31, 243-278.
- Epstein, R. A. (1989, primavera). Voluntary euthanasia. *The Law School Record* (University of Chicago), pp. 8-13.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. En L. A. Pervin (ed.), *Handbook of personality theory and research* (pp. 165-192). Nueva York: Guilford.
- Epstein, W. (1977). Mechanisms of directed forgetting. En G. H. Bower (ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (vol. 6, pp. 147-191). Nueva York: Academic.
- Equal Employment Opportunity Commission. (2004). Sexual harassment charges EEOC y FEPAs combined: FY 1992-FY 2002. Washington, DC: Office of Research, Information, and Planning, Equal Employment Opportunity Commission.
- Equal Employment Opportunity Commission. (2004). Sexual Harassment. Washington, DC: Equal Employment Opportunity Commission.
- Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) (1994). Enforcement guidance on *Harris v. Forklift Systems*. *Fair Employment Practices*, no. 743 (Bureau of National Affairs, 405), 7165-7170.
- Erber, J. T. e I. G., Prager (1999). Age and memory: Perceptions of forgetful young and older adults.

- En F. Blanchard-Fields y T. M. Hess (eds.), *The cognitive perspective and the study of aging*. California: Academic Press.
- Erdrich, L. (1984). *Love medicine*. Nueva York: Holt Rinehart & Winston.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H. (1985). *The life cycle completed*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H., J. M. Erikson y H. Q. Kivnick (1986). *Vital involvement in old age: The experience of old age in our time*. Nueva York: Norton.
- Espeland, M. E., S. R. Rapp, S. A. Shumaker, R. Brunner, J. E. Manson, B. B. Sherwin, Hsia, K. L. Margolis, P. E. Hogan, R. Wallace, M. Dailey, R. Freeman y J. Hays for the Women's Health Initiative Memory Study Investigators (2004). Conjugated equine estrogens and global cognitive function in postmenopausal women: Women's health initiative memory study. *Journal of the American Medical Association*, 21, 2959-2968.
- Essex, M. J. y S. Nam (1987). Marital status and loneliness among older women: The differential importance of close family and friends. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 93-106.
- Estés, C. P. (1992). *Women who run with the wolves: Myths and stories of the wild woman*. Nueva York: Ballantine.
- Evans, G. W. y R. Stecker (2004). Motivational consequences of environmental stress. *Journal of Environmental Psychology*, 24, 143-465.
- Evans, J. (1994). *Caring for the caregiver: Body, mind and spirit*. Nueva York: American Parkinson Disease Association.
- Evans-Pritchard, E. E. (1970). Sexual inversion among the Azande. *American Anthropologist*, 72, 1428-1433.
- Eveleth, P. B. y J. M. Tanner (1976). *Worldwide variation in human growth*. Londres: Cambridge University Press.
- Faber, S. D. y J. W. Burns (1996). Anger management style, degree of expressed anger, and gender influence: Cardiovascular recovery from interpersonal harassment. *Journal of Behavioral Medicine*, 19(1), 31-53.
- Fackelmann, K. A. (1993, diciembre 11). Nabbing a gene for colorectal cancer. *Science News*, p. 388.
- Farina, E., R. Fioravanti, L. Chiavari, E. Imbourne, M. Alberoni, S. Pomati, G. Pinardi, R. Pignatti y C. Mariani (2002). Comparing two programs of cognitive training in Alzheimer's disease: a pilot study. *ACTA Neurologica Scandinavica*, 105, 365-371.
- Farr, J. L., P. E. Tesluk y S. R. Klein (1998). Organizational structure of the workplace and the older worker. En K. W. Schaie y C. Schooler (eds.), *Impact of work on older individuals* (pp. 143-185). Nueva York: Springer.
- Farrell, C., A. T. Palmer, S. Atchison y B. Andelman (1994, septiembre 12). The economics of aging: Why the growing number of elderly won't bankrupt America. *BusinessWeek*, pp. 60-68.
- Farrell, M. P. y S. D. Rosenberg (1981). *Men at midlife*. Boston: Auburn.
- Farrer, L. A., R. H. Myers, L. A. Cupples, P. H. St. George-Hyslop, T. D. Bird, N. M. Rossor, M. J. Mullan, R. Polinsky, L. Nee, L. Heston, C. Van Broeckhoven, J. J. Martin, D. Crapper-McLachlan y J. H. Growdon (1990). Transmission and age at onset patterns in familial Alzheimer's disease: Evidence for heterogeneity. *Neurology*, 40, 395-403.
- Farrer, L. A., L. A. Cupples, J. L. Haines, B. Hyman, W. A. Kukull, R. Mayeux, R. H. Myers, M. A. Pericak-Vance, N. Risch y C. M. van Duijn (1997). Effects of age, sex, and ethnicity on the association between apolipoprotein E genotype and Alzheimer disease meta analysis consortium. *Journal of the American Medical Association*, 278(16).
- Feazell, C. S., R. S. Mayers y J. Deschner (1984). Services for men who batter: Implications for programs and policies. *Family Relations*, 33, 217-223.
- Federal Glass Ceiling Commission (1995). *Good for business: Making full use of the nation's human capital: The environmental scam*. Washington, DC: U.S. Department of Labor.
- Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics (Forum) (2004). *Older Americans 2004: Key Indicators of Well-Being*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Federal Trade Commission (FTC) (2000). *Basik Lasik: Tips on Lasik Eye Surgery*. [En línea] [www.ftc.gov/bcp/cen\\_linea/pubs/health/lasik.htm](http://www.ftc.gov/bcp/cen_linea/pubs/health/lasik.htm). Fecha de consulta: enero 23, 2006.

- Feinleib, J. A. y R. T. Michael (2000). Reported changes in sexual behavior in response to AIDS in the United States. En E. O. Laumann y R. T. Michael (eds.), *Sex, love and health in America: Private choices and public policies* (pp. 302-326). Chicago: University of Chicago Press.
- Feldman, H.A., I. Goldstein, D. G. Hatzichristou, R. J. Krane y J. B. McKinlay (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts male aging study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Feldman, R. D. (1982). *Whatever happened to the Quiz Kids? Perils and profits of growing up gifted*. Chicago: Chicago Review Press.
- Feldman, R. D. (1985, agosto 6). Libraries open the books on local adult illiteracy. *Chicago Sun-Times School Guide*, pp. 10-11.
- Feldman, R. S. (1993). *Understanding Psychology* (3a. ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Feldman, S. S., Z. C. Biringen y S. C. Nash (1981). Fluctuations of sex-related self-attributions as a function of stage of family life cycle. *Developmental Psychology*, 17, 24-35.
- Fellin, P. A. y T. J. Powell (1988). Mental health services and older adult minorities: An assessment. *The Gerontologist*, 28(4), 442-446.
- Ferrante, L. S. y D. S. Woodruff-Pak (1995). Longitudinal investigation of eyeblink classical conditioning in elderly human subjects. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 50, P42-50.
- Ferraro, K. F. y Y. Su (1999). Financial strain, social relations, and psychological distress among older people: A cross-cultural analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, P3-P15.
- Ferstemberg, R. L. (1992). Mediation versus litigation in divorce and why a litigator becomes a mediator. *American Journal of Family Therapy*, 20, 266-273.
- Field, C.A. y R. Caetano (2004). Ethnic differences in intimate partner violence in the U.S. general population. *Trauma, Violence and Abuse*, 5(4), 303-317.
- Field, D. y R. E. Millsap (1991). Personality in advanced old age: Continuity or change? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P299-308.
- Field, D. y M. Minkler (1988). Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43(4), P100-106.
- Field, D., M. Minkler, R. F. Falk y E. V. Leino (1993). The influence of health on family contacts and family functioning in advanced old age: A longitudinal study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48(1), P18-28.
- Fields, J. (2003). *Children's living arrangements and characteristics: March 2002*. (Current Population Reports, P20-547.) Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- Fields, J. y L. Casper (2001). *America's families and living arrangements: March 2000*. (Current population reports, P20-537). Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- Fiest, G. J. y F. X. Barron (2003). Predicting creativity from early to late adulthood: Intellect, potential, and personality. *Journal of Research in Personality*, 37, 62-88.
- Finn, R. (1993, febrero 8). Arthur Ashe, tennis champion, dies of AIDS. *New York Times*, pp. B1, 843.
- Fiore, M. C., T. E. Novotny, J. P. Pierce *et al.* (1990). Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? *Journal of the American Medical Association*, 263, 2760-2765.
- Fischer, K.W. y E. Pruyne (2003). Reflective thinking in adulthood. En J. Demick y C. Andreoletti (eds.), *Handbook of adult development*. Nueva York: Plenum Press.
- Fisher, L. y M. Lieberman (1994, septiembre). Alzheimer's disease: The impact of the family on spouses, offspring, and in-laws. *Family Process*, 33(3), 305-325.
- Fleeson, W. y J. Heckhausen (1997). More or less "me" in past, present, and future: Perceived lifetime personality during adulthood. *Psychology and Aging*, 12(1), 125-136.
- Flores, J. (1952). *The woman with the whip: Eva Peron*. Garden City, NY: Doubleday.
- Folkman, S. y R. S. Lazarus (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

- Folkman, S., R. S. Lazarus, S. Pimley y J. Novacek (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Food and Drug Administration (FDA). (2003). FDA approves Memantine (Namenda) for Alzheimer's Disease. [En línea] [www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2003/NEW00961.html](http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2003/NEW00961.html). Fecha de consulta: abril 1, 2004.
- Food and Drug Administration (FDA). (2004). LASIK eye surgery. [En línea] [www.fda.gov/cdrh/lasik/](http://www.fda.gov/cdrh/lasik/). Fecha de consulta: mayo 21, 2004.
- Ford, C. S. y F. A. Beach (1951). *Patterns of sexual behavior*. Nueva York: Harper Torchbooks.
- Ford, P. (abril 10, 2002). En Europe, marriage is back. *Christian Science Monitor*, p. 1.
- Foreman, J. (1994, mayo 16). Brain power's sliding scale. *Boston Globe*, pp. 25, 29.
- Fortner, Neimeyer, Anderson y Berman, citados en Neimeyer, 2000.
- Foster, D. (1991, mayo-junio). Double vision: An interview with the authors. *Mother Jones*, pp. 26, 78, 80.
- Fowler, J. (1981). *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. Nueva York: Harper & Row.
- Foy, K. (1987, otoño). Family and divorce mediation: A comparative analysis of international programs. *Mediation Quarterly*, pp. 83-96.
- Frank, S. J., C. B. Avery y M. S. Laman (1988). Young adults' perception of their relationships with their parents: Individual differences in connectedness, competence, and emotional autonomy. *Developmental Psychology*, 24, 729-737.
- Freiberg, P. (1998, julio). Bullying in the workplace is a violence warning sign. *APA Monitor*, 29(7), 1-2. [En línea] <http://www.apa.org/monitor/jul98/bully.html>.
- Freud, S. (1947). *Leonardo da Vinci: A study in psychosexuality*. Nueva York: Random House. (1a. ed. 1910.)
- Freud, S. (1949). *The unconscious*. En *Collected Papers* (vol. 4). Londres: Hogarth. (1a. ed. 1915.)
- Freud, S. (1957). Leonardo da Vinci and a memory of his childhood. En J. Strachey, A. Freud, A. Strachey y A. Tyson (eds., trads.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 11, pp. 59-138). Londres: Hogarth and Institute of Psycho Analysis. (1a. ed. 1910.)
- Freund, A. M. y P. B. Baltes (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642-662.
- Friedan, B. (1963). *The Feminine Mystique*. Nueva York: Norton.
- Friedan, B. (2000). *Life So Far*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Friedman, H. S. y C. N. Markey (2003). Paths to longevity on the highly intelligent Terman cohort. En C. E. Finch, J. Robine y Y. Christen (eds.), *Brain and longevity* (pp. 165-175). Nueva York: Springer.
- Friedman, H. S., J. S. Tucker, J. E. Schwartz, C. Tomlison-Keasy, L. R. Martin, D. L. Wingard y M. H. Criqui (1995). Psychological and behavioral predictors of longevity? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 176-185.
- Friedman, H. S., J. S. Tucker, J. E. Schwartz, C. Tomlison-Keasy, L. R. Martin, D. L. Wingard y M. H. Criqui (1995). Childhood conscientiousness and longevity: Health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 696-703.
- Friedman, H. S., J. S. Tucker, J. E. Schwartz, C. Tomlison-Keasey, L. R. Martin, D. L. Wingard y M. H. Criqui (1993). Does childhood personality predict longevity? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 176-185.
- Friedman, H. S. y C. N. Markey (2003). Paths to longevity on the highly intelligent Terman cohort. En C. E. Finch, J. Robine, J. y Y. Christen (eds.), *Brain and longevity* (pp. 165-175). Nueva York: Springer.
- Friedman, M. y R. H. Rosenman (1974). *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Friend, R. A. (1991). Older lesbians and gay people: A theory of successful aging. En J. A. Lee (ed.), *Gay midlife and maturity* (pp. 99-118). Nueva York: Haworth.
- Fries, J. F. y L. M. Crapo (1981). *Vitality and aging*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Frieze, I. H., J. E. Parsons, P. B. Johnson, D. N. Ruble y G. L. Zellman (1978). *Women and sex roles: A social psychological perspective*. Nueva York: Norton.

- Frone, M. R., M. Russell y G. M. Barnes (1996). Work-family conflict, gender, and health-related outcomes: A study of employed parents in two community samples. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 57-69.
- Fulton, R. y G. Owen (1987-1988). Death and society in twentieth-century America: Special issue-Research in thanatology. *Omega: Journal of Death and Dying*, 18, 379-395.
- Funder, D. C. (1993). Judgments as data for personality and developmental psychology: Error versus accuracy. En D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey y K. Widaman (eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 121-146). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fuwa, K. (2001). Lifelong education in Japan, a highly school-centered society: Educational opportunities and practical education activities for adults. *International Journal of Lifelong Education*, 20, 127-136.
- Gagné, J. P. (1992). Ancillary aural rehabilitation services for adult cochlear implant recipients: A review and analysis of literature. *Journal of Speech, Language Pathology and Audiology*, 16, 121-128.
- Gagné, J. P., L. S. Parnes, M. LaRocque, R. Hassan y S. Vidas (1991). Effectiveness of an intensive speech perception training program for adult cochlear implant recipients. *Annals of Otorhinolaryngology*, 100, 700-707.
- Galea, S., J. Arhen, H. Resnick, D. Kilpatrick, M. Bucuvalas, J. Gold y D. Vlahov (2002). Psychological sequel of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Gallo, J. J., J. C. Anthony y B. O. Muthen (1994). Age differences in the symptoms of depression: A latent trace analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, P251-264.
- Gallup G. H. (1984). *The Gallup Poll: Public opinion 1983*. Wilmington, DE: Scholarly Resources.
- Gallup (2003). Teen career picks: The more things change... [En línea] <http://poll.gallup.com/content/default.aspx?ci=8371&pg=1>.
- Ganzini, L., H. D. Nelson, T. A. Schmidt, D. F. Kraemer, M. A. Delorit y M. A. Lee (2000). Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *New England Journal of Medicine*, 342-557-563.
- Garasky, S. y D. R. Meyer (1996). Reconsidering the increase in father-only families. *Demography*, 22, 285-393.
- Garbarino, J. y K. Kostelny (1993). Neighborhood and community influences on parenting. En T. Luster y L. Okagaki (eds.), *Parenting: An ecological perspective* (pp. 203-226). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gardiner, H. W., J. D. Mutter y C. Kosmitzki (1998). *Lives across cultures: Cross-cultural human development*. Boston: Allyn and Bacon.
- Gardner, H. (1981, julio). Breakaway minds. *Psychology Today*, pp. 64-71.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. Nueva York: Basic Books.
- Gardner, H. (1986, verano). Freud in three frames. *Daedalus*, 105-134.
- Gardner, H. (1988). Creative lives and creative works: A synthetic scientific approach. En R. J. Sternberg (ed.), *The nature of creativity: Contemporary psychological perspectives* (pp. 298-321). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed*. Nueva York: Basic Books.
- Garfein, A. J., K. W. Schaie y S. L. Willis (1988). Micro-computer proficiency in later-middle-aged and older adults: Teaching old dogs new tricks. *Social Behavior*, 3, 131-148.
- Garwick, A. W. et al. (1994, septiembre). Family perceptions of living with Alzheimer's disease. *Family Process*, 33(3), 327-340.
- Gatz, M. y M. Smyer (1992). The mental health system and older adults in the 1990's. *American Psychologist*, 47, 741-751.
- Gelfand, D. E. (1982). *Aging: The ethnic factor*. Boston: Little Brown.
- Geller, J. A. (1992). *Breaking destructive patterns: Multiple strategies for treating partner abuse*. Nueva York: Free Press.
- Gelles, R. J. y P. E. Maynard (1987). A structural family systems approach to intervention in cases of family violence. *Family Relations*, 36, 270-275.
- Geneva Association (2003). Public policy, aging and work—An International Symposium, St.

- Catherine's College, Cambridge, diciembre 17-19, 2002.
- Genevay, B. (1986). Intimacy as we age. *Generations*, 10(4), 12-15.
- George, L. K. (1980). *Role transitions in later life*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- George, L. K. (1993). Depressive disorders and symptoms in later life. *Generations*, 17(1), 35-38.
- Gerhard, G. S. y V. J. Cristofalo (1992). The limits of biogerontology. *Generations*, 16(4), 55-59.
- Getzels, J. W. (1964). Creative thinking, problem-solving, and instruction. En *Yearbook of the National Society for the Study of Education* (parte 1, pp. 240-267). Chicago: University of Chicago Press.
- Getzels, J. W. (1984, marzo). *Problem finding and creativity in higher education*. Boston: Boston College, School of Education.
- Getzels, J. W. y M. Csikszentmihalyi (1968). The value orientations of art students as determinants of artistic specialization and creative performance. *Studies in Art Education*, 10(1), 5-16.
- Getzels, J. W. y M. Csikszentmihalyi (1975). From problem solving to problem finding. En J. A. Taylor y J. W. Getzels (eds.), *Perspectives in creativity* (pp. 90-116). Volente, TX: Aldine.
- Getzels, J. W. y M. Csikszentmihalyi (1976). *The creative vision: A longitudinal study of problem finding in art*. Nueva York: Wiley.
- Getzels, J. W. y P. W. Jackson (1962). *Creativity and intelligence: Explorations with gifted students*. Nueva York: Wiley.
- Geyer, G. A. (1983). *Buying the night flight*. Nueva York: Delacorte/Seymour Lawrence.
- Gfroerer, J., M. Penne, M. Pemberton y R. Folsom (2003). Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 127-135.
- Giambra, L. M. y D. Arenberg (1993). Adult age differences in forgetting sentences. *Psychology and Aging*, 8, 451-462.
- Gibbs, J. C., K. S. Basinger y D. Fuller (1992). *Moral maturity: Measuring the development of sociomoral reflection*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gibson, R. C. (1986). Older black Americans. *Generations*, 10(4), 35-39.
- Gilbert, L. A. (1994). Current perspectives in dual-career families. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 101-105.
- Gilford, R. (1984). Contrasts in marital satisfaction throughout old age: An exchange theory analysis. *Journal of Gerontology*, 39, 325-333.
- Gilford, R. (1986). Marriages later in life. *Generations*, 10(4), 16-20.
- Gilford, R. y V. Bengtson (1979). Measuring marital satisfaction in three generations: Positive and negative dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 387-398.
- Gilliand, P. (1989). Evolution of family policy in light of development in western European countries. *International Social Security Review*, 42, 395-426.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilligan, C. (1987a). Adolescent development reconsidered. En E. E. Irwin (ed.), *Adolescent social behavior and health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gilligan, C. (1987b). Moral orientation and moral development. En E. F. Kittay y D. T. Meyers (eds.), *Women and moral theory* (pp. 19-33). Totowa, NJ: Rowman & Littlefield.
- Gilligan, C., J. M. Murphy y M. B. Tappan (1990). Moral development beyond adolescence. En C. N. Alexander y E. J. Langer (eds.), *Higher stages of human development* (pp. 208-228). Nueva York: Oxford University Press.
- Gist, M., B. Rosen y C. Schwoerer (1988). The influence of training method and trainee age on the acquisition of computer skills. *Personnel Psychology*, 41, 255-265.
- Gladue, B. A. (1994). The biopsychology of sexual orientation. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 150-154.
- Glasheen, L. K. (1993, septiembre). A place to call your own. *AARP Bulletin*, pp. 1, 10-14.
- Glenn, N. D. (1987, octubre). Marriage on the rocks. *Psychology Today*, pp. 20-21.
- Glenn, N. D. (1991). The recent trend in marital success in the United States. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 261-270.
- Glick, J. (1975). Cognitive development in cross-cultural perspective. En F. Horowitz (ed.), *Review*



- of child development research (vol. 4, pp. 595-654). Chicago: University of Chicago Press.
- Glick, J. E. y J. Van Hook (2002). Parents' correspondence with adult children: Can immigration explain racial and ethnic variation? *Journal of Marriage and the Family*, 64, 240-253.
- Glick, P. C. (1989). Remarried families, stepfamilies, and stepchildren: A brief demographic profile. *Family Relations*, 38, 24-27.
- Glynn, R. J., G. R. Bouchard, J. S. LoCastro y N. M. Laird (1985). Aging and generational effects on drinking behaviors in men: Results from the Normative Aging Study. *American Journal of Public Health*, 75, 1413-1419.
- Goddard, I. (2002). Less calories more life. *Goddard's Journal*.
- Gold, G. (2003). Vascular dementia: A diagnostic challenge. *International Psychogeriatrics*, 15(1), 111-114.
- Golden, D. (1994, julio). Building a better brain. *Life*, pp. 63-70.
- Goldman, L. L. y J. Rothschild (en prensa). Healing the wounded with art therapy. En B. Danto (ed.), *Bereavement and suicide*. Filadelfia: Charles.
- Goldstein, I., H. Padma-Nathan, R. C. Rosen, W. D. Steers y P. A. Wickler para el Sildenafil Study group (1998). Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 338, 1397-1404.
- Golombok, S. y F. Tasker (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. *Developmental Psychology*, 32, 3-11.
- Gonyea, J. G., R. B. Hudson y G. B. Seltzer (1990). Housing preferences of vulnerable elders in suburbia. *Journal of Housing for the Elderly*, 7, 79-95.
- Goodman, C. y M. Silverstein (2002). Grandmothers raising grandchildren: Family structure and well-being in culturally diverse families. *The Gerontologist*, 42(5), 676-689.
- Goodman, G. S., R. E. Emery y J. J. Haugaard (1998). Developmental psychology and law: Divorce, child maltreatment, foster care, and adoption. En W. Damon (ed. de la serie), I. E. Sigel y K. A. Renninger (eds. del volumen), *Handbook of child psychology* (vol. 4, pp. 775-874). Nueva York: Wiley.
- Goodrich, C. (1995, enero 18). Mandela tells the story of his monumental life. *Chicago Sun-Times*, p. 45.
- Goodwin, J. (1994). *Akira Kurosawa and intertextual cinema*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gordon, A. (1975). The Jewish view of death: Guidelines for mourning. En E. Kübler-Ross (ed.), *Death: The final stage of growth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gorman, C. Why so many of us are getting diabetes. *Time*, diciembre 8, 2003.
- Gorman, M. (1993). Help and self-help for older adults in developing countries. *Generations*, 17(4), 73-76.
- Gostin, L. O. (1997). Deciding life and death in the courtroom: From Quinlan to Cruzan, Glucksberg and Vacco—A brief history and analysis of constitutional protection of the right to die. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1523-1528.
- Gottfredson, L. S. e I. J. Deary (2004). Intelligence predicts health and longevity, but why? *American Psychological Society*, 13(1), 1-4.
- Gottman, J. M. y J. J. Krokoff (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 47-52.
- Granger, D. (1987). The Granada factor. En G. O'Connor (ed.), *Olivier: In Celebration*. Nueva York: Dodd, Mead.
- Greenberg, J. y M. Becker (1988). Aging parents as family resources. *The Gerontologist*, 28(6), 786-790.
- Greenhouse, L. (febrero 23). Justices accept Oregon case weighing assisted suicide. *New York Times*, p. A1.
- Greenstein, T. N. (1995). Gender ideology, marital disruption, and the employment of married women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 31-42.
- Greenwald, A. G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, 35, 603-618.
- Greenwell, I. (2001, agosto). DHEA: Anti-aging hormone. *Life Extension Magazine*.
- Gribbin, K., K. W. Schaie e I. A. Parham (1980). Complexity of lifestyle and maintenance of

- intellectual abilities. *Journal of Social Issues*, 36, 47-61.
- Grieder, L. (2001, diciembre). Hard times drive adults kids "home"; Parents grapple with rules for "boomerangers". *AARP Bulletin*, pp. 3, 14.
- Griffiths, J., A. Bood y H. Weyers (1998). *Euthanasia y law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Groenwoud, J. H., A. van der Heide, B. D. Onwuteaka-Philipsen, D. L. Willems, P. J. van der Maas y G. van der Wal (2000). Clinical problems with the performance of euthanasia and physician assisted suicide in the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 342, 551-556.
- Gruber, A. y K. W. Schaie (1986, noviembre 21). *Longitudinal-sequential studies of marital assortativity*. Ponencia presentada en la reunion anual de la Gerontological Society of America, Chicago.
- Gruber, H. (1981). *Darwin on man*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gruber-Baldini, A. L. (1991). *The impact of health and disease on cognitive ability in adulthood and old age in the Seattle Longitudinal Study*. Tesis doctoral inédita, Pennsylvania State University.
- Guemple, L. (1983). Growing old in Inuit society. En J. Sokolovsky (ed.), *Growing old in different societies* (pp. 24-28). Belmont, CA: Wadsworth.
- Guilford, J. P. (1956). Structure of intellect. *Psychological Bulletin*, 53, 267-293.
- Guilford, J. P. (1959). Three faces of intellect. *American Psychologist*, 14, 469-479.
- Guilford, J. P. (1960). Basic conceptual problems of the psychology of thinking. *Proceedings of the New York Academy of Sciences*, 91, 6-21.
- Guilford, J. P. (1967). *The nature of human intelligence*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Guilford, J. P. (1982). Cognitive psychology's ambiguities: Some suggested remedies. *Psychology Review*, 89, 48-59.
- Guilford, J. P. (1986). *Creative talents: Their nature, uses and development*. Búfalo, NY: Bearly.
- Gupta, S. (2004, febrero 2). Hope for Alzheimer's. *Time*.
- Gutman, A. (2000). *EEO Law and Personnel Practices* (2a. ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gutmann, D. (1975). Parenting: A key to the comparative study of the life cycle. En N. Datan y L. H. Ginsberg (eds.), *Life-span developmental psychology: Normative life crises*. Nueva York: Academic.
- Gutmann, D. (1977). The cross-cultural perspective: Notes toward a comparative psychology of aging. En J. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 302-326). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Gutmann, D. (1985). The parental imperative revisited. En J. Meacham (ed.), *Family and individual development*. Basel, Suiza: Karger.
- Gutmann, D. (1992). Culture and mental health in later life. En J. E. Birren, R. Sloane y G. D. Cohen (eds.), *Handbook of mental health and aging* (2a. ed., pp. 75-96). Nueva York: Academic.
- Gutmann, D. L. (1974). Alternatives to disengagement: Aging among the highland Druze. En R. LeVine (ed.), *Culture and personality: Contemporary readings* (pp. 232-245). Chicago: Aldine.
- Haan, N. (1990). Personality at midlife. En S. Hunter y M. Sundel (eds.), *Midlife myths*. Newbury Park: Sage.
- Haan, N. y D. Day (1974). A longitudinal study of change and sameness in personality development: Adolescence to later adulthood. *International Journal of Aging and Human Development*, 5, 11-39.
- Haas, A. D. (1989, invierno). Adults in college. *Women's American ORT Reporter*, pp. 7, 14.
- Haas, S. M. y L. Stafford (1998). An initial examination of maintenance behaviors in gay and lesbian relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 846-855.
- Hagestad, G. O. (1978). *Patterns of communication and influence between grandparents and grandchildren in a changing society*. Ponencia presentada en la reunion de la World Conference of Sociology, Uppsala, Suecia.
- Hagestad, G. O. (1982). *Issues in the study of intergenerational continuity*. Ponencia presentada en el National Council on Family Relations Theory and Methods Workshop, Washington, DC.
- Hagestad, G.O. (2000). *Intergenerational relations*. Ponencia preparada para la United Nations Economic Commission for Europe Conference on Generations and Gender, Ginebra, julio 3-5.

- Haley, A. (1976). *Roots*. Garden City, NY: Doubleday.
- Hall, C. y G. Lindzey (1978). *Personality* (3a. ed.). Nueva York: Wiley.
- Hall, D. R. y J. Z. Zhao (1995). Cohabitation in Canada: Testing the selectivity hypothesis. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 421-427.
- Hall, D. T. y P. H. Mirvis (1995a). The new career contract: Developing the whole person at midlife and beyond. *Journal of Vocational Behavior*, 47, 269-289.
- Hall, D. T. y P. H. Mirvis (1995b). Careers as lifelong learning. En A. Howard (ed.), *The changing nature of work* (pp. 323-361). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hall, D. T. y P. H. Mirvis (1996). The new protean career: Psychological success and the path with a heart. En D. T. Hall y colaboradores (eds.), *The career is dead—Long live the career: A relational approach to careers*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hall, G. S. (1922). *Senescence: The last half of life*. Nueva York: Appleton.
- Hamer, D. H., S. Hu, V. L. Magnuson, N. Hu y A. M. L. Pattatucci (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261, 321-327.
- Hamilton, B. E., J. A. Martin y P. D. Sutton (2003). Births: Preliminary data for 2003. *National Vital Statistics Reports*, 51, 11.
- Hamon, R. R. y R. Blieszner (1990). Filial responsibility expectations among adult child-older parent pairs. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 45(3), P110-112.
- Han, K. K., J. M. Soares Jr., M. A. Haidar, G. R. de Lima y E. C. Baracat (2002). Benefits of soy isoflavene therapeutic regimen on menopausal symptoms. *Obstetrics y Gynecology*, 99, 389-394.
- Handy, C. (1991, octubre-noviembre). Building small fires: Keep life sizzling-diversify! *Modern Maturity*, pp. 35-39.
- Hankinson, S. E., M. J. Stampfer, J. M. Seddon, G. A. Colditz, B. Rosner, F. E. Speizer y W. C. Willett (1992). Nutrient intake and cataract extraction in women: A prospective study. *British Medical Journal*, 305(6849), 335-339.
- Hanley, R. (1988a, febrero 4). Surrogate deals for mothers held illegal in Jersey. *New York Times*, pp. A1, B6.
- Hanley, R. (1988b, febrero 4). Legislators are hesitant on regulating surrogacy. *New York Times*, p. B7.
- Hanser, S. B. y L. W. Thompson (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, P265-269.
- Hanson, L. (1968). *Renoir: The man, the painter, and his world*. Nueva York: Dodd, Mead.
- Hargrove, J. (1989). *Nelson Mandela: South Africa's silent voice of protest*. Chicago: Children's Press.
- Harkins, S. W. (1995). Pain. En G. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 725-726). Nueva York: Springer.
- Harper, S. y D. Lund (1990). Wives, husbands, and daughters caring for institutionalized and noninstitutionalized dementia patients: Toward a model of caregiving burden. *International Journal of Aging and Human Development*, 30, 241-262.
- Hartley, A. A., J. T. Hartley y S. A. Johnson (1984). The older adult as computer user. En P. K. Robinson y J. E. Birren (eds.), *Aging and technological advances* (pp. 347-348). Nueva York: Plenum.
- Hartup, W. W. y N. Stevens (1999). Friendships and adaptation across the life span. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 76-79.
- Harvard Medical School. (2003, junio). Confronting suicide, Part II. *Harvard Mental Health Letter*, 19(12), 1-5.
- Harvard Medical School. (2006). Alcohol. [En línea] <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/alcohol.html>
- Harvey, J. H. y J. Pauwels (1997). Recent developments in close relationships theory. *Current Directions in Psychological Science*, 8(3), 93-95.
- Harvey, J. H. y J. Omarzu (1997). Minding the close relationship. *Personality and Psychology Review*, 1, 224-240.
- Hasher, L. (1992, abril). *Inhibitory mechanisms: Overview*. Ponencia presentada en la Fourth Cognitive Aging Conference, Atlanta.
- Hasher, L. y R. T. Zacks (1988). Working memory, comprehension, and aging: A review and a new

- view. En G. H. Bower (ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (vol. 22, pp. 193-225). Nueva York: Academic.
- Haugaard, J. J. (1998). Is adoption a risk factor for the development of adjustment problems? *Clinical Psychology Review*, 18, 47-69.
- Hawking, S. W. (1988). *A brief history of time: From the Big Bang to black holes*. Nueva York: Bantam.
- Hayflick, L. (2003). Living forever and dying in the attempt. *Experimental Gerontology*, 38, 1231-1241.
- Hayslip, B. y R. G. Goldberg-Glen Hayslip (2000). *Grandparents raising grandchildren: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. Nueva York: Springer.
- He, J., S. Vupputuri, K. Allen, M. R. Prerost, J. Hughes y P. K. Whelton (1999). Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *New England Journal of Medicine*, 340, 920-926.
- Health Care Finance Administration (1981). *Long-term care: Background and future directions*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Health Systems Trust (HST) (2004). AIDS is world's fourth leading cause of death. [En línea] <http://new.hst.org.za/news/index.php/20020102/>. Fecha de consulta: marzo 15, 2004.
- Healy, J. (1983). Bereavement issues and anticipatory grief. En Symposium on death and dying: The role of the family and estate planner. Nueva York: Foundation of Thanatology.
- Heath, S. B. (1989). Oral and literate tradition among black Americans living in poverty. *American Psychologist*, 44, 367-373.
- Heckhausen, J. y J. Krueger (1993). Developmental expectations for the self and most other people: Age grading in three functions of social comparisons. *Developmental Psychology*, 29, 539-548.
- Heindel, W. C., N. Butters y D. P. Salmon (1988). Impaired learning of a motor skill in patients with Huntington's disease. *Behavioral Neuroscience*, 102, 141-147.
- Heindel, W. C., D. P. Salmon y N. Butters (1989). Neuropsychological differentiation of memory impairments in dementia. En G. C. Gilmore, P. J. Whitehouse y M. L. Wykle (eds.), *Memory, aging, and dementia; Theory, assessment, and treatment* (pp. 112-139). Nueva York: Springer.
- Heindel, W. C., D. P. Salmon y N. Butters (1991). The biasing of weight judgments in Alzheimer's and Huntington's disease: A priming or programming phenomenon? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13, 189-203.
- Heinonen, K., K. Raikkonen y L. Keltikangas-Jarvinen (2005). Dispositional optimism: Development over 21 years from the perspectives of perceived temperament and mothering. *Personality and Individual Differences*, 38, 425-435.
- Heller, R. B. y A. R. Dobbs (1993). Age differences in word finding in discourse and nondiscourse situations. *Psychology and Aging*, 8, 443-450.
- Heller, Z. I. (1975). The Jewish view of dying: Guidelines for dying. En E. Kübler-Ross (ed.), *Death: The final stage of growth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Helms, J. E. (1992). Why is there no study of cultural equivalence in standardized cognitive ability testing? *American Psychologist*, 47, 1083-1101.
- Helson, R. (1992). Women's difficult times and the rewriting of the life story. *Psychology of Women Quarterly*, 16, 331-347.
- Helson, R. (1993). Comparing longitudinal studies of adult development: Toward a paradigm of tension between stability and change. En D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey y K. Widaman (eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 93-120). Washington, DC: American Psychological Association.
- Helson, R. (1997). The self in middle age. En M. E. Lachman y J. B. James (eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 93-120). Chicago: University of Chicago Press.
- Helson, R. y G. Moane (1987). Personality change in women from college to midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 176-186.
- Helson, R. y J. Picano (1990). Is the traditional role bad for women? *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 311-320.

- Helson, R. y P. Wink (1992). Personality change in women from the early 40s to the early 50s. *Psychology and Aging*, 7(1), 46-55.
- Henderson, V. W. y C. E. Finch (1989). The neurobiology of Alzheimer's disease. *Journal of Neurosurgery*, 70, 335-353.
- Hendin, H. (1994, diciembre 16). Scared to death of dying. *New York Times*, p. A369.
- Hendin, H., C. Rutenfrans y Z. Zylicz (1997). Physician assisted suicide and euthanasia in the Netherlands: Lessons from the Dutch. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1720-1722.
- Henke, K., V. Treyer, E. Nagy, S. Kneifel, Dursteler, R. Nitsch y A. Buck (2003). Active hippocampus during nonconscious memories. *Consciousness and Cognition*, 12, 31-48.
- Henker, F. O. (1981). Male climeractic. En J. G. Howells (ed.), *Modern perspectives in the psychiatry of middle age*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Herbst, J. H., R. R. McCrae, P. T. Costa, J. R. Feaganes e I. C. Siegler (2000). Self-perceptions of stability and change in personality at midlife: The UNC alumni heart study. *Assessment*, 7(4), 379-388.
- Herd, G. (1981). *Guardians of the flutes*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Herd, G. (1987). *Sambia: Ritual and gender in New Guinea*. Nueva York: Harcourt Brace.
- Hertzog, C. (1989). Influences of cognitive slowing on age differences in intelligence. *Developmental Psychology*, 25(4), 636-651.
- Hertzog, C. y R. A. Dixon (1994). Metacognitive development in adulthood and old age. En J. Metcalfe y A. P. Shimamura (eds.), *Metacognition: Knowing about knowing* (pp. 221-251). Cambridge, MA: MIT Press.
- Hertzog, C., R. A. Dixon y D. F. Hultsch (1990). Relationships between metamemory, memory predictions, and memory task performance in adults. *Psychology and Aging*, 5(2), 215-227.
- Hertzog, C., L. L. Saylor, A. M. Fleece y R. A. Dixon (1994). Metamemory and aging: Relations between predicted, actual and perceived memory task performance. *Aging and Cognition*, 1, 203-237.
- Hertzog, C., K. W. Schaie y K. Gribbin (1978). Cardiovascular disease and changes in intellectual functioning from middle to old age. *Journal of Gerontology*, 33, 872-883.
- Herzog, A. R., J. S. House y J. N. Morgan (1991). Relation of work and retirement to health and well-being in older age. *Psychology and Aging*, 6, 202-211.
- Hess, T. C. y S. M. Pullen (1996). Memory in context. En F. Blanchard-Fields y T. M. Hess (eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Hetherington, E. M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers and survivors. *Child Development*, 60, 1-4.
- Hetherington, E. M., M. Bridges y G. M. Insabella (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *American Psychologist*, 44, 303-312.
- Heymann, S. J. (2000). *The widening gap: Why American working families are in jeopardy and what can be done about it*. Nueva York: Basic Books.
- Hiedemann, B., O. Suhomilnova y A. M. O'Rand (1998). Economic independence, economic status, and empty nest in midlife marital disruption. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 219-231.
- Hill, C. D., L. W. Thompson y D. Gallagher (1988). The role of anticipatory bereavement in older women's adjustment to widowhood. *The Gerontologist*, 28(6), 792-796.
- Hill, P. C. y K. I. Pargament (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research.
- Hill, T. D., J. L. Angel, C. G. Ellison y R. J. Angel (2005). Religious attendance and mortality: An 8-year follow-up of older Mexican Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 60B, S102-S109.
- Hines, A. M. (1997). Divorce-related transitions, adolescent development, and the role of the parent-child relationship: A review of the literature. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 375-388.
- Hinrichsen, G. A. (1999). Interpersonal psychotherapy for late-life depression. En M. Duffy (ed.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Hinrichsen, G. A. y L. P. Dick-Sisken (2000). General principles of therapy. En S. K. Whitbourne (ed.), *Psychopathology in later adulthood*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hjelle, L. A. y D. J. Ziegler (1992). *Personality theories* (3a. ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Hochanadel, G. A. (1991). *Neuropsychological changes in aging: A process-oriented error analysis*. Dissertation Abstracts International, 52(4-B), 2347.
- Hofstede, G. y R. R. McCrae (2004). Personality and culture revisited: Linking traits and dimensions of culture. *Cross-Culture Research: The Journal of Comparative Social Science*, 38(1), 52-88.
- Holden, A. (1988). *Laurence Olivier*. Nueva York, Atheneum.
- Holland, J. (1985). *Professional manual for the self-directed search*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Holland, J. L. (1996). Exploring careers with a typology: What we have learned and some new directions. *American Psychologist*, 51, 397-406.
- Holland, M. J. (1990). No sweat: How heat and stress affect the elderly. *Health and Human Development Research*, 1, 31-33.
- Holliday, S. G. y M. J. Chandler (1986). *Wisdom: Explorations in adult competence*. Basel, Suiza: Karger.
- Holmes, T. H. y R. H. Rahe (1976). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213.
- Holstein, M. B. y M. Minkler (2003). Self, society, and the "new gerontology". *Gerontologist*, 43(6), 787-796.
- Holtzman, N. A., P. D. Murphy, M. S. Watson y P. A. Barr (1997). Predictive genetic testing: From basic research to clinical practice. *Science*, 278, 602-605.
- Holtzman, N. A., G. W. Rebok, J. S. Saczynski, A. C. Kouzis, K. W. Doyle y W. W. Eaton (2004). Predictive genetic testing: From basic research to clinical practice. *Science*, 278, 602-605.
- Honigmann, J. J. (1967). *Personality in culture*. Nueva York: Harper & Row.
- Hooker, K. y C. R. Kaus (1994). Health-related possible selves in young and middle adulthood. *Psychology and Aging*, 9, 126-133.
- Hooker, K., D. Monahan, K. Shifren y C. Hutchinson (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. *Psychology and Aging*, 7(3), 367-375.
- Hooyman, N. R., E. Rathbone-McCuan y K. Klingbeil (1982). Serving the vulnerable elderly. *Urban and Social Change Review*, 15(2), 9-13.
- Hopper, J. L. y E. Seeman (1994). The bone density of female twins discordant for tobacco use. *New England Journal of Medicine*, 330, 387-392.
- Hormone therapy: When and for how long? (1997, marzo 25). *HealthNews*, 3(4), 12.
- Horn, J. C. y J. Meer (1987, mayo). The vintage years. *Psychology Today*, pp. 76-90.
- Horn, J. L. (1967). Intelligence-Why it grows, why it declines. *Transaction*, 5(1), 23-31.
- Horn, J. L. (1968). Organization of abilities and the development of intelligence. *Psychological Review*, 75, 242-259.
- Horn, J. L. (1970). Organization of data on life-span development of human abilities. En L. R. Goulet y P. B. Baltes (eds.), *Life-span developmental psychology: Theory and research* (pp. 424-466). Nueva York: Academic.
- Horn, J. L. (1982a). The aging of human abilities. En B. B. Wolman (ed.), *Handbook of developmental psychology* (pp. 847-870). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Horn, J. L. (1982b). The theory of fluid and crystallized intelligence in relation to concepts of cognitive psychology and aging in adulthood. En F. I. M. Craik y S. Trehub (eds.), *Aging and cognitive processes* (vol. 8, pp. 237-278). Nueva York: Plenum.
- Horn, J. L. y R. B. Cattell (1966). Age differences in primary mental ability factors. *Journal of Gerontology*, 21, 210-220.
- Horn, J. L. y G. Donaldson (1976). On the myth of intellectual decline in adulthood. *American Psychologist*, 31, 701-719.
- Horn, J. L. y G. Donaldson (1977). Faith is not enough: A response to the Baltes-Schaie claim that intelligence does not wane. *American Psychologist*, 32, 369-373.
- Horn, J. L. y G. Donaldson (1980). Cognitive development: 2. Adulthood development of human abilities. En O. G. Brim e I. Kagan (eds.), *Constancy and change in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Horton, A. M. y C. J. Fogelman (1991). Behavioral treatment of aged alcoholics and drug addicts. En P. A. Wisocki (ed.), *Handbook of clinical behavioral therapy with the elderly client* (pp. 299-316). Nueva York: Plenum.
- Horwitz, A. V., H. R. White y S. Howell-White (1996). Becoming married and mental health: A longitudinal study of a cohort of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 895-907.
- Hosaka, T. y Y. Sugiyama (2003). Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 147-151.
- House, S. J., K. R. Landis y D. Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-544.
- Howard, D. V. (1991). Implicit memory: An expanding picture of cognitive aging. En K. W. Schaie y M. P. Lawton (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (pp. 1-22). Nueva York: Springer.
- Howard, D. V. (1996). The aging of implicit and explicit memory. En H. Blanchard-Fields y T. M. Hess, *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Hoyer, W. J. y D. Ingolfsdottir (2003). Age, skill, and contextual cuing in target detection. *Psychology and Aging*, 18(2), 210-218.
- Hoyer, W. J. y J. M. Rybash (1994). Characterizing adult cognitive development. *Journal of Adult Development*, 1(1), 7-12.
- Hoyer, W. J. y P. Verhaeghen (2006). Memory aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of aging*. Nueva York: Elsevier.
- Hoyert, D. L. y H. M. Rosenberg (1999). Mortality from Alzheimer's Disease: An update. *National Vital Statistics Reports*, 47(20). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hoyert, D. L., H. C. Kung y B. L. Smith (2005). Deaths: Preliminary data for 2003. *National Vital Statistics Reports*, 53(15). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hu, S., A. M. L. Pattatucci, C. Patterson, L. Li, D. W. Fulker, S. S. Cherney, Kruglyak y D. H. Hamer (1995). Linkage between sexual orientation and chromosome q28 i males but not in females. *Nature Genetics*, 11, 248-256.
- Hu, Y. y N. Goldman (1990). Mortality differentials by marital status: An international comparison. *Demography*, 27(2), 233-250.
- Hudnall, C. E. (2001, noviembre). "Grand" parents get help: Programs aid aging caregivers and youngsters. *AARP Bulletin*, pp. 9, 12-13.
- Hull, R. H. (1980). Talking to the hearing impaired older person. *ASHA*, 22, 194.
- Hultsch, D. F. (1971). Organization and memory in adulthood. *Human Development*, 14, 16-29.
- Human Genome Program (2000). U.S. Department of Energy, *Human Genome News*, 11, 1-2.
- Human Genome Project (2004). Human genome project goal and completion dates. [En línea] [http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human\\_Genome/project/50yr/goals\\_complete.shtml](http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/project/50yr/goals_complete.shtml)
- Human Genome Project (2005). Gene Therapy. [En línea] [www.ornl.gov/sci/techresources/Human\\_Genome/medicine/genetherapy.shtml](http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/medicine/genetherapy.shtml). Fecha de consulta: enero 23, 2006.
- Human Genome Project (2006). *Genetics privacy and legislation*. [En línea] [http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human\\_Genome/elsi/legislat.shtml#III](http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/elsi/legislat.shtml#III)
- Hungerford, T. L. (2001). The economic consequences of widowhood on elderly women in the United States and Germany. *The Gerontologist*, 41, 103-110.
- Hunt, B. y M. Hunt (1974). *Prime time*. Nueva York: Stein & Day.
- Hurd, M. D. (1989). The economic status of the elderly. *Science*, 244, 659-664.
- Hurley, D. (1994, mayo 11). Pump better than CPR for heart attack: Study. *Chicago Sun-Times*, p. 5.
- Huyck, M. H. (1990). Gender differences in aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3a. ed., pp. 124-132). San Diego: Academic.
- Huyck, M. H. (1995). Marriage and close relationships of the marital kind. En R. Blieszner y V. Hilkevitch (eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 181-200). Westport, CT: Greenwood Press.
- Hyde, J. S. (1986). *Understanding human sexuality* (3a. ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Hyde, J. S., M. Krajnik y K. Skuldt-Niederberger (1991). Androgyny across the life span: A replication and longitudinal follow-up. *Developmental Psychology*, 27, 516-519.

- Ickovics, J. R. *et al.* (1994). Limited effects of HIV counseling and testing for women: A prospective study of behavioral and psychological consequences. *Journal of the American Medical Association*, 272(6), 443-448.
- Ikeda, R., R. Mahendra, L. Saltzman, A. Crosby, L. Willis, J. Mercy, P. Holmgren y J. L. Annet (2002). Nonfatal self-inflicted injuries treated in hospital departments. Estados Unidos, 2000. *MMWR*, 51, 436-438.
- Illinois Task Force on Gender Bias in the Courts (1990). Executive summary with status of recommendations.
- Innocenti, G. M. (1994). Some new trends in the study of the corpus callosum. *Behavioral and Brain Research*, 64, 1-8.
- Irons, R. R. (1994, diciembre 1). Addiction affects all members of family. *The Menninger Letter*, p. 3.
- Irving, H. H. y M. Benjamin (1988). Divorce mediation in a court-based fee for service agency: An empirical study. *Conciliation Courts Review*, 26(1), 43-47.
- Isaacowits, D. M., S. T. Charles y L. L. Carstensen (2000). Emotion and cognition. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (eds.), *The handbook of aging and cognition* (2a. ed., pp. 593-632), Mahway, NJ: Erlbaum Associates.
- Ivy, G. O., C. M. MacLeod, T. L. Petit y E. J. Markus (1992). A physiological framework for perceptual and cognitive changes in aging. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 273-314). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Jacques, E. (1967). The midlife crisis. En R. Owen (ed.), *Middle age*. Londres: BBC.
- Jaffe, I. M. D. (1985). Arthritis. En D. F. Tapley, R. J. Weiss y T. Q. Morris (eds.), *The Columbia University College of Physicians and Surgeons complete home medical guide* (pp. 564-587). Nueva York: Crown.
- Jaffe, S. y J. S. Hyde (2000). Gender differences in moral orientation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 703-725.
- Jaffee, S. R., A. Caspim, T. E. Moffit, M. Polo-Thomas, T. S. Price y A. Taylor (2004). The limits of child effects: Evidence for genetically mediated child effects on corporal punishment but not on physical maltreatment. *Developmental Psychology*, 40, 1047-1058.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Jallinoja, J. (1989). Women between the family and employment. En K. Boh *et al.* (eds.), *Changing patterns of European family life* (pp. 95-122). Londres: Routledge.
- Japanese Social Welfare Association (1990). *The conditions of caring for the elderly*. Tokyo: autor.
- Jaroff, L. (1992, junio 8). Einstein's inspiring heir. *Time*, pp. 88-89.
- Jay, G. M. y S. L. Willis (1992). Influence of direct computer experience on older adults' attitudes toward computers. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47, P250-257.
- Jefferson, J. W. y J. H. Greist (1993). *Depression and older people: Recognizing hidden signs and taking steps toward recovery*. Madison, WI: Pratt Pharmaceuticals.
- Jendrek, M. P. (1994). Grandparents who parent grandchildren: Circumstances and decisions. *The Gerontologist*, 34, 206-216.
- Jensen, A. R. (1969). How much can we boost IQ and scholastic achievement? *Harvard Educational Review*, 39, 1-123.
- Jensen, A. R. (1993). Test validity: g versus "tacit knowledge." *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 9-10.
- Johansson, B., S. M. Hofer, J. C. Allaire, J. C., M. M. Maldonado-Molina, A. M. Piccinin, S. Berg, N. L. Pedersen y G. E. McLearn (2004). Change in cognitive capabilities in the oldest old: The effects of proximity to death in genetically related individuals over a 6 year period. *Psychology and Aging*, 19, 145-156.
- Johnson, C. L. (1995). Cultural diversity in the late-life family. En R. Blieszner y V. Hilkevitch (eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 307-331).
- Johnson, C. L. y D. J. Catalano (1981). Childless elderly and their family supports. *The Gerontologist*, 21(6), 610-618.
- Johnson, C. L. y L. Troll (1992). Family functioning in late late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47(2), S66-72.
- Johnson, C. L. y L. E. Troll (1994). Constraints and facilitators to friendships in late late life. *The Gerontologist*, 34, 79-87.



- Johnson, F. L., M. J. Foxall, E. Kelleher, E. Kentopp, E. A. Mannlein y E. Cook (1986). Life satisfaction of the elderly American Indian. *International Journal of Nursing Studies*, 23, 265-273.
- Johnson, F. L., M. J. Foxall, E. Kelleher, E. Kentopp, E. A. Mannlein y E. Cook (1988). Comparison of mental health life satisfaction of five elderly ethnic groups. *Western Journal of Nursing*, 10, 613-628.
- Johnson, L. (1991). Bridging paradigms: The role of a change agent in an international technical transfer project. En J. D. Sinnott y J. C. Cavanaugh (eds.), *Bridging Paradigms* (pp. 59-71). Nueva York: Praeger.
- Johnson, N. J., E. Backlund, P. D. Sorlie y C. A. Loveless (2000). *Marital status and mortality: The National Longitudinal Mortality Study*. *Ann Epidemiol*, 10, 224-238.
- Johnson, S. J. y J. M. Rybash (1993). A cognitive neuroscience perspective on age-related slowing: Developmental changes in the functional architecture. En J. Cerella, J. M. Rybash, W. J. Hoyer y M. Lo Commons (eds.), *Adult information processing: Limits on loss* (pp. 143-175). San Diego: Academic.
- Johnson, T. E. (1990). Age-1 mutants of *Caenorhabditis elegans* prolong life by modifying the Gompertz rate of aging. *Science*, 229, 908-912.
- Johnston, L. D., P. M. O'Malley, J. G. Bachman y J. E. Schulenberg (2003, diciembre 19). "Teen smoking continues to decline in 2003, but declines are slowing." University of Michigan News and Information Services, Ann Arbor, 15 pp.
- Johnston, P. (2001, abril 10). Dutch make euthanasia legal. *Chicago Sun-Times*, p. 22.
- Jones, E. (1961). *The life and work of Sigmund Freud*. Nueva York: Basic Books.
- Jones, H. W y J. P. Toner (1993). The infertile couple. *New England Journal of Medicine*, 329, 1710-1715.
- Jones, J. H. (1981). *Bad blood: The Tuskegee syphilis experiment*. Nueva York: Free Press.
- Jones, X., E. McGrattan y R. Manuelli (2002, enero). *Why are married women working so much?* Ponencia presentada en la reunión anual de la American Economic Association en Atlanta.
- Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53(B)6, S324-S335.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. Nueva York: Harcourt Brace & World.
- Jung, C. G. (1953). The stages of life. En H. Read, M. Fordham y G. Adler (eds.), *Collected works* (vol. 2). Princeton, NJ: Princeton University Press. (1a. ed. 1931.)
- Jung, C. G. (1966). Two essays on analytic psychology. En *Collected works* (vol. 7). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1969). *The structure and dynamics of the psyche*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kabanoff, B. (1980). Work and nonwork: A review of models, methods, and findings. *Psychological Bulletin*, 88, 60-77.
- Kagan, J. (1989). *Unstable ideas: Temperament, cognition, and self*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kahana, B. y E. Kahana (1970). Grandparenthood from the perspective of the developing grandchild. *Developmental Psychology*, 3, 98-105.
- Kahana, E. (1982). A congruence model of person-environment interaction. En M. P. Lawton y T. O. Byerts (eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 97-121). Nueva York: Springer.
- Kahana, E., L. Lovegreen, B. Kahana y M. Kahana (2003). Person, environment, and person-environment fit as influences on residential satisfaction of elders. *Environment and Behavior*, 35(3), 434-453.
- Kahn, R. L. y T. C. Antonucci (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En P. B. Baltes y O. G. Brim Jr. (eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 3, pp. 253-286). Nueva York: Academic.
- Kahn, S., G. Zimmerman, M. Csikszentmihalyi y J. W. Getzels (1985). Relations between identity in young adulthood and intimacy at midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1316-1322.
- Kai-Ming, C., J. Xinhou y G. Xiaobo (1999). From training to education. Lifelong learning in China. *Comparative Education*, 35, 119-129.

- Kaiser, M. A. (1993). The productive roles of older people in developing countries: What are the implications of economic, social, and cultural participation? *Generations*, 17(4), 65-69.
- Kalat, J. W. (1992). *Biological psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kalish, R. A. y D. K. Reynolds (1976). *Death and ethnicity: A psychocultural study*. Los Angeles: University of Southern California, Ethel Percy Andrus Gerontology Center.
- Kalmuss, D. S. y M. A. Straus (1982). Wife's marital dependency and wife abuse. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 277-286.
- Kamin, L. J. (1974). *The science and politics of IQ*. Potomac, MD: Erlbaum.
- Kamin, L. J. (1981). Commentary. En S. Scarr (ed.), *Race, social class, and individual differences in I. Q.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kandel, D. B., M. Davies, D. Karus, D. y K. Yamaguchi (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Archives of General Psychiatry*, 43, 746-754.
- Karel, M. J. y G. Hinrichsen (2000). Treatment of depression in late life: Psychotherapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 707-729.
- Karlinsky, H., A. Lennox y M. Rossor (1994). Alzheimer's disease and genetic testing. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 8(2), 63-65.
- Karni, A., D. Tanne, B. S. Rubenstein, J. J. Askenasy y D. Sagi (1994). Dependence on REM sleep for overnight improvement of a perceptual skill. *Science*, 265(5172), 679-682.
- Kastenbaum, R. (1977). The kingdom where nobody dies. En S. Zarit (ed.), *Readings in aging and death: Contemporary perspectives*. Nueva York: Harper & Row.
- Kastenbaum, R. (1993). Reconstructing death in postmodern society. *Omega*, 27, 75-89.
- Kastenbaum, R. (1999). Dying and bereavement. En J. C. Cavanaugh (ed.), *Gerontology: An interdisciplinary perspective*, pp. 155-185. Nueva York: Oxford University Press.
- Kastenbaum, R. y R. Aisenberg (1972). *The psychology of death*. Nueva York: Springer.
- Kaszniak, A. W. y G. D. Christenson (1994). Differential diagnosis of dementia and depression. En M. Storandt y G. R. VandenBos (eds.), *Neuropsychological assessment of dementia and depression in older adults: A clinician's guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Katchadourian, H. (1987). *Fifty: Midlife in perspective*. Nueva York: Freeman.
- Katona, C. (2000). Managing depression and anxiety in the elderly patient. *European Neuropsychopharmacology*, 10, S427-432.
- Katzman, R. (1993). Education and prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology*, 43, 13-20.
- Kaufman, A. S. (2001). WAIS-III, Horn's theory, and generational changes from young adulthood to old age. *Intelligence*, 29, 131-167.
- Kaufman, S. R. (1986). *The ageless self: Sources of meaning in late life*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Kaufman, T. S. (1993). *The combined family: A guide to creating successful step-relationships*. Nueva York: Plenum.
- Kaukinen, C. (2004). Status compatibility, physical violence, and emotional abuse in intimate relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 66, 452-471.
- Kausler, D. H. (1990). Automaticity of encoding and episodic memory processes. En E. A. Lovelace (ed.), *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness and interventions* (pp. 29-67). Amsterdam: North-Holland, Elsevier.
- Kay, B. y J. N. Neelley (1982). Sexuality and aging: A review of the current literature. *Sexuality and Disability*, 5, 38-46.
- Keegan, R. T. (1996). Creativity from childhood to adulthood: A difference of degree and not of kind. *New Directions for Child Development*, 72, 57-66.
- Keith, P. M. (1983). A comparison of the resources of parents and childless men and women in very old age. *Family Relations*, 32, 403-409.
- Kellermann, A. L., F. P. Rivara, G. Somes, D. T. Reay, J. Francisco, J. G. Banton, J. Prodzinski, C. Flinger y B. B. Hackman (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 327, 467-472.
- Kelly, J. R. (1987). *Peoria winter: Styles and resources in later life*. Lexington, MA: Lexington.
- Kelly, J. R. (1994). Recreation and leisure. En A. Monk (ed.), *The Columbia retirement handbook*

- (pp. 489-508). Nueva York: Columbia University Press.
- Kelly, J. R., M. Steinkamp y J. Kelly (1986). Later life leisure: How they play in Peoria. *The Gerontologist*, 26, 531-537.
- Kelly, R. C. (1976). Witchcraft and sexual relations: An exploration in the social and semantic implications of the structure of belief. En P. Brown y G. Buchbinder (eds.), *Man and woman in the New Guinea highlands* (pp. 36-53). Washington, DC: American Anthropological Association.
- Kemper, T. L. (1994). Neuroanatomical and neuropathological changes during aging and dementia. En M. L. Albert y J. E. Knoefel (eds.), *Clinical neurology of aging* (p. 367). Nueva York: Oxford University Press.
- Kennedy, R. (1994, diciembre 5). Elizabeth Glaser dies at 47; crusader for pediatric AIDS. *New York Times*, p. A12.
- Kenrick, D. T. y D. C. Funder (1988). Profiting from controversy: Lessons from the person-situation debate. *American Psychologist*, 43, 23-34.
- Keppel, K. G., J. N. Pearcy y D. K. Wagener (2002). Trends in racial and ethnic-specific rates for the health status indicators: United States, 1990-1998. *Statistical Notes*, núm. 23. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Kernan, M. (1993, junio). The object at hand. *Smithsonian*, pp.14-16.
- Kerschner, H. K. (1992). *An incumbent versus a new candidate paradigm in aging*. Washington, DC: American Association for International Aging.
- Kessler, R. C., K. A. McGonagle, C. B. Nelson, M. Hughes, M. Swartz y D. G. Blazer (1994). Sex and depression in the National Comorbidity Survey: 2. Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, 30, 15-26.
- Kiefe, C.I., O. D. Williams, N. W. Weissman, P. J. Schreiner, S. Sidney y D. D. Wallace (2000). Changes in US health care access in the 90s: Race and income differences from the CARDIA study. *Coronary Artery Risk Development in Young Adults. Ethnicity and Disease*, 10, 418-431.
- Kiernan, T. (1981). *Sir Larry: The life of Laurence Olivier*. Nueva York: Times.
- Kihlstrom, J. F. (1983). Instructed forgetting: Hypnotic and nonhypnotic. *Journal of Experimental Psychology: General*, 112, 73-79.
- Kim, J. E. y P. Moen (2000). Retirement transitions, gender, and psychological well-being in late midlife.
- Kim, J. E. y P. Moen (2001). Moving into retirement: Preparation and transitions in late midlife. En M. Lachman (ed.), *Handbook of Midlife Development*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Kim, N. W., M. A. Piatsyzek, K. R. Prowse, C. B. Harley, M. D. West, P. L. C. Ho, G. M. Coviello, W. E. Wright, S. L. Weinrich y J. W. Shay (1994). Specific association of human telomerase activity with immortal cells and cancer. *Science*, 266, 2011-2015.
- Kimmel, D. (1990). *Adulthood and aging: An interdisciplinary, developmental view*. Nueva York: Wiley.
- Kimmel, D. C. (1988). Ageism, psychology, and public policy. *American Psychologist*, 43(3), 175-178.
- King, B. M. (1996). *Human sexuality today*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- King, B. M., C. J. Camp y A. M. Downey (1991). *Human sexuality today*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- King, D. (1993, marzo). Age-old questions [Carta al Editor]. *New Woman*, p. 14.
- Kinsella, K. y Y. J. Gist (1995). *Older workers, retirement, and pensions: A comparative international chartbook* (International Population Center Report IPC/95-2). Washington, DC: U.S. Bureau of the Census.
- Kinsella, K. y V. A. Velkoff (2001). *An aging world: 2001*. U.S. Census Bureau, Series P95/01-1. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Kirby, S. E., P. G. Coleman y D. Daley (2004). Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B, P123-P129.
- Kirsch, I. S., L. Jenkins, A. Jungeblut y A. Kolstad (1993). *Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey*. Princeton, NJ: Educational Testing Service.
- Kirschenbaum, M. J. (1994, agosto). Breaking the cycle of domestic violence. *The Menninger Letter*, pp. 1-2.
- Kirschenbaum, R. J. (1990, noviembre-diciembre). An interview with Howard Gardner. *The Gifted Child Today*, pp. 26-32.

- Kite, M. E. y B. T. Johnson (1988). Attitudes toward older and younger adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 3(3), 232-244.
- Kite, M. E. (1996). Age, gender, and occupational label: A test of social role theory. *Psychology of Women Quarterly*, 20(3), 361-374.
- Kitson, G. C. y L. A. Morgan (1990). The multiple consequences of divorce: A decade review. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 52, 913-924.
- Kitson, G. C. y M. J. Roach (1989). Independence and social and psychological adjustment in widowhood and divorce. En D. A. Lund (ed.), *Older bereaved spouses: Research with practical implications*. Nueva York: Hemisphere.
- Kivett, V. R. (1991). Centrality of the grandfather role among older rural black and white men. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46(5), S250-258.
- Kivett, V. R. (1993). Racial comparisons of the grandmother role: Implications for strengthening the family support system of older Black women. *Family Relations*, 42, 165-172.
- Kivett, V. R. (1996). The saliency of the grandmother-granddaughter relationship: Predictors of association. *Journal of Women and Aging*, 8, 25-39.
- Kivnick, H. (1982). *The meaning of grandparenthood*. Minneapolis: UMI Research.
- Kivnick, H. Q. (1993). Everyday mental health: A guide to assessing life strengths. *Generations*, 17(1), 13-20.
- Kivnick, H. Q. y A. Kavka (1999). It takes two: Therapeutic alliance with older clients. En M. Duffy (ed.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Klagsbrun, F. (1993, noviembre). Marching in front. *Hadassah*, pp. 24-25.
- Klass, D. (1986, noviembre). *When is forgetting cognitive decline?* Ponencia presentada en la reunión anual de la Gerontological Society of America, Chicago.
- Klatzky, R. L. (1991). Let's be friends. *American Psychologist*, 46(1), 43-45.
- Kleemeier, R. W. (1962). Intellectual changes in the senium. *Proceedings of the American Statistical Association*, 1, 181-190.
- Kliegl, R. y U. Lindenberger, U. (1993). Modeling intrusions and correct recall in episodic memory: Adult age differences in encoding of list context. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 19, 617-637.
- Kline y F. Schneber (1985). Vision and aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of psychology and aging* (2a. ed., pp. 296-331). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Kline, D. W. y C. T. Scialfa (1996). Visual and auditory aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 181-203). San Diego, CA: Academic Press.
- Kline, D. W., T. J. B. Kline, J. L. Fozard, W. Kosnik, F. Schieber y R. Sekuler (1992). Vision, aging, and driving: The problems of older drivers. *Journal of Gerontology*, 47(1), P27-34.
- Kobayashi, M. K. (1996). Adult business education programmes in private educational institutions in Japan. *Journal of Management Development*, 15, 30-37.
- Koenig, H. G., L. K. George e I. C. Siegler (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist*, 28(3), 303-310.
- Koenig, H. G., J. N. Kvale y C. Ferrel (1988). Religion and well-being in later life. *The Gerontologist*, 28(1), 18-28.
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. En E. E. Maccoby (ed.), *The development of sex differences* (pp. 82-173). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. En D. A. Goslin (ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- Kohlberg, L. (1973). Continuities in childhood and adult moral development revisited. En P. Baltes y K. W. Schaie (eds.), *Life-span developmental psychology: Personality and socialization* (pp. 180-207). Nueva York: Academic.
- Kohlberg, L. (1974b, marzo 24). More authority [carta al Editor]. *New York Times*, VII, p. 42.
- Kohlberg, L. y R. A. Ryncarz (1990). Beyond justice reasoning: Moral development and consideration of a seventh stage. En C. N. Alexander y E. J. Langer (eds.), *Higher stages of human*

- development* (pp. 191-207). Nueva York: Oxford University Press.
- Kohn, M. L. (1980). Job complexity and adult personality. En N. J. Smelser y E. H. Erikson (eds.), *Themes of work and love in adulthood*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Koivula, I., M. Sten y P. H. Makela (1999). Prognosis after community-acquired pneumonia in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1550-1555.
- Kopera-Frye, K., R. Wiscott y H. L. Sterns (1999). Can the drinking problem index provide valuable therapeutic information for recovering alcoholic adults? *Aging & Mental Health*, 3, 246-256.
- Kopka, T. L. C., N. B. Schantz y R. A. Korb (1998). *Adult Education in the 1990s: A Report on the 1991 National Household Education Survey* (NCES 98-03). Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Kopp, C. B. y R. B. McCall (1982). Predicting later mental performance for normal, at-risk, and handicapped infants. En P. B. Baltes y O. G. Brim (eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 4). Nueva York: Academic.
- Kornhaber, A. (1986). *Between parents and grandparents*. Nueva York: St. Martin's.
- Kornhaber, A. y S. Forsyth (1994). *Grandparent power: How to strengthen the vital connection among grandparents, parents and children*. Nueva York: Crown.
- Kornhaber, A. y K. L. Woodward (1981). *Grandparents/grandchildren: The vital connection*. Garden City, NY: Anchor/Doubleday.
- Kosnik, W., L. Winslow, D. Kline, K. Rasinski y R. Sekuler (1988). Visual changes in daily life throughout adulthood. *Journal of Gerontology*, 43(3), P63-70.
- Kottak, C. P. (1994). *Cultural anthropology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Koutstaal, W., C. Reddy, E. M. Jackson, S. Prince, D. L. Cendan y D. L. Schacter (2003). False recognition of abstract versus common objects in older and younger adults: Testing the semantic categorization account. *Journal of Experimental Psychology*, 29(4), 449-510.
- Koustaal, W., D. L. Schacter, L. Galluccio y K. A. Stofer (1999). Reducing gist-based false recognition in older adults: Encoding and retrieval manipulations. *Psychology and Aging*, 14(2), 220-237.
- Kraaykamp, G. (2002). Trends and countertrends in sexual permissiveness: Three decades of attitude change in the Netherlands 1965-1995. *Journal of Marriage and the Family*, 64, 225-239.
- Kramarow, E., H. Lentzner, R. Rooks, J. Weeks y S. Saydah (1999). *Health and Aging Chartbook for Health, United States, 1999*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Kranzler, J. H. y A. R. Jensen (1991a). The nature of psychometric g: Unitary process or a number of independent processes? *Intelligence*, 15, 397-422.
- Kranzler, J. H. y A. R. Jensen (1991b). Unitary g: Unquestioned postulate or empirical fact? *Intelligence*, 15, 437-448.
- Krause, N. (2004a). Common facets of religion, unique facets of religion, and life satisfaction among older African Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, S109-117.
- Krause, N. y B. A. Shaw (2000). Role-specific feelings of control and mortality. *Psychology and Aging*, 15, 617-626.
- Kraut, R., S. Kiesler, B. Boneva, J. Cummings, V. Helgeson y A. Crawford (2002). Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues*, 58, 49-74.
- Kraut, R., V. Lundmark, M. Patterson, S. Kiesler, R. Mukopadhyay y W. Sherlis (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53, 1017-1031.
- Kreicsbergs, U., U. Valdimarsdottir, E. Onelov, J. Henter y G. Steineck (2004). Talking about death with children who have severe malignant disease. *New England Journal of Medicine*, 351, 1175-1253.
- Kreider, R. M. y J. M. Fields (2002). Number, timing, and duration of marriages and divorces: Fall 1996. *Current Population Reports*, pp. 70-80. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- Krieger, D. (1982). Cushing's syndrome. *Monographs in Endocrinology*, 22, 1-142.
- Krishna, D. (2000). Telomerase: cancer detection and therapy. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 62(1), 9-15.
- Kristof, N. D. (1990, diciembre 6). At 102, he's back in school, with many like him. *New York Times*, p. A4.

- Kroenke, K. y R. L. Spitzer (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 50-155.
- Kubie, L. S. (1958). *The neurotic distortion of the creative process*. Lawrence: University of Kansas Press.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Nueva York: Macmillan.
- Kübler-Ross, E. (1970). *On death and dying*. Nueva York: Macmillan.
- Kübler-Ross, E. (ed.) (1975). *Death: The final stage of growth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kumar, C. y M. Puri (1983). *Mahatma Gandhi: His life and influence*. Nueva York: Franklin Watts.
- Kurdek, L. A. (1995). Assessing multiple determinants of relationship: Commitment in cohabiting gay, cohabiting lesbian, dating heterosexual, and married heterosexual couples. *Family Relations*, 44, 249-261.
- Kurosawa, A. (1981). *Something like an autobiography* (A. E. Bock, trad.). Nueva York: Knopf.
- La Sala, M. C. (1998). Coupled gay men, parents, and in-laws: Intergenerational approval and the need for thick skin. *Families in Society*, 79, 585-595.
- Labouvie-Vief, G. (1982). Dynamic development and mature autonomy: A theoretical prologue. *Human Development*, 25, 161-191.
- Labouvie-Vief, G. (1985). Intelligence and cognition. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 500-530). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Labouvie-Vief, G. (1986). Modes of knowledge and the organization of development. En M. Commons, L. Kohlberg, F. Richards y J. Sinnott (eds.), *Beyond formal operations: 3, Models and methods in the study of adult and adolescent thought*. Nueva York: Praeger.
- Labouvie-Vief, G. (1990a). Modes of knowledge and the organization of development. En M. L. Commons, L. Kohlberg, R. Richards y J. Sinnott (eds.), *Beyond formal operations: 2, Models and methods in the study of adult and adolescent thought*. Nueva York: Praeger.
- Labouvie-Vief, G. (1990b). Wisdom as integrated thought: Historical and development perspectives. En R. J. Sternberg (ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp. 52-83). Cambridge: Cambridge University Press.
- Labouvie-Vief, G. (1997). Cognitive-emotional integration in adulthood. En K. W. Schaie y M. P. Lawton (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (vol. 17, pp. 203-237). Nueva York: Springer.
- Labouvie-Vief, G. y J. Hakim-Larson (1989). Developmental shifts in adult thought. En S. Hunter y M. Sundel (eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.
- Labouvie-Vief, G., C. Adams, J. Hakim-Larson, M. Hayden y M. DeVoe (1987). *Modes of text processing from preadolescence to mature adulthood*. Unpublished manuscript, Wayne State University, Detroit.
- Labouvie-Vief, G., J. Hakim-Larson y C. J. Hobart (1987). Age, ego level, and the life-span development of coping and defense processes. *Psychology and Aging*, 2, 286-293.
- Labouvie-Vief, G., J. Hakim-Larson, M. DeVoe y S. Schoeberlein (1989). Emotions and self-regulation: A life-span view. *Human Development*, 32, 279-299.
- Labouvie-Vief, G., D. A. Schell y S. E. Weaverdyck (1982). *Recall deficit in the aged: A fable recalled*. Unpublished manuscript, Wayne State University, Detroit.
- Lachman, J. L. y R. Lachman (1980). Age and the actualization of knowledge. En L. W. Poon, J. L. Fozard, L. S. Cermak, D. Arenberg y L. W. Thompson (eds.), *New directions in memory and aging* (pp. 313-343). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lachman, M. E. (1986). Locus of control in aging research: A case for multidimensional and domain-specific assessment. *Psychology and Aging*, 1, 34-40.
- Lachman, M. E. y R. M. Bertrand (2001). Introduction. En M.E. Lachman (ed.), *Handbook of midlife development*. Nueva York: Wiley.
- Lachman, M. E. y S. L. Weaver (1998). Sociodemographic variations in the sense of control by domain: Findings from the MacArthur Studies of Midlife. *Psychology and Aging*, 13, 553-562.
- Lachman, R., J. L. Lachman y D. W. Taylor (1982). Reallocation of mental resources over the productive life-span: Assumptions and task

- analyses. En F. I. M. Craik y S. Trehub (eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 279-307). Nueva York: Plenum.
- Lacy, W. B. y J. Hendricks (1980). Developmental model of adult life: Myth or reality? *Aging and Human Development*, 11, 89-110.
- Lakatta, E. G. (1990). Changes in cardiovascular function with aging. *European Heart Journal*, 11c, 22-29.
- Lakoff, R. T. e I. C. Coyne (1993). *Father knows best: The use and abuse of power in Freud's case of Dora*. Nueva York: Teacher's College Press.
- Lamb, M. E. (1987). *The father's role: Cross-cultural perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lambeth, G. S. y M. Hallett (2002). Promoting healthy decision making in relationships: Developmental interventions with young adults on college and university campuses. En C. L. y D. R. Atkinson (eds.), *Counseling across the lifespan: Prevention and treatment* (pp. 209-226). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lamy, M., P. Mojon, G. Kalykakis, R. Legrand y E. Butz-Jorgensen (1999). Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *Journal of Dentistry*, 27, 6, 443-448.
- Lancy, D. F. (1977). Studies of memory in culture. *Annals of the New York Academy of Science*, 285, 297-307.
- Landers, S. (1992, marzo). Family "kin care" trend increasing. *National Association of Social Workers News*, p. 5.
- Landy, F. J. (1992, febrero 19). *Research on the use of fitness tests for police and fire fighting jobs*. Presentada en el Second Annual Scientific Psychology Forum of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Landy, F. J. (1994, julio-agosto). Mandatory retirement age: Serving the public welfare? *Psychological Science Agenda: American Psychological Association*, pp. 10-11, 20.
- Lansford, J. E., A. M. Sherman y T. C. Antonucci (1998). Satisfaction with social networks: An examination of socioemotional selectivity. *Psychology and Aging*, 13(4), 544-552.
- Lapham, E. V., C. Kozma y J. O. Weiss (1996). Genetic discrimination: Perspectives of consumers. *Science*, 274, 621-624.
- Larsen, D. (1990, diciembre-1991, enero). Unplanned parenthood. *Modern Maturity*, pp. 32-36.
- Larson, A. (1989). Social context of human immunodeficiency virus transmission in Africa: Historical and cultural bases of east and central African sexual relations. *Review of Infectious Diseases*, 11, 713-731.
- Larson, R., R. Mannell y J. Zuzanek (1986). Daily well-being of older adults with friends and family. *Psychology and Aging*, 1(2), 117-126.
- Larson, R., J. Zuzanek y R. Mannell, R. (1985). Being alone versus being with people: Disengagement in the daily experience of older adults. *Journal of Gerontology*, 40, 375-381.
- Latimer, E. J. (1992, febrero). Euthanasia: A physician's reflections. *Ontario Medical Review*, pp. 21-29.
- Laudenslager, M. L., S. M. Ryan, R. C. Drugan, R. L. Hyson y S. F. Maier (1983). Coping and immunosuppression: Inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation. *Science*, 221, 568-570.
- Lauer, J. y R. Lauer (1985). Marriages made to last. *Psychology Today*, 19(6), 22-26.
- Laumann, E. O. y R. T. Michael (eds.) (2000). *Sex, love, and health in America: Private choices and public policies*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, E. O., J. H. Gagnon, R. T. Michael y S. Michaels (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Launer, L. J., K. Andersen, M. E. Dewey, L. Letenneur, A. Ott, L. A. Amaducci, C. Brayne, J. R. M. Copeland, J. F. Dartigues, P. Kragh-Sorensen, A. Lobo, J. M. Martinez-Lage, T. Stijnen y A. Hofman (1999). Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: Results from EURODEM pooled analyses. *Neurology*, 52, 78-84. *Gerontology: Social Sciences*, 48, S9-16.
- Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of old people. En M. P. Lawton y T. O. Byerts (eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 33-59). Nueva York: Springer.

- Lawton, M. P. y L. Nahemow (1973). Ecology and the aging process. En C. Eisdorfer y M. P. Lawton (eds.), *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lawton, M. P. (2001). Quality of life and the end of life. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, p. 592-616. San Diego, CA: Academic Press.
- Lazarus, R. S. (1981, julio). Little hassles can be hazardous to health. *Psychology Today*, pp. 58-62.
- Lazarus, R. S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry*, 14(2), 93-109.
- Lazarus, R. S. y S. Folkman (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Lebowitz, B. D. y G. Niederehe (1992). Concepts and issues in mental health and aging. En J. E. Birren, R. B. Sloane y G. D. Cohen (eds.), *Handbook of mental health and aging* (2a. ed., pp. 3-26). San Diego: Academic.
- Lee, D. J. y K. S. Markides (1990). Activity and mortality among aged people over an eight-year period. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45(1), S539-542.
- Lee, G. R., J. W. Dwyer y R. T. Coward (1993). Gender differences in parent care: Demographic factors and some gender preferences. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, S9-16.
- Lee, G. R., J. K. Netzer y R. T. Coward (1995). Depression among older parents: The role of intergenerational exchange. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 823-833.
- Lee, I. M. y R. S. Paffenbarger (1992). Changes in body weight and longevity. *Journal of the American Medical Association*, 268, 2045-2049.
- Lee, P. R., P. Franks, G. S. Thomas y R. S. Paffenbarger (1981). *Exercise and health: The evidence and its implications*. Cambridge, MA: Oelgeschlager, Gunn & Hain.
- Lee, T. R., J. A. Mancini y J. W. Maxwell (1990). Sibling relationships in adulthood: Current patterns and motivations. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 431-440.
- Lefrancois, G. R. (1982). *Psychology for teaching: A bear rarely faces the front*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Lehrman, S. (2002, marzo). The topic in-depth. *Genetics of Aging and Longevity*.
- Lemmon, J. A. (1983). Divorce mediation: Optimal scope and practical issues. *Mediation Quarterly*, 1, 45-61.
- Lemon, B., V. Bengtson y J. Peterson (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511-523.
- Lemonick, M. D. (2001, noviembre 5). Beyond the theoretical. *Time*.
- Lengua, L. J. y E. A. Kovacs (2005). Bidirectional associations between temperament and parenting and the prediction of adjustment problems in middle childhood. *Applied Developmental Psychology*, 26, 21-38.
- Lennox, A., H. Karlinsky, J. Meschino, J. A. Buchanan, M. E. Percy y J. M. Berg (1994). Molecular genetic predictive testing for Alzheimer's disease: Deliberations and preliminary recommendations. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8, 126-147.
- Lenz, E. (1993, agosto-septiembre). Mirror, mirror...: One woman's reflections on her changing image. *Modern Maturity*, pp. 24, 26-28, 80.
- Lerner, M. J., D. G. Somers, D. Reid, D. Chiriboga y M. Tierney (1991). Adult children as caregivers: Egocentric biases in judgments of sibling contributions. *The Gerontologist*, 31(6), 746-755.
- Lesgold, A. M. (1983). *Expert systems*. Ponencia presentada en los Cognitive Science Meetings, Rochester, NY.
- LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034-1037.
- Levin, J. S. y R. J. Taylor (1993). Gender and age differences in religiosity among black Americans. *The Gerontologist*, 33(1), 16-23.
- Levin, J. S., R. J. Taylor y L. M. Chatters (1994). Race and gender differences in religiosity among older adults: Findings from four national surveys. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49, S137-145.
- Levine, R. (1980). Adulthood among the Gusii of Kenya. En N. J. Smelser y E. H. Erikson (eds.), *Themes of work and love in adulthood* (pp. 77-104). Cambridge, MA: Harvard University Press.



- Levinson, D. (1978). *The seasons of a man's life*. Nueva York: Knopf.
- Levinson, D. (1980). Toward a conception of the adult life course. En N. J. Smelser y E. H. Erikson (eds.), *Themes of work and love in adulthood* (pp. 265-290). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 3-13.
- Levinson, D. J. y J. D. Levinson (1996). *The seasons of a woman's life*. Nueva York: Ballantine Books.
- Levinson, W. y D. Altkorn (1998). Primary prevention of postmenopausal osteoporosis. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1821-1822.
- Leviton, D. (1977). Death education. En H. Feifel (ed.), *New meanings of death* (pp. 253-272). Nueva York: McGraw-Hill.
- Levron, J., A. Aviram, I. Madgar, A. Livshits, G. Raviv, D. Bider, A. Hourwitz, G. Bakari, B. Goldman y S. Mashiach (1998, octubre). *High rate of chromosomal neuploidies in testicular spermatozoa retrieved from azoospermic patients undergoing testicular sperm extraction for in vitro fertilization*. Ponencia presentada en el 16th World Congress on Fertility and Sterility y en el 54th annual meeting of the American Society for Reproductive Medicine, San Francisco, CA.
- Levy, B. y E. Langer (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China and among the American deaf. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 989-997.
- Levy-Cushman, J. y N. Abeles (1998). Memory complaints in the able elderly. *Clinical Gerontologist*, 19, 3-24.
- Lewis, D. B. W. (1968). *The World of Goya*. Nueva York: Potter.
- Lewis, M. I. y R. N. Butler (1974). Life-review therapy: Putting memories to work in individual and group psychotherapy. *Geriatrics*, 29, 165-173.
- Li, J., T. M. Laursen, D. H. Precht, J. Olsen y P. B. Mortensen (2005). Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *New England Journal of Medicine*, 352, 1190-1196.
- Li, J., D. H. Precht, P. B. Mortensen y J. Olsen (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361, 363-367.
- Li, S., U. Lindenberger, B. Hommel, G. Aschersleben, W. Prinz y P. Baltes (2004). Transformations in the couplings among intellectual abilities and constituent cognitive processes across the lifespan. *American Psychological Society*, 15(30), 155-163.
- Lichtenberg, P. A. (1994). *A guide to psychological practice in geriatric long-term care*. Binghamton, NY: Haworth.
- Lickona, T. (ed.) (1976). *Moral development and behavior*. Nueva York: Holt.
- Lieberman, M. (1996). *Doors close, doors open: Widows, grieving and growing*. Nueva York: Putnam.
- Lieberman, M. y A. Coplan (1970). Distance from death as a variable in the study of aging. *Developmental Psychology*, 2(1), 71-84.
- Liebman, B. (1995, junio). A meat and potatoes man. *Nutrition Action Health Letter*, 22(5), 6-7.
- Light, L. L. (1990). Interactions between memory and language in old age. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3a. ed., pp. 275-290). San Diego: Academic.
- Lindeman, R. D., J. Tobin y N. Shock (1985). Longitudinal studies on rate of decline in renal function with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33, 278-285.
- Linder, K. (1990). *Functional literacy projects and project proposals: Selected examples*. París: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization.
- Lino, M. (2001). *Expenditures on children by families, 2000 annual report* (Misc. Publication núm. 1528-2000). Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion.
- Lipid Research Clinics Program (1984a). The lipid research clinic coronary primary prevention trial results: 1. Reduction in incidence of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 251, 351-364.
- Lipid Research Clinics Program (1984b). The lipid research clinic coronary primary prevention trial results: 2. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol

- lowering. *Journal of the American Medical Association*, 251, 365-374.
- Listening to depression: The new medicines (1995, enero). *Johns Hopkins Medical Letter: Health after 50*, pp. 4-5.
- Livson, F. (1976, noviembre). *Sex differences in personality development in the middle adult years: A longitudinal study*. Ponencia presentada en la reunión anual de la Gerontological Society, Louisville, KY.
- Lock, M. (1994). Menopause in cultural context. *Experimental Gerontology*, 29, 307-317.
- Lock, M. (1998). Deconstructing the change: Female maturation in Japan and North America. En R. A. Shweder (ed.), *Welcome to middle age (and other cultural fictions)* (pp. 45-74). Chicago: University of Chicago Press.
- Lofland, L. H. (1986). When others die. *Generations*, 10(4), 59-61.
- Loftus, E. F. (1991). The glitter of everyday memory ... and the gold. *American Psychologist*, 46(1), 16-18.
- Longino, C. F. y J. R. Earle (1996). Who are the grandparents at century's end? *Generations*, 20(1), 13-16.
- Longino, C. F. y C. S. Kart (1982). Explicating activity theory: A formal replication. *Journal of Gerontology*, 37(6), 713-721.
- Lopata, H. (1977, septiembre-octubre). Widows and widowers. *The Humanist*, pp. 25-28.
- Lopata, H. (1979). *Women as widows*. Nueva York: Elsevier.
- Lord, A. B. (1982). Oral poetry in Yugoslavia. En U. Neisser (ed.), *Memory observed: Remembering in natural contexts* (pp. 243-257). San Francisco: Freeman.
- Louis Harris y colaboradores (1995). *Women's issues* (Survey conducted for Families and Work Institute and the Whirlpool Foundation). Nueva York: autor.
- Lovelace, E. A. (1990). Basic concepts in cognition and aging. En E. A. Lovelace (ed.), *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness, and interventions* (pp. 1-28). Amsterdam: North-Holland, Elsevier.
- Lowenthal, M. y C. Haven (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33, 20-30.
- Luborsky, M. R. y C. K. McMullen (1999). Culture and aging. En J. Cavanaugh, Whitbourne y S. Krauss (eds.), *Gerontology: An interdisciplinary perspective* (pp. 65-90). Nueva York: Oxford University Press.
- Lucas, R. E., A. E. Clark, Y. Georgellis y E. Diener (2004). *American Psychological Society*, 15(1), 8-13.
- Ludmer-Gliebe, S. (1994, primavera). Can Johnny read? The American illiteracy crisis. *The Reporter (Women's American ORT)*, pp. 18-20.
- Lund, D. A. (1993a). Caregiving. En R. Kastenbaum (ed.), *Encyclopedia of adult development* (pp. 57-63). Phoenix: Oryx.
- Lund, D. A. (1993b). Widowhood: The coping response. En R. Kastenbaum (ed.), *Encyclopedia of adult development* (pp. 537-541). Phoenix: Oryx.
- Lund, D. A. (ed.) (1989). *Older bereaved spouses: Research with practical applications*. Washington, DC: Hemisphere.
- Luria, A. R. (1968). *The mind of a mnemonist*. Nueva York: Basic Books.
- Luria, A. R. (1976). *Cognitive development: Its cultural and social foundations*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lutjen, P., A. Trounson, J. Leeton, J. Findlay, C. Wood y P. Renou (1984). The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure, *Nature*, 307, 174-175.
- Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology*, 26, 683-697.
- MacAdam, M. (1993). Review of Caring for an Aging World: International models for long-term care, financing, and delivery. *Generations*, 17(4), 77-78.
- MacDonald, R. K. (1983). *Louisa May Alcott*. Boston: Twayne.
- Mackay, J. y M. Ericksen (2002). *The tobacco atlas*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- MacKinnon, D. W. (1962). The nature and nurture of creative talent. *American Psychologist*, 7, 488-495.
- Main, M. (1987). *Working models of attachment in adolescence and adulthood*. Simposio presentado

- en la Society of Research in Child Development, Baltimore.
- Maitland, S. B., R. C. Interieri, K. W. Schaie y S. L. Willis (2000). Gender differences and changes in cognitive abilities across the adult life span. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 7(1), 32-53.
- Malcolm, A. H. (1984, septiembre 23). Many see mercy in ending lives. *New York Times*, pp. 1, 56.
- Mandela, N. (1994). *Long walk to freedom: The autobiography of Nelson Mandela*. Boston: Little, Brown.
- Manders, M., L. C. P. G. M. deGroot, W. A. van Staveren, W. Woulters-Wessling, A. J. M. J. Mulders y W. H. L. Hoefnaagels (2004). Effectiveness of nutritional of *Gerontology: Medical Sciences*, 59A, 1041-1049.
- Mannell, R. (1993). High investment activity and life satisfaction: Commitment, serious leisure, and flow in the daily lives of older adults. En J. Kelly (ed.), *Activity and aging*. Newbury Park, CA: Sage.
- Manning, C. A., J. L. Hall y P. E. Gold (1990). Glucose effects on memory and other neuropsychological tests in elderly humans. *Psychological Science*, 1(5), 307-311.
- Mansfield, R. S. y T. V. Busse (1981). *The psychology of creativity and discovery: Scientists and their work*. Chicago: Nelson-Hall.
- Manton, K. G., I. C. Siegler y M. A. Woodbury (1986). Patterns of intellectual development in later life. *Journal of Gerontology*, 41, 486-499.
- Manuelidis, E. E., J. M. deFigueiredo, J. H. Kim, W. W. Fritch y L. Manuelidis (1988). Transmission studies from blood of Alzheimer's patients and healthy relatives. *Proceedings of the National Academy of Science, USA*, 85, 4898-4901.
- Markman, H. J., M. J. Renick, F. J. Floyd, S. M. Stanley y M. Clements (1993). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 70-77.
- Marks, N. (1998). Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 951-956.
- Marks, N. F. y J. D. Lambert (1998). Marital status continuity and change among young and midlife adults: Longitudinal effects on psychological well being. *Journal of Family Issues*, 19(6), 652-686.
- Marks, N.F., L. L. Bumpass y H. Jun (2004). Family roles and well-being during the middle life course. En O. G. Brim, C. D. Ryff y R. C. Kessler (eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 514-549). Chicago: University of Chicago Press.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Markus, H. y S. Cross (1990). The interpersonal self. En L. Pervin (ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 576-608). Nueva York: Guilford.
- Markus, H. y P. Nurius (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Marshall, E. (1993). A tough line on genetic screening. *Science*, 262, 984-985.
- Marshall, V. W. (1994). Sociology, psychology, and the theoretical legacy of the Kansas City studies. *The Gerontologist*, 34, 768-774.
- Martikainen, P. y T. Valkonen (1996). Mortality after the death of a spouse: Rates and causes of death in a large Finnish cohort. *American Journal of Public Health*, 86, 1087-1093.
- Martin, J. A., B. E. Hamilton, S. J. Ventura, F. Menacker, M. M. Park y P. D. Sutton (2002). Births: Final data for 2001, *National Vital Statistics Reports*, 51, 2.
- Martin, L. G. (1988). The aging of Asia. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43(4), S599-113.
- Martin, L. R., H. S. Friedman, J. S. Tucker, C. Tomlison-Keasey, M. H. Criqui y J. E. Schwartz (2002). A life course perspective on childhood cheerfulness and its relation to mortality risk. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1155-1165.
- Martin, P., B. Hagberg y L. W. Poon (1997). Predictors of loneliness in centenarians: A parallel study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12, 203-224.
- Martino-Salzman, D., B. B. Blasch, R. D. Morris y L. W. McNeal (1991). Travel behavior of nursing home residents perceived as wanderers and nonwanderers. *The Gerontologist*, 31, 666-672.
- Marvell, T. B. (1989). Divorce rates and the fault requirement. *Law and Society Review*, 23, 543-567.
- Maslach, C. y S. E. Jackson (1985). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Masoro, E. J. (1985). Metabolism. En C. E. Finch y E. L. Schneider (eds.), *Handbook of the biology of aging* (2a. ed., pp. 540-563). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Masters, W. H. y V. E. Johnson (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H. y V. E. Johnson (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H. y V. E. Johnson (1981). Sex and the aging process. *Journal of the American Geriatrics Society*, 29, 385-390.
- Masters, W. H., V. E. Johnson y R. C. Kolodny (1988). *Human sexuality* (3a. ed.). Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Matlin, M. M. (1987). *The psychology of women*. Nueva York: Holt.
- Matthews, A. M. y K. H. Brown (1988). Retirement as a critical life event: The differential experience of women and men. *Research on Aging*, 9, 548-551.
- Mays, V. M., L. M. Chatters, S. D. Cochran y J. Mackness (1998). African American families in diversity: Gay men and lesbians as participants. *Journal of Comparative Family Studies*, 29(1), 73-87.
- Mazel, A. (1984). Reforme legislative et sociologie judiciaire: Le nouveau divorce. *Informatica e diritto*, 10, 383-408.
- Mazucca, J. (2003). Teen career picks: The more things change ... The Gallup Poll Tuesday Briefing, 05/13/2003. The Gallup Organization. [En línea] [www.gallup.com/poll/tb/educaYouth/20030513.asp](http://www.gallup.com/poll/tb/educaYouth/20030513.asp). Fecha de consulta: enero 31, 2004.
- McArdle, J. J., C. A. Prescott, F. Hamagami y J. L. Horn (1998). A contemporary method for developmental-genetic analyses of age changes in intellectual abilities. *Developmental Neuropsychology*, 14(1), 69-114.
- McCann, I. L. y D. S. Holmes (1984). Influence of aerobic exercise on depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(5), 1142-1147. *Clinical Pediatrics*, 25(2, 3, 4), 65-71.
- McCartney, N., A. L. Hicks, J. Martin y C. E. Webber (1996). A longitudinal trial of weight training in the elderly: Continued improvements in year 2. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 51, B425-B433.
- McClelland, D. C. (1993). Intelligence is not the best predictor of job performance. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 5-6.
- McCrae, R. R. y P. T. Costa (1984). *Emerging lives, enduring dispositions*. Boston: Little, Brown.
- McCrae, R. R. y P. T. Costa (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509-516.
- McCrae, R. R., P. T. Costa Jr. y C. M. Busch (1986). Evaluating comprehensiveness in personality system: The California Q-set and the five factor model. *Journal of Personality*, 54, 430-446.
- McCrae, R. R., P. T. Costa, T. A. Martin, V. E. Oryol, A. A. Rukavishnikov, I. G. Senin, M. Hrebickova y T. Urbanek (2004). Consensual validation of personality traits across cultures. *Journal of Research in Psychology*, 38, 179-201.
- McCrae, R. R., P. T. Costa, F. Ostendorf, A. Angleitner, M. Hrebickova, M. D. Avia, M. D. Sanz, M. L. Sanchez-Bernardos, M. E. Kusdil, R. Woodfield, P. R. Saunders y P. B. Smith (2000). Nature over Nurture: Temperament, personality and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186.
- McCusker, J., C. F. Cherubin y S. Zimberg (1971). Prevalence of alcoholism in general municipal hospital population. *New York State Journal of Medicine*, 71, 751-754.
- McFall, S. y B. H. Miller (1992). Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly patients. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47, S73-79.
- McGue, M., S. Bacon y D. T. Lykken (1993). Personality stability and change in early adulthood: A behavioral genetic analysis. *Developmental Psychology*, 21, 96-109.
- McKay, N. Y. (1992). *Introduction*. En M. Anderson, *My Lord, what a morning* (pp. ix-xxxiii). Madison: University of Wisconsin Press.
- McKittrick, L. A., C. J. Camp y F. W. Black (1992). Prospective memory intervention in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 47(5), 337-343.
- McIntosh, J. L. (1992). Epidemiology of suicide in the elderly. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 15-35.
- McMullen, R. (1984). *Degas: His life, times, and work*. Boston: Houghton Mifflin.
- McNally, J. W. y W. D. Mosher (1991, mayo 14). AIDS-related knowledge and behavior among

- women 15-44 years of age: United States, 1988. *Advance Data*, 200.
- Meacham, J. A. (1982). Wisdom and the context of knowledge: Knowing that one doesn't know. En D. Kuhn y J. A. Meacham (eds.), *On the development of developmental psychology* (pp. 111-134). Basel, Suiza: Karger.
- Meacham, J. A. (1990). The loss of wisdom. En R. J. Sternberg (ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp. 181-211). Cambridge: Cambridge University Press.
- MedlinPlus Medical Ecycolpedia (2004). *Medical encyclopedia: Aging changes in immunity*. [En línea] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/004008.htm>
- Meehan, P. J. (1990). Prevention: The endpoint of suicidology. *Mayo Clinic Proceedings*, 65, 115-118.
- Meer, F. (1988). *Higher than hope: The authorized biography of Nelson Mandela*. Nueva York: Harper & Row.
- Meer, J. T. (1987, mayo). The oldest old: The years after 85. *Psychology Today*, p. 82.
- Meier, D. E., C. A. Emmons, S. Wallenstein, T. Quill, R. S. Morrison y C. Cassel (1998). A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *New England Journal of Medicine*, 338, 1193-1201.
- Menken, J., J. Trussell y U. Larsen (1986). Age and infertility. *Science*, 233, 1389-1394.
- Menninger Foundation (1994, marzo). Grandparenting after divorce still a key role for older persons. *The Menninger Letter*, p. 3.
- Mergler, N. L. y M. D. Goldstein (1983). Why are there old people: Senescence as biological and cultural preparedness for the transmission of information. *Human Development*, 26, 72-90.
- Merrill, S. S. y L. M. Verbrugge (1999). Health and disease in midlife. En S. L. Willis y J. D. Reid (eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 78-103). San Diego: Academic Press.
- Merva, M. y R. Fowles (1992). *Effects of diminished economic opportunities on social stress: Heart attacks, strokes, and crime*. Washington, DC: Economic Policy Institute.
- Meyers, H. (1989). The impact of teenaged children on parents. En J. M. Oldham y R. S. Liebert (eds.), *The middle years*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Mezger, R. (2000, julio 11). Condition affects millions of Americans, but it's not a 'sentence to blindness'. *Akron Beacon Journal*.
- Michael, R. T., J. H. Gagnon, E. O. Laumann y G. Kolata (1994). *Sex in America: A definitive survey*. Boston: Little, Brown.
- Michigan court upholds ban on assisted suicide (1994, diciembre 14). *Chicago Sun-Times*, p. 28.
- Milgram, S. (1963). *Obedience to authority; An experimental view*. Nueva York: Harper & Row.
- Milkie, M. A. y Peltola (1999). Playing all the roles: Gender and the work-family balancing act. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 476-490.
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity to process information. *Psychological Review*, 63, 81-97.
- Miller, J. (1987). Aboard the victory O. En G. O'Connor (ed.), *Olivier: In Celebration* (pp. 125-129). Nueva York: Dodd, Mead.
- Miller, J. B. (1991). The development of women's sense of self. En J. V. Jordan, A. G. Kaplan, J. B. Miller, I. P. Stiver y J. L. Surrey (eds.), *Women's growth in connection; Writings from the Stone Center*. Nueva York: Guilford.
- Miller, K. y M. Kohn (1983). The reciprocal effects of job condition and the intellectuality of leisure-time activities. En M. L. Kohn y C. Schooler (eds.), *Work and personality: An inquiry into the impact of social stratifications* (pp. 217-241). Norwood, NJ: Ablex.
- Miller, N. y R. C. Rockwell (eds.) (1988). *AIDS in Africa: The social and policy impact*. Lewiston, PA: Mellen.
- Miller, P. H. (1983). *Theory of developmental psychology*. San Francisco: Freeman.
- Miller, W. R. y C. E. Thoresen (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Miller-Jones, D. (1989). Culture and testing. *American Psychologist*, 44, 360-366.
- Mind and body (1993, abril 17). *New Scientist-Supplement*, p. 10.
- Mindel, C. H. (1983). The elderly in minority families. En T. H. Brubaker (ed.), *Family relationships in later life* (pp. 193-208). Beverly Hills, CA: Sage.

- Minino, A. M., E. Arias, K. D. Kochanek, S. L. Murphy y B. L. Smith (2002). Deaths: Final data for 2000. *National Vital Statistics Reports*, 50(15). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Minkler, H. y K. Roe (1992). *Forgotten caregivers: Grandmothers raising the children of the crack cocaine epidemic*. Newbury Park, CA: Sage.
- Minkler, H. y K. Roe (1996). Grandparents as surrogate parents. *Generations*, 20(1), 34-38.
- Mirvis, P. H. y D. T. Hall (1996). Career development for the older worker. En D. T. Hall y colaboradores (eds.), *The career is dead - Long live the career: A relational approach to careers* (pp. 278-296). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Mishel, L. y J. Bernstein (1994). *The state of working America 1994-1995*. Armonk, NY: Sharp.
- Mischel, W. (1986). *Introduction to personality* (4a. ed.). Nueva York: Holt Rinehart & Winston.
- Mitchell, B. A., A. V. Wister y T. K. Burch (1989). The family environment and leaving the parental home. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 605-613.
- Mitchell, D. B., A. S. Brown y D. R. Murphy (1990). Dissociations between procedural and episodic memory: Effects of time and aging. *Psychology and Aging*, 5, 264-276.
- Mitchell, V. y R. Helson (1990). Women's prime of life: Is it the 50s? *Psychology of Women Quarterly*, 16, 331-347.
- Monat, A. y R. S. Lazarus (eds.) (1985). *Stress and coping: An anthology*. Nueva York: Columbia University Press.
- Monk, A. (1994). Retirement and aging: An introduction to the Columbia retirement handbook. En A. Monk (ed.), *The Columbia retirement handbook* (pp. 3-11). Nueva York: Columbia University Press.
- Monnier, A. y C. de Guibert-Lamoine (1993). La conjoncture démographique: L'Europe et les développés d'outre-mer. *Population*, 48(4), 1043-1067.
- Montepare, J. M. y M. E. Lachman (1989). "You're only as old as you feel": Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4(1), 73-78.
- Mooney-Somers, J. y S. Golombok (2000). Children of lesbian mothers: From the 1970's to the new millennium. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 121-174.
- Moore, M. (2000). *The only menopause guide you'll need*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Moore, M. J., P. Moir y M. M. Patrick (2004). *The state of aging and health in America 2004*. Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention and Merck Institute of Aging & Health.
- Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR). (1985, junio 21). Suicide-U.S., 1970-1980.
- Morrison, D. R. y A. J. Cherlin (1995). The divorce process and young children's well-being: A prospective analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 800-812.
- Morse, J. M. y P. A. Field (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. Thousand Oak, CA: Sage.
- Mortimer, J. A., D. A. Snowdon y W. R. Markesbery (2002). Head circumference, education, and risk of dementia: Findings from the Nun study. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 671-679.
- Morton, J. (1991). The bankruptcy of everyday thinking. *American Psychologist*, 46(1), 32-33.
- Morton, K. R., J. S. Worthley, S. R. Nitch, H. H. Lambertson, L. K. Loo y J. K. Testerman (2000). Integration of cognition and emotion: A postformal operations model of physician-patient interaction. *Journal of Adult Development*, 7, 151-160.
- Moscovitch, M. y G. Winocur (1992). The neuropsychology of memory and aging. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 315-372). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Moskow-McKenzie, D. y R. J. Manheimer (1994). *A planning guide to organize educational programs for older adults*. Asheville, NC: University Publications, UNCA.
- Moss, M. S. y S. Z. Moss (1989). The death of a parent. En R. A. Kalish (ed.), *Midlife loss: Coping strategies*. Newbury Park, CA: Sage.
- Moye, J. (1999). Assessment of competency and decision making capacity. En P.A. Lichtenberg (ed.), *Handbook of assessment in clinical*

- gerontology*, pp. 488-528. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Mui, A. C. (1992). Caregiver strain among black and white daughter caregivers: A role theory perspective. *The Gerontologist*, 32(2), 203-212.
- Munck, A., P. Guyre y N. Holbrook (1984). Physiological functions of glucocorticoids in stress and their relation to pharmacological actions. *Endocrine Reviews*, 5, 25-44.
- Murstein, B. I. (1980). Mate selection in the 1970s. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 777-792.
- Muskin, P. R. (1998). The request to die. Role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide. *Journal of the American Medical Association*, 279, 323-328.
- Mutran, E. J., D. J. Reitzes, K. A. Bratton y M. E. Fernandez (1997). Self-esteem and subjective responses to work among mature workers: Similarities and differences by gender. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, S89-S96.
- Mutran, E.J., D. C. Reitzes y M. E. Fernandez (1997). Factors that influence attitudes toward retirement. *Research on Aging*, 19, 251-273.
- Muuss, R. E. H. (1988). *Theories of adolescence* (5a. ed.). Nueva York: Random House.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-57.
- Myers, D. y E. Diener (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Myers, J. E. y N. Perrin (1993). Grandparents affected by parental divorce: A population at risk? *Journal of Counseling and Development*, 72, 62-66.
- Myerson, J., D. Shealy y M. B. Stern (eds.) (1987). *The selected letters of Louisa May Alcott*. Boston: Little, Brown.
- Nash, S. C. y S. S. Feldman (1981). Sex role and sex-related attributions: Constancy and change across the family life cycle. En M. E. Lamb y A. L. Brown (eds.), *Advances in developmental psychology* (vol. 1, pp. 137-147). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- National Cancer Institute (2002). What you need to know about prostate cancer. [En línea] [www.nci.nih.gov/cancerinfo.wyntk/prostate](http://www.nci.nih.gov/cancerinfo.wyntk/prostate). Fecha de consulta: marzo 22, 2004.
- National Cancer Institute (2004). Colon cancer genes. [En línea] [www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/genetics/colorectal](http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/genetics/colorectal). Fecha de consulta: abril 8, 2004.
- National Cancer Institute (2004). Genetics of breast and ovarian cancer. [En línea] [www.nci.nih.gov/cancerinfo/pdq/genetics/breast-and-ovarian](http://www.nci.nih.gov/cancerinfo/pdq/genetics/breast-and-ovarian). Fecha de consulta: marzo 22, 2004.
- National Cancer Institute. Understanding breast changes: A health guide for all women. [En línea] [www.cancer.gov/cancerinfo/understanding-breast-changes/page3](http://www.cancer.gov/cancerinfo/understanding-breast-changes/page3). Fecha de consulta: marzo 19, 2004.
- National Center for Education Statistics (NCES) (1989). *National higher education statistics: Fall, 1989*. (Publication núm. NCES-90-379.) Washington, DC: U.S. Department of Education.
- National Center for Education Statistics (NCES) (1991). *National higher education statistics: Fall, 1991*. (Publication núm. NCES 92-038.) Washington, DC: U.S. Department of Education, Office of Educational Research and Improvement.
- National Center for Education Statistics (NCES) (2002). *The condition of education: 2002* (NCES 2002-025). Washington, DC: autor.
- National Center for Education Statistics (NCES) (2005a). *Digest of education statistics, 2004* (NCES 2006-005), Chapter 3. Washington, DC: autor.
- National Center for Education Statistics (NCES) (2005b). *The condition of education: 2005* (NCES 2005-031). Washington, DC: autor.
- National Center for Health Statistics (NCHS) (1990). *Health, United States, 1998 with socioeconomic status and health chartbook*. Hyattsville, MD: autor.
- National Center for Health Statistics (NCHS) (2003). *Health, United States, 2003*. Hyattsville, MD: autor.
- National Center for Health Statistics (NCHS) (1990). *Health, United States, 1989 and prevention profile* (DHHS Publication núm. 90-1232). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Center for Health Statistics (NCHS) (1992). *Statistics on suicide rates in the United States, 1935-1989*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Center for Health Statistics (NCHS) (1993). *Health, United States, 1992 and*

- prevention profile*. Washington, DC: U.S. Public Health Service.
- National Center for Health Statistics (NCHS) (1994). *Health, United States*. Hyattsville, MD: autor.
- National Center for Health Statistics (NCHS) (1998a). *Health, United States, 1998 with socioeconomic status and health chartbook*. Hyattsville, MD: autor.
- National Center for Health Statistics (NCHS) (2004). *Health, United States, 2004 with chartbook on trends in the health of Americans* (DHHS Publication núm. 2004-1232). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- National Council on Aging (1981). *Aging in the eighties: America in transition*. Washington, DC: autor.
- National Council on Aging (2002). *American perceptions of aging in the 21st century: The NCOA's continuing study of the myths and realities of aging* (2002 update). Washington, DC: autor.
- National Eye Institute (2001). Facts about the cornea and corneal disease. [En línea] [www.nei.nih.gov/health/cornealdisease/index.htm](http://www.nei.nih.gov/health/cornealdisease/index.htm). Fecha de consulta: abril 30, 2004.
- National Eye Institute (2004a). Age-related macular degeneration: What you should know. [En línea] [www.nei.nih.gov/health/maculardegeneration\\_armd\\_facts.htm](http://www.nei.nih.gov/health/maculardegeneration_armd_facts.htm). Fecha de consulta: abril 27, 2004.
- National Eye Institute (2004b). Glaucoma: What you should know. [En línea] [www.nei.nih.gov/health/glaucoma/glaucoma\\_facts.htm](http://www.nei.nih.gov/health/glaucoma/glaucoma_facts.htm). Fecha de consulta: abril 27, 2004.
- National Eye Institute (2005). Cataract: What you should know. [En línea] [www.nei.nih.gov/health/cataract/cataract\\_facts.asp](http://www.nei.nih.gov/health/cataract/cataract_facts.asp). Fecha de consulta: enero 23, 2006.
- National Hospice and Palliative Care Organization. Hospice and palliative care information. [En línea] [www.nhpc.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3306](http://www.nhpc.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3306). Fecha de consulta: julio 5, 2005.
- National Hospice and Palliative Care Organization. Hospice facts and figures. [En línea] [www.nhpc.org/files/public/hospice\\_facts\\_110104.pdf](http://www.nhpc.org/files/public/hospice_facts_110104.pdf). Fecha de consulta: julio 5, 2005.
- National Hospice Organization (undated). *Hospice: A special kind of caring*. Arlington, VA: autor.
- National Institute for Occupational Health and Safety (2001). *Women's safety and health issues at work*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Health and Safety, DHHS (NIOSH) Publication núm. 2001-123.
- National Institute for Occupational Health and Safety (NIOSH) (2002). The changing organization of work and the safety and health of working people: Knowledge gaps and research direction, por S. L. Sauter, W. S. Brightwell, M. J. Colligan, J. J. Hurrell, Jr., T. M. Katz, D. E. LeGrande, N. Lessin, R. A. Lippin, J. A. Lipscomb, L. R. Murphy, R. H. Peters, G. P. Keita, S. R. Robertson, J. M. Stellman, N. G. Swanson, L. E. Tetrick. Cincinnati, OH.
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases (2004). HIV/AIDS statistics. [En línea] [www.niaid.nih.gov/factsheets/aidsstat.htm](http://www.niaid.nih.gov/factsheets/aidsstat.htm). Fecha de consulta: enero 26, 2004.
- National Institute of Health (2001). Depressive disorders. [En línea] [www.nimh.nih.gov/publicat/womensoms.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/womensoms.cfm). Fecha de consulta: enero 23, 2006.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (1999). Suicide facts. [En línea] [www.nimh.nih.gov/research/suifact.htm](http://www.nimh.nih.gov/research/suifact.htm).
- National Institute of Mental Health (2003). Older adults: Depression and suicide facts. [En línea] [www.nimh.nih.gov/publicat/elderlydepsuicide.cfm?](http://www.nimh.nih.gov/publicat/elderlydepsuicide.cfm?). Fecha de consulta: junio 7, 2005.
- National Institute on Aging (NIA) (1980). *Senility: Myth or madness*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute on Aging (NIA) (1993). *Bound for good health: A collection of Age Pages*. Washington, DC.: U.S. Government Printing Office.
- National Institute on Aging (1999). HIV, AIDS, and older people. [En línea] [www.niapublications.org.engagepages/aids.asp](http://www.niapublications.org.engagepages/aids.asp). Fecha de consulta: marzo 15, 2004.
- National Institute on Aging (2000). Skin care and aging. [En línea] [www.naipublications.org/](http://www.naipublications.org/)



- engagepages/skin.asp. Fecha de consulta: abril 26, 2004.
- National Institute on Aging (2002). Alcohol use and abuse. [En línea] [www.niapublications.org/engagepages/alcohol.asp](http://www.niapublications.org/engagepages/alcohol.asp). Fecha de consulta: junio 2, 2005.
- National Institute on Aging (2002). Osteoporosis: The bone thief. [En línea] [www.niapublications.org/engagepages/osteo.asp](http://www.niapublications.org/engagepages/osteo.asp). Fecha de consulta: marzo 3, 2004.
- National Institute on Aging (2002). Sexuality later in life. [En línea] [www.niapublications.org/engagepages/sexuality.asp](http://www.niapublications.org/engagepages/sexuality.asp). Fecha de consulta: abril 28, 2004.
- National Institute on Aging (NIA) (2003). *Alzheimer's information*. [En línea] <http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/AlzheimersInformation/Diagnosis/>
- National Institute on Aging (2004). Depression: Don't let the blues hang around. [En línea] [www.niapublications.org/engagepages/depression.asp](http://www.niapublications.org/engagepages/depression.asp). Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2001). Hearing loss and older adults. [En línea] [www.nidcd.nih.gov/health/hearing/older.asp](http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/older.asp). Fecha de consulta: enero 23, 2006.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2004). Hearing aids. [En línea] [www.nidcd.nih.gov/health/hearing/hearingaid.asp](http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/hearingaid.asp). Fecha de consulta: abril 30, 2004.
- National Institutes of Health (NIH) (1984). *Osteoporosis*. [1984-421-132:4652, Consensus Development Conference Statement, 5(3)]. Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office.
- National Institutes of Health (NIH) (1992, diciembre 7-9). *Impotence*. NIH Consensus Statement, 10(4), 1-31. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute of Health (2001). Depressive disorders. [En línea] [www.nimh.nih.gov/publicat/womensoms.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/womensoms.cfm). Fecha de consulta: enero 23, 2006.
- National Institutes of Health (2002). Aging changes in immunity. [En línea] [www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/004008.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/004008.htm). Fecha de consulta: marzo 29, 2004.
- National Institutes of Health (2002). NHLBI stops trial of estrogen plus progestin due to increased breast cancer risk, lack of overall benefit. [En línea] [www.nhlbi.nih.gov/new/press/02-07-09.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/new/press/02-07-09.htm). Fecha de consulta: junio 3, 2004.
- National Institute of Health (NIH) (2003). Prostate cancer. [En línea] <http://nihseniorhealth.gov/prostatecancer/causesandriskfactors/05.html>
- National Institutes of Health (2003). Rates of dementia increase among older women on combination hormone therapy. [En línea] [www.nih.gov/news/pr/may2003/nia-27.htm](http://www.nih.gov/news/pr/may2003/nia-27.htm). Fecha de consulta: junio 3, 2004.
- National Institutes of Health (2003a). Alzheimer's disease. [En línea] <http://nihseniorhealth.gov/alzheimersdisease/toc.html>. Fecha de consulta: abril 1, 2004.
- National Institutes of Health (2003b). Prostate cancer. [En línea] <http://nihseniorhealth.gov/prostatecancer/toc.html>. Fecha de consulta: marzo 22, 2004.
- National Institutes of Health (NIH) (2004). Gastrointestinal surgery for severe obesity. [En línea] <http://win.niddk.nih.gov/publications/gastric.htm>
- National Institutes of Health (2004). NIH asks participants in women's health initiative estrogen-alone study to stop study pills, begin follow-up phase. [En línea] [www.nhlbi.nih.gov/new/press/04-03-02.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/new/press/04-03-02.htm). Fecha de consulta: junio 3, 2004.
- National Institutes of Health (2004a). Researchers study long-term AIDS drugs use. [En línea] [www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory\\_16147.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_16147.html). Fecha de consulta: marzo 10, 2004.
- National Institutes of Health. Emerging and re-emerging infectious diseases. [En línea] [http://science.education.nih.gov/supplements/nih1/diseases/activities/activity5\\_aids--database.htm](http://science.education.nih.gov/supplements/nih1/diseases/activities/activity5_aids--database.htm). Fecha de consulta: marzo 10, 2004.
- National Institutes of Health. Mortality rates low when HIV therapy begins early. [En línea] [www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory\\_16120.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_16120.html). Fecha de consulta: marzo 10, 2004.
- National Institutes of Health/National Institute on Aging (NIH/NIA) (1993, mayo). *In search of the secrets of aging*. (NIH Publication núm. 93-2756). Washington, DC: Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health.

- National Sleep Foundation (2005). Sleep apnea. [En línea] [www.sleepfoundation.org/sleepdictionary/index.php?id=10](http://www.sleepfoundation.org/sleepdictionary/index.php?id=10). Fecha de consulta: enero 30, 2006.
- Naveh-Benjamin, M. (2000). Adult age differences in memory performance: Tests of an associative deficit hypothesis. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 26, 1170-1188.
- Neff, W. S. (1985). *Work and human behavior*. Nueva York: Aldine.
- Negative stereotypes still plague older workers on the job (1995, abril). *AARP Bulletin*, p. 3.
- Neimeyer, R.A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.
- Neisser, U. (1991). A case of misplaced nostalgia. *American Psychologist*, 46(1), 34-36.
- Neisser, U., G. Boodoo, T. J. Bouchard Jr., A. W. Boykin, N. Brody, S. J. Ceci, D. F. Halpern, J. C. Lochlin, R. Perloff, R. J. Sternberg y S. Urbaina (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51(2), 11-101.
- Nelan, B. W. (1994, mayo 9). Time to take charge. *Time*, pp. 27-28.
- Nelson, E. N. P. (1954). Persistence of attitudes of college students fourteen years later. *Psychological Monographs*, 68, 1-13.
- Nelson, J. (1994, diciembre 18). Motive behind Carter's missions sparks debate. *Chicago Sun-Times*, p. 40.
- Neugarten, B. L. (1967). The awareness of middle age. En R. Owen (ed.), *Middle age*. Londres: BBC.
- Neugarten, B. L. (1968). Adult personality: Toward a psychology of the life cycle. En B. Neugarten (ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L. (1977). Personality and aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 626-649). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Neugarten, B. L. y G. Hagestad (1976). Age and the life course. En H. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Neugarten, B. L. y D. A. Neugarten (1987, mayo). The changing meanings of age. *Psychology Today*, pp. 29-33.
- Neugarten, B. L., R. Havighurst y S. Tobin (1968). Personality and patterns of aging. En B. Neugarten (ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L., J. W. Moore y J. C. Lowe (1965). Age norms, age constraints, and adult socialization. *American Journal of Sociology*, 70, 710-717.
- Newsweek Poll (2000). *Post super Tuesday gays and lesbians (United States)*. Storrs, CT: Roper Center for Public Opinion Research.
- Nickerson, R. S. (1981). Why interactive computer systems are sometimes not used by people who might benefit from them. *International Journal of Man-Machine Studies*, 15, 469-507.
- Nickerson, R. S. y M. J. Adams (1979). Long-term memory for a common object. *Cognitive Psychology*, 11, 287-307.
- NIOSH (2002). The changing organization of work and the safety and health of working people: Knowledge gaps and research direction, por S. L. Sauter, W. S. Brightwell, M. J. Colligan, J. J. Hurrell, Jr., T. M. Katz, D. E. LeGrande, N. Lessin, R. A. Lippin, J. A. Lipscomb, L. R. Murphy, R. H. Peters, G. P. Keita, S. R. Robertson, J. M. Stellman, N. G. Swanson, L. E. Tetric. Cincinnati, OH.
- Nisan, M. y L. Kohlberg (1982). Universality and variation in moral judgment: A longitudinal and cross-sectional study in Turkey. *Child Development*, 53, 865-876.
- Nishio, H. K. (1994). Japan's welfare vision: Dealing with a rapidly increasing elderly population. En L. K. Olson (ed.), *The graying of the world: Who will care for the frail elderly?* (pp. 233-260). Nueva York: Haworth.
- No reference for this appears in the original bibliography: Erikson's obituary in the *New York Times*, mayo 13, 1994, p. C16.
- Noberini, M. y B. Neugarten (1975, noviembre). A follow-up study of adaptation in middle-aged women. Ponencia presentada en la reunión anual de la Gerontological Society, Portland, OR.
- Nock, S. L. (1995). Commitment and dependency in marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 503-514.
- Nojima, M. (1994). Japan's approach to continuing education for senior citizens. *Educational Gerontology*, 20, 463-471.

- Notelovitz, M. y M. Ware (1983). *Stand tall: The informed woman's guide to preventing osteoporosis*. Gainesville, FL: Triad.
- NOW Legal Defense and Education Fund y R. Chernow-O'Leary (1987). *The state-by-state guide to women's legal rights*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Nuland, S. B. (2000). Physician-assisted suicide and euthanasia in practice. *New England Journal of Medicine*, 342, 583-584.
- Nuss, S., E. Denti y D. Viry (1989). *Women in the world of work: Statistical analyses and projections to the year 2000*. Ginebra: International Labor Office.
- O'Bryant, S. L. (1988). Sibling support and older widows' well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 173-183.
- O'Bryant, S. L. (1990-1991). Forewarning of a husband's death: Does it make a difference for older widows? *Omega*, 22, 227-239.
- O'Connor, B. P. y R. J. Vallerand (1998). Psychological adjustment variables as predictors of mortality among nursing home residents. *Psychology and Aging*, 13(3), 368-374.
- O'Grady-LeShane, R. (1993). Changes in the lives of women and their families: Have old age pensions kept pace? *Generations*, 17(4), 27-31.
- O'Leary, K. D., J. Barling, I. Arias, A. Rosenbaum, J. Malone y A. Tyree (1989). Prevalence and stability of physical aggression between spouses: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 263-268.
- Offer, D. (1982). Adolescent turmoil. *New York University Education Quarterly*, 13, 29-32.
- Offer, D. (1987). In defense of adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 25, 3407-3408.
- Offer, D. y K. A. Schonert-Reichl (1992). Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1003-1014.
- Okie, S. (2001, diciembre). Media coverage of anti-aging breakthroughs. *Life Extension Magazine*.
- Okun, M. A., W. A. Stick, M. J. Haring y R. A. Witter (1984). The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis. *Research on Aging*, 6, 45-65.
- Okun, S. (1988, enero 29). Opera coach died in his "house of worship". *New York Times*, pp. B1, B3.
- Older Adults and Mental Health: Issues & Opportunities, 2001, reporte de la Administration on Aging, U.S. Department of Health and Human Services. [En línea] <http://www.aoa.dhhs.gov/mh/report2001>.
- Older Americans 2000: Key Indicators of Well-being, reporte del Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. Washington, DC: The Data Dissemination Branch of the National Center on Health Statistics. [En línea] [www.agingstats.gov](http://www.agingstats.gov).
- Older Women's League (1994). *Ending violence against midlife and older women*. Washington, DC: autor.
- Older workers: The good, the bad, and the truth (1993, abril-mayo). *Modern Maturity*, p. 10.
- Olmsted, P. P. y D. P. Weikart (eds.) (1994). *Family speak: Early childhood care and education in eleven countries*. Ypsilanti, MI: High/Scope.
- Omnibus Budget Reconciliation Act, 1987 (Public Law 100-203), Omnibus Budget Reconciliation Act, 1990 (Public Law 101-508).
- Ong, A. (1987). *Spirits of resistance and capitalist discipline: Factory women in Malaysia*. Albany: State University of New York Press.
- Orbuch, T. L., J. S. House, R. P. Mero y P. S. Webster (1996). Marital quality over the life course. *Social Psychology Quarterly*, 59, 162-171.
- Orenstein, P. (2002, abril, 12). *Mourning my miscarriage*. [En línea] NY Times.com.
- Orentlicher, D. (1996). The legalization of physician assisted suicide. *New England Journal of Medicine*, 335, 663-667.
- Osborn, A. (2002, abril 1). Mercy killing now legal in Netherlands. *The Guardian*. [En línea] [www.nvve.nl/english/info/euth.legal\\_guardian01-04-02](http://www.nvve.nl/english/info/euth.legal_guardian01-04-02). Fecha de consulta: julio 31, 2002.
- Otten, M. W., S. M. Teutsch, D. F. Williamson y J. S. Marks (1990). The effect of known risk factors on the excess mortality of black adults in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 263(6), 845-850.
- Owens, J. F., K. A. Matthews, R. Wing y L. H. Kuller (1992). Can physical activity mitigate the effects of aging in middle-aged women? *Circulation*, 85(3), 1265-1270.

- Owens, W. A. (1966). Age and mental abilities: A second adult follow-up. *Journal of Educational Psychology*, 57(6), 311-325.
- Paden, S. L. y C. Buehler (1995). Coping with the dual-income lifestyle. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 101-110.
- Paes, A. H. P., A. Bakker y C. J. Soe-Agnie (1997). Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care*, 20, 1512-1517.
- Palaniappan, L., M.N. Anthony, C. Mahesh, M. Elliot, A. Killeen, D. Giacherio y M. Rubenfire (2002). Cardiovascular risk factors in ethnic minority women aged less-than-or-equal 30 years. *American Journal of Cardiology*, 89, 524-529.
- Palmore, E. B. (1982). Predictors of the longevity difference. *The Gerontologist*, 22, 513-518.
- Palmore, E. B., B. M. Burchett, G. G. Fillenbaum, L. K. George y L. M. Wallman (1985). *Retirement: Causes and consequences*. Nueva York: Springer.
- Palmore, E. B., G. G. Fillenbaum y L. K. George (1984). Consequences of retirement. *Journal of Gerontology*, 39, 109-116.
- Pamuk, E., D. Makuc, K. Heck, C. Reuben y K. Lochner (1998). Socioeconomic status and health chartbook. En *Health, United States, 1998*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Papalia, D. (1972). The status of several conservation abilities across the lifespan. *Human Development*, 15, 229-243.
- Papalia, D. y D. Bielby (1974). Cognitive functioning in middle and old age adults: A review of research on Piaget's theory. *Human Development*, 17, 424-443.
- Papalia, D., S. Wendkos y R. Duskin Freedman (2001). *Human development*. 8a. ed. Nueva York: McGraw-Hill.
- Park, D. C., J. T. Puglisi y A. D. Smith (1986). Memory for pictures: Does an age-related decline exist? *Psychology and Aging*, 1, 11-17.
- Park, D. C., D. Royal, W. Dudley y R. Morrel (1988). Forgetting of pictures over a long retention interval in young and older adults. *Psychology and Aging*, 3, 94-95.
- Park, D. C., A. D. Smith y J. C. Cavanaugh (1990). Metamemories of memory researchers. *Memory and Cognition*, 18, 321-327.
- Park, R. D. y R. Buriel (1998). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. En W. Damon (ed. de la serie) y N. Eisenberg (ed. del volumen), *Handbook of child psychology: vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5a. ed., pp. 463-552). Nueva York: Wiley.
- Parkes, C. M. y R. S. Weiss (1983). *Recovery from bereavement*. Nueva York: Basic Books.
- Parkin, A. J. y B. M. Walter (1992). Recollective experience, normal aging, and frontal dysfunction. *Psychology and Aging*, 7(2), 290-298.
- Parlee, M. B. (1983). Menstrual rhythms in sensory processes: A review of fluctuations in vision, olfaction, audition, taste, and touch. *Psychological Bulletin*, 93(3), 539-548.
- Parnes, H. S. y D. G. Sommers (1994). Shunning retirement: Work experience of men in their seventies and early eighties. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49, S117-124.
- Parsons, F. (1909). *On choosing a vocation*. Boston: Houghton Mifflin.
- Passaro, V. (1991, abril 21). Tales from a literary marriage. *New York Times Magazine*, pp. 34-36.
- Patterson, C. J. (1992). Children of gay and lesbian parents. *Child Development*, 63, 1025-1042.
- Patterson, C. J. (1995a). Lesbian mothers, gay fathers, and their children. En A. R. D'Augelli y C. J. Patterson (eds.), *Lesbian, gay and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 293-320). Nueva York: Oxford University Press.
- Patterson, C. J. (1995b). Sexual orientation and human development: An overview. *Developmental Psychology*, 31, 3-11.
- Patterson, C. J. (1997). Children of gay and lesbian parents. En T. H. Ollendick y R. J. Prinz (eds.), *Advances in clinical child psychology* (vol. 19, pp. 81-105). Nueva York: Cambridge University Press.
- Pattison, E. M. (ed.) (1977). *The experience of dying*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Paul, E. L. (1997). A longitudinal analysis of midlife interpersonal relationships and well-being. En M. E. Lachmann y J. B. James (eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 171-206). Chicago: University of Chicago Press.
- Paveza, G. J., D. Cohen, C. Eisdorfer, S. Freels, T. Semla, J. W. Ashford, P. Gorelick, R. Hirschman,

- D. Luchins y P. Levy (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32(4), 493-497.
- Pavur, E. J., J. M. Comeaux y J. A. Zeringue (1984). Younger and older adults' attention to relevant and irrelevant stimuli in free recall. *Experimental Aging Research*, 11, 207-213.
- Paykel, E. S. *et al.* (1994). Incidence of dementia in a population older than 75 in the United Kingdom. *Archives of General Psychiatry*, 51, 325-332.
- Payne, J. D. y E. Overend (1990). Divorce mediation: Process and strategies—an overview. *Family and Conciliation Courts Review*, 28, 27-34.
- Pear, J. (2001). *The science of learning*. Filadelfia, PA: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Pearlin, L. I. (1980). Life strains and psychological distress among adults. En N. J. Smelser y E. H. Erikson (eds.), *Themes of work and love in adulthood*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pearlin, L. I., M. A. Lieberman, E. G. Menaghan y J. T. Mullan (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Peck, R. C. (1955). Psychological developments in the second half of life. En J. E. Anderson (ed.), *Psychological aspects of aging*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Penick, S. y P. R. Solomon (1991). Hippocampus, context, and conditioning. *Behavioral Neuroscience*, 105, 611-617.
- Penning, M. J. (1998). In the middle: Parental caregiving in the context of other roles. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B, S188-S197.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses*. Berkeley: University of California Press.
- Pepper, S. C. (1961). *World hypotheses*. Berkeley: University of California Press.
- Perez-Stable, E.J., B. Herrera, P. Jacob III y N. L. Benowitz (1998). Nicotine metabolism and intake in black and white smokers. *Journal of the American Medical Association*, 280, 152-156.
- Perkins, H. W. y L. B. Harris (1990). Familial bereavement and health in adult life course perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 233-241.
- Perón, E. (1951). *La razón de mi vida*. Buenos Aires: Ediciones Peuser.
- Perrin, E.C. y el Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2002). Technical report: Coparent or second parent adoption by same-sex parents. *Pediatrics*, 109(2), 341-344.
- Perrucci, C. C., R. Perrucci y D. B. Targ (1988). *Plant closings*. Nueva York: Aldine.
- Perry, D. (1995, marzo 3-9). Merciful end? Couple's suicide raises profound questions. *Chicago Jewish News*, p. 10.
- Perry, E. L., P. A. Simpson, O. M. NicDomhnaill y D. M. Siegel (2003). Is there a technology age gap? Associations among age, skills, and employment outcomes. *International Journal of Selection & Assessment*, 11(2-3), 141-149.
- Perry, W. G. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years*. Nueva York: Holt.
- Pfaff, J. J. y O. P. Almeida (2005). A cross-sectional analysis of factors that influence the detection of depression in older primary care patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 262-265.
- Phillips, D. F. (1998). Reproductive medicine experts will an increasingly fertile field. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1893-1895.
- Phillips, D. P. y E. W. King (1988, septiembre 24). Death takes a holiday: Mortality surrounding major social occasions. *Lancet*, pp. 728-732.
- Phillips, D. P. y D. G. Smith (1990). Postponement of death until symbolically meaningful occasions. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1947-1951.
- Phillips, D. P., T. E. Ruth y L. M. Wagner (1993, noviembre 6). Psychology and survival. *Lancet*, pp. 1142-1145.
- Phillips, S. M. y B. B. Sherwin (1992). Effects of estrogen on memory function in surgically menopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, 17, 485-495.
- Pillemer, K. y D. Finkelhor (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28(1), 51-57.
- Pillemer, K. y J. J. Suitor (1991). "Will I ever escape my child's problems?": Effects of adult children's problems on elderly parents. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 585-594.
- Planned Parenthood (2003). Perimenopause is unpredictable. [En línea] [www.plannedparenthood.org/pp2/portal/files/portal/medicalinfo/femalesexualhealth](http://www.plannedparenthood.org/pp2/portal/files/portal/medicalinfo/femalesexualhealth)

- Pleck, J. H. (1975). Masculinity-femininity: Current and alternative paradigms. *Sex Roles*, 1, 161-178.
- Plemons, J., S. Willis y P. Baltes (1978). Modifiability of fluid intelligence in aging: A short-term longitudinal training approach. *Journal of Gerontology*, 33(2), 224-231.
- Plomin, R. y M. Rutter (1998). Child development, molecular genetics, and what to do with genes once they are found. *Child Development*, 69 (4), 223-242.
- PMS: It's real (1994, julio). *Harvard Women's Health Watch*, pp. 2-3.
- Pompi, K. F. y R. Lachman (1967). Surrogate processes in the short-term retention of connected discourse. *Journal of Experimental Psychology*, 75, 143-150.
- Poon, L. W. (1985). Differences in human memory with aging. Nature, causes, and clinical implications. En J. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed., pp. 427-462). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Popenoe, D. y B. D. Whitehead (1999). *Should we live together? What young adults need to know about cohabitation before marriage*. New Brunswick: National Marriage Project, Rutgers, State University of New Jersey.
- Porcino, J. (1983). *Growing older, getting better: A handbook for women in the second half of life*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Porcino, J. (1991). *Living longer, living better: Adventures in community housing for the second half of life*. Nueva York: Continuum.
- Porcino, J. (1993, abril-mayo). Designs for living. *Modern Maturity*, pp. 24-33.
- Porterfield, J. D. y R. S. St. Pierre (1992). *Wellness: Healthful aging*. Guilford, CT: Dushkin.
- Post, S. G. (1994). Ethical commentary: Genetic testing for Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8, 66-67.
- Powell, L. H., L. Shahabi y C. E. Thoresen (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58(1), 36-52.
- Pratt, C. C., W. Wilson, A. Benthin y V. Schmall (1992). Alcohol problems and depression in later life: Development of two knowledge quizzes. *The Gerontologist*, 32, 175-183.
- Pratt, M. (1999). Benefits of lifestyle activity vs. structured exercise. *Journal of the American Medical Association*, 281, 375-376.
- Prestwood, K. M., C. C. Pilbeam, J. A. Burleson, F. N. Woodiel, P. D. Delmas, L. J. Deftos y L. G. Raisz (1994). The short-term effects of conjugated estrogen on bone turnover in older women. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 79, 366-371, 691-694.
- Prevention Research Center (1992). *Prevention index '92: A report on the nation's health*. Emmaus, PA: Rodale.
- Prinz, P. (1987). Sleep disorders. En G. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 615-617). Nueva York: Springer.
- Prohaska, T. R., E. A. Leventhal, H. Leventhal y M. L. Keller (1985). Health practices and illness cognition in young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology*, 40, 569-578.
- Putney, N. M. y V. L. Bengston (2001). Families, intergenerational relationships, and kinkeeping in midlife. En M.E. Lachman (ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 528-570).
- Quill, T. E., B. Lo y D. W. Brock (1997). Palliative options of the last report. *Journal of the American Medical Association*, 278, 2099-2104.
- Quinby, N. (1985, octubre). On testing and teaching intelligence: A conversation with Robert Sternberg. *Educational Leadership*, pp. 50-53.
- Quinn, J. F. (1993). Is early retirement an economic threat? *Generations*, 17(4), 10-14.
- Rabbitt, P., P. Watson, C. Donlan, L. McInnes, M. Horan., N. Pendleton y J. Clague (2002). Effects of death within 11 years on cognitive performance in old age. *Psychology and Aging* 17, 468-481.
- Rampello, L., S. Cerasa, A. Alvano, V. Butta, R. Raffaele, I. Veccio, T. Cavallaro, E. Cimino, T. Incognito y F. Nicoletti (2004). Dementia with Lewy bodies: A review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 1-14.
- Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. Nueva York: Basic Books.
- Raven, J. C. (1983). *Raven progressive matrices test*. San Antonio, TX: Psychological Corp.

- Ray, O. (2004). How the mind hurts and heals the body. *American Psychologist*, 59, 29-40.
- Raymo, J.M., J. Liang, H. Sugisawa, E. Kobayashi y Y. Sugihara (2004). Work at older ages in Japan: Variation by gender and employment status. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(B), S154-S163.
- Read, P. P. (1974). *Alive: The story of the Andes survivors*. Nueva York: Lippincott.
- Rebecca, M., R. Hefner y B. Oleshansky (1976). A model of sex-role transcendence. *Journal of Social Issues*, 32, 197-206.
- Ree, M. J. y J. A. Earles (1992). Intelligence is the best predictor of job performance. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 86-89.
- Ree, M. J. y J. A. Earles (1993). g is to psychology what carbon is to chemistry: A reply to Sternberg and Wagner, McClelland, and Calfee. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 11-12.
- Regier, D. A., J. H. Boyd, J. D. Burke, B. Z. Locke, D. S. Rae, J. K. Myers, M. Kramer, L. N. Robins, L. K. George, M. Karno y B. Z. Locke (1988). One-month prevalence of mental disorders in the U.S.: Based on five epidemiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Reid, J. D. (1995). Development in late life: Older lesbian and gay life. En A. R. D'Augelli y C. J. Patterson (eds.), *Lesbian, gay and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 215-240). Nueva York: Oxford University Press.
- Reijo, R., R. K. Alagappan, P. Patrizio y D. C. Page (1996). Severe oligozoospermia resulting from deletions of azoospermia factor gene on Y chromosome. *Lancet*, 347, 1290-1293.
- Reis, H. T. y B. C. Patrick (1996). Attachment and intimacy: Component process. En E. T. Higgins y A. Kruglanski (eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 523-563). Nueva York: Guilford.
- Rempel, J. (1985). Childless elderly: What are they missing? *Journal of Marriage and the Family*, 47(2), 343-348.
- Rennie, J. (1994, junio). Grading the gene tests. *Scientific American*, pp. 86-97.
- Research to Prevent Blindness (1994). *Progress report, 1994*. Nueva York: autor.
- Research Update: The more were learn, the more questions there are to be answered (1995, invierno). *LINK* (boletín de la Amyotrophic Lateral Sclerosis Association), pp. 1-2.
- Revicki, D. y J. Mitchell (1990). Strain, social support, and mental health in rural elderly individuals. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, S267-274.
- Rexroat, C. y C. Shehan (1987). The family life cycle of spouses' time in housework. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 737-750.
- Reynolds, C. R. (1988, invierno). Race differences in intelligence: Why the controversy? *Mensa Research Journal*, pp. 4-7.
- Rhodes, N. R. y E. B. McKenzie (1998). Why do battered women stay? Three decades of research. *Aggression and Violent Behavior*, 3(4), 391-406.
- Rhodes, S. R. (1983). Age-related differences in work attitudes and behaviors. A review and conceptual analysis. *Psychological Bulletin*, 93(2), 328-367.
- Ribot, T. (1906). *Essays on the creative imagination*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Rice, G., C. Anderson, N. Risch y G. Ebers (1999). Male homosexuality: Absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science*, 284, 665-667.
- Richardson, V. E. (1993). *Retirement counseling: A handbook for gerontology practitioners*. Nueva York: Springer.
- Richie, D. (1965). *The films of Akira Kurosawa*. Berkeley: University of California Press.
- Riegel, K. F. (1977). History of psychological gerontology. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 70-102). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Riegel, K. F. y R. M. Riegel (1972). Development, drop, and death. *Developmental Psychology*, 6, 309-316.
- Rifkin, J. (1998, mayo 5). Creating the "perfect" human. *Chicago Sun-Times*, p. 29.
- Riley, K. P. (1999). Assessment of dementia in the older adult. En P. A. Lichtenberg (ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology*, pp. 134-166. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Riley, M. (1992). Aging in the twenty-first century. En N. E. Cutler, D. W. Gregg y M. P. Lawton (eds.), *Aging, money, and life satisfaction: Aspects of financial gerontology*, pp. 23-36.
- Riley, M. W. (1994). Aging and society: Past, present, and future. *The Gerontologist*, 34, 436-444.

- Rilke, R. M. (1984). The notebooks of Malte Laurids Brigge. En E. Schwarz (ed.), *Rainer Maria Rilke: Prose and poetry* (pp. 12-13). Nueva York: Continuum.
- Rindfuss, R. R. y C. St. John (1983). Social determinants of age at first birth. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 553-565.
- Rindfuss, R. R., S. P. Morgan y G. Swicegood (1988). *First births in America*. Berkeley: University of California Press.
- Rix, S. E. (1994). Older workers: How do they measure up? (Pub. núm. 9412). Washington, DC: AARP Public Policy Institute.
- Roazen, P. (1976). *Erik H. Erikson; The power and limits of a vision*. Nueva York: Macmillan.
- Robbins, T. (1984). *Jitterbug perfume*. Nueva York: Bantam.
- Roberts, B. W., R. Helson y E. C. Klohnen (2002). Personality development and growth in women across 30 years: Three perspectives. *Journal of Personality*, 70(1), 79-102.
- Roberts, P., D. Papalia-Finlay, E. S. Davis, J. Blackburn y M. Dellman (1982). "No two fields ever grow grass the same way": Assessment of conservation abilities in the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 15(3), 185-195.
- Robins, L. N., J. C. Helzer, M. M. Weissman, H. Owaschel, E. Bruenberg, J. O. Burke y D. A. Regier (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Robinson, B. y M. Thurnher (1981). Taking care of aged parents: A family cycle transition. *The Gerontologist*, 19(6), 586-593.
- Robinson, L. C. y P. W. Blanton (1993). Marital strengths in enduring marriages. *Family Relations*, 42, 38-45.
- Rodehoffer, R. J., G. Gerstenblith, L. C. Becker, J. L. Fleg, M. L. Weisfeldt y E. G. Lakatta (1984). Exercise cardiac output is maintained with advancing age in healthy human subjects: Cardiac dilation and increased stroke volume compensate for a diminished heart rate. *Circulation*, 69, 203-213.
- Rodin, J. y J. Ickovics (1990). Women's health: Review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist*, 45, 1018-1034.
- Rodin, J., C. Timko y S. Harris (1985). The construct of control: Biological and psychological correlates. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5, 3-55.
- Roediger, H. L. (1990). Implicit memory: Retention without remembering. *American Psychologist*, 45, 1043-1056.
- Roediger, H. L. (1991). They read an article? A commentary on the everyday memory controversy. *American Psychologist*, 46(1), 37-38.
- Roff, L. C. y C. R. Atherton (1989). *Promoting successful aging*. Chicago: Nelson-Hall.
- Rogers, W. A. y A. D. Fisk (2000). Human factors, applied cognition, and aging. En F. I. Draik y T. A. Salthouse (eds.), *The handbook of aging and cognition*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rogoff, B. y G. Morelli (1989). Perspectives on children's development from cultural psychology. *American Psychologist*, 44(2), 343-348.
- Roosa, M. W. (1988). The effect of age in the transition to parenthood: Are delayed childbearers a unique group? *Family Relations*, 37, 322-328.
- Rosen, D. R. et al. (1993). Mutations in Cu/Zn superoxide dismutase gene are associated with familial amyotrophic lateral sclerosis. *Nature*, 362, 59-62.
- Rosen, M. I., M. O. Rigsby, J. T. Salahi, C. E. Ryan y J. A. Cramer (2004). Electronic monitoring and counseling to improve medication adherence. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 409-422.
- Rosenberg, L., J. R. Palmer y S. Shapiro (1990). Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *New England Journal of Medicine*, 322, 213-217.
- Rosenbluth, S. C., y J. M. Steil (1995). Predictors of intimacy for women in heterosexual and homosexual couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(2), 163-175.
- Rosenburg, H. (en prensa). The elderly and the use of illicit drugs: Sociological and epidemiological considerations. *International Journal of Addictions*.
- Rosenfeld, D. (1999). Identity work among lesbian and gay elderly. *Journal of Aging Studies*, 13, 121-144.
- Rosenfeld, I. (2002, febrero 14). The silent vision thief. *Parade Magazine*.



- Rosenthal, C. J., A. Martin-Matthews y S. H. Matthews (1996). Caught in the middle? Occupancy in multiple roles and help to parents in a national probability sample of Canadian adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S274-S283.
- Roses, A. D. (1994, septiembre). *Apolipoprotein E affects Alzheimer's disease expression*. Paper presented at workshop on Alzheimer's Disease: Advances in Understanding and Treatment, Filadelfia.
- Ross, C. E., J. Mirowsky y K. Goldstein (1990). The impact of the family on health: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1059-1078.
- Ross, H. G., M. J. Dalton y J. I. Milgram (1980, noviembre). *Older adults' perceptions of closeness in sibling relationships*. Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society of America, San Diego.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings. En L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 10, pp. 174-214). San Diego: Academic.
- Ross, L. y R. E. Nisbett (1991). *The person and the situation: Perspectives of social psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Rossi, A. S. (1980). Aging and parenthood in the middle years. En P. B. Baltes y O. G. Brim (eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 3). Nueva York: Academic.
- Rossi, A. S. y P. H. Rossi (1990). *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Rothenberg, K., B. Fuller, M. Rothstein, T. Duster, M. J. E. Kahn, R. Cunningham, B. Fine, K. Hudson, M. C. King, P. Murphy, G. Swergold y F. Collins (1997). Genetic information and the workplace: Legislative approaches and policy challenges. *Science*, 275, 1755-1757.
- Rowe, J. W. et al. (1976). The effect of age on creatine clearance in men: A cross-sectional and longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 31, 184-189.
- Rowe, John W. y Robert L. Kahn (1998). *Successful Aging*. Nueva York: Random House.
- Roybal, E. R. (1988). Mental health and aging. *American Psychologist*, 43(3), 184-189.
- Ruberman, W., E. Weinblatt, J. D. Goldberg y B. S. Chaudhary (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 311, 552-559.
- Rubin, K. H. (1973, agosto). *Decentration skills in institutionalized and noninstitutionalized elderly*. Ponencia presentada en la reunión anual de la American Psychological Association.
- Rubin, K. H., P. Attewell, M. Tierney y P. Tumulo (1973). Development of spatial egocentrism and conservation across the lifespan. *Developmental Psychology*, 9(3), 432.
- Rubinstein, A. (1980). *My many years*. Nueva York: Knopf.
- Rubinstein, R. L., B. B. Alexander, M. Goodman y M. Luborsky (1991). Key relationships of never married, childless older women: A cultural analysis. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, S270-277.
- Runco, M. A. y R. S. Albert (eds.) (1990). *Theories of creativity*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ryan, M. (1993, septiembre 26). I couldn't bear the silence. *Parade*, p. 14.
- Rybash, J. M., W. J. Hoyer y P. A. Roodin (1986). *Adult cognition and aging: Developmental changes in processing, knowing and thinking*. Nueva York: Pergamon.
- Ryff, C. D. (1989). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195-210.
- Ryff, C. D. y M. M. Seltzer (1995). Family relations and individual development in adulthood and aging. En R. Blieszner y V. Hilkevitch (eds.), *Handbook of Aging and the Family* (pp. 95-113). Westport, CT: Greenwood Press.
- Ryff, C. D. y B. Singer (1998). Middle age and well-being. *Encyclopedia of Mental Health*, 2, 707-719.
- Sabatelli, R. M., R. L. Meth y S. M. Gavazzi (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*, 37, 338-343.
- Sagan, C. (1977). *The dragons of Eden: Speculations on the evolution of human intelligence*. Nueva York: Random House.
- Sagan, C. (1988). Introduction. En S. W. Hawking, *A brief history of time: From the Big Bang to black holes* (pp. ix-x). Nueva York: Bantam.

- Sahyoun, N. R., L. A. Pratt, H. Lentzer, A. Dey y K. N. Robinson (2001). Trends in causes of death among the elderly. *Aging Trends*, núm. 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Sahyoun, N. R., L. A. Pratt, H. Lentzner, A. Dey y K. N. Robinson (2001). The changing profile of nursing home residents: 1985-1997. *Aging Trends*, núm. 4. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Salthouse, T. A. (1985). Anticipatory processing in transcription typing. *Journal of Applied Psychology*, 70, 264-271.
- Salthouse, T. A. (1991). *Theoretical perspectives on cognitive aging*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Salthouse, T. A. y T. J. Maurer (1996). Aging, job performance, and career development. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 353-364). San Diego: Academic Press.
- Salthouse, T. A., D. H. Kausler y J. S. Sauls (1988). Utilization of path-analytic procedures to investigate the role of processing resources in cognitive aging. *Psychology and Aging*, 3, 158-166.
- Sammartino, F. J. (1987, enero). The effect of health on retirement. *Social Security Bulletin*, pp. 31-47.
- Samuelsson, M., L. Radestad y K. Segesten (2001). A waste of life: Fathers' experiences of losing a child before birth. *Birth*, 28, 124-130.
- Sanchez, C. (1992). Mental health issues: The elderly Hispanic. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 69-84.
- Sanders, S., M. Laurendeau y J. Bergeron, J. (1966). Aging and the concept of space: The conservation of surfaces. *Journal of Gerontology*, 21, 281-285.
- Sansone, C. y C. A. Berg (1993). Adapting to the environment across the life span: Different process or different inputs? *International Journal of Behavioral Development*, 16, 215-241.
- Sapolsky, R. M. (1992). Stress and neuroendocrine changes during aging. *Generations*, 16(4), 35-38.
- Sattler, J. M. (1988). *Assessment of children* (3a. ed.). San Diego: autor.
- Sauer, M. V., R. J. Paulson y R. A. Lobo (1990). A preliminary report on oocyte donation extending reproductive potential to women over 40. *New England Journal of Medicine*, 323, 1157-1160.
- Sauer, M. V., R. J. Paulson y R. A. Lobo (1993, marzo). *Pregnancy after age 50: Applying oocyte donation to women following natural menopause*. Ponencia presentada en la 40 reunión anual de la Society for Gynecological Research, Toronto.
- Saunders, J. (1981). A process of bereavement resolution: Uncoupled identity. *Western Journal of Nursing Research*, 3, 319-332.
- Saxon, S. V. y M. J. Etton (2002). *Physical change and aging*. Nueva York: The Tiresias Press.
- Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. (1994). Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian simvastatin survival study (45). *Lancet*, 344, 1383-1389.
- Schacter, D. L. (1992). Understanding implicit memory: A cognitive neuroscience approach. *American Psychologist*, 47, 559-569.
- Schafer, R. (1980). *Narrative action in psychoanalysis*. Worcester, MA: Clark University Press.
- Schaie, K. W. (1965). A general model for the study of developmental problems. *Psychological Bulletin*, 64, 91-107.
- Schaie, K. W. (1977-1978). Toward a stage theory of adult cognitive development. *Journal of Aging and Human Development*, 8(2), 129-138.
- Schaie, K. W. (1978). External validity in the assessment of intellectual development in adulthood. *Journal of Gerontology*, 33, 696-701.
- Schaie, K. W. (1979). The primary mental abilities in adulthood: An exploration in the development of psychometric intelligence. En P. B. Baltes y O. G. Brim (eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 2, pp. 67-115). Nueva York: Academic.
- Schaie, K. W. (1983). The Seattle longitudinal study: A twenty-one-year investigation of psychometric intelligence. En K. W. Schaie (ed.), *Longitudinal studies of adult personality development* (pp. 64-155). Nueva York: Guilford.
- Schaie, K. W. (1984). Midlife influences upon intellectual functioning in old age. *Journal of Behavioral Development*, 7, 463-478.
- Schaie, K. W. (1988a). Ageism in psychological research. *American Psychologist*, 43, 179-183.
- Schaie, K. W. (1988b). The delicate balance: Technology, intellectual competence, and normal aging. En G. Lesnoff-Caravaglia (ed.), *Aging in a*

- technical society* (vol. 7, pp. 155-166). Nueva York: Human Sciences Press.
- Schaie, K. W. (1989). The hazards of cognitive aging. *The Gerontologist*, 29(4), 484-493.
- Schaie, K. W. (1990). Intellectual development in adulthood. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 291-309). San Diego: Academic.
- Schaie, K. W. (1994). The course of adult intellectual development. *American Psychologist*, 49(4), 304-313.
- Schaie, K. W. (2000). The impact of longitudinal studies on understanding development from young adulthood to old age. *International Journal of Behavioral Development*, 24(3), 257-266.
- Schaie, K. W. (2001). *Intelligence*. En G. L. Maddox (ed.), *Encyclopedia of Aging* (3a. ed.). Nueva York: Springer.
- Schaie, K. W. (2005). *Developmental influences on adult intelligence: The Seattle Longitudinal Study*. Nueva York: Oxford University Press.
- Schaie, K. W. y P. B. Baltes (1977). Some faith helps to see the forest: A final comment on the Horn-Donaldson myth of the Baltes-Schaie position on adult intelligence. *American Psychologist*, 32, 1118-1120.
- Schaie, K. W. y C. Hertzog (1983). Fourteen-year cohort sequential analyses of adult intellectual development. *Developmental Psychology*, 19(4), 531-543.
- Schaie, K. W. y C. Hertzog (1986). Toward a comprehensive model of adult intellectual development: Contributions of the Seattle Longitudinal Study. En R. J. Sternberg (ed.), *Advances in human intelligence* (vol. 3, pp. 79-118). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schaie, K. W. y C. Strother (1968). A cross-sequential study of age changes in cognitive behavior. *Psychological Bulletin*, 70, 671-680.
- Schaie, K. W. y S. L. Willis (1986). Can decline in adult intellectual functioning be reversed? *Developmental Psychology*, 22, 223-232.
- Schaie, K. W. y S. L. Willis (1991). Adult personality and psychomotor performance: Cross-sectional and longitudinal analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P275-284.
- Schaie, K. W. y S. L. Willis (1996). Psychometric intelligence and aging. En F. Blanchard-Fields y T. M. Hess (eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Schaie, K. W. y S. L. Willis (2000). A stage theory model of adult cognitive development revisited. En B. Rubinstein, M. Moss y M. Kleban (eds.), *The many dimensions of aging: Essays in honor of M. Powell Lawton* (pp. 173-191). Nueva York: Springer.
- Scharadt, D. (1995, junio). For men only. *Nutrition Action Health Letter*, 22(5), 4-7.
- Scharlach, A. E. (1987). Relieving feelings of strain among women with elderly mothers. *Psychology and Aging*, 2(1), 9-13.
- Scharlach, A. E. (1991). Factors associated with filial grief following the death of an elderly parent.
- Scharlach, A. E. y K. I. Fredriksen (1993). Reactions to the death of a parent during midlife. *Omega*, 27, 307-319. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 307-313.
- Schellenberg, G. D., T. Bird, E. Wijsman *et al.* (1992). Genetic linkage evidence for a familial Alzheimer's disease locus on chromosome 14. *Science*, 258, 668-671.
- Scherer, M. (1985, enero). How many ways is a child intelligent? *Instructor*, pp. 32-35.
- Schick, F. L. (ed.). (1986). *Statistical handbook on aging Americans*. Phoenix: Oryx.
- Schieber, F. y C. L. Baldwin (1996). Vision, audition, and aging research. En F. Blanchard-Fields y T. M. Hess (eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging* (pp. 122-162). Nueva York: McGraw-Hill.
- Schieffelin, E. (1976). The sorrow of the lonely and the burning of the dancers. Nueva York: St. Martin's.
- Schiffman, S. S. (1995). En G. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 920-922). Nueva York: Springer.
- Schlossberg, N. K. (1987, mayo). Taking the mystery out of change. *Psychology Today*, pp. 74-75.
- Schmeck, H. M. (1983, marzo 22). U.S. panel calls for patients' right to end life. *New York Times*, pp. A1, C7.
- Schmeck, H. M. (1995, junio 24). Jonas Salk, whose polio drug altered life in U.S., dies at 80. *New York Times*, pp. A1, A10.

- Schmidt, W. E. (1988, abril 6). Graying of America prompts new highway safety efforts. *New York Times*, pp. A1, A17.
- Schneider, B. A. y M. K. Pichora-Fuller (2000). Implications of perceptual deterioration for cognitive aging research. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 155-219). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schneider, E. L. (1992). Biological theories of aging. *Generations*, 16(4), 7-10.
- Schneider, E. L. y J. M. Guralnik (1990). The aging of America: Impact on health care costs. *Journal of the American Medical Association*, 263(17), 2335-2340.
- Schneiderman, L. J., T. Gilmer, H. D. Teetze, D. O. Dugan, J. Blustein, R. Cranford, K. B. Briggs, G. I. Komatsu, P. Goodman-Crews, F. Cohn y E. W. D. Young (2003). Effects of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1166-1172.
- Schoen, R. (1992). First unions and the stability of first marriages. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 281-284.
- Schoenborn, C., P. Adams, P. Barnes, L. Vickerie y J. Schiller (2004). Health behaviors of adults: United States, 1999-2001. National Center for Health Statistics. *Vital Health Statistics*, 10(219).
- Schonberg, H. C. (1992). *Horowitz: His life and music*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Schonfield, D. (1974). Translations in gerontology—from lab to life: Utilizing information. *American Psychologist*, 29, 228-236.
- Schonfield, D. y E. A. Robertson (1968). The coding and sorting of digits and symbols by an elderly sample. *Journal of Gerontology*, 23, 318-323.
- Schulz, J. H. (1993a). Why the “welfare state” will continue to spread around the world. *Generations*, 17(4).
- Schulz, J. H. (1993b). Introduction: And then Chicken Little said, “The sky is falling!” *Generations*, 17(4), 5.
- Schulz, J. H. (1993c). Should developing countries copy Chile’s pension system? *Generations*, 17(4), 70-72.
- Schulz, R. (1978). *The psychology of death, dying, and bereavement*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Schulz, R. (1985). Emotion and affect. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed., pp. 531-543). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Schulz, R. y J. Heckhausen (1996). A lifespan model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Schumacher, M. (1991, junio). Louise Erdrich and Michael Dorris: A marriage of minds. *Writer’s Digest*, pp. 28-31, 59.
- Schwartz, J. (2005, marzo 21). New openness in deciding when and how to die. *New York Times*, p.A1.
- Scogin, F. y J. L. Bienias (1988). A three-year follow-up of older adult participants in a memory-skills training program. *Psychology and Aging*, 3, 334-337.
- Scott, C. (1993). *Decade of the executive woman*. Nueva York: Korn/Ferry International.
- Scott, J. (1998). Changing attitudes to sexual morality: A cross-cultural comparison. *Sociology*, 32, 815-845.
- Scott, J. P. y K. A. Roberto (1981, octubre). *Sibling relationships in late life*. Ponencia presentada en la reunión anual del National Council on Family Relations, Milwaukee.
- Scribner, S. (1979). Modes of thinking and ways of speaking: Culture and logic reconsidered. En R. O. Freedle (ed.), *New directions in discourse processing* (vol. 2). Norwood, NJ: Ablex.
- Seccombe, K. (1991). Assessing the costs and benefits of children: Gender comparisons among childfree husbands and wives. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 191-202.
- Secter, B. (1995, enero 1). Some stats count for nothing: Surveys often produce “data” from thin air. *Chicago Sun-Times*, p. 17.
- Sedlak, A. J. y D. D. Broadhurst (1996). *Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect* (NIS-3). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Seeman, T. E., L. F. Dubin y M. Seeman (2003). Religiosity/spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, 58(1), 53-63.
- Seidler, R., A. Neinhaus, T. Bernhardt, T. Kauppinen, A. L. Elo y L. Frolich (2004). Psychological work factors and dementia. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 962-971.

- Selkoe, D. J. (1992). Aging brain, aging mind. *Scientific American*, 267, 135-142.
- Sellers, E. M. (1998). Pharmacogenetics and ethnorracial differences in smoking. *Journal of the American Medical Association*, 280, 179-180.
- Seltzer, J. A. (2000). Families formed outside of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1247-1268.
- Seltzer, J. A. e I. Garfinkel (1990). Inequality in divorce settlements: An investigation of property settlements and child support awards. *Social Science Research*, 19, 82-111.
- Selye, H. (ed.) (1980). *Selye's guide to stress research* (vol. 1). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Seybold, K. S. y P. C. Hill (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 21-24.
- Shadish, W. R., T. D. Cook y D. T. Campbell (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Shapiro, P. (1994, noviembre). My house is your house: Advance planning can ease the way when parents move in with adult kids. *AARP Bulletin*, p. 2.
- Sharf, R. S. (1992). *Applying career development theory to counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Sharp, D., M. Cole y C. Lave (1978). *Education and cognitive development: The evidence from experimental research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Shaw, M. P. (1989). The eureka process: A structure for the creative experience in science and engineering. *Creativity Research Journal*, 2, 286-298.
- Shaw, M. P. (1992a). Affective components of scientific creativity. En M. P. Shaw y M. A. Runco (eds.), *Creativity and affect*. Norwood, NJ: Ablex.
- Shaw, M. P. (1992b). Reason, emotionality, and creative thinking. *Humanistic Judaism*, 20(4), 42-44.
- Sheehy, G. (1992). *The silent passage: Menopause*. Nueva York: Random House.
- Sheehy, G. (1995). *New passages: Mapping your life across time*. Nueva York: Random House.
- Sherman, E. (1991). *Reminiscence and the self in old age*. Nueva York: Springer.
- Sherman, E. (1993). Mental health and successful adaptation in late life. *Generations*, 17(1), 43-46.
- Sherman, E. y T. Peak (1991). Patterns of reminiscence and the assessment of late life adjustment. *Gerontological Social Work*, 16, 59-74.
- Sherman, L. W. y R. A. Berk (1984, abril). The Minneapolis domestic violence experiment. *Police Foundation Reports*, pp. 1-8.
- Sherman, L. W. y E. G. Cohn (1989). The impact of research on legal policy: The Minneapolis domestic violence experiment. *Law and Society Review*, pp. 118-144.
- Shibusawa, T., M. Kodaka, S. Iwano y K. Kaizu, K. (2005). Interventions for elder abuse and neglect with frail elders in Japan. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(2), 203-211.
- Shier, A. (1992). *Oh, Utopia, how we miss you*. Livonia, MI: Mini-Lectures Press.
- Shimamura, A. P., J. S. Janowsky y L. R. Squire (1991). What is the role of frontal lobe damage in memory disorders? En H. D. Levine, H. M. Eisenberg y A. L. Benton (eds.), *Frontal lobe functioning and dysfunction* (pp. 173-195). Nueva York: Oxford University Press.
- Shipp, E. R. (1988, febrero 4). Decision could hinder surrogacy across nation. *New York Times*, p. B6.
- Siano, B. (1993, julio-agosto). False history, gas chambers, blue smoke, and cracked mirrors. *The Humanist*, pp. 31-33.
- Siegler, I., S. M. McCarty y P. E. Logue (1982). Wechsler Memory Scale scores, selective attribution, and distance from death. *Journal of Gerontology*, 37, 176-181.
- Siegler, R. S. (1998). *Children's thinking* (3a. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Silverstein, M. y J. D. Long (1998). Trajectories of grandparents' perceived solidarity with adult grandchildren: A growth curve analysis over 23 years. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 912-923.
- Silverstein, M., R. Giarrusso y V. L. Bengston (1998). Intergenerational solidarity and the grandparent role. En M. Szinovacz (ed.), *Handbook on grandparenthood* (pp. 144-158). Westport, CT: Greenwood.
- Simons, M. (1993, febrero 10). Dutch parliament approves law permitting euthanasia. *New York Times*, p. A10.

- Simonton, D. K. (1985). Quality, quantity, and age: The careers of 10 distinguished psychologists. *International Journal of Aging and Human Development*, 21, 241-254.
- Simonton, D. K. (1989). The swan-song phenomenon: Last-works effects for 172 classical composers. *Psychology and Aging*, 4, 42-47.
- Simonton, D. K. (1990). Creativity and wisdom in aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 320-329). Nueva York: Academic.
- Simonton, D. K. (1998). Career paths and creative lives: A theoretical perspective on late life potential. En C. E. Adams-Price (ed.), *Creativity and Successful Aging*. Nueva York: Springer.
- Simonton, D. K. (2000a). Creative development as acquired expertise: Theoretical issues and an empirical test. *Developmental Review*, 20, 283-318.
- Simonton, D. K. (2000b). Creativity: Cognitive, personal, developmental and social aspects. *American Psychologist*, 55(1), 151-158.
- Simpson, K. H. (1996). Alternatives to physician-assisted suicide. *Humanistic Judaism*, 24(4), 21-23.
- Sinclair, A. J. (2001). Diabetes mellitus. En G. L. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging*. (3a. ed.). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Singer, P. A. (1988, junio 1). Should doctors kill patients? *Canadian Medical Association Journal*, 138, 1000-1001.
- Singer, T., P. Verhaeghen, P. Ghisletta, U. Lindernberger y P. B. Baltes (2003). The fate of cognition in very old age: Six-year longitudinal findings in the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 18(2), 318-331.
- Sinnott, J. D. (1984). Postformal reasoning: The relativistic stage. En M. L. Commons, F. A. Richards y C. Armon (eds.), *Beyond formal operations: Late adolescence and adult cognitive development* (pp. 357-380). Nueva York: Praeger.
- Sinnott, J. D. (1989). Prospective memory and aging: Memory as adaptive action. En L. W. Poon, D. C. Rubin y B. A. Wilson (eds.), *Everyday cognition in adulthood and old age* (pp. 352-372). Nueva York: Cambridge University Press.
- Sinnott, J. D. (1989a). A model for solution of ill-structured problems: Implications for everyday and abstract problem solving. En J. D. Sinnott (ed.), *Everyday problem solving: Theory and applications* (pp. 72-99). Nueva York: Praeger.
- Sinnott, J. D. (1989b). Life-span relativistic postformal thought: Methodology and data from everyday problem-solving studies. En M. L. Commons, J. D. Sinnott, F. A. Richards y C. Armon (eds.), *Adult development: vol 1. Comparison and application of developmental models* (pp. 239-278). Nueva York: Praeger.
- Sinnott, J. D. (1991). Limits to problem solving: Emotion, intention, goal clarity, health and other factors in postformal thought. En J. D. Sinnott y J. C. Cavanaugh (eds.), *Bridging paradigms: Positive development in adulthood and cognitive aging* (pp. 169-202). Nueva York: Praeger.
- Sinnott, J. D. (1994). The relationship of postformal thought, adult learning, and lifespan development. En J. D. Sinnott (ed.), *Interdisciplinary handbook of adult lifespan learning* (pp. 105-119). Westport, CT: Greenwood Press.
- Sinnott, J. D. (1996). The developmental approach: Postformal thought as adaptive intelligence. En F. Blanchard-Fields y T. M. Hess (eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging* (pp. 358-383). Nueva York: McGraw-Hill.
- Sinnott, J. D. (1998). *The development of logic in adulthood: Postformal thought and its applications*. Nueva York: Plenum.
- Sinnott, J. D. (2003). Postformal thought and adult development. En J. Demick y C. Andreoletto (eds.), *Handbook of adult development*. Nueva York: Plenum Press.
- Sitarz, D. (1990). *Divorce yourself*. Carbondale, IL: Nova.
- Skaff, M. M. y L. I. Pearlin (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist*, 32(5), 656-664.
- Sleep: From apnea to zzzz's (1995, marzo). *University of California at Berkeley Wellness Letter*, pp. 4-5.
- Sloan, R. P. y E. Bagiella (2002). Claims about religious involvement and health outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 14-21.
- Small, B. J., L. Fratiglioni, E. von Strauss y L. Backman (2003). Terminal decline and cognitive performance in very old age: Does cause of death matter? *Psychology and Aging*, 18(2), 193-202.

- Small, G. W., P. V. Rabins, P. P. Barry, N. S. Buckholtz, S. T. DeKosky, S. H. Ferris, S. I. Finkel, L. P. Gwyther, Z. S. Khachaturian, B. D. Lebowitz, T. D. McRae, J. C. Morris, F. Oakley, L. S. Schneider, J. E. Streim, T. Sunderland, L. A. Teri y L. E. Tune (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer Disease and related disorders: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *Journal of the American Medical Society*, 278, 1363-1371.
- Smedley, B. D., A. Y. Stith y A. R. Nelson (eds.) (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. Washington, DC: National Academy Press.
- Smith, A. D. y J. L. Earles (1996). Memory changes in normal aging. En F. Blanchard-Fields y T. M. Hess (eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging* (pp. 165-191). Nueva York: McGraw-Hill.
- Smith, D. (2003). The older population in the United States: March 2002. U.S. Census Bureau Current Population Reports, P20-546. Washington, DC.
- Smith, D. W. y D. M. Brodzinsky (1994). Stress and coping in adopted children: A developmental study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(1), 91-99.
- Smith, J. y P. B. Baltes (1990). Wisdom-related knowledge: Age/cohort differences in response to life planning problems. *Developmental Psychology*, 26(3), 494-505.
- Smith, J. P. (2005). Unraveling the SES-health connection. *Aging, Health and Public Policy*, 30, 108-132.
- Smith, K. (2002). Who's minding the kids? Child care arrangements: primavera 1997. *Current Population Reports*, pp. 70-86. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- Smith, K. E. y A. Bachu (1999). *Women's labor force attachment patterns and maternity leave: A review of the literature*. Population Division Working Paper no. 32. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- Smith, R. B. y R. A. Brown (1997). The impact of social support on gay male couples. *Journal of Homosexuality*, 33, 39-61.
- Smith, T. (1999). *The emerging 21st-century American family*. Chicago: National Opinion Research Center, University of Chicago.
- Smith, T. W. (1994). *The demography of sexual behavior*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Smith, T. W. (1995). *Holocaust denial: What the survey data reveal*. Nueva York: American Jewish Committee, Institute of Human Relations.
- Smyer, M. A. y S. H. Qualls (1999). *Aging and mental health*. Massachusetts: Blackwell Publishers.
- Snarey, J. R. (1985). Cross-cultural universality of social-moral development: A critical review of Kohlbergian research. *Psychological Bulletin*, 97, 202-232.
- Snowdon, J. (2001). Is depression more prevalent in old age? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 782-787.
- Snyder, C. J. y G. V. Barrett (1988). The Age Discrimination in Employment Act: A review of court decisions. *Experimental Aging Research*, 14, 3-47.
- Snyder, M. (1987). *Public appearance/private realities: The psychology of self-monitoring*. Nueva York: Freeman.
- Snyderman, M. y S. Rothman (1987). Survey of expert opinion on intelligence and aptitude testing. *American Psychologist*, 42, 137-144.
- Society for Assisted Reproductive Technology y la American Society for Reproductive Medicine (2002). Assisted reproductive technology in the United States: 1998 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/ Society for Assisted Reproductive Technology Registry. *Fertility and Sterility*, 77(1), 18-31.
- Society for Assisted Reproductive Technology y la American Fertility Society (1993). Assisted reproductive technology in the United States and Canada: 1991 results from the Society for Assisted Reproductive Technology generated from the American Fertility Society Registry. *Fertility*, 59, 956-962.
- Solomon, M. (1993). Report of survey of doctors and nurses about treatment of terminally ill patients. *American Journal of Public Health*, 83(1), 23-25.

- Solomon, P. R., D. Pomerleau, L. Bennett, J. James y D. L. Morse (1989). Acquisition of the classically conditioned eyeblink response in humans over the life span. *Psychology and Aging*, 4(1), 34-41.
- Spearman, C. E. (1927). *The abilities of man*. Nueva York: Macmillan.
- Spearman, C. E. (1930). *Creative mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Spence, A. P. (1989). *Biology of human aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Spence, J. T. (1993). Women, men and society. En S. Oskamp y M. Costanzo (eds.), *Gender issues in contemporary society*, pp. 3-17. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Spilich, G. W., L. June y J. Renner (1992). Cigarette smoking and cognitive performance. *British Journal of Addiction*, 87, 1313-1326.
- Spiriduso, W. W. y P. G. MacRae (1990). Motor performance and aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Psychology of aging* (3a. ed., pp. 183-200). Nueva York: Academic.
- Spitze, G. y S. Miner (1992). Gender differences in adult child contact among elderly black parents. *The Gerontologist*, 32, 213-218.
- Spoto, D. (1992). *Laurence Olivier: A biography*. Nueva York: Harper Collins.
- Spoto, D. (1997). *Notorious: The life of Ingrid Bergman*. Nueva York: Harper Collins.
- Spratt, R. L. y G. S. Roth (1992). Biomarkers of aging: Can we predict individual life span? *Generations*, 16, 11-14.
- Spurlock, J. (1990). Single women. En J. Spurlock y C. B. Robinowitz (eds.), *Women's progress: Promises and problems* (pp. 23-33). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Squire, L. R. (1992). Memory and the hippocampus: A synthesis of findings with rats, monkeys, and humans. *Psychological Review*, 99, 195-231.
- Squire, L. R. (1994). Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. En D. L. Schacter y E. Tulving (eds.), *Memory systems 1994* (pp. 203-232). Cambridge, MA: MIT Press.
- St. George-Hyslop, P. H., R. E. Tanzi, Polinsky et al. (1987). The genetic defect causing familial Alzheimer's disease maps on chromosome 21. *Science*, 235, 885-890.
- Stadtman, E. R. (1992). Protein oxidation and aging. *Science*, 257, 1220-1224.
- Staines, G. L. (1980). Spillover versus compensation: A review of the literature on the relationship between work and nonwork. *Human Relations*, 33, 111-129.
- Stanford, E. P. y B. C. Du Bois (1992). Gender and ethnicity patterns. En J. E. Birren, R. B. Sloane y G. D. Cohen (eds.), *Handbook of mental health and aging* (pp. 99-119). San Diego: Academic.
- Starkweather, E. K. (1976). Creativity research instruments designed for use with preschool children. En A. M. Biondi y S. J. Parnes (eds.), *Assessing creative growth: The tests-Book 1* (pp. 79-90). Búfalo, NY: Creative Education Foundation.
- Starr, B. D. y M. B. Weiner (1981). *The Starr-Weiner report on sex and sexuality in the mature years*. Nueva York: Stein & Day.
- Statistics Canada (1996). 1996 Census Nation tables. [En línea] <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Families/famil5a.html>.
- Staudinger, U. M. y S. Bluck (2001). A view of midlife development from life span theory. En M. E. Lachman (ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 3-39). Nueva York: Wiley.
- Staudinger, U. M., J. Smith y P. B. Baltes (1992). Wisdom-related knowledge in a life review task: Age differences and the role of professional specialization. *Psychology and Aging*, 7, 271-281.
- Steinbach, U. (1992). Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47(4), S183-190.
- Steinberg, L. y S. B. Silverberg (1987). Influences on marital satisfaction during the middle stages of the family life cycle. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 751-760.
- Steinberg, S., J. C. Javitt et al. (1993). The content and cost of cataract surgery. *Archives of Ophthalmology*, 111, 1041-1049.
- Stengel, R. (1994, mayo 9). The making of a leader. *Time*, pp. 36-38.
- Stephens, M. P. y M. M. Franks (1999). Parent care in the context of women's multiple roles. *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), 149-152.
- Stephens, M. A. P., M. Franks y A. L. Townsend (1994). Stress and rewards in women's multiple roles: The case of women in the middle. *Psychology and Aging*, 9(1), 45-52.



- issues* (2a. ed.), pp. 171-192. Nueva York: Springer.
- Sterns, H. L., D. Doverspike y G. A. Lax (2005). The Age Discrimination in Employment Act. En F. J. Landy (ed.), *Employment discrimination litigation: Behavioral, quantitative and legal perspectives*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stevens, J. C. (1992). Aging and spatial activity of touch. *Journal of Gerontology and Psychological Sciences*, 47(1), 35-40.
- Stevens, J. C., W. S. Cain, A. Demarque y A. M. Ruthruff (1991). On the discrimination of missing ingredients: Aging and salt flavor. *Appetite*, 16, 129-140.
- Stevens, J. C., L. A. Cruz, J. M. Hoffman y M. Q. Patterson (1995). Taste sensitivity and aging: High incidence of decline revealed by repeated threshold measures. *Chemical Senses*, 20, 451-459.
- Stevens, R. (1983). *Erik Erikson: An introduction*. Nueva York: St. Martin's.
- Stewart, M. A. y S. W. Olds (1973). *Raising a hyperactive child*. Nueva York: Harper & Row.
- Sticht, T. G. y B. A. McDonald (1990). Teach the mother and reach the child: Literacy across generations—literacy lessons. Ginebra: International Bureau of Education.
- Stillion, J. M. (2005). Understanding the end of life: An overview. En J. L. Werth y D. Blevins (eds.), *Psychosocial issues near the end of life: A resource for professional care providers*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stine-Morrow, E. A. y L. M. Miller (1999). Basic cognitive processes. En J. C. Cavanaugh y S. K. Whitbourne (eds.), *Gerontology: An interdisciplinary perspective* (pp. 186-212). Nueva York: Oxford University Press.
- Stoppard, M. (1999). *HRT: Hormone Replacement Therapy*. Nueva York: DK Publishing, Inc.
- Storandt, M. (1976). Speed and coding effects in relation to age and ability level. *Developmental Psychology*, 12, 177-178.
- Straus, M. A. y J. H. Stewart (1999). Corporal punishment by American parents: National data on prevalence, chronicity, severity, and duration, in relation to child and family characteristics. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 55-70.
- Strawbridge, W. J. y M. I. Wallhagen (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *The Gerontologist*, 31(6), 770-777.
- Stroebe, M., M. M. Gergen, K. J. Gergen y W. Stroebe (1992). Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective. *American Psychologist*, 47(10), 1205-1212.
- Strom, R., P. Collinsworth, S. Strom y D. Griswold (1992-1993). Strengths and needs of black grandparents. *International Journal of Aging and Human Development*, 36, 255-268.
- Strong, M. (1988). *Mainstay*. Boston: Little, Brown.
- Strube, M. J. y L. S. Barbour (1984). Factors related to the decision to leave an abusive relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 837-844.
- Stuck, A. E., M. Egger, A. Hammer, C. E. Minder y J. C. Beck (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. *Journal of the American Medical Association*, 287, 1022-1028.
- Stuen, C. y E. Faye (2003). Vision loss: Normal and not normal changes among older adults. *Generations*, Spring.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Substance use among older adults: 2002 and 2003 update. [En línea] <http://oas.samhsa.gov/2k5/olderadults/olderadults.pdf>. Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (1998). *Preliminary results from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse*. Washington, DC: autor.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2001). *Summary of findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse*. NHSDA Series H-13, DHHS Publication núm. (SMA) 01-3549. Rockville, MD: Office of Applied Studies.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2001). Older adults in substance abuse treatment: [En línea] <http://www.oas.samhsa.gov/2k4/olderAdultsTX/olderAdultsTX.htm>. Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2002). Characteristics of primary alcohol admissions by age of first use of alcohol: [En línea] <http://oas>.

- samhsa.gov/2k5/alcAgeTX/alcAgeTX. pdf. Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2002). *Substance use by older adults: Estimates of future impact on the treatment system*. [En línea] <http://www.oas.samhsa.gov/analytic.htm>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2004). *Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH Series H-25, DHHS Publications núm. SMA04-3964. Rockville: MD: Office of Applied Studies.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Alcohol dependence or abuse and age at first use. [En línea] <http://oas.samhsa.gov/2k4/ageDependence/ageDependence.pdf>. Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Older adults in substance abuse treatment. [En línea] <http://oas.samhsa.gov/2k5/olderAdultsTX/olderAdultsTX.pdf>. Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Preventing problems related to alcohol availability: Environmental approaches. [En línea] [www.health.org/govpubs/PHD822/acc.aspx](http://www.health.org/govpubs/PHD822/acc.aspx). Fecha de consulta: junio 2, 2005.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance abuse or dependence. [En línea] <http://www.drugabusestatistics.samhsa.gov/2k2/dependence/dependence.pdf>. Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Substance use among older adults. [En línea]. Available: <http://www.oas.samhsa.gov/2k1/olderadults/olderadults.pdf>. Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- Sugarman, J. (1999). Ethical considerations in leaping from bench to bedside. *Science*, 285, 2071-2072.
- Suicide: Part 1 (1986, febrero). *Harvard Medical School Health Letter*, pp. 1-4.
- Suitor, J. J. y K. Pillemer (1987). The presence of adult children: A source of stress for elderly married couples? *Journal of Marriage and the Family*, 49, 717-725.
- Suitor, J. J. y K. Pillemer (1988). Explaining intergenerational conflict when adult children and elderly parents live together. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 1037-1047.
- Suitor, J. J. y K. Pillemer (1993). Support and interpersonal stress in the social networks of married daughters caring S1-8.
- Suitor, J. J., K. Pillemer, S. Keeton y J. Robinson (1995). Aged parents and aging children: Determinants of relationship quality. En R. Blieszner y V. Hilkevitch (eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 223-242). Westport, CT: Greenwood Press.
- Sullivan, A. D., K. Hedberg y D. W. Fleming (2000). Legalized physician-assisted suicide in Oregon: The second year. *New England Journal of Medicine*, 342, 598-604.
- Sullivan, R. (2001). Cardiovascular disease. En G. L. Maddox (ed.). *The encyclopedia of aging* (3a. ed.). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Suls, A. y J. Swain (1996). Reproducibility of blood pressure and heart rate reactivity: A meta analysis. *Psychophysiology*, 33(2), 162-174.
- Super, D. E. (1957). *The psychology of careers*. Nueva York: Harper & Row.
- Super, D. E. (1985). Coming of age in Middletown: Careers in the making. *American Psychologist*, 40, 405-414.
- Susman, E. (2004, febrero 19). Researchers study long-term AIDS drugs use. *Science News*.
- Swann, W. B. (1983). Self-verification: Bringing social reality into harmony with the self. En J. Suls y A. B. Greenwald (eds.), *Psychological perspectives of the self* (vol. 2, pp. 33-66). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Swann, W. B. (1987). Identity negotiations: Where two roads meet. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1038-1051.
- Szinovacz, M. E. (1998). Grandparents today: A demographic profile. *The Gerontologist*, 38, 37-52.
- Talbott, M. M. (1998). Older widows' attitudes towards men and remarriage. *Journal of Aging Studies*, 12, 429-449.
- Tamir, L. M. (1989). Modern myths about men at midlife: An assessment. En S. Hunter y M. Sundel (eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.

- Tanfer, K. y M. C. Horn (1985). Contraceptive use, pregnancy and fertility patterns among single American women in their 20s. *Family Planning Perspectives*, 17(1), 10-19.
- Taniguchi, H. (1999). The timing of childbearing and women's wages. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 1008-1019.
- Taylor, H. (1995, enero 30). *Doctor-assisted suicide: Support for Dr. Kevorkian remains strong, and 2-to-1 majority approves Oregon-style assisted suicide bill*. Nueva York: Harris and Associates.
- Taylor, I. A. (1959). The nature of the creative process. En P. Smith (ed.), *Creativity* (pp. 51-82). Nueva York: Hastings House.
- Taylor, J. M. (1979). *Eva Peron: The myths of a woman*. Chicago: University of Chicago Press.
- Taylor, P. (1994, mayo 11). Mandela's moment comes: Inauguration draws crush of foreign leaders. *Chicago Sun-Times*, p. 3.
- Taylor, R. J. y L. M. Chatters (1991). Extended family networks of older Black adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46(4), 5210-5217.
- Taylor, S. C. (1993, octubre-noviembre). The end of retirement. *Modern Maturity*, pp. 32-39.
- Teachman, J. (2003). Premarital sex, premarital cohabitation, and the risk of subsequent marital dissolution. *Journal of Marriage and the Family*, 65, 444-455.
- Teachman, J. D., L. M. Tedrow y K. D. Crowder (2000). The changing demography of America's families. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 1234-1246.
- Teicher, D. (1994, febrero 6). *Death and dying*. Seminar presentation for candidates in Leadership Program, International Institute for Secular Humanistic Judaism, Farmington Hills, MI.
- Tellegren, A., D. T. Lykken, T. J. Bouchard, K. J. Wilcox, N. L. Segal y S. Rich, S. (1988). Personality similarities in twins reared apart and reared together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1031-1039.
- Testing awareness of the Holocaust (1993, mayo 5). *Christian Century*, p. 481. U.S. Government Printing Office.
- Thabes, V. (1997). A survey analysis of women's long-term, post-divorce adjustment. *Journal of Divorce and Remarriage*, 27, 163-175.
- The aging eye (1994, diciembre). *Harvard Women's Health Watch*, pp. 4-5.
- The new genetic screens for cancer (1995, enero). *Johns Hopkins Medical Letter: Health after 50*, pp. 1-2.
- The SUPPORT Principal Investigators (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment (SUPPORT). *Journal of the American Medical Association*, 274, 1591-1598.
- Thomas, A. y S. Chess (1984). Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life. *American Journal of Orthopsychiatry*, 141, 1-9.
- Thomas, J. L. (1986). Gender differences in satisfaction with grandparenting. *Psychology and Aging*, 1(3), 215-219.
- Thomas, S. P. (1997). Psychosocial correlates of women's self-rated physical health in middle adulthood. En M. E. Lachman y J. B. James (eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 257-291). Chicago: University of Chicago Press.
- Thompson, L. y A. J. Walker (1989). Gender in families: Women and men in marriage, work, and parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 845-871.
- Thomson, E. y U. Colella (1992). Cohabitation and marital stability: Quality or commitment? *Journal of Marriage and the Family*, 54, 259-267.
- Thornton, A. (1989). Changing attitudes toward family issues in the United States. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 873-893.
- Thurstone, L. L. (1938). *Primary mental abilities*. *Psychometric Monographs* (núm. I).
- Thurstone, L. L. (1952). Creative talent. En L. L. Thurstone (ed.), *Applications of psychology* (pp. 18-37). Nueva York: Harper & Row.
- Tideiksaar, R. (2002). *Falls in older people: Prevention & management*. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Tiger, L. y J. Shepher (1975). *Women in the kibbutz*. Nueva York: Harcourt Brace.
- Tilvis, R. S., M. H. Kahonen-Vare, J. Jolkkonen, J. Valvanne, K. H. Pitkala y T. E. Stradnberg (2004). Predictors of cognitive decline and mortality of aged people over a 10-year period. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A, 268-274.

- Tomkins, S. (1986). Script theory. En J. Aronoff, A. Rabin y R. A. Zucker (eds.), *The emergence of personality* (pp. 147-216). Nueva York: Springer.
- Tomlinson-Keasey, C. (1982). Structures, functions, and stages: A trio of unresolved issues in formal operations. En S. Modgil y C. Modgil (eds.), *Jean Piaget: Consensus and controversy*. Nueva York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Tonna, E. A. (2001). Arthritis. En G. L. Maddox (ed.) *i* (3a. ed.). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Torrance, E. P. (1957). *Psychology of survival*. Texto inédito, Air Force Personnel Research Center, Lackland Air Force Base, TX.
- Torrance, E. P. (1966). *The Torrance Test of Creative Thinking: Technical-norms manual (research ed.)*. Princeton, NJ: Personnel Press.
- Torrance, E. P. (1972a). Career patterns and peak creative experiences of creative high school students 12 years later. *Gifted Child Quarterly*, 16, 75-88.
- Torrance, E. P. (1972b). Predictive validity of the Torrance Test of Creative Thinking. *Journal of Creative Behavior*, 6, 236-252.
- Torrance, E. P. (1974). *The Torrance Tests of Creative Thinking: Technical-norms manual*. Bensenville, IL: Scholastic Testing Service.
- Torrance, E. P. (1981). Predicting the creativity of elementary school children (1958-1980)-and the teacher who made a "difference". *Gifted Child Quarterly*, 25, 55-62.
- Torrance, E. P. (1988). The nature of creativity as manifests in its testing. En R. J. Sternberg (ed.), *The nature of creativity: Contemporary psychological perspectives* (pp. 43-75). Cambridge: Cambridge University Press.
- Torrance, E. P. y O. E. Ball (1984). *The Torrance Test of Creative Thinking: Streamlined (revised) manual, Figura 1 A and B*. Bensenville, IL: Scholastic Testing Service.
- Tracy, M. B. y F. C. Pampel (eds.) (1991). *International handbook on old-age innocence*. Westport, CT: Greenwood.
- Treas, J. (1995, mayo). *Older Americans in the 1990's and beyond*. *Population Bulletin*, 50(2). Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Troll, L. E. (1980). Grandparenting. En L. W. Poon (ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Troll, L. E. (1983). Grandparents: The family watchdogs. En T. H. Brubaker (ed.), *Family relationships in later life*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Troll, L. E. (1985). Early and middle adulthood. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Troll, L. E. (1986). Parents and children in later life. *Generations*, 10(4), 23-25.
- Troll, L. E. (1989). Myths of midlife intergenerational relationships. En S. Hunter y M. Sundel (eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.
- Troll, L. E. y K. L. Fingerman (1996). Connections between parents and their adult children. En C. Magai y S. H. McFadden (eds.), *Handbook of emotion, adult development and aging* (pp. 185-205). San Diego: Academic Press.
- Troll, L. E. y J. Smith (1976). Attachment through the life span. *Human Development*, 3, 156-171.
- Troll, L. E., S. Miller y R. Atchley (1979). *Families in later life*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Trotter, R. J. (1986, agosto). Profile: Robert J. Sternberg: Three heads are better than one. *Psychology Today*, pp. 56-62.
- Truehart, C. (1999, octubre 14). France gives right to unwed couples. *Boston Globe*, p. A4.
- Truschke, E. F. (1998, otoño). Message from the president. *Advances: Progress in Alzheimer Research and Care*, p. 1.
- Tschann, J., J. R. Johnston y J. S. Wallerstein (1989). Resources, stressors, and attachment as predictors of adult adjustment after divorce: A longitudinal study. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 51, 1033-1046.
- Tsevat, J., N. V. Dawson, A. W. Wu, J. Lynn, J. R. Soukup, E. Cook, E. Francis, H. Vidaillet y R. S. Phillips (1998). Health values of hospitalized patients 80 years or older. *Journal of the American Medical Association*, 279(5), 371-375.
- Tucker, J. S. y H. S. Friedman (1996). Emotion, personality and health. En C. Magai y S. H. McFadden (eds.), *Handbook of emotion, adult development and aging*. San Diego: Academic Press.
- Tucker, M. B. y C. Mitchell-Kernan (1998). Psychological well-being and perceived marital opportunity among single African American, Latina, and White women. *Journal of Comparative Family Studies*, 29, 57-72.

- Stern, M. B. (1950). *Louisa May Alcott*. Norman: University of Oklahoma Press.
- Sternbach, H. (1998). Age-associated testosterone decline in men: Clinical issues for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1310-1318.
- Sternberg, R. J. (1985a). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (1985b, agosto). *A triangular theory of love*. Ponencia presentada en la reunión anual de la American Psychological Association, Los Ángeles.
- Sternberg, R. J. (1986). *Intelligence applied: Understanding and increasing your intellectual skills*. San Diego: Harcourt Brace.
- Sternberg, R. J. (1987, septiembre 23). The uses and misuses of intelligence testing: Misunderstanding meaning, users overrely on scores. *Education Week*, pp. 28, 22.
- Sternberg, R. J. (1990). Wisdom and its relations to intelligence and creativity. En R. J. Sternberg (ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp. 142-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (1995). A broad view of intelligence. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 55(3), 139-154.
- Sternberg, R. J. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*, 52, 1030-1037.
- Sternberg, R. J. (2003a). Our research program validating the triarchic theory of successful intelligence: Reply to Gottsfredson. *Intelligence*, 31, 399-413.
- Sternberg, R. J. (2003b). *Wisdom, intelligence, and creativity synthesized*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. y M. L. Barnes (1985). Real and ideal other in romantic relationships: Is four a crowd? *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1586-1608.
- Sternberg, R. J. y D. K. Detterman (1986). *What is intelligence?* Norwood, NJ: Ablex.
- Sternberg, R. J. y S. Grajek (1984). The nature of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 312-329.
- Sternberg, R. J. y J. A. Horvath (1998). Cognitive conceptions of expertise and their relations to giftedness. En R. C. Friedman y K. B. Rogers (eds.), *Talent in context: Historical and social perspectives on giftedness* (pp. 177-191).
- Sternberg, R. J. y T. I. Lubart (1995). *Defying the crowd: Cultivating creativity in a culture of conformity*. Nueva York: Free Press.
- Sternberg, R. J. y T. I. Lubart (2001). Wisdom and creativity. En J. E. Birren y K. W. Scheia (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, p. 500-522. San Diego, CA: Academic Press.
- Sternberg, R. J. y R. K. Wagner (1993). The g-centric view of intelligence and job performance is wrong. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 1-4.
- Sterns, H. L. y J. H. Gray (1999). Work, leisure, and retirement. En J. Cavanaugh y S. Whitbourne (eds.), *Gerontology* (pp. 355-390). Oxford University Press.
- Sterns, H. L. y M. H. Huyck (2001). Midlife and work. En M. E. Lachmann (ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 447-486). Nueva York: Wiley.
- Sterns, H. L. y J. Kaplan (2003). Self-management of career and retirement. En G. A. Adams y T. A. Beehr (eds.), *Retirement: Reasons, processes, and results* (pp. 188-213). Nueva York: Springer Publishing.
- Sterns, H. L. y S. M. Miklos (1995). The aging worker in a changing environment: Organizational and individual issues. *Journal of Vocational Behavior*, 47, 248-268.
- Sterns, H. L. y A. A. Sterns (1995). Health and the employment capability of older Americans. En S. A. Bass (ed.), *Older and active: How Americans over 55 are contributing to society*. Chelsea, MI: Yale University Press.
- Sterns, H. L., G. V. Barrett y R. A. Alexander (1985). Accidents and the aging individual. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed., pp. 703-724). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Sterns, H. L., M. P. Junkins y J. Bayer (2001). Work and retirement. En B. R. Bondy y M. B. Wagner (eds.), *Functional performance in older adults* (2a. ed., pp. 179-195). Filadelfia: F. A. Davis Company.
- Sterns, H. L., N. K. Matheson y L. S. Park (1997). Work and retirement. En K. Ferrar (ed.), *Gerontology: Gerontology Perspectives and*

- Tucker, M. B., R. J. Taylor y C. Mitchell-Kernan (1993). Marriage and romantic involvement among aged African Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, S123-132.
- Tulving, E. (1991). Memory research is not a zero-sum game. *American Psychologist*, 46(1), 41-42.
- Turiel, E. (1998). The development of morality. En W. Damon (ed. de la serie) y N. Eisenberg (ed. del vol.), *Handbook of child psychology: Vol 3. Social, emotional and personality development* (4a. ed., pp. 863-932). Nueva York: Wiley.
- Twain, M. (1963). How to make history dates stick. En C. Neider (ed.), *The complete essays of Mark Twain* (pp. 495-516). Garden City, NY: Doubleday.
- U.S. Bureau of Justice Statistics (1994, noviembre). *Selected findings: Violence between intimates*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census (1991). *Household and family characteristics, March 1991* (Publication núm. AP-20-458). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census (1991a). *Household and family characteristics, March 1991* (Publication núm. AP-20-458). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census (1991b). *1990 census of population and housing*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census (1992b). *Marital status and living arrangements: March 1991* (Current Population Reports, Series P-20, núm. 461). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census (1993). *Sixty-five plus in America*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census (1995). *Sixty-five plus in the United States*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census (1998). *Household and family characteristics: March 1998 (Update)* (Current Population Reports, P20-514). Washington, DC: U.S. Government Printing Press.
- U.S. Bureau of the Census (1999). Report WP/98, *World Population Profile: 1998*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- U.S. Bureau of the Census (2000). Marital status by sex, unmarried-partners households, and grandparents and caregivers: 2000. [En línea] [http://factfinder.census.gov/servlet/QTTTable?\\_ts=82376307031](http://factfinder.census.gov/servlet/QTTTable?_ts=82376307031). Fecha de consulta: septiembre 23, 2003.
- U.S. Bureau of the Census (2000). *Older Americans 2000*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census (2001). *The 65 years and over population: 2000*. Washington, DC: autor.
- U.S. Bureau of the Census (2002). *The big payoff: Educational attainment and synthetic estimates of work-life earnings* (Publication núm. P23-210). Washington, DC: autor.
- U.S. Bureau of the Census (2004). *Educational attainment in the United States: 2003*. (Publication núm. P20-550). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census (2005). Educational attainment in the United States. Table A-2. Percent of people 25 year and over who have completed high school or college, by race, Hispanic origin and sex: Selected years 1940-2004. [En línea] <http://www.census.gov/population/www/socdemo/educ-attn.html>. Fecha de consulta: abril 15, 2006.
- U.S. Bureau of the Census, Decennial Census Data and Population Projections, 2000.
- U.S. Bureau of the Census, International Programs Center, International Data Base.
- U.S. Bureau of the Census, Official Statistics, 1999.
- U.S. Department of Commerce (2002). A nation on line: How Americans are expanding their use of the internet. [En línea] [http://www.ntia.doc.gov/ntiahome/dn/nationonline\\_020502.htm](http://www.ntia.doc.gov/ntiahome/dn/nationonline_020502.htm). Fecha de consulta: abril 15, 2006.
- U.S. Department of Education (1986). *Participation in adult education, May 1984* (Office of Educational Research and Improvement Bulletin CS 86-308B). Washington, DC: Center for Educational Statistics.
- U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics (2001). *Adult Literacy and education in America: Four studies based on the*

- National Adult Literacy Survey, NCES 1999-469*, por Carl F. Kaestle, Anne, Campbell, Jeremy Finn, Sylvia, T. Johnson y Larry H. Mikulecky. Project Officer: Andrew Kolstaf. Washington, DC.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1984). *Child sexual abuse prevention: Tips to parents*. Washington, DC: Office of Human Development Services, Administration for Children, Youth, and Families, and National Center on Child Abuse and Neglect.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1987). *Smoking and health: A national status report* (DHHS/PHS/Child Development Publication núm. 87-8396). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1988). *Social security programs throughout the world-1987* (Report núm. 61). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1990). *Health, United States, 1989* (DHHS Publication núm. PHS 90-1232). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1992). *Health, United States, 1991, and Prevention Profile* (DHHS Publication núm. PHS 92-1232). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1993a). *A cataract patient's guide* (Publication núm. PHS A93-0544). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1993b). *Monthly vital statistics report*, 42(3), suplemento.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1995). *Health, United States, 1994* (DHHS Publication núm. PHS 95-1232). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1996). *Health, United States, 1995* (DHHS Publication núm. PHS 96-1232). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1999). *Blending perspectives and building common ground: A report to Congress on substance abuse and child protection*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General-Executive summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2003). Child maltreatment 2003. [En línea] <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/publications/cm03/cm2003.pdf>. Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2004). Child abuse and neglect fatalities: Statistics and interventions. [En línea] <http://nccanch.acf.hhs.gov/pubs/factsheets/fatality.pdf>. Fecha de consulta: julio 19, 2005.
- U.S. Department of Justice (2001). Elder abuse and neglect. [En línea] [www.ojp.usdoj.gov/ovc/nvcrw/2001/stat\\_over\\_7.htm](http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/nvcrw/2001/stat_over_7.htm). Fecha de consulta: junio 7, 2005.
- U.S. Department of Justice (2004). Homicide trends in the U.S: Intimate homicide. [En línea] [www.ojp.usdoj.gov/bjs/homicide/intimates.htm](http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/homicide/intimates.htm). Fecha de consulta: junio 7, 2005.
- U.S. Department of Labor (1992). Statistics on employed civilians detailed by occupation, sex, race, and Hispanic origin. *Handbook of labor statistics*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Labor (2004). 20 Leading occupations of employed women full-time wage and salary workers: 2002 Annual averages. [En línea] [www.dol.gov/wb/factsheets,20lead2002.htm](http://www.dol.gov/wb/factsheets,20lead2002.htm)
- U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Office of Employment and Unemployment Statistics, *Current Population Survey, 2001*.
- U.S. Department of Labor—Women's Bureau (1994). *Working women count*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- U.S. Office of Technology Assessment (1992). *The menopause, hormone therapy, and women's health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Uhlenberg, P. (1988). Aging and the social significance of cohorts. En J. E. Birren y V. L. Bengtson (eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 405-425). Nueva York: Springer.
- Uhlenberg, P. y M. A. P. Myers (1981). Divorce and the elderly. *The Gerontologist*, 21(3), 276-282.
- Uhlenberg, P., T. Cooney y R. Boyd (1990). Divorce for women after midlife. *Journal of Gerontology*, 45(1), 53-71.
- Umberson, D. (1992). Relationships between adult children and their parents: Psychological consequences for both generations. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 664-674.
- Umberson, D. y M. D. Chen (1994). Effects of a parent's death on adult children: Relationship to salience and reaction to loss. *American Sociological Review*, 59, 152-168.
- Umberson, D., C. B. Wortman y R. C. Kessler (1992). Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 10-24.
- United Nations (1991). *The world's women 1970-1990: Trends and statistics*. Nueva York: autor.
- United Nations (1992a). *Developmental implications of population aging: Preliminary results of multi-country study*. Ponencia presentada en el encuentro del U.N. Expert Group on Population Growth and Demographic Structure.
- United Nations (UN) (1999). International year of older persons. [En línea] [www.un.org/NewLinks/older/99.htm](http://www.un.org/NewLinks/older/99.htm). Fecha de consulta: septiembre 12, 2003.
- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (2003). Trends in Europe and North America. [En línea] [www.unece.org/stats/trend/contents.htm](http://www.unece.org/stats/trend/contents.htm). Fecha de consulta: noviembre 17, 2003.
- United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO) (1989). *International Literacy Year (ILY), 1990*. París: autor.
- United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO) (2004). Education for all global monitoring report- The quality imperative. [En línea] <http://www.unesco.org/education/GMR2005/press>. Fecha de consulta: noviembre 10, 2004.
- United Nations General Assembly (1992). International Year of Older Persons General Assembly resolution 47/5.
- United Nations International Labor Organization (UNILO) (1993). *Job stress: The 20th-century disease*. Nueva York: United Nations.
- Ursin, H. (1980). Personality, activation and somatic health. En S. Levine y H. Ursin (eds.), *Coping and health*. Nueva York: Plenum.
- Usui, C. (1998). Gradual retirement: Japanese strategies for older workers. En K. W. Schaie y C. Schooler (eds.), *Impact of work on older adults*. Nueva York: Springer Publishing.
- Vachon, M., W. Lyall, J. Rogers, K. Freedmen-Letofky y S. Freeman (1980). A controlled study of self-help intervention for widows. *American Journal of Psychiatry*, 137(11), 1380-1384.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Vaillant, G. E. (1989). The evolution of defense mechanisms during the middle years. En J. M. Oldham y R. S. Liebert (eds.), *The middle years*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Vaillant, G. E. (2002). *Aging Well*. Nueva York: Little Brown and Company.
- Vaillant, G. E. y C. O. Vaillant (1990). Natural history of male psychological health: 12. A 45-year study of predictors of successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 147, 31-37.
- Van, P. (2001). Breaking the silence of African American women: Healing after pregnancy loss. *Health Care Women International*, 22, 229-243.
- Van Baal, J. (1966). *Demo, description and analysis of Marindanim culture (South New Guinea)*. The Hague: Nijhoff.
- Van der Heide, A., L. Deliens, K. Faisst, T. Nilstun, M. Norup, E. Paci, G. van der Wei y P. J. van der Maas. en nombre del EURELD consortium (2003). End of life decision making in 6 European countries: A descriptive study. *Lancet*, 362, 345-350.
- Van der Maas, P. J., G. Van der Wal, I. Haverkate, C. L. M. De Graeff, J. G. C. Kester, B. D. Onwuteaka-Philipsen, A. Van der Heide, J. M. Bosma y D. L. Willems (1996). Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical



- practices involving the end of life in the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 35, 1699-1705.
- Van der Wuff, F. B., M. L. Stek, W. J. G. Hoogendijk y A. T. F. Beekman (2003). The efficacy and safety of ECT in depressed older adults, a literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 894-904.
- Van Eijken, M., S. Tsang, M. Wensing, P. A. G. M. de Smet y R. P. T. M. Grol (2003). Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community: A systematic review of the literature. *Drugs and Aging*, 29(3), 229-240.
- Van Gelder, B. M., M. A. R. Tijhuis, S. Kalmijn, S. Giampaoli, A. Nissinen y D. Kromhout (2004). Physical activity in relation to cognitive decline in elderly men. *American Academy of Neurology*, 63, 2316-2321.
- Van Hooren, S. A. H., S. A. M. Valentijn, H. Bosma, R. W. M. Ponds, M. P. J. van Boxtel y J. Jolles (2005). Relation between health status and cognitive functioning: A 6-year followup of the Maastricht Aging Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B, P57-P60.
- Van Noord-Zaadstra, B. M., C. W. Looman, H. Alsbach, J. D. Habbema, E. R. te Velde y J. Karbaat (1991). Delayed childbearing: Effect of age on fecundity and outcome of pregnancy. *British Medical Journal*, 302, 1361-1365.
- Vargha-Khadem, F., D. G. Gadian, K. E. Watkins, A. Connelly, W. Van Paesschen y M. Mishkin (1970). Differential effects of early hippocampal pathology on episodic and semantic memory. *Science*, 277, 376-380.
- Vaupel, J. W., J. R. Carey, K. Christensen, T. E. Johnson, A. I. Yashin, N. V. Holm, I. A. Iachine, V. Kannisto, A. A. Khazaeli, P. Liedo, V. D. Longo, Y. Zeng, K. G. Manton y J. W. Curtsinger (1998). Biodemographic trajectories of longevity. *Science*, 280, 855-860.
- Veninga, R. L. (1998, enero 15). Stress in the workplace: How to create a productive and healthy work environment. *Vital Speeches*, 64, 217-219.
- Verbrugge, L. M., A. L. Gruber-Baldini y J. L. Fozard (1996). Age differences and age changes in activities: Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S30-41.
- Vercruyssen, M. (1997). Movement control and speed of behavior. En A. D. Fisk y W. A. Rogers (eds.), *Handbook of human factors and the older adult* (pp. 55-86). San Diego, CA: Academic Press.
- Verhaeghen, P., A. Marcoen y L. Goossens (1992). Improving memory performance in the aged through mnemonic training: A meta-analytic study. *Psychology and Aging*, 7(2), 242-251.
- Verhagen, E. y P. J. J. Saur (2005). The Groningen Protocol—Euthanasia in severely ill newborns. *New England Journal of Medicine*, 352, 959-962.
- Vierck, E. y K. Hodge (2003). Aging: Demographics, health, and health services. Westport, CT: Greenwood Press.
- Vinick, B. (1978). Remarriage in old age. *Family Coordinator*, 27, 359-363.
- Visher, E. B. y J. S. Visher (1991). *How to win as a step family* (2a. ed.). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Visser, A., A. F. van Leeuwen, E. Voogt, A. van der Heide y K. van der Rijt (2003). *Patient Education and Counseling*, 50(3), 263-264.
- Vlahov, D., S. Galea, H. Resnick, J. Ahern, J. A. Boscarino, M. Bucuvalas, J. Gold y D. Kilpatrick (2002). Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 155, 988-996.
- Voelker, R. (1993). The genetic revolution: Despite perfection of elegant techniques, ethical answers still elusive. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2273-2277.
- Voluntary Euthanasia Society (2002). In depth: Factsheets. [En línea] [www.ves.org.uk/DpFS\\_Aust.html](http://www.ves.org.uk/DpFS_Aust.html).
- Voydanoff, P. (1987). *Work and family life*. Newbury Park, CA: Sage.
- Voydanoff, P. (1990). Economic distress and family relations: A review of the eighties. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1099-1115.
- Wagner, D. A. (1978). Memories of Morocco: The influence of age, schooling and environment on memory. *Cognitive Psychology*, 10, 1-28.
- Wagner, D. A. (1981). Culture and memory development. En H. C. Triandis y A. Heron (eds.), *Handbook of cross-cultural psychology*:

- Developmental psychology* (vol. 4, pp. 187-232). Boston: Allyn & Bacon.
- Wagner, R. K. y R. J. Sternberg (1986). Tacit knowledge and intelligence in the everyday world. En R. J. Sternberg y R. K. Wagner (eds.), *Practical intelligence: Nature and origins of competence in the everyday world*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Waite, L. J. y K. Joyner (2000). Emotional and physical satisfaction with sex in married, cohabiting, and dating sexual unions: Do men and women differ? En E. O. Laumann y R. T. Michael (eds.), *Sex, love, and health in America: Private choices and public policies* (pp. 239-269). Chicago: University of Chicago Press.
- Walasky, M., S. K. Whitbourne y M. F. Nehrke (1983-1984). Construction and validation of an ego-integrity status interview. *International Journal of Aging and Human Development*, 81, 61-72.
- Walford, R. L. (1986). *The 120-year-diet*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Walker, A. J., S. S. K. Martin y L. L. Jones (1992). The benefits and costs of caregiving and care receiving for daughters and mothers. *Journal of Gerontology*, 47(3), S130-139.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21-29.
- Walker, L. J. (1984). Sex differences in the development of moral reasoning: A critical review. *Child Development*, 55, 677-691.
- Wallace, D. C. (1992). Mitochondrial genetics: A paradigm for aging and degenerative diseases? *Science*, 2, 56, 628-632.
- Wallach, M. A. y N. Kogan (1967). Creativity and intelligence in children's thinking. *Transaction*, 4(1), 38-43.
- Wallas, G. (1926). *The art of thought*. Nueva York: Harcourt Brace.
- Wallechinsky y Wallace (1993, septiembre 26). Achievers after the age of 90. *Parade*, p. 17.
- Walls, C. y S. Zarit (1991). Informal support from black churches and well-being of elderly blacks. *The Gerontologist*, 31, 490-495.
- Walter, H., K. Gutierrez, K. Ramskogler, I. Hertling, A. Dvorak y O. M. Lesch (2003). Gender-specific differences in alcoholism: Implications for treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 253-258.
- Ward, R. A. y H. Kilbun (1983). Community access and satisfaction: Racial differences in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 16, 209-219.
- Warren, J. A. y P. Johnson (1995). The impact of workplace support on work-family role strain. *Family Relations*, 44, 163-169.
- Wassertheril-Smoller, S., S. L. Hendrix, M. Lomacher, G. Heiss, C. Kooperberg, A. Baird, T. Kotchen, J. D. Curb, H. Black, J. E. Rossouw, A. Aragaki, M. Safford, E. Stein, S. Laowattana y W. J. Mysiw por los WHI Investigators (2003). Effects of estrogen plus progestin on stroke in post-menopausal women: The Women's Health Initiative: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2673-2684.
- Watson, R. (1994, octubre 25). Ever the best of enemies. *Newsweek*, pp. 35-36.
- Wayler, A. H., K. K. Kapur, R. S. Feldman y H. H. Chauncey (1982). Effects of age and dentition status on measures of food acceptability. *Journal of Gerontology*, 37(3), 294-299.
- Webb, W. B. (1987). Disorders of aging sleep. *Interdisciplinary Topics in Gerontology*, 22, 1-12.
- Wechsler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale* (3a ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Weg, R. B. (1989). Sensuality/sexuality of the middle years. En S. Hunter y M. Sundel (eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.
- Weinberger, J. (1999, mayo 18). Enlightening conversation [carta al editor]. *The New York Times*, p. F3.
- Weindruch, R. y R. L. Walford (1988). *The retardation of aging and disease by dietary restriction*. Springfield, IL: Thomas.
- Weinstein, B. (2003). A primer on hearing loss in the elderly. *Aging and the Senses, Spring*.
- Weiss, G. (1994, enero). Women and psychotherapy. *The Lilac Tree Newsletter*, pp. 2-4. (Reimpreso del Health Resources for Women, abril 1990, boletín del Illinois Masonic Medical Center's Women's Health Resources.)
- Weiss, M. J. (2002). Chasing youth. *American Demographics*, 9, 35-42.

- Weiss, M. J. (2003, septiembre). To be about to be. *American Demographics*, pp. 29-36.
- Weiss, R. (1994, marzo 17). Second colon cancer gene identified. *Chicago Sun-Times*, p. 36.
- Weissman, M. M., G. L. Klerman, J. S. Markowitz y R. Ouellette (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorders and attacks. *New England Journal of Medicine*, 32, 1209-1214.
- Weitzman, L. J. (1985). *The divorce revolution: The unexpected social and economic consequences for women and children in America*. Nueva York.
- Wertz, D. C., J. H. Fanos y P. R. Reilly (1994). Genetic testing for children and adolescents: Who decides? *Journal of the American Medical Association*, 272, 875-881.
- West, R. L. (1985). *Memory fitness over 40*. Gainesville, FL: Triad.
- Wethington, E. y R. C. Kessler (1989). Employment, parental responsibility and psychological distress: A longitudinal study of married women. *Journal of Family Issues*, 10, 527-546.
- Weuve, J., J. H. Kang, J. E. Manson, M. M. B. Breteler, J. H. Ware y F. Grodstein (2004). Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1454-1461.
- Wharton, D. (1993, junio-julio). Through the glass ceiling: Minorities, women, and corporate America's human resource needs. *The National Voter*, pp. 10-11.
- Which living arrangement is right for you? (abril-mayo, 1993). *Modern Maturity*, pp. 32-33.
- Whitbourne, S. K. (1987). Personality development in adulthood and old age: Relationships among identity style, health, and well-being. En K. W. Schaie (ed.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (vol. 7, pp. 189-216). Nueva York: Springer.
- Whitbourne, S. K. (1989). Psychological treatment of the aging individual. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 161-173.
- Whitbourne, S. K. (1999). Physical changes. En J. C. Cavanaugh y S. K. Whitbourne (eds.). *Gerontology: An interdisciplinary perspective* (pp. 91-122). Nueva York: Oxford University Press.
- Whitbourne, S. K. y L. A. Connolly (1999). The developing self in midlife. En S. L. Willis y J. D. Reid (eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 25-45). San Diego: Academic Press.
- Whitbourne, S. K. y L. A. Primus (1996). Physical identity in later adulthood. En J. E. Birren (ed.), *Encyclopedia of gerontology*. San Diego: Academic.
- Whitbourne, S. K. y L. A. Primus (en prensa). Physical identity in later adulthood. En J. E. Birren (ed.), *Encyclopedia of gerontology*. San Diego: Academic.
- White, J. M. (1992). Marital status and well-being in Canada: An analysis of age group variations. *Journal of Family Issues*, 13, 390-409.
- White, L. K. (1990). Determinants of divorce: A review of research in the eighties. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 904-912.
- White, L. y J. N. Edwards (1990). Emptying the nest and parental well-being: An analysis of national panel data. *American Sociological Review*, 55, 235-242.
- White, N. y W. R. Cunningham (1988). Is terminal drop pervasive or specific? *Journal of Gerontology*, 43(6), 141-144.
- Who's Who in America (2002). Providence, NJ: Marquis Who's Who.
- Wiggins S., P. Whyte, M. Higgin, S. Adams *et al.* (1992). The psychological consequences of predictive testing for Huntington's disease. *New England Journal of Medicine*, 327, 1401-1405.
- Wilensky, H. L. (1960). Work, careers, and social integration. *International Social Science Journal*, 12, 543-560.
- Willett, W. C., M. J. Stampfer, G. A. Colditz, B. A. Rosner y F. E. Speizer (1990). Relation of meat, fat, and fiber intake to the risk of colon cancer in a prospective study among women. *New England Journal of Medicine*, 323, 1664-1672.
- Williams, G. J. (2001). The clinical significance of visual-verbal processing in evaluating children with potential learning-related visual problems. *Journal of Optometric Vision Development*, 32(2), 107-110.
- Williams, J. E. y D. L. Best (1982). *Measuring sex stereotypes: A thirty-nation study*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Williams, K. (2004). The transition to widowhood and the social regulation of health: Consequences of health and health risk behavior. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 59B, S343-349.

- Williams, M. E. (1995). *The American Geriatric Society's complete guide to aging and health*. Nueva York: Harmony.
- Williams, T. F. (1992). Aging versus disease: Which changes seen with age are the result of "biological aging"? *Generations*, 16(4), 21-25.
- Williamson, D. F., H. S. Kahn, P. L. Remington y R. F. Anda (1990). The 10-year incidence of overweight and major weight gain in U.S. adults. *Archives of Internal Medicine*, 150, 665-672.
- Willis, S. L. (1985). Towards an educational psychology of the older learner: Intellectual and cognitive bases. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed., pp. 818-847). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Willis, S. L. (1990). Current issues in cognitive training research. En E. A. Lovelace (ed.), *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness, and intervention* (pp. 263-280). Ámsterdam: North-Holland, Elsevier.
- Willis, S. L. y P. B. Baltes (1980). Intelligence in adulthood and aging: Contemporary issues. En L. W. Poon *et al.* (eds.), *Aging in the 1980s* (pp. 260-272). Washington, DC: American Psychological Association.
- Willis, S. L. y C. S. Nesselroade (1990). Long-term effects of fluid ability training in old-old age. *Developmental Psychology*, 26, 905-910.
- Willis, S. L., R. Bliessner y P. B. Baltes (1981). Intellectual training research in aging: Modification of performance on the fluid ability of figural relations. *Journal of Educational Psychology*, 73, 41-50.
- Willis, S. L., G. M. Jay, M. Diehl y M. Marsiske (1992). Longitudinal change and prediction of everyday task competence in the elderly. *Research on Aging*, 14, 68-91.
- Wilson, R. C. (1956). The program for gifted children in Portland, Oregon, schools. En C. W. Taylor (ed.), *The 1955 University of Utah research conference on the identification of creative scientific talent* (pp. 14-22). Salt Lake City: University of Utah Press.
- Wilson, R. S., C. F. Mendes de Leon, J. L. Bienias, D. A. Evans y D. A. Bennet (2004). Personality and mortality in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B, P110-116.
- Wingfield, A. y E. A. L. Stine (1989). Modeling memory processes: Research and theory on memory and aging. En G. C. Gilmore, P. J. Whitehouse y M. L. Wykle (eds.), *Memory, aging, and dementia: Theory, assessment, and treatment* (pp. 4-40). Nueva York: Springer.
- Wingo, P. A., L. A. G. Ries, G. A. Giovino, D. S. Miller, H. M. Rosenberg, D. R. Shopland, M. J. Thun y B. K. Edwards (1999). Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1996. *Journal of the National Cancer Institute*, 91, 675-690.
- Wink, P. (1991). Self- and object-directedness in adult women. *Journal of Personality*, 59, 769-791.
- Wink, P. (1992). Three types of narcissism in women from college to midlife. *Journal of Personality*, 60, 7-30.
- Wink, P. y M. Dillon (2003). Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*, 18(4), 916-924.
- Wink, P. y R. Helson (1993). Personality change in women and their partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 597-606.
- Winkler, A. E. (1998). Earnings of husbands and wives in dual-earner families. *Monthly Labor Review*, 121, 42-48.
- Witteman, P. A. (1993, febrero 15). A man of fire and grace: Arthur Ashe, 1943-1993. *Time*, p. 70.
- Willis, S. L. y K. W. Schaie (1986). Training the elderly on the ability factors of spatial orientation and inductive reasoning. *Psychology and Aging*, 22, 39-247.
- Willis, S. L. y K. W. Schaie (1999). Intellectual functioning in midlife. En S. L. Willis y J. D. Reid (eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 233-247). San Diego: Academic Press.
- Wolf, M. (1968). *The house of Lim*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Wolinsky, F. D. y R. J. Johnson (1992a). Perceived health status and mortality among older men and women. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47(6), S304-312.
- Wolinsky, F. D. y R. J. Johnson (1992b). Widowhood, health status, and the use of health services by older adults: A cross-sectional and

- prospective approach. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47(1), S8-16.
- Wong, P. T. P. y L. M. Watt (1991). What types of reminiscences are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6(2), 272-279.
- Woodruff, D. S. (1985). Arousal, sleep and aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2a. ed., pp. 261-295). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Woodruff-Pak, D. S. (1987). Sleep apnea. En G. L. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 614-615). Nueva York: Springer.
- Woodruff-Pak, D. S. (1990). Mammalian models of learning, memory, and aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3a. ed., pp. 234-257). San Diego: Academic.
- Woodruff-Pak, D. S. y M. Jaeger (1998). Declarative and nondeclarative learning and memory across the adult age life span.
- Woods, M. N. (1996, noviembre). Department of Family Medicine and Community Health, Tufts University School of Medicine, comunicación personal.
- Woodward, C. V. (1989, febrero 20). The noble dream: The “objectivity question” and the American historical profession. *The New Republic*, p. 40.
- Wooten, J. (1995, enero 29). The conciliator. *New York Times Magazine*, pp. 28-33.
- Working Women Education Fund (1981). *Health hazards for office workers*. Cleveland: autor.
- World Book Yearbook (1977). (Vol 3, p. 53.) Chicago: World Book.
- World Health Organization (1991). *World health statistics annual, 1990*. Ginebra: autor.
- World Health Organization (1999). AIDS Epidemic Update. [En línea] <http://www.unaids.org>.
- World Health Organization (2000, junio 4). *WHO issues new healthy life expectancy ratings: Japan number one in new “healthy life” system*. (Comunicado de prensa.) Washington, DC: autor.
- World Health Organization (2002). AIDS epidemic update: diciembre 2002. [En línea] [www.who.int/hiv/pub/epidemiology/epi2002/en/print.html](http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/epi2002/en/print.html). Yahoo! Health. Fecha de consulta: marzo 8, 2004.
- World Health Organization (2003). Causes of death: Global regional and country specific estimates of death by cause, age, and sex. [En línea] [www.who.int/mip/2003/other\\_documents/en/causeofdeath.pdf](http://www.who.int/mip/2003/other_documents/en/causeofdeath.pdf).
- World Health Organization (2004). Healthy Life Expectancy. [En línea] [www3.who.int/whosis/hale/hale.cfm?path+whosis,bod,hale&language=english](http://www3.who.int/whosis/hale/hale.cfm?path+whosis,bod,hale&language=english). Fecha de consulta: enero 23, 2006.
- Wortman, C. B. y R. C. Silver (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.
- Wright, G. C. y D. M. Stetson (1978). The impact of no-fault divorce law reform on divorce in American states. *Journal of Marriage and the Family*, 40, 575-585.
- Wright, V. C., L. A. Schieve, M. A. Reynolds y G. Jeng (2003). Assisted reproductive technology surveillance—United States, 2000. Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. [En línea] [www.cdc.gov/reprod](http://www.cdc.gov/reprod).
- Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women’s Health Initiative randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 288, 321-333.
- Wu, Z. (1999). Premarital cohabitation and the timing of first marriage. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 36, 109-127.
- Wu, Z. y M. S. Pollard (1998). Social support among unmarried childless elderly persons.
- Wu, Z., M. J. Penning, M. S. Pollard y R. Hart (2003). “In sickness and in health”: Does cohabitation count? *Journal of Family Issues*, 24(6), 811-838.
- WuDunn, S. (1996, marzo 23). Japan’s single mothers face discrimination. *Cleveland Plain*.
- Wurtman, R. J. y J. J. Wurtman (1989). Carbohydrates and depression. *Scientific American*, 260(1), 68-75.
- Wykle, M. L. y C. M. Musil (1993). Mental health of older persons: Social and cultural factors. *Generations*, 17(1), 7-12.
- Wykle, M. L., N. Segal y S. Nagley (1992). Mental health and aging: Hospital care-a nursing

- perspective. En J. E. Birren, R. B. Sloan y G. Cohen (eds.), *Handbook of mental health and aging* (pp. 815-831). San Diego: Academic.
- Wysocki, C. J. y A. N. Gilbert (1989). The National Geographic smell survey: Effects of age are heterogenous. *Annals for the New York Academy of Sciences*, 56, 112-128.
- Yahoo! Health (2003). Osteoporosis health center. [En línea] <http://health.yahoo.com/>
- Yeung, W. J., J. F. Sandberg, P. E. Davis-Kean y S. L. Hofferth (2001). Children's time with fathers in intact families. *Journal of Marriage and Family*, 63, 136-154.
- Yllo, K. (1984). The status of women, marital equality, and violence against women: A contextual analysis. *Journal of Family Issues*, 5, 307-320.
- Yoder, J. D. (1999). *Women and gender: Transforming psychology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Yoshioka, M. R., L. Gilber, El-Bassel, M. Baig-Amin (2003). Social support and disclosure of abuse: Comparing South Asian, African American, and Hispanic battered women. *Journal of Family Violence*, 18(3), 171-180.
- Zacks, R. T., L. Hasher y K. Z. H. Li (2000). Human memory. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse, *Handbook of aging and cognition* (2a. ed.). Nueva Jersey: Erlbaum.
- Zandri, E. y N. Charness (1989). Training older and younger adults to use software. *Educational Gerontology*, 15, 61-639.
- Zanjani, E. D. y F. Anderson (1999). Prospects for in utero human gene therapy. *Science*, 285, 2084-2088.
- Zimmer, H. (1956). *Philosophies of India*. Nueva York: Meridian.
- Zoglin, R. (1994, febrero 28). Murder, they wheezed. *Time*, pp. 60-62.
- Zube, M. (1982). Changing behavior and outlook of aging men and women: Implications for marriage in the middle and later years. *Family Relations*, 31(1), 147-156.
- Zuckerman, M. (1994). Impulsive unsocialized sensation seeking: The biological foundation of a basic dimension of personality. En J. E. Bates y T. D. Wachs (eds.), *Temperament: Individual differences at the interface of biology and behavior* (pp. 219-255). Washington, DC: American Psychological Association.

# Créditos

## Capítulo 1

Figura 1.1 De *The Development of Children* por Michael Cole y Sheila Cole, © 1989, 1993, 1996, 2001 por Michael Cole y Sheila Cole. Utilizado con autorización de W. H. Freeman and Company.

Tabla 1.1 Baltes, adaptado de “Theoretical propositions of life-span development psychology: on the dynamics between growth and decline”, de *Developmental Psychology*, vol. 23, pp. 611-626. Copyright © 1987 por la American Psychological Association. Reimpreso con autorización.

## Capítulo 2

Figura 2.1 P. B. Baltes, H. W. Reese y J. R. Nesselroade, de “Cross-culture differences in hearing loss”, *Life-Span Developmental Psychology: Introduction to Research Methods*, 1977. Utilizado con autorización.

Tabla 2.3 Fuente: Diane Papalia y Sally Olds, de *Human Development*, 6a. ed. Reimpreso con autorización de The McGraw-Hill Companies.

## Capítulo 3

Figura 3.2 De *Fifty: Midlife in Perspective* por Herant Katchadourian, © 1987 por Herant Katchadourian. Utilizado con autorización de W.-H. Freeman and Company.

## Capítulo 4

Figura 4.1 De *Fifty: Midlife in Perspective* por Herant Katchadourian, © 1987 por Herant Katchadourian. Usado con autorización de W. H. Freeman and Company.

Figura 4.2 Map, “Adults and children estimated to be living with HIV/AIDS as of end 2002” de World Health Organization, <http://www.who.int>

Tabla 4.2 Adaptado de “Hormone Therapy: When and for How long?”, pp. 1-2 de *Healthnews*, marzo 25, 1997, 3 (4). Copyright © 1997 Massachusetts Medical Society. Todos los derechos reservados.

Tabla 4.4 Reimpreso de Merrill y Verbrugge, “Health & Disease in Midlife”, en S. L. Willis y J. D. Reid, eds., *Life in the Middle: Psychological & Social Development in Middle Age*, p. 87. Copyright © 1999. Reimpreso con autorización de Elsevier.

Tabla 4.5 T. H. Holmes y R. H. Rahe, de “Social Readjustment Rating Scale.” Reimpreso de *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 11, copyright © 1967, con permiso de Elsevier.

## Capítulo 5

Figura 5.2 Nickerson y Adams, de “Long-term memory for a common object,” en *Cognitive Psychology*, vol. 11, pp. 287-307, copyright © 1979. Reimpreso con autorización de Elsevier.

Figura 5.3 C. Sagan, de “The Brain and the Chariot”, *The Dragons of Eden: Speculations on the Evolution of Human Intelligence*. Copyright © 1977 por Carl Sagan. Reimpreso con autorización de Democritus Properties, LLC.

Tabla 5.3 C. J. Camp *et al.*, de “Memory training in normal and demented populations: The E-I-E-I-O model” de *Experimental Aging Research*, vol. 19, pp. 177-290. Taylor & Francis, Inc., 1993.

## Capítulo 6

Figura 6.1 R. S. Feldman, de *Understanding Psychology*, 3a. ed. Copyright © 1993. Reimpreso con autorización de The McGraw-Hill Companies.

Figura 6.2 R. S. Feldman, de *Understanding Psychology*, 3a. ed. Copyright © 1993. Reimpreso con autorización de The McGraw-Hill Companies.

Figura 6.3 J. Botwinick, de *Aging and Behavior*, 3a. ed. Springer Publishing Company, Inc., New York 10012. Usado con autorización del editor.

Figura 6.4 Simulated item similar to those in the Raven’s Progressive Matrices. Copyright © 1994 por Harcourt Assessment, Inc. Reproducido con autorización. Todos los derechos reservados.

Tabla 6.1 K. W. Schaie, republicado con autorización de *The Gerontologist* de K. W. Schaie, “The Hazards of Cognitive Aging”, vol. 29, pp. 484-493, 1989. Reimpreso con autorización de *The Gerontologist* vía Copyright Clearance Center.

## Capítulo 7

Figura 7.1 K. W. Schaie y S. L. Willis, “A stage theory model of adult cognitive development revisited” de *The Many Dimensions of Aging: Essays in Honor of M. Powell Lawton*, pp. 173-191. Copyright © 2000. Springer Publishing Company, Inc., New York 10012. Usado con autorización.

Figura 7.2 Baltes, de “The aging mind: potential and limits”, *The Gerontologist*, vol. 33, pp. 580-594, 1993. Copyright © The Gerontological Society of America.

Tabla 7.1 R. J. Sternberg, de “Wisdom and Its Relation to Intelligence and Creativity”, de *Wisdom: Its Nature, Origins, and Development*, 1990, pp. 142-159. Reimpreso con autorización de Cambridge University Press.

Tabla 7.2 Tabla, “Kohlberg’s Levels and Stages of Moral Reasoning Typically Seen in Adults” de *Higher Stages of Human Development: Perspectives on Adult Growth*, editado por Ellen Langer, copyright © 1990 por Charles N. Alexander and Ellen Langer. Usado con autorización de Oxford University Press, Inc.

## Capítulo 8

Figura 8.1 Riley, de “Aging and society: Past, present, and future”, *The Gerontologist*, vol. 33, pp. 436-444, 1994. Copyright © 1994 The Gerontological Society of America.

Figura 8.2 Graph, “Female civilian employment as % of total, 1961-2001” de OECD Labour Force Statistics. Reimpreso con autorización de OECD.

Figura 8.3 Reimpreso con autorización de la National Council on Aging.

Figura 8.4 Reimpreso con autorización de la National Council on Aging.

Figura 8.5 Reimpreso con autorización de la National Council on Aging.

## Capítulo 9

Figura 9.1 De *The Social Organization of Sexuality*, por E. O. Laumann, H. Gagnon, R. T. Michael, y S. Michaels. Copyright © 1994. Reimpreso con autorización de la University of Chicago Press.

Tabla 9.1 De “A Triangular Theory of Love”. Documento presentado en la reunión anual de la American Psychological Association, Los Ángeles, 1985. Reimpreso con autorización de R. J. Sternberg.

## Capítulo 10

Figura 10.1 De *The New American Grandparent* por A. Cherlin y E. F. Furstenberg, Jr., Basic Books, 1986, p 74. Reimpreso con autorización de los autores.

Figura 10.2 American Association of Retired Persons, 1993. De *A Profile of Older Americans: 1993*. Reimpreso con autorización.

Tabla 10.1 Hamon y Blieszner, de “Filial responsibility expectations among adult child-older parent pairs”, *Journal of Gerontology*, vol. 45, pp. 110-112, 1990. Copyright © The Gerontological Society of America.



Tabla 10.3 De M. A. P. Stephens, M. M. Franks, y A. L. Townsend (1994). "Stress and rewards in women's multiple roles: The case of women in the middle". *Psychology and Aging*, vol. 9, pp. 45-52. Copyright © 1994 por la American Psychological Association. Reimpreso con autorización del editor.

Tabla 10.4 De M. A. P. Stephens, M. M. Franks, y A. L. Townsend (1994). "Stress and rewards in women's multiple roles: The case of women in the middle". *Psychology and Aging*, vol. 9, pp. 45-52. Copyright © 1994 por la American Psychological Association. Reimpreso con autorización del editor.

## Capítulo 11

Figura 11.1 Costa y McCrae, de "Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 54, 1988, pp. 853-863. Reimpreso con autorización de Robert McCrae.

Tabla 11.2 R. Helson y P. Wink de "Personality change in women from the early 40s to the early 50s", *Psychology and Aging*, vol. 7, 1992, pp. 45-55. Copyright © 1992 por la American Psychological Association. Reimpreso con autorización.

## Capítulo 12

Figura 12.1 M. P. Lawton y L. Nahemow de "Ecology and the aging process", en *The Psychology of Adult Development and Aging*, editado por C. Eisdorter y M. P. Lawton, p. 661. Copyright © 1973 por la American Psychological Association. Reimpreso con autorización.

Tabla 12.1 Koenig, George, y Siegler, de "The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults", *The Gerontologist*, vol. 28, pp. 303-310, 1988. Copyright © The Gerontological Society of America.

Tabla 12.2 Atkinson, Ganzini y Bernstein. De "Alcohol and substance-use disorders in the elderly", en *Handbook of Mental Health and Aging*, 2a. ed., editado por J. E. Birren, R. Sloane y G. D. Cohen, pp. 515-555. Copyright © 1992 por Academic Press, reproducida con autorización del editor.

Tabla 12.3 Pratt, Wilson, Benthin, & Schmall, adaptado de "Alcohol problems and depression in later life: Development of two knowledge quizzes", *The Gerontologist*, vol. 32, pp. 175-183, 1992. Copyright © The Gerontological Society of America.

## Capítulo 13

Figura 13.1 Signer, McCarthy, y Logue, de "Wechsler Memory Scale scores, selective attribution, and distance from death", *Journal of Gerontology*, vol. 37, pp. 176-181, 1982. Copyright © The Gerontological Society of America.

Tabla 13.1 "The Five Stages of Death," adaptada con autorización de Scribner, e impresión de Simon & Schuster Adult Publishing Group, para *On Death and Dying* por Elisabeth Kubler-Ross. Copyright © 1969 por Elisabeth Kubler-Ross. Copyright renovado © 1997 por Elisabeth Kubler-Ross.

Tabla 13.2 A. E. Scharlach y K. I. Frederiksen, reimpreso por *Omega*, Vol. 27, "Reactions to the death of a parent during midlife", p. 311, copyright © 1993, con autorización de Elsevier Science.

# Índice de nombres

## A

- Abbey, A., 344  
Abbott, 470  
Abel, 367  
Abeles, 182, 421  
Abma, J., 346  
Abraham, 274  
Abrams, C. L., 340  
Achenbaum, 253, 446  
Adamchak, 29, 307  
Adams, 161f, 315  
Adams, C., 240  
Adams, D., 49  
Adams, P., 149  
Adelman, 448  
Ades, 97  
Adler, 139  
Aggarwal, S., 126  
Agoda, 140  
Ahmedzai, 515  
Aisenberg, 480  
Akiyama, H., 314, 315, 316, 349, 361, 462  
Akutsu, H., 90  
Alagappan, 344  
Alberoni, M., 134  
Albert, R. S., 225  
Alcott, Louisa May, 476, 477, 519  
Aldous, J. J., 359, 363  
Aldridge, M. L., 455  
Aldwin, 125, 500, 503  
Aldwin, C. M., 303, 304, 305, 315  
Alexander, 99, 352  
Alexander, B. B., 98, 323, 366  
Alexander, C. N., 248  
Alexander, V. K., 248  
Alinsky, Saul, 483  
Allan, 315  
Allen, K. A., 372  
Allende, Isabel, 358  
Almeida, O. P., 466  
Alsbach, H., 344  
Altkorn, D., 120  
Alzheimer, Alois, 132  
Amaducci, L., 75  
Amato, P. R., 337  
Ameche, Don, 136  
Amlie, C., 342  
Amory, Mark, 154  
Anastasi, A., 199, 202, 221  
Anda, 85  
Anders, T. R., 158  
Anderson, 50, 115, 138, 497, 499, 503  
Anderson, C., 319  
Anderson, F., 114  
Anderson, Marian, 355-357  
Anderson, S. A., 350  
Anderssen, N., 342  
Andrews, F. M., 344  
Angell, M., 158, 443, 514  
Angier, N., 79, 111  
Annas, G. J., 511  
Anschutz, L., 180, 185  
Anson, J., 491  
Anson, O., 142, 491  
Anthony, J. C., 466  
Antonovsky, 105  
Antonucci, Toni, 305-306, 314, 315, 316, 349, 359, 361, 365, 374, 462  
Aquilino, W. S., 374  
Arenberg, D., 158  
Arias, 138  
Ariasteta, 74  
Arjyal, B. P., 340  
Arlin, P. K., 226, 239  
Ashcraft, M. H., 167  
Ashcroft, John, 514  
Ashe, Arthur, 431-433, 439  
Ashikaga, 97  
Askenasy, 170  
Atchley, Robert C., 249, 253, 254, 302, 351, 359, 447-448, 497  
Atherton, C. R., 126  
Atkinson, R. M., 450, 451, 451t  
Attewell, P., 238  
August, M., 84  
Austrom, D., 323  
Ausubel, N., 480  
Avery, C. B., 360  
Avis, 101  
Avlund, K., 467  
Ayya, N., 130

## B

- Bachman, 144  
Bachrach, C. A., 346  
Bachu, A., 330  
Backlund, 141  
Backman, L., 163, 164, 167  
Bäckman, L., 485  
Bacon, S., 398  
Baddeley, A. D., 159, 160f  
Bagiella, E., 442  
Bailey, W. T., 342, 348  
Baird, 344  
Baker-Miller, Jean, 419  
Bakker, 178  
Baldwin, 87, 90, 94  
Balk, J. L., 105  
Balkwell, C., 498, 499  
Ball, O. E., 220  
Ballor, 97

Baltés, 315, 421, 485  
 Baltés, Paul B., 5, 6, 42, 48, 49, 115,  
 179, 185, 202, 207, 211, 212, 213,  
 216, 217, 235, 249, 250, 251-252,  
 253, 264  
 Banks, 78  
 Banner, C., 132, 134  
 Bantchevsky, Bantcho, 506  
 Baracat, 105  
 Barager, J. R., 392, 394  
 Barbour, L. S., 455  
 Barefoot, J. C., 467  
 Barfield, R. E., 303  
 Barnes, G. M., 149, 330  
 Barnes, M. L., 316  
 Barnes, P., 149  
 Barnett, 331, 349, 462  
 Barnett, R., 411  
 Barnett, R. C., 330, 362, 434  
 Barnhart, M. A., 382, 383, 385, 458  
 Barr, P. A., 114  
 Barrett, G. V., 98, 99, 288, 499  
 Barron, F. X., 227  
 Bartlett, F., 181  
 Baruch, G., 411  
 Barzel, 120  
 Bascom, P. B., 516  
 Basinger, K. S., 260  
 Bates, J. E., 399  
 Bateson, G., 184  
 Baumeister, R. F., 141, 314  
 Bayer, J., 285  
 Bayley, N., 212  
 Beach, F. A., 318  
 Beard, G. M., 227  
 Beattie, 23, 25  
 Beaulieu, 494  
 Bebbington, P., 467  
 Beck, 305  
 Beck, J. C., 380  
 Becker, M., 362, 363  
 Becker, P. E., 330, 335  
 Bedford, V. H., 365, 366  
 Beekman, A. T. F., 467  
 Bell, J., 18  
 Belsky, J., 351  
 Bem, Sandra, 418  
 Bengtson, V., 316, 350, 359, 362, 364,  
 365, 370, 374, 385, 386, 446, 447,  
 484  
 Benjamin, M., 336  
 Benner, P., 234  
 Bennett, 397  
 Bennett, L., 166  
 Benowitz, N. L., 140  
 Benson, M., 230, 231  
 Benthin, A., 453t  
 Benzer, 75  
 Berg, 485  
 Berg, C. A., 41  
 Berger, R. M., 326, 448  
 Bergeron, J., 238  
 Bergman, 419  
 Bergman, Ingmar, 516-517  
 Bergman, Ingrid, 311-313, 327, 330  
 Berk, R. A., 456  
 Berkowitz, G. S., 344  
 Berkowitz, R. L., 344  
 Berlin, Irving, 227  
 Berman, 497  
 Bernard, 455, 456  
 Bernon, 348  
 Bernstein, J., 450  
 Bernstein, Leonard, 224  
 Berra, Yogi, 165, 165-166  
 Berscheid, E., 334  
 Bertrand, R. M., 404, 406  
 Best, D. L., 417  
 Beyene, 105  
 Beyette, 270  
 Bianchi, S. M., 328, 341, 416  
 Biegel, D. E., 386  
 Bielby, 255  
 Bienias, J. L., 185  
 Binet, A., 196  
 Binstock, R. H., 29, 79  
 Bird, T. D., 270  
 Biringen, Z. C., 421  
 Biringer, 50  
 Birren, J. E., 10, 96, 98, 131, 215, 404  
 Bixby, Bill, 136  
 Black, 186  
 Blackburn, J., 238  
 Blackburn, J. A., 216  
 Blair, S. N., 150  
 Blanchard-Fields, F., 239, 241, 251, 421,  
 439, 441  
 Blanksten, G. I., 392  
 Blanton, P. W., 338, 351  
 Blasch, B. B., 50  
 Blazer, D. G., 433, 434  
 Blietzner, R., 216, 363, 364t  
 Block, J., 395, 398  
 Bluck, S., 385  
 Blum, L., 452  
 Blustein, J., 511  
 Bluum, 420  
 Boberini, 396  
 Bobrow, 342  
 Boerner, 494, 496, 497  
 Bogerts, B., 132  
 Bogg, 397  
 Bograd, R., 338  
 Böhler, Charlotte, 41  
 Bolles, 272  
 Bonanno, 495, 496, 497  
 Bond, J. T., 331  
 Bonder, 106  
 Bood, J. T., 514  
 Booth, A., 338  
 Borges, J. L., 188  
 Boritz, G. M., 277  
 Borke, 164  
 Borkowski, A., 388  
 Bosma, J. M., 366  
 Boss, Pauline, 494, 495  
 Bossé, R., 303, 304, 305, 315  
 Bosshard, 515  
 Botwinick, J., 60, 83, 194, 200, 201,  
 208, 216  
 Bouchard, G. R., 454  
 Bouchard, T. J., 398  
 Bouza, A. V., 455, 456  
 Bowlby, J., 406  
 Boyd, R., 333  
 Boyer, J. L., 507  
 Brabant, S., 363  
 Brabeck, 264  
 Bradford, J., 325  
 Bragg, 154  
 Bramlett, M. D., 327, 333, 337, 339  
 Branch, 92  
 Brandt, B., 504  
 Brannan, 251  
 Braungart, J. M., 398  
 Braverman, N. S., 126  
 Bray, 339  
 Brecher, 498  
 Brecher, E., 106  
 Bremner, W. J., 103  
 Brenner, Claude, 53-54, 54  
 Brenner, M. H., 291  
 Brickfield, C. F., 276  
 Briggs, K. B., 511  
 Brigham, M. C., 180, 182  
 Briley, M., 290  
 Broadhurst, D. D., 457  
 Brocas, A., 336  
 Brock, D. W., 512, 513  
 Brody, E. B., 198  
 Brody, H., 173  
 Brodzinsky, D., 346, 348

- Bronfenbrenner, Urie, 14, 198  
Bronstein, P., 339  
Bronte, L., 25, 294  
Brooks-Gunn, J., 198  
Brooks, Gwendolyn, 110  
Brown, 12, 303, 492  
Brown, A. S., 168  
Brown, K. H., 305  
Brown, N. M., 357  
Brown, P., 343, 344, 347  
Browne, K. D., 455  
Brubaker, T. H., 338, 350, 366, 498  
Bruce, J., 332, 341  
Brush, 188  
Bryson, K. R., 373  
Buchwald, Art, 465  
Buehler, C., 331  
Bulcroft, K., 323  
Bulcroft, R. A., 323  
Bumpass, L. L., 341, 500  
Burchett, 314  
Burchett, B. M., 200  
Burgess, 311, 312  
Buriel, R., 338  
Burke, D. M., 289  
Burkhauser, R. V., 301, 304  
Burns, A., 332  
Burns, B., 464  
Burns, George, 294  
Burton, L. M., 362, 373, 386  
Busch, C. M., 402  
Bush, Barbara, 465  
Busse, T. V., 83, 221  
Butler, R. N., 17, 433, 464, 465, 487, 513, 517, 518  
Butrica, B. A., 300  
Butters, N., 165, 167  
Butz-Jorgensen, 148  
Byrd, M., 158, 161
- C
- Caelli, K., 505  
Caetano, R., 455  
Cailloux, A., 336  
Cain, W. S., 95  
Call, V., 329  
Callan, V., 352  
Calment, Jeanne, 75  
Camargo, 145  
Camp, Cameron, 98, 134, 158, 163, 164, 167, 174, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 236, 251, 439  
Campbell, B., 334  
Campbell, D. T., 44  
Campbell, J., 258  
Campbell, Stuart, 62, 63  
Campos, J., 398  
Cap, 184t  
Caraballo, 140  
Cargan, L., 323  
Carlisle, T., 248  
Carlson, E., 1, 2, 3  
Carr, 92, 498  
Carrey, Jim, 111  
Carroll, J. B., 203  
Carson, Andrew D., 281  
Carstensen, Laura L., 253, 306, 314, 315  
Carter, Jimmy, 269-271  
Casals, Pablo, 207  
Casper, L. M., 322, 323, 327, 339, 340f, 341, 373  
Caspi, 399, 406  
Caspi, A., 236  
Catalano, D. J., 352, 376  
Cattell, Raymond B., 200, 209, 211, 216  
Cavanaugh, J. C., 163, 184, 201  
Ceci, S., 233  
Celis, 458  
Chafetz, M. D., 158  
Chagall, Marc, 224  
Chalfie, D., 372, 373  
Chalfonte, B., 163  
Chambre, S. M., 301, 302  
Chandler, 342  
Chandler, M. J., 248  
Chandra, A., 346  
Chappell, N. L., 375  
Charles, 253  
Charness, Neil, 277  
Chatters, L. M., 23, 324, 443  
Chau-Wai Yan, E., 459  
Chaudhary, B. S., 146  
Chauncey, H. H., 148  
Chawla, 27, 30  
Checkoway, 30  
Chemlea, 84  
Chen, M. D., 500, 501  
Cherlin, A., 336, 368, 369f, 370, 371, 372  
Chernow-O'Leary, 455, 457  
Cherry, K. E., 161  
Cherubin, C. F., 452  
Chess, S., 398  
Chiavari, L., 134  
Child, Julia, 294  
China, 514  
Chiriboga, D., 337, 349, 366, 420  
Children's Defense Fund, 341  
Chochinov, H. M., 482, 516  
Cicirelli, V. G., 361, 364, 365, 366, 384, 385  
Cinamon, 289  
Clark, 497, 515  
Clark, L. F., 318  
Clausen, John A., 62, 396  
Clauson, J., 339  
Clave, 179  
Clay, R. A., 289  
Clayton, Vivian, 250  
Cleiren, M. P., 366  
Clements, M., 338  
Clinch, 516  
Cochran, W. G., 46, 320, 324  
Cohan, C. L., 327  
Cohen, 89  
Cohen, G., 163  
Cohn, E. G., 456  
Cohn, F., 511  
Coke, M. M., 443  
Colby, A., 258, 261  
Colby, Anne, 262  
Colditz, 148  
Colditz, G. A., 90  
Cole, M., 14, 176-177, 179, 181  
Coleman, 338  
Coleman, P. G., 442  
Coles, R., 33  
Coley, R. L., 348  
Collins, F., 260  
Collins, J. E., 318  
Collins, N. L., 314  
Colliver, J., 454  
Colombo, 344  
Comeaux, J. M., 188  
Conger, R. D., 339  
Connelly, A., 163  
Connolly, 406  
Cook, 17  
Cook, E., 484  
Cook, T. D., 44  
Cooney, T., 333  
Cooper, 420  
Cooper, K. L., 349  
Coplan, 486  
Coppola, Francis Ford, 192  
Corley, R., 398  
Cornelius, S. W., 236  
Costa, Paul, 5  
Costa, Paul T., 396, 400, 401, 402, 403, 404, 420, 428  
Couzin, 76

Coward, R. T., 362, 363, 382  
Coyne, I. C., 53  
Craik, F. I. M., 157, 158, 159, 160, 161,  
173, 176, 178  
Cramer, 178  
Crandall, M., 454  
Cranford, R., 511  
Crapo, L. M., 117  
Crawford, Cindy, 129  
Crick, Francis, 226  
Crieder, 374  
Crimmins, E. M., 297  
Crisp, A. H., 145  
Cristofalo, V. J., 80  
Crosby, A., 507  
Crouter, A. C., 330  
Crowder, K. D., 323  
Crowley, S. L., 1, 2, 3, 102, 373  
Crown, 79, 307  
Crown, W. H., 29  
Cruz, L. A., 95  
Csikszentmihalyi, Mihaly, 226, 254, 414  
Cuellar, 484  
Cumming, E., 446  
Cunningham, R., 260  
Cunningham, W. R., 10  
Cutler, 23, 25, 71, 72  
Cuttini, 515  
Cvetanovski, J., 291  
Cytrynbaum, S., 420  
Czaja, Sara J., 276, 285

## D

Da Silva, Maria Olivia, 76  
Da Vinci, Leonardo, 223, 476  
Dainoff, M., 500  
Daley, D., 442  
Dallal, G. E., 120  
Dalton, 364  
Damon, William, 262  
Daniel, 202  
Daniels, D., 398  
Darley, J., 406  
Darwin, Charles, 218, 223, 224, 225  
Davidson, 120, 336  
Davies, C., 367, 368, 370, 372, 388  
Davis, E. S., 238  
Davis-Kean, P. E., 348, 411  
Dawson, D. A., 340  
Dawson-Hughes, B., 120  
Dawson, J. M., 458  
Dawson, N. V., 484  
Day, D., 396  
De Graeff, C. L. M., 366

De Klerk, F. W., 231  
De Vaus, 141  
De Vos, S., 358  
DeAngelis, T., 318  
Deary, I. J., 216  
DeFerrari, 105  
DeFries, J. C., 398  
Degas, Edgar, 92  
Delany, Bessie y Sadie, 365, 366  
Deliens, L., 515  
Dellman, M., 238  
Demarque, A., 95  
DeMille, Agnes, 218  
Denney, N. W., 194, 235, 236  
Deschner, J., 456  
Detterman, D. K., 193  
DeVoe, M., 240  
Dewey, John, 237, 260  
Dey, 381  
Dey, A., 381  
Dickens, Charles, 517  
Dickinson, 515  
Diehl, 217  
Diekstra, R. F., 366  
Dien, D. S. F., 259  
Diener, 497  
Diener, E., 29  
DiFigueiredo, J. M., 133  
Digovanna, 86  
DiGuilio, J. F., 499  
Dillon, M., 442  
DiMarco, M. A., 505  
Dittman-Kohli, F., 202, 211, 249, 251  
Dixon, Roger A., 165, 181-182, 182,  
196, 198, 202, 213, 217, 227  
Dobbs, 164  
Dobbs, A. R., 178  
Doherty, K., 236  
Doherty, W. J., 142  
Doka, K. J., 372  
Donaldson, G., 207, 210  
Donn, 87f  
Doverspike, D., 287, 293  
Downie, J., 505  
Draper, Patricia, 12  
Dreyfus, H. L., 234  
Drouin, 97  
D'Souza, M. F., 145  
Du Bois, B. C., 466  
Dube, E. F., 181  
Dubin, L. F., 442  
Dubin, R., 292  
Dubowitz, H., 457  
Dudgeon, 516

Dudley, W., 157  
Dudukovic, 177  
Duenwald, 345  
Dufour, M., 454  
Dugan, D. O., 511  
Duncan, G. J., 336  
Dunlosky, J., 183  
Dunson, D., 344, 345  
Durlak, J. A., 519  
Duskin, Rita, 269, 485  
Duster, T., 260  
Dustman, R. E., 98  
Dustman, T. J., 98  
Dutta, R., 214  
Dwyer, J. W., 362, 382  
Dychtwald, Ken, 21, 31  
Dykstra, P. A., 315, 323

## E

Earle, 371  
Earles, James A., 204, 205  
Eastell, R., 120  
Eastman, 71  
Eaton, 95  
Eaves, L. J., 399  
Ebers, G., 319  
Edison, Thomas, 220  
Edson, L., 219, 226  
Edwards, C. P., 258  
Edwards, J. N., 338  
Egger, M., 380  
Eichenbaum, H., 170  
Eichorn, D. H., 396  
Eijken, 178  
Einstein, Albert, 161, 206, 218, 226  
Einstein, G., 178  
Eisenberg, 313, 334, 339  
Eisenberg, L., 282  
Ekelman, 98  
Ekerdt, D., 301, 304  
Elbert, S. E., 476  
Elder, G. H., Jr., 301, 339  
Elias, M. F., 277  
Elias, P. K., 277  
Eliot, T. S., 207  
Elkind, D., 483  
Ellison, 443  
Elton, 123, 126  
Emde, R. N., 398  
Emery, R. E., 346  
Emery, V. O. B., 470  
Emmerson, R. Y., 98  
Engels, 97  
Epstein, R. A., 513

Epstein, W., 188, 318, 406  
Erber, J. T., 176  
Eriksen, M., 144  
Erikson, Erik, 51, 250, 313, 407-408,  
409, 412, 484, 517  
Erikson, Erik H., 2, 33-35  
Espeland, 470  
Estés, C. P., 248  
Evans, 386  
Evans, G. W., 437  
Evans, J., 385  
Evans-Pritchard, E. E., 318  
Eveleth, P. B., 84  
Eysenck, H. J., 399

## F

Fackelmann, K. A., 135  
Faisst, K., 515  
Falk, R. F., 362  
Farina, E., 134  
Farrer, 134, 283, 293, 300, 411  
Farrer, L. A., 133  
Faulkner, D., 163  
Faye, E., 91  
Fazio, R. H., 406  
Feaganes, J. R., 404  
Feaster, D., 304  
Feazell, C. S., 456  
Feinleib, J. A., 321  
Feist, 227  
Feldman, 103, 277, 330, 337, 340f,  
343f, 344, 349, 359, 362, 371, 380,  
421, 442, 444  
Feldman, R. D., 43, 51, 53, 186, 372  
Feldman, R. S., 148, 197f  
Ferrante, L. S., 166  
Ferraro, K. F., 296  
Ferrel, 443  
Ferstenberg, R. L., 336  
Fiatarone, 97  
Field, 316, 362, 363, 370, 498  
Field, C. A., 455  
Field, D., 403  
Field, P. A., 43, 44  
Fields, J., 322, 323, 327, 335, 338, 339,  
340f, 341, 455  
Fillenbaum, 304  
Fillenbaum, G. G., 200  
Finch, C. E., 133  
Fine, B., 260  
Fingermann, K. L., 362  
Finkelhor, D., 456, 459  
Finn, R., 431  
Fioravanti, R., 134  
Fiore, M. C., 144  
Fischer, K. W., 238  
Fisher, L., 383  
Fitzgerald, Ella, 224  
Fleeson, W., 404, 405f  
Fleming, D. W., 514  
Flint, 105  
Flores, J., 392, 393, 394  
Flower, J., 21, 31  
Floyd, F. J., 338  
Fogelman, C. J., 452  
Folkman, S., 437, 439  
Ford, C. S., 318, 328  
Foreman, J., 215  
Forsyth, 368  
Fortin, N., 170  
Fortner, 497  
Foss, J. W., 187  
Fossil, 78  
Fowler, James, 258  
Fowles, R., 291  
Foy, K., 336  
Foye, B. F., 217  
Fozard, J. L., 158  
Francis, E., 484  
Frank, S. J., 360  
Franks, 363, 383, 383t,  
386t, 387  
Franks, P., 150  
Fratiglioni, L., 485  
Fredriksen, 501, 502t, 503  
Fredriksen, K. I., 483  
Freedmen-Letofky, 499  
Freeman, S., 499  
Freiberg, P., 289  
Freud, Anna, 223  
Freud, Sigmund, 3, 51, 53, 222,  
223, 319  
Freund, A. M., 212  
Friedan, Betty, 1, 2, 18, 296  
Friedman, Meyer, 124  
Friedmann, 307, 396  
Fries, J. F., 117  
Friesen, I. C., 165  
Fritch, W. W., 133  
Frone, M. R., 330  
Fulker, D. W., 398  
Fuller, B., 260  
Fulton, R., 479  
Funder, D. C., 398  
Furstenberg, F. F., Jr., 368, 369f, 370,  
371, 372  
Fuwa, K., 274

## G

Gadian, D. G., 163  
Gage, P., 277  
Gagné, J. P., 89  
Gagnon, 319, 321  
Galea, 45, 147  
Galinsky, E., 331  
Gallagher, D., 492  
Gallo, 466  
Gandhi, Mahatma, 219, 266  
Ganzini, L., 450, 451, 514  
Garasky, S., 341  
Garbarino, J., 458  
Garcá Márquez, Gabriel, 358, 392  
Gardiner, H. W., 319, 320, 324  
Gardner, Howard, 203, 206-207, 218,  
222, 224  
Garfein, A. J., 276  
Garfinkel, I., 335, 336  
Garwick, A. W., 383  
Gatz, M., 461  
Gaziano, 145  
Gelder, 470  
Gelfand, D. E., 22  
Geller, J. A., 455, 456  
George, L. K., 200, 304, 435, 442, 466  
Georgellis, 497  
Gergen, K. J., 480  
Gergen, M. M., 480  
Gerhard, G. S., 80  
Getzels, Jacob W., 220, 223, 226, 414  
Geyer, Georgie Ann, 184-185  
Ghisletta, P., 485  
Giambra, L. M., 158  
Giarusso, 370  
Gibbs, John, 258, 260-261, 262-263  
Gibson, R. C., 22, 23  
Gilbert, A. N., 95  
Gilbert, L. A., 330, 331, 332  
Gilford, R., 350, 351, 352  
Gilliand, P., 339  
Gilligan, Carol, 264-265, 265t, 414  
Gilmer, T., 511  
Gist, M., 277  
Gist, Y. J., 295  
Gladue, B. A., 319  
Glaser, Elizabeth, 504  
Glaser, Paul Michael, 504  
Glasheen, L. K., 378  
Glenn, John H., Jr., 71-72, 96, 350  
Glenn, N. D., 350  
Glick, 195, 341, 362  
Glick, J., 15  
Glynn, R. J., 454

- Goddard, I., 76  
 Gold, 507  
 Gold, P. E., 171  
 Goldberg-Glen Hayslip, R. G., 372  
 Goldberg, J. D., 146  
 Golden, D., 217  
 Golding, William, 224  
 Goldman, L. L., 509  
 Goldman, N., 141  
 Goldstein, 329  
 Goldstein, 106  
 Goldstein, M. D., 164, 176  
 Gollapudi, S., 126  
 Golombok, S., 319, 342  
 Gonyea, J. G., 375, 379  
 Goodman, 352  
 Goodman, C., 370, 371  
 Goodman-Crews, P., 511  
 Goodman, G. S., 346  
 Goodman, M., 323, 366  
 Goodrich, C., 230  
 Goodwin, 191, 192  
 Goossens, L., 185  
 Gordon, 480, 481  
 Gorman, C., 127  
 Gorman, M., 357, 388  
 Gostin, L. O., 512  
 Gottfriedson, L. S., 216  
 Gottman, J. M., 338  
 Goya, Francisco de, 272  
 Grady, 322  
 Graf, P., 42  
 Grajek, S., 316  
 Granger, 153  
 Gray, J. H., 283, 285, 288, 293  
 Greenberg, J., 362, 363  
 Greenhouse, 371  
 Greenstein, T. N., 332  
 Greenwald, A. G., 406  
 Greenwell, I., 84  
 Greist, J. H., 466, 467  
 Gribbin, K., 214, 215  
 Grieder, L., 374  
 Griffiths, 514  
 Grigson, 454  
 Grigson, B., 454  
 Groenewoud, 513  
 Gross, 158  
 Gruber, A., 215, 350  
 Gruber-Baldini, A. L., 215, 302  
 Gruber, Howard, 223, 225  
 Guemple, L., 509  
 Guilford, Joy, 203, 220  
 Guiliani, Rudolph, 495  
 Gupta, S., 126, 132  
 Guralnik, J. M., 26  
 Guthrie, L., 507  
 Gutmann, D. L., 349  
 Gutmann, David, 237, 318, 420, 421, 423, 446  
 Guttman, David, 290  
 Guyre, P., 146  
 H  
 Haan, N., 396  
 Haas, S. M., 324  
 Habbema, J. D., 344  
 Hack, 482  
 Hagestad, G. O., 370, 385, 416  
 Haidar, 105  
 Hakim-Larson, J., 236, 237, 239, 240, 441  
 Hall, C., 33  
 Hall, D. R., 327  
 Hall, D. T., 283  
 Hall, G. Stanley, 254  
 Hall, J. L., 171  
 Hallett, M., 314  
 Halman, 344  
 Hamagami, F., 207  
 Hamer, D. H., 319  
 Hamilton, B. E., 341, 345, 396  
 Hammer, Armand, 294, 380  
 Hamon, R. R., 363, 364t  
 Han, 105  
 Hanel, K., 323  
 Hankinson, S. E., 90  
 Hanley, R., 346  
 Hanser, S. B., 468  
 Hanson, L., 519  
 Hare, 379  
 Hargrove, J., 230  
 Haring, M. J., 447  
 Harkins, S. W., 96  
 Harlos, 482  
 Harpending, Henry, 12  
 Harper, S., 384  
 Harris, 499  
 Harris, S. S., 120  
 Hart, R., 142  
 Hartley, A. A., 276  
 Hartley, J. T., 276  
 Hartup, W. W., 315, 316  
 Harvey, J. H., 314  
 Hasher, L., 156, 176  
 Haske, 379  
 Hassan, R., 89  
 Haugaard, J. J., 346  
 Haverkate, I., 366  
 Havighurst, 446  
 Hawking, Stephen, 110-111  
 Hayden, M., 240  
 Hayflick, Leonard, 75, 80  
 Hayslip, B., 372  
 Healy, J., 498  
 Heath, S. B., 199  
 Heck, 139  
 Heckhausen, J., 404, 405f, 444  
 Hedberg, K., 514  
 Hefner, 419  
 Heindel, W. C., 165, 167  
 Heinonen, K., 399  
 Heller, Z. I., 480, 481  
 Helms, J. E., 199  
 Helms, M. J., 467  
 Helson, Ravenna, 349, 398, 403, 407, 408t, 420, 423, 423-426, 427, 428  
 Henderson, V. W., 133  
 Hendin, H., 513, 514  
 Henke, K., 170  
 Henker, 103  
 Hennekens, 145  
 Henry, W., 446  
 Henter, J., 504  
 Herbst, J. H., 404  
 Hernstein, 198  
 Herrera, Jacob III, 140  
 Hertzog, C., 182, 183, 200, 212, 215, 421  
 Herzog, A. R., 304, 305  
 Hess, T. C., 182  
 Hetherington, E. M., 339  
 Heymann, 289  
 Hicks, 97  
 Hidges, 382  
 Hiedermann, B., 333  
 Higginson, 514  
 Hill, C. D., 492  
 Hill, P. C., 442, 443  
 Hines, A. M., 341, 342  
 Hinrichsen, G., 466, 467, 468  
 Hishio, 388  
 Hjelle, L. A., 395, 398  
 Hobart, C. J., 441  
 Hodges, 26, 73, 385, 467  
 Hofferth, S. L., 348  
 Hoffman, J. M., 95  
 Hoffman, S. D., 336  
 Hofstede, 403  
 Holbrook, N., 146  
 Holden, 153  
 Holden, K. C., 304

Holland, John, 280  
 Holland, M. J., 96  
 Holliday, S. G., 248  
 Holmes, D. S., 150  
 Holmes, T. H., 145, 435  
 Holstein, 444  
 Holtzman, N. A., 114  
 Holzman, 470  
 Honzik, M. P., 396  
 Hoogendijk, W. J. G., 467  
 Hooker, K., 352, 462  
 Hooyman, N. R., 459  
 Hope, Bob, 85  
 Hopper, J. L., 144  
 Horn, 164, 172f, 200  
 Horn, J. C., 83  
 Horn, John L., 207, 209, 210, 211, 216  
 Horowitz, 92  
 Horowitz, Vladimir, 96, 165, 213-214  
 Horton, A. M., 452  
 Horvath, J. A., 219, 222  
 Horwitz, A. V., 141  
 House, J. S., 304, 305  
 Howard, D. V., 162, 185  
 Howell-White, H. R., 141  
 Hoyer, William, 233, 234  
 Hoyert, D. L., 132, 138, 140, 507  
 Hu, N., 319  
 Hu, Y., 141  
 Huang, 289  
 Hudnall, C. E., 373  
 Hudson, K., 260  
 Hudson, R. B., 375, 379  
 Hull, R. H., 95  
 Hultsch, David F., 158, 181-182, 182,  
 196, 198, 213, 217, 227  
 Hungerford, 498  
 Hurd, M. D., 24  
 Hurley, D., 68  
 Huston, T. L., 351  
 Hutchinson, C., 352  
 Huyck, M. H., 325, 413, 417, 420  
 Hyde, J. S., 264, 318, 330, 331, 421

## J

Ickovics, J. R., 139  
 Ikeda, R., 507  
 Imbourne, E., 134  
 Infeld, L., 226  
 Ingolfsdottir, 234  
 Irion, J., 441  
 Irons, R. R., 450, 454  
 Irving, Amy, 335  
 Irving, H. H., 336

Isaacowitz, 253  
 Ishii, 75  
 Ivy, G. O., 172  
 Iwano, S., 459  
 Izumi, Shigechiyo, 75

## J

Jackson, P. W., 220, 290  
 Jacobson, N. S., 142  
 Jaeger, 166  
 Jaffee, 264, 457  
 Jahnke, H. C., 439  
 Jahoda, M., 433  
 James, J., 166  
 James, William, 392  
 Janowsky, 173  
 Jaroff, L., 111  
 Javits, Jaboc K., 111  
 Jay, 277  
 Jay, G. M., 217  
 Jefferson, J. W., 466, 467  
 Jefferson, Thomas, 490  
 Jendrek, M. P., 373  
 Jeng, G., 345  
 Jennings, J. M., 158, 159, 160,  
 176, 178  
 Jensen, A. R., 198, 203, 204  
 Jex, S., 291  
 Johansson, 485  
 Johnson, 98, 158, 316, 372  
 Johnson, C. L., 17, 315, 352, 357, 366,  
 376  
 Johnson, Earvin "Magic", 127, 129  
 Johnson, L., 241, 243  
 Johnson, M. K., 163  
 Johnson, P., 330  
 Johnson, R. J., 499  
 Johnson, S. A., 276  
 Johnson, Samuel, 337  
 Johnson, T. E., 75, 76  
 Johnson, Virginia E., 46, 47, 103,  
 106, 141  
 Johnston, J. R., 144, 289, 337  
 Johnston, P., 514  
 Jolkkonen, J., 469  
 Jones, Ernest, 222  
 Jones, H. W., 344  
 Jones, J. H., 67  
 Jones, L. L., 384  
 Jones, X., 330  
 Jordan, 106  
 Joyner, K., 329  
 Jun, H., 500  
 June, J., 170

Jung, Carl, 248, 254, 420  
 Junkins, M. P., 285

## K

Kabanoff, B., 292  
 Kagan, J., 398  
 Kahana, 370  
 Kahana, B., 435  
 Kahana, E., 370, 435  
 Kahn, M. J. E., 260  
 Kahn, Robert L., 18, 74, 85, 97, 103,  
 112, 115, 117, 133, 155, 283, 305-  
 306, 314, 444  
 Kahn, S., 414  
 Kahonen-Vare, M. H., 469  
 Kaiser, M. A., 30  
 Kaizu, K., 459  
 Kalat, J. W., 53  
 Kalish, R. A., 482  
 Kalmuss, D. S., 455  
 Kalykakis, 148  
 Kamarow, 122  
 Kamin, L. J., 198  
 Kaplan, J., 283, 292, 293, 294, 295, 306  
 Kapur, K. K., 148  
 Karbaat, J., 344  
 Karel, M. J., 467, 468  
 Karlinsky, H., 134  
 Karni, Avi, 170  
 Kart, 447  
 Kastenbaum, Robert, 60, 480, 483, 491,  
 499  
 Katchadourian, H., 18, 77f, 78, 85, 92,  
 96, 97, 101, 144  
 Katona, C., 466, 467  
 Katzman, R., 54  
 Kaufman, A. S., 216  
 Kaufman, S. R., 302  
 Kaufman, T. S., 371  
 Kaus, C. R., 462  
 Kausler, D. H., 160, 163, 166  
 Kavka, A., 468  
 Kazmierski, 97  
 Keegan, R. T., 218-219, 223  
 Keith, P. M., 352  
 Keller, 439  
 Kellerman, A. L., 507  
 Kelly, 318  
 Kelly, J., 303  
 Kelly, J. J., 326, 448  
 Kelly, J. R., 301, 302, 303  
 Keltikangas-Jarvinen, L., 399  
 Kemper, T. L., 130  
 Kennedy, John F., 224



- Kennedy, R., 505  
 Kenrick, D. T., 398  
 Keppel, 141  
 Kerkhof, A. D., 366  
 Kernan, M., 355  
 Kerschner, H. K., 30  
 Kessler, R. C., 349, 433, 434  
 Kester, J. G. C., 366  
 Kevorkian, Jack, 511, 512  
 Keyes, C. L. M., 462, 463t  
 Kibria, N., 362  
 Kidder, 20  
 Kiefe, 139, 140  
 Kiernan, 153  
 Kihlstrom, J. F., 188  
 Kim, J. E., 303, 305, 306  
 Kim, J. H., 133  
 Kim, N. W., 135  
 Kimmel, D., 16, 326  
 King, B. M., 103, 324, 342  
 King, D., 444  
 King, E. W., 344, 490  
 King, M. C., 260  
 King, Martin Luther, Jr., 266  
 Kinsella, K., 25, 27, 29, 295, 307, 323,  
     352, 362, 366, 368, 370, 372, 374,  
     375, 376, 379, 380, 382, 385, 389f,  
     506, 507  
 Kinsey, Alfred C., 46, 47  
 Kirby, S. E., 442  
 Kirschenbaum, M. J., 456  
 Kite, M. E., 17  
 Kitson, G. C., 336, 337  
 Kivett, V. R., 368  
 Kivnick, Helen Q., 370, 407, 433, 468,  
     471-473, 472t  
 Klaczynski, 240  
 Klagsbrun, F., 1  
 Kleemeier, R. W., 485  
 Klein, S. R., 283, 293  
 Kleinbaum, S., 327  
 Klerman, G. L., 507  
 Kliegl, R., 179  
 Kline, D. W., 86, 87, 90  
 Klingbeil, K., 459  
 Kneifel, S., 170  
 Knight, 466  
 Kobayashi, K., 274  
 Kodaka, M., 459  
 Koenig, H. G., 441t, 443  
 Kogan, 221f  
 Kohlberg, Lawrence, 68, 238, 254-259,  
     256, 256t, 257, 257t, 258, 419  
 Kohn, M. L., 291, 292  
 Koivula, I., 117  
 Kolata, Gina, 75, 322  
 Kolodny, 46  
 Komatsu, G. I., 511  
 Kopera-Frye, K., 452, 454  
 Kopka, T. L. C., 275  
 Kopp, C. B., 198  
 Korb, 275  
 Kornhaber, A., 367, 368  
 Kosnick, W., 86  
 Kostelny, K., 458  
 Kottak, C. P., 199, 200, 328  
 Koutstaal, W., 158, 176  
 Kovacs, E. A., 399  
 Kozma, 115  
 Kraaykamp, G., 321  
 Krajnik, M., 421  
 Krall, E. A., 120  
 Kramarow, E., 375, 375f, 376  
 Kramer, D. A., 163  
 Kramer, J. J., 180, 185  
 Kranzler, J. H., 203  
 Krause, N., 443  
 Kraut, R., 313  
 Kreicbergs, U., 504  
 Kreider, 335, 338  
 Krieger, D., 146  
 Krishna, D., 135  
 Krishnamurti, J., 311  
 Kristjanson, 482  
 Kristof, N. D., 274  
 Kroenke, K., 139  
 Krokoff, L. J., 338  
 Kübler-Ross, Elisabeth, 476, 487, 488t-  
     489t, 519  
 Kuller, L. H., 150  
 Kumar, C., 266  
 Kung, H. -C., 507  
 Kurdek, L. A., 324  
 Kurosawa, Akira, 191-193, 221,  
     223, 517  
 Kurth, S. C., 248  
 Kurzman, D., 165  
 Kvale, 443  
  
 L  
 Labouvie-Vief, Gisela, 195, 236, 237,  
     239, 240, 253, 254, 441  
 Lachman, J. L., 64, 164  
 Lachman, M. E., 404, 406, 444, 462  
 Lachman, R., 64, 164, 176  
 LaCruz, 494  
 Lair, T. J., 214  
 Laird, N. M., 454  
 Lakatta, E. G., 146  
 Lakmuss, 455  
 Lakoff, R. T., 53  
 Laman, M. S., 360  
 Lambert, 337, 497  
 Lambeth, G. S., 314  
 Lamy, M., 148  
 Lancaster, 515  
 Lancy, 165  
 Landers, S., 373  
 Landy, Frank J., 286, 287, 288  
 Lang, M., 351  
 Langan, P. A., 458  
 Lange, 213  
 Langer, E., 175  
 Lansbury, Angela, 17  
 Lansford, J. E., 314  
 Lapham, 115  
 Lapinski, R. H., 344  
 LaRocque, M., 89  
 Larson, 372  
 Larson, R., 254  
 LaSala, M. C., 325  
 Latimer, E. J., 513  
 Laumann, E. O., 319, 320, 321  
 Launer, L. J., 132  
 Laurendeau, M., 238  
 Lawton, M. P., 375, 379, 436, 436f  
 Lax, G. A., 287, 293  
 Lazarus, Richard, 435, 437, 439  
 Leary, M. R., 141, 314  
 Lebowitz, B. D., 461  
 Lee, D. J., 447  
 Lee, G. R., 362, 363, 382  
 Lee, L. -M., 149  
 Lee, P. R., 150  
 Lee, T. R., 365  
 Legge, G. E., 90  
 Legrand, 148  
 Lehrman, S., 79  
 Leino, E. V., 362  
 Lemmon, J. A., 336  
 Lemon, B., 316, 447  
 Lengua, L. J., 399  
 Lennox, A., 134  
 Lentzner, H., 381, 507  
 Lenz, E., 18  
 Leonard, A., 332, 341  
 Lerner, M. J., 366  
 Lesgold, A. M., 233  
 Letendre, A., 505  
 Leusden, 101  
 LeVay, 319

- Levenson, M. R., 303, 304, 305, 315, 500, 503  
Leventhal, 439  
Levin, J. S., 443  
Levine, R., 415  
Levinson, Daniel, 281, 407, 408t, 412-413  
Levinson, W., 120  
Leviton, D., 481, 487  
Levron, J., 344  
Levy, B., 175  
Levy-Cushman, 182  
Lewin, Kurt, 2  
Lewis, D. B. W., 272  
Lewis, M. I., 433, 464, 487, 517, 518  
Li, J., 504  
Li, K. Z. H., 156  
Li, S., 211  
Lichtenberg, P. A., 452  
Lieberman, M., 258, 383, 486, 499  
Liebman, B., 138  
Light, L. L., 164  
Liker, J., 233  
Likun, Qian, 274  
Lillyquist, T. D., 158  
Lin, 75  
Lindemann, D., 114  
Lindenberger, 5, 179, 485  
Lindenbergh, 213  
Lindzey, G., 33  
Lino, M., 352  
Livson, F., 396  
Lloyd, C. B., 332, 341  
Lo, B., 420, 512  
Lobo, R. A., 347  
LoCastro, J. S., 454  
Lochner, 139  
Lock, Margaret, 102, 104, 105  
Loewen, E. R., 173  
Lofland, L. H., 478, 479  
Logue, P. E., 485  
Long, J. D., 370  
Longino, C. F., 26, 371, 447  
Looman, C. W., 344  
Lopata, H., 498  
Lord, A. B., 181  
Lovegreen, L., 435  
Lovelace, E. A., 156, 157, 160, 162, 166, 167  
Loveless, 141  
Lowe, 416  
Lu, 296, 341  
Lubart, T. I., 218, 219  
Lubbock, John, 191  
Luborsky, M., 323, 352, 357, 366  
Lucas, 497  
Lucas, George, 192  
Lucas, R. E., 29  
Lugalia, 375f  
Lund, D., 380, 384, 385, 386, 387, 492, 499  
Luria, Alexander, 180, 188, 194, 195  
Lutjen, P., 347  
Lyll, W., 499  
Lydall, 499  
Lykken, D. T., 398  
Lynd, Helen Merrell, 355  
Lynn, J., 484  
Lytton, H., 399
- M**  
Mabber, 133  
MacAdam, M., 29, 30  
MacDonald, R. K., 476  
Mackay, J., 144  
Mackinnon, D. W., 220  
Mackness, 324  
MacRae, P. G., 96, 97, 98  
Maercker, 252  
Magnuson, V. L., 319  
Mahendra, R., 507  
Main, M., 237  
Maitland, S. B., 215  
Maiz, 105  
Makela, P. H., 117  
Makuc, 139  
Malcolm, A. H., 509  
Malthus, Thomas, 224, 225  
Mancini, J. A., 365  
Mandela, Nelson, 230-232, 266, 432  
Manders, M., 470  
Manke, B., 330  
Mannell, R., 254, 303  
Manning, C. A., 171  
Mansfield, R. S., 221  
Manson, 145  
Manton, K. G., 75  
Manuelidis, E. E., 133  
Manuelli, R., 330  
Marcoen, A., 185  
Mariani, C., 134  
Markesbery, W. R., 469  
Markey, 396  
Markides, K. S., 447  
Markley, R. P., 163, 180, 185, 188  
Markman, H. J., 338  
Markowitz, J. S., 507  
Marks, N., 139, 337, 385, 497  
Marks, N. F., 500  
Markus, H., 172f, 406  
Marshall, N. L., 434  
Marshall, V. W., 447  
Marsiske, 213, 217  
Martikainen, P., 498  
Martin, J. A., 341, 345, 396  
Martin-Matthews, A., 385  
Martin, N. G., 399  
Martin, S. S. K., 384  
Martino-Saltzman, D., 50  
Marvell, 334  
Maslach, 290  
Masoro, E. J., 76  
Masters, William H., 46, 103, 106  
Matlin, M. M., 418  
Matthews, A. M., 305  
Matthews, K. A., 150  
Matthews, S. H., 385  
Maurer, 285  
Maxwell, J. W., 365  
Mayers, R. S., 456  
Maynard, 456  
Mays, 324  
Maza, P., 346  
Mazzeo, 97  
McArdle, J. J., 207  
McCall, R. B., 198  
McCann, I. L., 150  
McCarthy, 485  
McCartney, N., 97  
McClelland, D. C., 204  
McClement, 482  
McCrae, R. R., 5, 396, 398, 400, 402, 403, 404, 420, 428  
McCusker, J., 452  
McDaniel, 178  
McEnroe, John, 432  
McFall, S., 380  
McGonagle, K. A., 433  
McGrattan, E., 330  
McGue, M., 398  
McGuire, 289  
McIntosh, 277, 466  
McKay, N. Y., 357  
McKenzie, E. B., 456  
McKittrick, L. A., 134, 158, 167, 186, 187, 188, 189  
McMullen, R., 92, 357  
McNally, J. W., 322  
McNamara, T., 505  
McNeal, L. W., 50  
Meacham, John A., 250  
Meehan, P. J., 507

Meer, F., 230  
Meer, J., 26, 83  
Meier, D. E., 515  
Meir, Golda, 311  
Menacker, F., 341, 396  
Menaghan, 435  
Mendes de Leon, C. F., 397  
Menke, E. M., 505  
Mergler, N. L., 164, 176  
Merrill, 101, 103  
Mertz, M. E., 372  
Merva, M., 291  
Methuen, 466  
Meyer, D. R., 341  
Meyers, H., 349  
Mezger, R., 91  
Michael, R. T., 319, 320,  
321, 329  
Michaels, 321  
Mikach, 342  
Miklos, S. M., 283  
Milgram, Stanley, 68, 364  
Milkie, M. A., 330  
Miller, 359, 362, 419  
Miller, B. H., 380  
Miller, G. A., 159  
Miller, J., 153, 154  
Miller-Jones, 199  
Miller, L. C., 314  
Miller, S., 292  
Millsap, R. E., 403  
Mindel, C. H., 23  
Minder, C. E., 380  
Miner, S., 362  
Mingus, Charles, 111  
Miniño, A. M., 139  
Minkler, H., 362, 363, 370, 373,  
444, 498  
Minkler, M., 316  
Mirowsky, 141, 329  
Mirvis, P. H., 283  
Mischel, W., 395  
Mishkin, M., 163  
Mitchell, 98, 424  
Mitchell, B. A., 314  
Mitchell, D. B., 168  
Mitchell, V., 349  
Mitchell-Kernan, C., 323  
Moane, G., 420, 424, 427, 428  
Moen, P., 303, 305, 306, 330  
Moir, P., 462  
Monahan, D., 352  
Monat, A., 439  
Moody-Thomas, S., 236

Mooney-Somers, J., 342  
Moore, 416, 514  
Moore, M. J., 462  
Mor, 97  
Morelli, G., 15  
Morgan, J. N., 303, 304, 305  
Morgan, L. A., 336, 337, 343  
Morgan, S. P., 343f  
Morrel, R., 157  
Morris, L. W., 173  
Morris, R. D., 50  
Morris, R. G., 173  
Morrison, D. F., 215  
Morrison, D. R., 336  
Morrison, Toni, 218, 443  
Morse, D. L., 166  
Morse, J. M., 43, 44  
Mortensen, E. L., 467  
Mortensen, P. B., 504  
Mortimer, J. A., 469  
Morton, K. R., 201, 241  
Moscovitch, M., 170, 173, 175  
Mosher, W. D., 322, 327, 333, 337, 339  
Moss, M. S., 501  
Moss, S. Z., 501  
Mosteller, F., 46  
Mowesian, Richard, 281  
Moye, J., 388  
Moyers, W., 258  
Mpomati, 134  
Mroczek, D. K., 305, 315  
Mui, A. C., 384  
Mullan, M. J., 435  
Munck, A., 146  
Murphy, 264  
Murphy, D. R., 168  
Murphy, P., 260  
Murphy, P. D., 114  
Murray, 198  
Murstein, B. I., 318  
Musil, C. M., 433, 434, 461,  
464, 467  
Muskin, P. R., 516  
Mussen, P. H., 396  
Muthen, B. O., 466  
Mutran, E. J., 305  
Muuss, R. E. H., 258  
Myers, J. E., 337, 371  
Myers, R. H., 315  
Myerson, J., 477

## N

Nagley, S., 466  
Nagy, E., 170

Nahemow, 436, 436f  
Nair, 97  
Nash, S. C., 421  
National Institute on Alcohol Abuse and  
Alcoholism, 145  
National Organization for Women,  
Legal Defense Fund, 455  
Naus, 105  
Naveh-Benjamin, M., 163  
Neff, W. S., 282  
Neimeyer, 497  
Neisser, U., 198, 199  
Nelán, B. W., 230  
Nelson, 289  
Nelson, A. R., 141  
Nelson, Erland, 61, 62, 63  
Nelson, J., 269  
Nesselroade, I. R., 48, 49f, 216  
Nesses, 495  
Netzer, J. K., 363  
Neugarten, Bernice, 5, 10, 396, 416,  
417, 420, 446, 446-447, 483  
Newman, 139  
Newton, Sir Isaac, 111  
Nickerson, R. S., 161f  
Niederehe, G., 461  
Nilstun, T., 515  
Nisan, M., 258  
Nisbett, R. E., 398  
Niven, David, 111  
Nixon, Richard M., 270  
Noble, 515  
Nock, S. L., 338  
Norris, 241  
Norup, M., 515  
Notelovitz, M., 150  
Novacek, J., 439  
Novotny, T. E., 144  
Nuland, S. B., 516  
Nurius, P., 406

## O

O'Bryant, S. L., 352, 492  
O'Conner, 323  
O'Connor, B. P., 381, 403  
O'Dell-Rossi, 98  
Oden, M., 212  
Offer, D., 349  
Oget, V., 336  
O'Grady-LeShane, R., 297, 307, 308,  
313, 339  
O'Hanlon, 187  
Okie, S., 76  
Okun, M. A., 447

Okun, S., 506  
Olds, S. W., 43, 139, 330, 337, 343f,  
344, 349, 359, 362, 371, 380, 397,  
442, 444  
O'Leary, K. D., 455  
Oleshansky, 419  
Olivier, Laurence, 153-154, 155  
Olmsted, P. P., 348  
Olsen, J., 504  
Olson, 389  
O'Malley, 144  
Omarzu, J., 314  
O'Neill, 97  
Onelöv, E., 504  
Ong, 440  
Onwuteaka-Philipsen, B. D., 366  
Orbuch, T. L., 350  
Orenstein, P., 505  
Orentlicher, D., 513  
Orwoll, 253  
Osborn, A., 514  
Ostendorf, F., 402  
Otten, M. W., 139  
Ouelette, R., 507  
Overend, E., 336  
Owen, G., 479  
Owens, J. F., 150  
Owens, W. A., 212  
Oxman, T. E., 470  
Ozanne, E., 388

## P

Paci, E., 515  
Paden, S. L., 331  
Paffenbarger, R. S., 149, 150  
Page, 344  
Palaniappan, 140  
Palmer, A. M., 235  
Palmore, E. B., 200, 304  
Pamuk, E., 139  
Papalia, D., 43, 139, 238, 255, 330, 337,  
340f, 343f, 344, 349, 359, 362, 371,  
380, 442, 444  
Papalia-Findlay, D., 217, 238  
Pargament, K. I., 442, 443  
Parham, I. A., 214, 215  
Park, D. C., 157, 161  
Park, M. M., 341  
Park, R. D., 338  
Parkes, C. M., 75, 184  
Parkin, A. J., 173  
Parlee, M. B., 99  
Parnes, L. S., 89, 296  
Parsons, Frank, 279

Pasteur, Louis, 218  
Patrick, B. C., 314  
Patrick, M. M., 462  
Patrick, R., 420  
Patrizio, 344  
Pattatucci, A. M. L., 319  
Patterson, C. J., 324, 342  
Pattison, E. M., 483  
Paul, E. L., 364  
Paulson, R. J., 347  
Pauwels, 318  
Pavalko, E. K., 301  
Pavlov, Ivan, 166  
Pavur, E. J., 188  
Paykel, E. S., 468  
Payne, J. D., 336  
Peak, T., 517  
Pear, J., 322  
Pearce, K. A., 235  
Pearcy, 141  
Pearlin, L. L., 352, 435  
Peck, Robert, 445-446, 484  
Peltola, 330  
Penick, S., 174  
Penning, M. J., 142, 375, 385  
Pennisi, 75  
Pepper, S. C., 37  
Perez-Stable, E. J., 140  
Perkins, 499  
Péron, Eva, 392-394  
Péron, Juan Domingo, 392  
Perrin, N., 342, 371  
Perrucci, C. C., 291  
Perrucci, R., 291  
Perry, D., 285, 509  
Perry, William, 239  
Peterson, 316, 447  
Petit, 172f  
Pfaff, J. J., 466  
Philips, D. P., 344  
Phillips, D. P., 490  
Phillips, David P., 118  
Phillips, R. S., 484  
Phillips, S. M., 175  
Piaget, Jean, 232, 237, 255, 263  
Picano, J., 427  
Picasso, Pablo, 227  
Pichora-Fuller, M. K., 93  
Pierce, J. P., 144  
Pignatiello, M. F., 182  
Pignatti, R., 134  
Pillemer, K., 316, 362, 366, 456, 459  
Pimley, 439  
Pinardi, G., 134

Pitkala, K. H., 469  
Pleck, J. H., 362, 419, 434  
Plemons, J., 216  
Plomin, R., 115, 398  
Pollard, M. S., 142, 352  
Pomerleau, D., 166  
Pompi, K. F., 176  
Poon, L. W., 157, 158, 159, 160  
Popenoe, D., 326, 327  
Porcino, J., 367, 378, 379, 387  
Porterfield, J. D., 142  
Powell, L. H., 442  
Prager, I. G., 176  
Pratt, C. C., 453t  
Pratt, L. A., 381  
Pratt, M., 150, 381, 382  
Precht, D. H., 504  
Prescott, C. A., 207  
Pressley, M., 180, 182  
Prestwood, K. M., 120  
Primus, L. A., 406, 448  
Prinz, P. N., 103, 125, 126  
Prohaska, T. R., 439  
Pruchno, 372  
Pruyne, E., 238  
Pugiisi, J. T., 157  
Pullen, S. M., 182  
Puri, M., 266  
Putney, 359, 364, 365, 370, 374, 385

## Q

Qualls, S. H., 464  
Queenan, M., 145  
Quill, T. E., 512  
Quinn, J. F., 298, 299, 301

## R

Rabbitt, P., 485  
Raboy, 342  
Radestad, L., 505  
Ragan, 484  
Rahe, R. H., 145, 435  
Raikkonen, K., 399  
Rainforth, M., 248  
Rakowski, 97  
Rampello, L., 469  
Rampersad, A., 431, 432, 433, 439  
Rasinski, 86  
Rathbone-McCuan, E., 459  
Rathunde, K., 254  
Ray, O., 498  
Raymo, J. M., 298, 299  
Read, P. P., 241

- Reagan, Ronald, 270  
 Rebecca, M., 419  
 Redgrave, Lynn, 501  
 Redgrave, Michael, 501  
 Ree, Malcolm James, 204, 205  
 Reese, H. W., 48, 49  
 Regier, D. A., 434, 467  
 Reid, D., 366  
 Reid, J. D., 326, 457  
 Reijo, R., 344  
 Reis, H. T., 314  
 Remington, 85  
 Rempel, J., 352  
 Renick, M. J., 338  
 Renner, J., 170  
 Renner, V. J., 10  
 Rennie, J., 115  
 Renoir, Pierre-Auguste, 519  
 Reuben, 139  
 Rexroat, C., 352  
 Reynolds, C. R., 198  
 Reynolds, D. K., 482  
 Reynolds, M. A., 345  
 Reynolds, S. L., 297  
 Reznick, J. S., 398  
 Rhodes, N. R., 456  
 Rice, G., 319  
 Rich, 289  
 Rich, S., 398  
 Richardson, Ralph, 153  
 Richardson, V. E., 293  
 Richie, 191, 192  
 Rickover, Hyman G., 270  
 Riegel, 42, 211, 485  
 Riley, K. P., 469  
 Riley, Matilda W., 271, 308  
 Rilke, Rainier Maria, 227  
 Rindfuss, R. R., 343f  
 Risch, N., 319  
 Rivers, C., 411  
 Rix, S. E., 298, 300  
 Roach, M. J., 337  
 Roazen, P., 33  
 Robbins, M. A., 277  
 Robbins, Tom, 78, 79  
 Roberto, K. A., 364, 366  
 Roberts, 105, 397, 425  
 Roberts, P., 238  
 Robertson, E. A., 164, 208  
 Robinson, B., 381, 385, 433  
 Robinson, K. N., 381  
 Robinson, L. C., 338, 351  
 Rodehoffer, R. G., 116  
 Rodin, 139, 147  
 Roe, 373  
 Roediger, 167  
 Roff, L. C., 126  
 Rogers, J., 499  
 Rogoff, B., 15  
 Roodin, P. A., 233  
 Roosevelt, Eleanor, 356, 359  
 Roosevelt, Elliott, 359  
 Roosevelt, Franklin D., 359  
 Rose, 76  
 Rosen, B., 112, 178, 277  
 Rosenberg, 411  
 Rosenberg, H. M., 132  
 Rosenbluth, S. C., 315  
 Rosenfeld, D., 326  
 Rosenfeld, I., 91  
 Rosenman, Ray, 124  
 Rosenthal, C. J., 362, 385, 386  
 Roses, Allen, 134  
 Rosner, 148  
 Rosner, B., 90  
 Rosner, F., 452  
 Ross, 366  
 Ross, C. R., 142  
 Ross, H. G., 364  
 Ross, J. A., 90  
 Ross, L., 398  
 Rossellini, 312, 327, 329  
 Rossi, 361, 420  
 Rossor, 141  
 Rossor, M. N., 134  
 Roth, G. S., 83, 84  
 Rothenberg, K., 115  
 Rothman, S., 193  
 Rothschild, J., 509  
 Rothstein, M., 260  
 Rovine, 351  
 Rowe, J. W., 18, 74, 97, 103, 112, 113, 115, 117, 133, 143t, 155, 283, 444  
 Royal, D., 157  
 Rubenstein, 170  
 Ruberman, W., 146  
 Rubin, K. H., 106, 238  
 Rubinstein, Arthur, 165, 213, 352  
 Rubinstein, R. L., 323, 366  
 Rueter, M. A., 339  
 Rule, B. G., 178  
 Runco, M. A., 224  
 Russell, C. S., 350  
 Russell, M., 330  
 Rutenfrans, 514  
 Ruthruff, A. M., 95  
 Rutter, M., 115  
 Ryan, 501  
 Ryan, C., 325  
 Ryan, M., 97  
 Ryan, Nolan, 96  
 Rybash, J. M., 233, 234, 251  
 Ryff, C. D., 363  
 Ryff, Carol, 449, 462, 463t  
 Ryncarz, 256t, 258
- S**  
 Sagan, 172f  
 Sagan, C., 111  
 Sagi, 170  
 Sahyoun, N. R., 381, 382, 507  
 Saito, Y., 297  
 Salk, Jonas, 223, 294  
 Salmon, D. P., 165, 167  
 Salthouse, T. A., 96, 131, 161, 165, 166, 178, 182, 285  
 Saltzman, L., 507  
 Samil, 105  
 Sammartino, F. J., 296  
 Samuelsson, M., 505  
 Sandberg, J. F., 348  
 Sanders, S., 238  
 Sansone, C., 41  
 Sapolsky, 146, 172f  
 Sapolsky, R. M., 131  
 Satcher, 139  
 Sattler, J. M., 193, 207  
 Sauer, Mark V., 347, 515  
 Sauer, P. J. J., 515  
 Saults, J. S., 166  
 Saunders, Cicely, 482, 497  
 Saxon, 95, 123, 126  
 Schacter, D. L., 158, 162, 167  
 Schaie, K. Warner, 5, 199, 200, 207, 212, 213t, 214, 215, 216, 217, 235, 244, 245, 245f, 350, 404  
 Schantz, 275  
 Schardt, 138  
 Scharlach, A. E., 387, 483, 500, 502t, 503  
 Schell, D. A., 236  
 Schellenberg, G. D., 134  
 Schellhammer, 106  
 Scherer, M., 207  
 Schiavo, Terri, 511  
 Schick, F. L., 301  
 Schieve, L. A., 345, 346  
 Schiffman, S. S., 95  
 Schiller, J., 149  
 Schlossberg, N. K., 411  
 Schmall, V., 453t

- Schmeck, H. M., 294, 510  
 Schmidt, W. E., 99  
 Schneber, F., 86, 87, 90, 94  
 Schneider, B. A., 93  
 Schneider, E. L., 26, 80, 82, 103  
 Schneiderman, L. J., 511  
 Schoeberlein, S., 239  
 Schoen, R., 339  
 Schoenborn, C., 149  
 Schonberg, H. C., 214  
 Schonert-Reichl, K. A., 349  
 Schonfield, D., 164, 208  
 Schroll, M., 467  
 Schroots, 10  
 Schuebel, K. J., 90  
 Schulenberg, E., 214  
 Schulz, J. H., 30, 297  
 Schulz, R., 433, 444, 462, 492  
 Schumann, C. E., 277  
 Schumm, W. R., 350  
 Schwartz, 396, 514  
 Schwartz, P., 329  
 Schwoerer, C., 277  
 Scialfa, C. T., 87, 90  
 Scogin, F., 185  
 Scott, C., 320  
 Scott, J. P., 364, 366  
 Scribner, S., 177, 179, 181, 194  
 Seattle, Chief, 258  
 Secombe, 352  
 Seddon, J. M., 90  
 Sedlak, A. J., 457  
 Seeman, E., 144  
 Seeman, M., 442  
 Seeman, T. E., 442  
 Segal, N., 466  
 Segal, N. L., 398  
 Segesten, K., 505  
 Seidler, 469  
 Sekuler, 86  
 Selkoe, D. J., 116, 131  
 Sellers, E. M., 140  
 Seltzer, G. B., 375, 379  
 Seltzer, J. A., 326, 327, 335, 336, 341, 363  
 Selye, H., 435  
 Selznick, David, 312  
 Serlin, R. C., 217  
 Seroude, 75  
*Seven Saumrai* (film), 191  
 Seybold, K. S., 442  
 Shadish, W. R., 44  
 Shafto, 164  
 Shahabi, L., 442  
 Shaie, K. Warner, 64, 65f, 66  
 Shakespeare, William, 223  
 Shapiro, P., 380  
 Sharf, R. S., 279  
 Sharit, J., 276, 285  
 Sharma, A. S., 348  
 Shart, 179  
 Shaw, M. P., 225, 444  
 Shealy, D., 477  
 Shearer, D. E., 98  
 Sheehy, Gail, 18  
 Shehan, C., 352  
 Shepher, J., 420  
 Sherman, A. M., 314  
 Sherman, E., 433, 517  
 Sherman, L. W., 456  
 Sherwin, B. B., 175  
 Shibusawa, T., 459  
 Shier, A., 252  
 Shifren, K., 352  
 Shimanura, 173  
 Shock, N., 114  
 Shore, 264  
 Siano, B., 48  
 Siegler, 159, 442, 486f, 513  
 Siegler, I. C., 404, 485  
 Silver, R. C., 493, 494  
 Silverberg, 351  
 Silverstein, M., 370, 371  
 Simons, M., 514  
 Simonton, D. K., 218, 219, 221, 226, 227  
 Simpson, 511, 513  
 Simpson, Nicole, 450  
 Simpson, O. J., 450, 511  
 Sinclair, A. J., 127  
 Singer, 462  
 Singer, B., 485  
 Singer, P. A., 513  
 Sinnott, Jan D., 163, 178, 232, 239, 240, 241, 243, 244  
 Sitarz, D., 335, 336  
 Skaff, M. M., 352  
 Skinner, B. F., 395  
 Skovron, M. L., 344  
 Skuldt-Niederberger, K., 421  
 Slemanda, 144  
 Sloan, R. P., 442  
 Small, B. J., 163, 485  
 Small, G. W., 132, 164, 167  
 Smedley, B. D., 141  
 Smith, 138, 184, 370, 503  
 Smith, B. L., 507  
 Smith, D., 22, 23  
 Smith, D. G., 490  
 Smith, D. W., 348  
 Smith, H. L., 29  
 Smith, J., 5, 6, 213, 251, 252  
 Smith, K. E., 330  
 Smith, Lillian, 153  
 Smith, R. B., 325  
 Smith, T., 322  
 Smith, T. W., 48, 49, 157, 320, 332  
 Smyer, M., 461, 464  
 Snarey, 258  
 Snowdon, D. A., 469  
 Snowdon, J., 466  
 Snyder, C. J., 288  
 Snyder, M., 406  
 Snyderman, M., 193  
 So-Kum Tang, C., 459  
 Soares, 105  
 Socrates, 250  
 Soe-agnie, 178  
 Sohal, 76  
 Soldz, S., 412  
 Solomon, M., 510  
 Solomon, P. R., 166, 174  
 Somers, D. G., 366  
 Sommers, 296  
 Sorlie, 141  
 Soukup, J. R., 484  
 Spain, 416  
 Spain, D., 328  
 Spearman, Charles, 202-203  
 Spector, 289  
 Speizer, F. E., 90, 148  
 Spence, A. P., 97, 101, 126, 130, 131  
 Spence, J. T., 418  
 Spenser, 188  
 Spielberg, Steven, 192, 335  
 Spilich, G. W., 170  
 Spilka, B., 338  
 Spirduso, W. W., 96, 97, 98  
 Spiro, A., 305, 315  
 Spitze, G., 362  
 Spitzer, R. L., 139  
 Spoto, D., 153, 154, 311  
 Sprecher, S., 329  
 Sprott, R. L., 83, 84  
 Spurlock, J., 323  
 Squire, L. R., 162, 163, 167, 169, 173, 174  
 St. George-Hyslop, P. H., 134  
 St. John, 343f  
 St. Pierre, R. S., 142  
 Stafford, L., 324  
 Staines, G. L., 292

- Stampfer, M. J., 90, 145, 148  
Stanford, E. P., 466  
Stanley Hall, G., 4, 5  
Stanley, S. M., 338  
Starr, B. D., 106  
Staudinger, U. M., 5, 213, 251, 251-252, 385  
Stecker, R., 437  
Steil, 315  
Stein, J., 420  
Steinbach, U., 316, 379, 380  
Steinberg, 90, 351  
Steinbeck, G., 504  
Steinhaus, L. A., 98  
Steinkamp, M., 303  
Stek, M. L., 467  
Sten, M., 117  
Stengel, R., 230  
Stephens, 383, 383t, 386t, 387  
Stephens, M. P., 363  
Stern, M. B., 477  
Stern, William, 196  
Sternbach, 103  
Sternberg, Robert, 193, 199, 201, 203, 204-206, 218, 219, 222, 226, 234, 247t, 316  
Sterns, H. L., 98, 99, 187, 283, 285, 287, 288, 292, 293, 294, 295, 306, 413, 452, 454, 476  
Stevens, A. B., 185, 187  
Stevens, J. C., 95  
Stevens, N., 96, 315, 316  
Stewart, J. H., 458  
Stewart, M. A., 397  
Stick, W. A., 447  
Stillion, J. M., 479  
Stine, E. A. L., 157, 160, 161  
Stine-Morrow, E. A., 235  
Stinson, F., 454  
Stith, A. Y., 141  
Stoll, M. E., 339  
Stoppard, M., 118, 120  
Storandt, M., 208  
Stoudemire, 492  
Strandberg, T. E., 469  
Straus, M. A., 455, 458  
Strawbridge, W. J., 366, 383  
Stroebe, M., 480, 491  
Strong, M., 386  
Strother, 212  
Strube, M. J., 455  
Strubel, 50  
Stuck, A. E., 380
- Stuen, C., 91  
Sugarman, J., 114  
Suh, E., 29  
Suhrrer-Roussel, L., 421  
Suitor, J. J., 316, 352, 362, 366  
Sullivan, A. D., 514  
Sullivan, R., 123  
Suls, A., 124  
Sunderland, T., 433, 464  
Super, Donald, 281-282  
Supple, K. R., 374  
Sutton, P. D., 341, 345, 396  
Swain, J., 124  
Swann, W. B., 406  
Swanson, G., 248  
Swartz, M. S., 433  
Swergold, G., 260  
Swicegood, G., 343  
Szinovacz, M. E., 367, 368
- T**
- Taguiri, 411  
Tandy, Jessica, 294  
Taniguchi, H., 344  
Tanner, J. M., 84  
Tappan, M. B., 264  
Targ, 291  
Tasker, F., 319, 342  
Tataryn, 516  
Taub, C., 464  
Taylor, D. W., 64  
Taylor, Elizabeth, 129  
Taylor, H., 510  
Taylor, I. A., 220, 323  
Taylor, J. M., 392  
Taylor, Maxwell, 111  
Taylor, P., 230  
Taylor, R. J., 23, 443  
Taylor, S. C., 302, 308  
Te Velde, E. R., 101, 344  
Teachman, J. D., 327  
Techner, D., 479  
Tedrick, 303  
Tedrow, L. M., 323  
Teetze, H. D., 511  
Tellegren, A., 398  
Terman, Lewis, 5, 396  
Tesluk, P. E., 283, 293  
Teutsch, S. M., 139  
Thabes, V., 337  
Thomas, 349, 370  
Thomas, A., 398  
Thomas, G. S., 150
- Thompson, L., 329, 348  
Thompson, L. W., 468, 492  
Thorensen, C. E., 442  
Thornton, A., 313  
Thurber, 385  
Thurman, Howard, 230  
Thurnher, 420  
Thurstone, Louis L., 203, 212  
Tideiksaar, R., 92, 93t  
Tierney, M., 238, 366  
Tiger, L., 420  
Tilvis, R. S., 469  
Tobin, 446  
Tobin, J., 114  
Todd, C., 248  
Tolle, S. W., 516  
Tolstoy, Leo, 518-519  
Tomkins, S., 406  
Tomlinson-Keasey, C., 238, 396  
Toner, J. P., 344  
Tonna, E. A., 122  
Torrance, 220, 221  
Torrance, E. P., 219  
Toscanini, Arturo, 355-357  
Townsend, 383t, 386t  
Travis, F., 248  
Treas, J., 287, 375, 380  
Treyer, V., 170  
Troll, L., 95, 315, 316, 357, 359, 362, 363, 370, 382, 385, 503  
Trueheart, 326  
Truschke, E. F., 132  
Tschann, J., 337  
Tsevat, J., 484  
Tucker, J. S., 396  
Tucker, M. B., 323, 324  
Tufts, 260  
Tukey, I. W., 46  
Tumulo, P., 238  
Turiel, E., 259  
Turner, 494  
Twain, Mark, 186  
Twaite, M. M., 443
- U**
- Uccello, C. E., 300  
Uhlenberg, P., 333, 337, 368  
Umberson, D., 359, 498, 500, 501  
Urbina, 202  
Ursin, H., 437  
Usui, C., 298  
Utiger, 103, 106  
Utton, 97

## V

Vachon, M., 499  
 Vaillant, George, 281, 396, 407, 408t,  
 409, 410, 411, 411-412, 437  
 Valdimarsdóttir, U., 504  
 Valkonen, T., 498  
 Vallerand, R. J., 381  
 Valvanne, J., 469  
 Van Baal, J., 318  
 Van der Heide, A., 366, 515  
 Van der Maas, 514  
 Van Der Maas, P. J., 515  
 Van der Wal, J., 366  
 Van Der Wei, G., 515  
 Van Der Wuff, F. B., 467  
 Van Hook, J., 362  
 Van Noord-Zaadstra, B. M., 344  
 Van, P., 505  
 Van Paesschen, W., 163  
 Vargas Llosa, Mario, 358  
 Vargha-Khadem, F., 163  
 Vaupel, 75, 76  
 Velkoff, V. A., 25, 27, 29, 307, 323, 352,  
 362, 366, 368, 370, 372, 374, 375,  
 376, 379, 380, 382, 385, 389f, 506,  
 507  
 Veninga, R. L., 289  
 Ventura, S. J., 341, 396  
 Verbrugge, L. M., 101, 103, 302  
 Vercruyssen, M., 96  
 Verhaeghen, P., 185, 485  
 Verhagen, E., 515  
 Vickerie, L., 149  
 Vidaillet, H., 484  
 Vidas, S., 89  
 Vierck, 26, 73, 382, 385, 467  
 Vigndos, 277  
 Vinick, B., 500  
 Visher, E. B., 371  
 Visher, J. S., 371  
 Vitiello, M. V., 103  
 Vlahov, 147  
 Vollmar, 514  
 Von Strauss, E., 485  
 Voydanoff, P., 291

## W

Wachs, T. D., 399  
 Wadner, D., 420  
 Wagener, 141  
 Wagner, 106  
 Wagner, D. A., 179  
 Wagner, Richard K., 204, 206

Wahlin, A., 163, 164, 167  
 Waite, L. J., 329  
 Walfish, 105  
 Walford, Roy, 76, 79, 83, 125  
 Walker, 348  
 Walker, A. J., 329, 384  
 Walker, L. J., 264  
 Wallace, D. C., 82, 294  
 Wallechinsky, 294  
 Wallerstein, J. S., 337  
 Wallhagen, M. I., 383  
 Wallrach, 221f  
 Walls, C., 443  
 Walter, D. M., 173  
 Ware, M., 150  
 Warner, T., 248  
 Warren, J. A., 330  
 Washington, George, 16  
 Wasserthell-Smoller, 121t  
 Watkins, K. E., 163  
 Watson, James D., 219, 226, 230  
 Watson, M. S., 114  
 Watt, 517  
 Wayler, A. H., 148  
 Weaver, S. L., 444  
 Weaverdyck, S. E., 236  
 Webb, 170  
 Webb, W. B., 125  
 Webber, 97  
 Webber, Andrew Lloyd, 392  
 Wechsler, David, 196, 197  
 Weg, R. B., 103, 106  
 Weikart, D. P., 348  
 Weinberger, J., 519  
 Weinblatt, E., 146  
 Weindruch, R., 76, 79  
 Weiner, M. B., 106  
 Weinstein, B., 93  
 Weiss, 18, 470  
 Weiss, G., 135  
 Weiss, M. J., 361  
 Weiss, R., 419  
 Weissman, M. M., 507  
 Weitzman, L. J., 336  
 West, R. L., 164, 184, 185  
 Wethington, E., 349  
 Weuve, J., 470  
 Weyers, 514  
 Whitbourne, Susan Krauss, 95, 406,  
 407, 448-449, 461  
 White, H. R., 141  
 White, J. M., 141  
 Whitehead, 326, 327  
 Whitelaw, 23, 25

Whiteside, 105  
 Wichorn, 396  
 Wieling, 494  
 Wilcox, K. J., 398  
 Wilensky, H. L., 292  
 Wilk, C., 420  
 Willems, D. L., 366  
 Willett, W. C., 90, 148  
 Williams, D., 367, 368, 370, 372  
 Williams, J. E., 417  
 Williams, K., 498  
 Williams, M. V., 96  
 Williams, Redford, 124  
 Williams, T. E., 114  
 Williams, Ted, 86  
 Williams, William Carlos, 211  
 Williamson, 84-85  
 Williamson, D. F., 139  
 Willis, L., 507  
 Willis, S. L., 199, 200, 212, 215, 216,  
 217, 235, 244, 245f, 275, 277, 404  
 Wilson, R. S., 397  
 Wilson, W., 453t  
 Wing, R., 150  
 Wingfield, A., 157, 160, 161  
 Wink, P., 425, 427, 442  
 Winkler, A. E., 332  
 Winocur, G., 170, 173, 175  
 Winslow, L., 86  
 Wiscott, 452, 454  
 Wister, A. V., 314  
 Witteman, P. A., 431  
 Witter, R. A., 447  
 Wolf, M., 259  
 Wolfe, 342  
 Wolinsky, F. D., 499  
 Wong, P. T. P., 517  
 Woodbury, 200  
 Woodruff, D. S., 125, 170, 404  
 Woodruff-Pak, D. S., 126, 166  
 Woods, A. M., 96  
 Woods, Margo N., 105  
 Woodward, C. Vann, 368, 427  
 Wooten, J., 269  
 Workman-Daniels, K., 303  
 Wortman, C. B., 493, 494, 495  
 Wright, 105  
 Wright, Frank Lloyd, 218  
 Wright, V. C., 345  
 Wu, A. W., 484  
 Wu, Z., 328, 352  
 WuDunn, S., 341  
 Wurtman, R. J., 100, 142



Wykle, M. L., 433, 434, 461, 464, 466,  
467  
Wysocki, C. J., 95

## Y

Yamomoti, Kajiro, 192  
Yeung, W. J., 348  
Yllo, K., 455  
Yoder, J. D., 417  
Yoshioka, M. R., 456  
Young, E. W. D., 511

Yrbask, 98  
Ytteroy, E. A., 342

## Z

Zacks, R. T., 156, 161, 176  
Zahn-Waxler, C., 398  
Zandri, E., 277  
Zanjani, E. D., 114  
Zappa, Frank, 136  
Zarit, S., 443  
Zeringue, J. A., 188

Zhao, J. Z., 327  
Zhu, 97  
Ziegler, D. J., 395, 398  
Zimberg, S., 452  
Zimmer, H., 414  
Zimmerman, G., 414  
Zoglin, R., 17  
Zube, M., 351  
Zuckerman, M., 318  
Zuzanek, J., 254  
Zylicz, Z., 514

# Índice

## A

- AARP (American Association of Retired Persons). *Véase* American Association of Retired Persons (AARP)
- Aborto, luto, 505
- Abuelos, papel de, 367-371  
crianza de nietos, 372-373  
diferencias de género y raciales, 370-371
- Abuso**  
de ancianos, 456, 458-460, 460t  
de compañero, 454-457  
infantil, 457-458
- Abuso de ancianos, 458-460
- Abuso de sustancias**, 450, 450-454  
efectos de cohorte sobre, 451-452  
factores, en riesgo para, 451t  
y depresión, 467
- Abuso del alcohol, 452-453, 455  
y cáncer, 136  
y depresión, 467  
y estatus de salud, 143t, 145
- Abuso infantil, 457-458
- Acecho, 454-455
- Acoso sexual, 290
- Actitudes sexuales, 320, 321
- Actonel, 121
- Actual encuesta de población marzo 2002, 22
- Aculturales**, tests, 199
- Adaptación**, 395
- Administration on Aging (AOA), 303, 304, 323, 328, 329f, 375, 376, 380, 458, 460t
- Adopción**, 346-347
- Adulterio joven, 8, 9t
- Adulterio media, 8, 9t
- Adulterio, periodos de, 8-11  
principales desarrollos, 9t
- Adulterio tardío, 9t
- Afganistán, expectativa de vida, 77f
- África  
cuidado de ancianos, 388  
envejecer en, 12-13, 15  
expectativa de vida, 77f  
jubilación en, 302  
programas sociales, 30  
SIDA en, 128, 372  
tribu Gusii, 415  
tribu Kpelle, 15, 165, 179, 194, 195
- África del norte, menopausia en, 105
- Afroamericanos, 355-357  
conflictos de salud, 91  
desempleo, 284  
e ingreso, 24  
en jubilación, 300, 301, 303, 304  
expectativa de vida, 75  
familias extensas, 358  
matrimonio y divorcio, 333  
papel de los abuelos, 370-371  
problemas de sueño, 125-126  
redes de parentesco, 23  
tasas de suicidio, 506  
y cáncer, 137  
y educación, 22, 24-25, 273  
y enfermedad de Alzheimer, 134  
y estatus de salud, 140, 140-141  
y osteoporosis, 120  
y pobreza, 24  
y porcentaje de ancianos, 22  
y pruebas de inteligencia, 198-199  
y tabaquismo, 140  
y violencia doméstica, 455
- Age Wave* (Dychtswald), 31
- Ageísmo**, 17-18  
combate del, 18
- Agencia para Desarrollo Internacional (AID), 242
- Ageworks, 126
- Aging Well* (Vaillant), 412
- Agotamiento (burnout)  
del cuidador, 383  
en el lugar de trabajo, 290
- Agotamiento del cuidador, 383
- Agudeza visual**, 87
- Agudeza visual dinámica**, 87
- Alcoholismo. *Véase* Abuso del alcohol
- Alemania  
actitudes sexuales, 320  
decisiones al final de la vida, 515  
tasas de suicidio, 508t
- Alfabetización, 278
- Alojamiento asistido, 379
- Alojamiento compartido, 378
- Alojamiento congregado, 379
- Alzheimer's Association, 132, 133t
- Ambiente**, 11
- American Academy of Otolaryngology, 95
- American Academy of Pediatrics, 346
- American Association of Retired Persons (AARP), 22, 23, 24, 121-122, 273, 276, 278, 286, 295, 301, 321, 362, 367, 370, 380, 456, 459
- American Cancer Society, 102, 134, 135, 135-136, 136, 137, 144, 147
- American Dental Association (ADA), 149
- American Diabetes Association, 127
- American Heart Association, 123, 144, 148, 149
- American Jewish Committee, 48
- American Lives*, 63
- American Lung Association, 126, 144

- colocación en asilos, 28  
 expectativa de vida, 27  
 Sistema cardiovascular, 122-125  
 Sistema esquelético, 117, 119-122  
 Sistema inmunológico, 126-130  
 y diabetes, 127  
 Sistema neurológico, 130-131  
 Sistema respiratorio, 125-126  
 Sistemas reproductores, 99-107  
 cambios, en humano, 99t  
 femenino, 99, 99t, 100-102  
 masculino, 103, 106  
 Sobrepeso, 84, 147  
**Sociedades con integración de edades,**  
 272  
 Society for Assisted Reproductive  
 Technology, 346  
 Somalia, expectativa de vida, 77f  
*Sonata de otoño* (película), 311  
 Sri Lanka  
 ancianos, como porcentaje de la  
 población, 28  
 desarrollo económico en, 30  
 Stanford University, 5  
*Stromboli* (película), 312  
 Substance Abuse and Mental Health  
 Services Administration (SAMHSA),  
 139, 451  
 Suecia  
 actitudes sexuales, 320  
 cohabitación, 326  
 colocación en asilos, 380  
 cuidado de ancianos, 388  
 expectativa de vida, 77f  
**Sueño**, en la teoría de personalidad de  
 Levinson, 413  
 Sueño MOR, 170  
 Sueño, y memoria, 170  
*Sueños* (película), 192  
 Suicidio, 505-516  
 asistido, 505, 509-516  
 en Japón, 28  
 indicadores de riesgo para, 506, 507  
 prevención, 507, 508-509  
 tasas, por país, 508t  
 y depresión, 465, 466-467  
 y género, 28, 506  
 y raza, 506  
**Suicidio asistido, 509. Véase también**  
 Eutanasia  
 frente a eutanasia activa, 511-514  
 Suiza  
 decisiones al final de la vida, 515  
 expectativa de vida, 77f  
 tasas de suicidio, 508t
- SUPPORT Principal Investigators, 511  
 Sur de Asia, mujeres en, 102
- T**  
 Tabaquismo, 135, 140, 142-143, 143t,  
 144  
 Tabaquismo, cigarrillo, 135, 140, 142-  
 143, 143t, 144  
**Tabaquismo pasivo, 144**  
 Tacto, sentido de, 96  
 Tahití, abuso infantil en, 458  
 Tailandia, 28  
 desarrollo económico en, 30  
 familias extensas, 368  
 Taiwan, familias extensas, 368  
 Talmud, 180  
**Tanatología, 481**  
**Tasa de dependencia, 307**  
 Tasas de mortalidad, Estados Unidos, 74  
 Tasas de natalidad, por edad de la  
 madre, 343f  
**Temperamento, 398**  
 Temperatura, sensibilidad a, 96  
**Teoría, 35**  
 Teoría autoinmune del envejecimiento,  
 126  
**Teoría de actividad, frente a** teoría de  
 desvinculación, 446-447  
**Teoría de aprendizaje social, 419**  
**Teoría de continuidad, 447-448**  
 Teoría de desgaste por el uso del  
 envejecimiento, 81t, 82  
**Teoría de desvinculación, frente a** teoría  
 de actividad, 446-447  
 Teoría de entrecruzamiento del  
 envejecimiento, 81t, 82  
 Teoría de envejecimiento de tasa de vida,  
 81t, 82  
**Teoría de escolta, 305-306, 314**  
**Teoría de escolta social, 305-306, 314**  
**Teoría de esquema de género, 420**  
 Teoría de mutación somática del  
 envejecimiento, 81t, 82  
 Teoría de procesamiento de información,  
 38  
 Teoría de radicales libres del  
 envejecimiento, 81t, 82  
 Teoría de selectividad socioemocional,  
 306, 314-315  
**Teoría de selectividad, 306, 314-315**  
**Teoría del yo en relación, 419**  
 Teoría endocrina, de envejecimiento  
 biológico, 80, 81t  
 Teoría inmunológica, de envejecimiento  
 biológico, 80, 81t
- Teoría triangular del amor, 316, 318  
 Teoría triárquica de inteligencia, 203,  
 204-206  
**Teorías de desarrollo cognitivo, 419-420**  
 Teorías de error, de envejecimiento, 81-  
 83, 81t  
 Teorías de etapas, de desarrollo, 38-40  
**Teorías de programación genética, de**  
**envejecimiento, 80, 82-83**  
**Teorías de tasa variable, de**  
**envejecimiento, 80, 81-82, 81t**  
 TEP (tomografía por emisión de  
 positrones), 169  
**Terapia cognitiva, 468**  
**Terapia conductual, 468**  
**Terapia de pena, 496-497**  
**Terapia de reemplazo hormonal (TRH),**  
**102**  
 Terapia de reemplazo hormonal (TRH),  
 120, 121t, 136  
 Terapia dinámica breve, 468  
 Terapia electroconvulsiva (TEC), 467  
 Terapia génica, 80, 81, 114  
**Terapia interpersonal, 468**  
 Tercer mundo. *Véase* Países en desarrollo  
**Testamento en vida, 510-511**  
 Tests psicométricos, creatividad, 220-  
 222  
 Tests psicométricos, inteligencia, 194,  
 195-201  
 y análisis estadístico, 202-203  
 Tests psicométricos, personalidad, 396,  
 397-398  
**Tests Torrance de pensamiento creativo,**  
**220-221**  
 Tiempo de reacción, y envejecimiento,  
 98-99  
**Tinnitus, 94**  
*Todavía no* (película), 192  
*Tomates verdes fritos* (película), 294  
 Trabajo, 278-291  
 definición, 279  
 y crecimiento intelectual, 291-292  
 y desempleo, 290-291  
 y estereotipos, 23  
 y estrés, 288-291  
 y género, 23-24  
 y selección de carrera, 279-282  
 y servicios de cuidado, 387  
**Trabajo de pena, 492**  
 Transbordador espacial *Discovery*, 71,  
 72  
**Transferencia de blastocitos, 345**  
**Transferencia de óvulos, 345**

- American Medical Association (AMA), 100, 101, 118, 120, 512
- American Psychiatric Association (APA), 67, 100, 131, 319, 450, 465, 470, 471, 512, 513, 514
- American Psychological Association, 319, 458, 459
- American Sleep Apnea Association, 126
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), 89
- Americans with Disabilities Act (ADA), 115
- Amistad, 315-316
- Amor, 316-318  
patrones de, 317t
- Amor en los tiempos del cólera* (García Márquez), 392
- Analfabetismo, 278
- Análisis factorial**, 202
- Anastasia* (película), 311
- Ancianos jóvenes, 10
- Andrógino**, 418
- Anorexia, 84
- Antidepresivos**, 467
- Año internacional de las personas adultas mayores (ONU), 30
- Apariencia física, 84-85
- Apnea del sueño**, 125-126
- Apoyo familiar, por país, 28
- Aprendizaje**, 4
- Aprendizaje a distancia, 273
- Aprendizaje durante toda la vida**, 274-278  
alfabetización, 278  
capacitación en computadoras, 276, 277  
en países asiáticos, 275  
metas de, 275
- Argentina, tasas de suicidio, 508t
- Aricept, 134
- Arquetipos**, 248
- Arreglos de alojamiento, para ancianos, 23, 374-382  
elección, 378, 379  
en Asia, 28  
envejecimiento en lugar, 375  
independiente, 376, 377  
institucional, 380-382  
los más viejos, 26  
no institucionalizado, por edad, 375f  
opciones para, 377t  
semiindependiente, 378
- Arteriosclerosis**, 123
- Arthritis Foundation, 121, 122
- Artritis, 121-122
- Artritis reumatoide, 122
- Asamblea General de las Naciones Unidas, Año Internacional de las Personas Adultas Mayores, 30
- Aseguramiento social, 297. *Véase también* Seguridad social
- Asesinato en el Orient Express** (película), 311
- Asesinato, infantil, 458
- Asiático-americanos  
como porcentaje de ancianos, 22  
tasas de suicidio, 506  
y aprendizaje durante toda la vida, 275  
y educación, 24-25, 25, 274  
y estatus de salud, 141  
y violencia doméstica, 455
- Asignación aleatoria**, 56-57
- Asilos, 380-382
- Asimilación de identidad**, 406
- Asociación ALS, 111
- Asociación Geneva, 298, 299
- Ataque cardiaco, 123-124
- Ataques al World Trade Center, 44-45, 147, 494
- Aterosclerosis**, 123
- Audición, cambios en, 89, 92, 93-95  
causas de, 93-94  
corrección, 89  
enfrentar, 94-95
- Australia  
cuidado de ancianos, 388  
eutanasia, 513  
expectativa de vida, 77f  
tasas de suicidio, 508t
- Austria, tasas de suicidio, 508t
- Autoconcepto**, 398, 400  
en jubilación, 306
- Autoinmunidad**, 126
- Autonomía frente a vergüenza y duda, 39t
- Autorreportes, 45
- AZT (Zidovudine), 128
- B**
- Baby boomers, 18
- Barba roja* (película), 192
- Base de conocimiento**, 163
- Bélgica, decisiones al final de la vida en, 514, 515
- Beloved* (Morrison), 218
- Biblia, La, 248, 503
- Biomarcadores**, 83-84
- Bisabuelos, 371-372
- Bisexual**, 318
- Bogotá, Colombia, 30
- Boston Normative Aging Study, 305
- Botswana, envejecer en, 12-13
- Breve historia del tiempo* (Hawking), 111
- Bucle articulario**, 159
- Bucle fonológico, 159
- Budismo, 505
- Bulimia, 84
- Bureau of Labor Statistics (BLS), 283, 284, 285, 290, 330
- Bureau of the Census, 24, 272, 274, 282, 296, 297, 323, 328, 332, 337, 367, 376
- Búsqueda de problemas, y creatividad, 226
- C**
- Caída terminal, en intelecto, 485, 486f
- Caídas, prevención de, 92, 93t, 119
- Calificaciones CI, y envejecimiento, 207-208
- Cambio**, 4
- Cambio de personalidad normativo, 407
- Cambio de vida, 100-102
- Cambios de visión, 86-88, 89-92  
adaptación a, 92  
corrección, 88  
y estructura ocular, 86-87
- Cambridge University, 111
- Camerún, jubilación en, 302
- Canadá  
apoyo familiar en, 28  
padres solos, 341  
satisfacción de vida, 29  
tasas de divorcio, 333f  
tasas de suicidio, 508t
- Canallas duermen en paz, Los* (película), 192
- Cáncer**, 134, 134-137  
causas de, 135, 136, 137, 144  
de mama, 135-136  
de próstata, 136-137  
incidencia, 134-135, 135, 136  
muertes por, 134-135, 135, 136  
tratamiento contra, 136, 137
- Cáncer de mama, 135-136
- Cáncer de próstata, 136-137
- Capacidad de reserva**, 117
- Capacidad vital, de pulmones, 125
- Capacitación en computadoras, 276, 277
- Cápsula espacial *Friendship 7*, 72
- Carcinógenos**, 135

- Cardiopatías, 115, 116, 123-125  
y personalidad, 124-125  
y raza, 140-141
- Carousel* (musical de Broadway), 218
- Casablanca* (película), 311
- Caso Baby M, 346
- Cataratas**, 90
- Ceguera, 91
- Centenarios, población de, 19-20
- Center for Applied Behavioral Sciences, 288
- Center for Elderly People Living Alone, 380
- Center of Addiction and Substance Abuse (CASA), 139
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 118, 127, 129, 130, 135, 136, 137, 147, 149, 322, 344, 416, 452, 454, 504, 506
- Centers for Medicare and Medicaid Services, 115
- Centro Carter, 270
- Centro de trabajo, 283-290  
desempeño, y edad, 286, 287-288  
discriminación, 286, 287, 288, 289-290  
y género, 283-284, 289-290  
y raza, 284-285  
violencia, 290
- Centro Espacial Kennedy, 71
- Cerebro, estructura, 169, 170, 171-174, 172f
- Chad, 77f
- Chile, jubilación en, 297
- Chino-americanos, 118, 119
- Christmas Carol* (Dickens), 517
- Chronicle of Higher Education*, 273
- Cibercafés, 59
- Ciclo de vida, extensión, 75-79
- Ciclo menstrual, 99  
y menopausia, 100-102  
y síndrome premenstrual (SPM), 100
- Cirugía auditiva, 89
- Cirugía bariátrica (engrapado estomacal), 148
- Cirugía cosmética, 18
- Cirugía de bypass gástrico, 148
- Cirugía ocular, 88, 91, 92
- Cirugía ocular láser, 88
- Cirugía plástica, 18
- Ciudad abierta* (película), 312
- Climaterio**, 100
- Cociente de inteligencia (CI), 196
- Codificación**, 156-158
- Cognex, 134
- Cohabitación**, 326-327
- Cohorte**, 11, 59
- Colesterol, 148
- Colocación en asilo, 23, 26  
en Asia, 28-29, 388-389
- Colombia, 358  
programas sociales, 30  
tasas de suicidio, 508t
- Comisión presidencial para el estudio de los problemas éticos en medicina e investigación biomédica y comportamental, 510
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 326, 342, 342-343
- Commonwealth Fund Commission on Elderly People Living Alone, 28
- Compañeros del mismo sexo. *Véase* Homosexualidad
- Complejidad sustantiva del trabamo**, 291
- Comportamiento inteligente**, 193
- Comportamiento sexual, 320, 321f  
matrimonial, 329  
y SIDA, 321-322
- Comportamiento sexual en el macho humano* (Kinsey), 46
- Comportamiento sexual en la hembra humana* (Kinsey), 46
- Comportamiento Tipo A**, 124
- Comportamiento Tipo B**, 124
- Compromiso dentro del relativismo**, 239-240
- Comunidades de atención continua, 379
- Comunidades de retiro, 378
- Condicionamiento clásico**, 166, 186
- Conducción, 98, 98-99
- Confiable**, 43
- Confianza frente a desconfianza, 39t
- Confusión, de variables, 59
- Congreso Nacional Africano (CNA), 231
- Conmemorativos centenarios, 18
- Conocimiento tácito**, 206
- Consentimiento informado, 68
- Consumer Reports Books, 106, 498
- Control de grupo**, 56
- Control poblacional, países asiáticos, 28
- Coordinación, y envejecimiento, 98-99
- Corán, 180
- Corea  
arreglos de alojamiento, para ancianos, 28
- Corea del Sur, jubilación en, 297
- Corte suprema, Estados Unidos, 513
- Cosméticos, 18
- Costa Rica, 358
- Creatividad**, 193, 218-219, 218-227  
aspectos de, 247t  
e inteligencia, 219-220  
estudio, 220-227  
medición, 220-222  
y búsqueda de problemas, 226  
y edad, 226-227  
y trabajo duro, 224
- Crianza de hijos, y personalidad, 399
- Crisis de identidad, 34
- Cronosistema, en enfoque bioecológico, 14, 15
- Cuasixperimento**, 58
- Cuestionario de Metamemoria in Adulthood (MIA), 181-182
- Cuidado de hospicio**, 481
- Cuidado de la salud, 113  
a largo plazo, 304  
costo de, 26  
Cuidado de la salud a largo plazo, 304  
Cuidado dental, y estatus de salud, 148-149
- Cuidado médico  
costo de, 29  
raza y etnicidad, 22
- Cuidado paliativo**, 482
- Cuidadores  
ancianos como, 363  
para ancianos, 362, 363-364, 365, 382-390
- Cultura  
e inteligencia, 194, 195, 198-199, 215-216  
papel de, 15  
y abuso infantil, 458  
y desarrollo moral, 258-259  
y memoria, 180, 181  
y muerte, 482-483  
y violencia doméstica, 455-456
- Cultura china  
abuso infantil en, 458  
actitudes sexuales, 320  
ancianos, como porcentaje de la población, 28  
aprendizaje durante toda la vida, 274  
colocación en asilos, 28  
control poblacional, 28  
cuidado de ancianos, 389, 390  
tasas de suicidio, 508t  
y duelo, 490
- Cultura Hopi, 491
- Cultura Inuit, 509
- Cultura judía  
y luto, 490

- creencias acerca de la muerte, 480, 480-481
- Cultura maya, 105
- Cultura musulmana, 491
- Cultura Navajo, 105
- Culturalmente justos**, tests, 199
- Culturas asiáticas, 27-29
- abuso infantil en, 458
  - arreglos de alojamiento, para ancianos, 28-29, 380
  - control de población en, 28
  - cuidado de ancianos, 388-390
  - desarrollo moral en, 259
  - familias en, 340, 368
  - mujeres en, 102
  - satisfacción de vida, 29
- Culturas hispanas
- como porcentaje de ancianos, 22
  - conflictos de salud, 25, 91
  - cuidado de ancianos, 388
  - desempleo, 284
  - en jubilación, 303, 304
  - familias extensas, 358-359, 368
  - redes de parentesco, 23
  - tasas de suicidio, 506
  - y educación, 22, 24-25, 273
  - y enfermedad de Alzheimer, 134
  - y estatus de salud, 140
  - y violencia doméstica, 455, 456
- Culturas latinoamericanas. *Véase* Culturas hispanas
- Current Directions in Psychological Science*, 204
- Curvas de supervivencia**, 77
- D**
- Datos**, 35
- Death* (Kübler-Ross), 476
- Decisiones al final de la vida. *Véase* Eutanasia
- en países europeos, 515
  - para recién nacidos, 515
  - y diversidad, 516
- Defectos del nacimiento, 515
- Deficiencia de producción, en memorización, 178-179
- Degeneración macular, 90-91
- Degeneración macular relacionada con la edad (AMD)**, 90-91
- Demencia**, 131, 468, 468-469. *Véase también* Enfermedad de Alzheimer intervenciones de memoria para, 187
- Demografía, de envejecimiento, 18-25
- a nivel mundial, 26, 27-28
  - países en desarrollo frente a industrializados, 27
- Departamento de Educación, 275
- Departamento de Energía, 114
- Departamento de Justicia, 454, 458
- Departamento de Salud y Servicios Humanos, 90, 138, 457, 459, 504, 507
- Departamento del Trabajo, 276, 287, 301
- Departamentos accesorios, 378
- Dependencia de sustancias**, 450
- Depresión**, 465-468
- causas de, 467
  - diagnóstico, 466-467, 470, 470t
  - diferenciación de la demencia de Alzheimer, 470, 470t
  - tratamiento de, 467-468
  - y género, 467
  - y suicidio, 466-467
- Derecho de paso* (Golding), 224
- Desamparo aprendido**, 437
- Desarrollo**, 4
- aspectos de, 7-8
  - cualitativo, 36
  - cuantitativo, 35-36
  - influencias sobre, 11, 13-15
- Desarrollo cognitivo**, 7
- modelo de ciclo de vida de, 244-245
- Desarrollo cualitativo, 36
- Desarrollo cuantitativo, 35-36, 37-38
- Desarrollo de personalidad, 7, 399-428
- influencias sobre, 398-399
  - modelo de temporización de eventos, 400
  - modelos de autoconcepto, 405-407
  - modelos de etapas, 400, 407-415
  - modelos de síntesis, 427-428
  - modelos de rasgos, 399-400, 400-404
  - y género, 414, 415, 417-428
- Desarrollo del lapso (ciclo) de vida**, 5
- Desarrollo económico, países en desarrollo, 30
- Desarrollo físico, 7
- Desarrollo moral, 254-266
- teoría de desarrollo de lapso (ciclo) de vida, 260-262, 263
  - teoría de Kohlberg de, 254-259, 260-262, 263
  - y cultura, 258-259
  - y género, 264-265
- Desarrollo social, 7
- Desempeño laboral e inteligencia, 204, 205
- y edad, 285, 286, 287-288
- Desempleo, 290-291
- Desesperación, 517
- Desierto de Kalahari, envejecer en, 12-13
- Desinhibidos ochenta, 18
- Desviación CI**, 196
- DHEA (deshidroepiandrosterona), 84
- Día de Respeto para los ancianos, Japón, 28
- Día Nacional de la Vejez, 28
- Diabetes, 127
- Diabetes Tipo I**, 127
- Diabetes Tipo II**, 127
- Diener y asociados, 28
- Dieta
- y cáncer, 137
  - y estatus de salud, 143t, 147-148
  - y memoria, 171
  - y menopausia, 105
- Dieta Atkins, 148
- Dieta South Beach, 147-148
- Diferenciación de rol, por edad, 271-272
- Dilema de Heinz, 254-255, 259, 262
- Dimensiones de personalidad**, 401
- Dinamarca
- cohabitación, 326
  - decisiones al final de la vida, 515
  - tasas de suicidio, 508t
- Directivas anticipadas**, 510-511
- Discapacidad
- de los más viejos, 26
  - por raza, 25
- Discriminación
- etaria, 286, 287, 288, 293, 299
  - racial, 355-357, 432
  - sexual, 284, 289-290
- Diseño secuencial, 64, 65f
- Diseño secuencial en el tiempo, 64, 65f
- Diseño secuencial transversal**, 64, 65f
- Diseños cuasiexperimentales, 58-66
- diseños secuenciales, 63, 64-65
  - estudios de desplazamiento cronológico, 61, 61f, 62, 63, 64t
  - estudios longitudinales, 60-61, 61f, 62, 63, 64t
  - estudios transversales, 59-60, 64t
- Diseños de investigación secuencial, 63, 64-65
- Diseños de investigación, 51-66
- estudios de caso, 51-52
- Diseños de investigación, básico, 52t

- Diseños experimentales, 51-66  
 básico, 51-58  
 cuasixperimentos, 58-66  
 Disfunción eréctil, 103, 106  
 Disfunción sexual, 103  
**Dispositivo espacial**, 159  
**Dispositivo visual**, 159  
 Divorcio, 332-339  
 ajuste emocional, 336-337  
 consecuencias económicas, 335-336  
 factores asociados con, 334t  
 tasas, por país, 333f  
 y segundas nupcias, 337-338  
 Dolor  
 sensibilidad al, 96  
 y morir, 510, 516  
*Driving Miss Daisy* (película), 294  
**Duelo**, 487, 490, 491-505  
 Duke University, 134
- E**
- ECHO (alojamiento en casa de campo para ancianos), 378  
*Economist, The*, 298, 299  
**Edad biológica**, 10  
**Edad cronológica**, 10  
**Edad funcional**, 10  
**Edad psicológica**, 10-11  
 Edad, significados de, 8, 10-11  
**Edad social**, 11  
 Educación, 24-25, 272-278  
 alfabetización, 278  
 aprendizaje a distancia, 273  
 aprendizaje durante toda la vida, 274-278  
 bachillerato y universidad, 272-274  
 capacitación en computadoras, 276, 277  
 e ingreso, 273-274  
 y estatus de salud, 139  
 y género, 272-273, 273, 274  
 y longevidad, 22  
 y pruebas de inteligencia, 200  
 y raza, 24-25, 284  
 Educación para adultos. *Véase* Aprendizaje durante toda la vida  
**Educación para la muerte**, 481  
 Educación universitaria, 272-274  
 Efecto cosecha de la Luna, 490, 491  
 Efecto pascua, 490, 491  
 Ejercicio, 97-98  
 falta de, 143t  
 y estatus de salud, 149-150  
 Elaboración, memoria, 160  
 Elderhostel, 274
- Elección vocacional, 279-282  
 guía vocacional, 279, 280  
 y personalidad, 280-281  
**Elemento componencial** de la inteligencia, 204  
**Elemento contextual** de la inteligencia, 205  
**Elemento experiencial** de la inteligencia, 204  
 Emory University, 270  
**Emparejamiento selectivo**, 318  
 Empleo. *Véase* Elección de carrera; Centro de trabajo  
 Empleo, definición, 279  
**Encapsulamiento**, 233  
 Enciclopedia Médica MedlinePlus, 2002, 126  
 Encuestas Gallup, 281, 514  
 Encuestas Harris, 510, 511  
 Endurecimiento de las arterias, 123  
 Enfermedad. *Véase* Estatus de salud crónica, 25  
**Enfermedad corneal**, 92  
**Enfermedad de Alzheimer (EA)**, 112, 131, 131-134, 469  
 avance de la enfermedad, 132, 133  
 causas de, 133-134  
 diferenciación con la depresión, 470, 470t  
 enfermedad de Alzheimer esporádica (EAE), 132, 134  
 enfermedad de Alzheimer familiar (EAF), 132, 134  
 memoria en, 187  
 prevalencia, Estados Unidos, 132  
 signos de advertencia, 133t  
 tratamiento para, 134  
 Enfermedad de Alzheimer esporádica (EAE), 132, 134  
 Enfermedad de Alzheimer familiar (EAF), 132, 134  
 Enfermedad de Lou Gehrig (ELA), 79, 110-111, 112  
**Enfermedad de Parkinson**, 469-470  
 Enfermedad de Pick, 171  
 Enfermedad mental, 462, 464-471  
 demencia, 468-469  
 depresión, 465-468  
 hipochondriasis, 471  
 y enfermedad de Parkinson, 469-470  
**Enfisema**, 126  
 Enfoque bioecológico, del desarrollo, 14  
 Enfoque biográfico, para estudio de la creatividad, 222-223, 224-225  
 Enfoque biológico, para la memoria, 169, 170, 171-174
- Enfoque de desarrollo de lapso (ciclo) de vida, 5-7, 42  
 a variabilidad en proceso de envejecimiento, 115, 116  
 al desarrollo cognitivo, 244-245  
 características clave de, 6t  
 y desarrollo moral, 260-262, 263  
 y memoria, 175  
 y salud mental, 461-473  
**Enfoque psicométrico**, 194  
**Enfrentamiento**, 435  
**Enfrentamiento enfocado a problemas**, 439, 441  
**Enfrentamiento enfocado en emoción**, 439  
 estrategias, 441t  
 Enfrentamiento, modelos de, 435-444  
 conductual, 437  
 estilo de enfrentamiento, 437-438  
 normativo, 445-447  
 prensa ambiental, 437  
 valoración cognitiva, 438-439, 441  
 Engrapado estomacal, 148  
 Entrevista abierta, 45  
 Entrevista estructurada, 45  
 Entrevistas, 46, 47  
 Envejecimiento biológico, teorías de, 80-83  
 Envejecimiento de Estados Unidos, 18-20  
 Envejecimiento de la población, a nivel mundial, 25, 27  
**Envejecimiento en el lugar**, 375  
 Envejecimiento, exitoso, 450  
**Envejecimiento primario**, 83  
 Envejecimiento productivo, 30-31  
**Envejecimiento secundario**, 83  
**Envergadura del dígito**, 160  
**Episodio depresivo mayor**, 465  
 Equal Employment Opportunity Commission (EEOC, Comisión para iguales oportunidades en el empleo), 115, 288, 290  
**Errores de intrusión, de memoria**, 176  
 Escala de inteligencia Wechsler-Bellevue, 196  
 Escala de Responsabilidad Filial Hamon, 364t  
**Escala Wechsler de inteligencia adulta (WAIS)**, 197-198, 486f  
 calificaciones, de ancianos, 208, 215-216  
 Escandinavia  
 cuidado, de ancianos, 382  
 matrimonio en, 328

- Escaneos cerebrales, 169
- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA), 79, 110-111, 112
- España, tasas de suicidio, 508t
- Espiritualidad, y muerte, 480
- Esquemas, 405**
- Esquizofrenia, 464-465**
- Estado vegetativo persistente, 510**
- Estados Unidos
- apoyo familiar en, 28
  - expectativa de vida, 27, 74-75, 77f
  - movimiento feminil, 1
  - satisfacción de vida, 29
  - SIDA en, 129-130
  - tasas de mortalidad, 74
  - tasas de suicidio, 508t
- Estatus de retiro, de población anciana, 295f
- Estatus de salud, 25
- de los más viejos, 26
  - declive, 113, 114
  - en jubilación, 304-305
  - salud mental, 304-305
  - y actividades de la vida cotidiana, 113t
  - y alcohol, 145
  - y edad, 138-139
  - y calificaciones CI, 200
  - y cuidado dental, 148-149
  - y dieta, 147-148
  - y ejercicio, 149-150
  - y estatus socioeconómico, 139-140
  - y estrés, 145-147, 289, 291
  - y factores de estilo de vida, 142-150
  - y género, 138-139
  - y matrimonio, 141-142
  - y personalidad, 396, 397
  - y raza, 25, 139-141
  - y relaciones, 141-142
- Estatus socioeconómico, 23-24
- y estatus de salud, 139-140
- Estereotipos, 16-17
- combate de, 18
  - género, 17-18, 18, 417, 418
  - y trabajo, 23, 287-288
- Estereotipos de género, 17-18, 18, 417**
- Estilo de vida enfocado en la familia, 303**
- Estilo de vida soltero, 322-324
- Estilo de vida, y estatus de salud, 142-150
- y memoria, 170, 171
- Estilos de identidad, 406**
- Estrés, 145-147**
- Estrés, cuidador, 383-387
- estresores, 383t
  - reducción, 386, 387
- Estrés, ocupacional, 288-291
- Estructura de vida, 413**
- diferenciada por edades, 271
- Estructura etaria, 406**
- Estructuras de vida diferencias por edades, 271**
- Estudiantes, tradicional frente a no tradicional, 273
- Estudio acerca de las Vidas Cambiantes de las Parejas Ancianas (CLOC), 494, 495, 497, 498
- Estudio cardiaco Framingham, 125
- Estudio de crecimiento Berkeley, 5
- Estudio de crecimiento Oakland, 5, 62, 63
- Estudio de envejecimiento masculino Massachusetts, 103
- Estudio de sífilis, 66-68
- Estudio de sífilis Alabama, 66-68
- Estudio del Fels Research Institute, 5
- Estudio Grant de desarrollo adulto, 5, 437
- Estudio longitudinal de envejecimiento Baltimore, 113, 114, 116, 402
- Estudio longitudinal de la Duke University, 106, 485
- Estudio longitudinal Seattle, 5, 199-200, 211-214, 244
- tests aplicados en, 213t
- Estudio Mills College, 398, 423, 423-425, 427
- Estudios de caso, 51-52, 52-53, 52t
- Estudios de correlación, 52t, 54-55**
- Estudios de desplazamiento cronológico, 61, 61f, 62, 63, 64t
- Estudios etnográficos, 52t
- Estudios longitudinales, 60-61, 61f, 62, 63, 64t
- Estudios longitudinales Berkeley, 62, 63
- Estudios Stanford de niños dotados, 5
- Estudios transversales, 59, 59-60, 61f, 64t**
- Etapas de desarrollo**
- Etapas cognitivas, 244**
  - Etapas de desarrollo**
    - anal, 39t
    - de aceptación, de morir, 489t
    - Etapas de consolidación, de desarrollo de carrera, 282**
    - Etapas de creación de legado, de desarrollo cognitivo, 245**
    - Etapas de cristalización, de planeación de carrera, 281**
    - Etapas de depresión, de morir, 489t**
    - Etapas de desaceleración, de desarrollo de carrera, 282**
    - Etapas de especificación, de planeación de carrera, 281**
    - Etapas de establecimiento, de desarrollo de carrera, 282**
    - Etapas de implementación, de planeación de carrera, 281**
    - Etapas de ira, de morir, 488t**
    - Etapas de latencia, 39t**
    - Etapas de logro, de desarrollo cognitivo, 244**
    - Etapas de mantenimiento, de desarrollo de carrera, 282**
    - Etapas de negociación, de morir, 488t**
    - Etapas de retiro, de desarrollo de carrera, 282**
    - Etapas ejecutivas, de desarrollo cognitivo, 244**
    - Etapas fálicas, 39t**
    - Etapas genitales, 40t**
    - Etapas reintegrativas, de desarrollo cognitivo, 244-245**
    - Etapas reorganizativas, de desarrollo cognitivo, 244**
    - Etapas responsables, de desarrollo cognitivo, 244**
    - Etapas, de desarrollo, 38-39**
    - Etapas cognitivas, de la teoría de Piaget, 39t, 40t**
    - Etapas psicosexuales, de teoría de Freud, 39**
    - Etapas psicosociales, de teoría de Erikson, 40t**
      - y personalidad adulta, 407, 408t, 409
    - Ética de investigación, 66-69**
    - Ética, investigación, 66-69**
    - Eutanasia, 505, 509-516**
      - activa, 509, 511, 514
      - asistida por médico, 512, 513-514
      - aspectos éticos y legales, 513
      - legalización, 513-514
      - pasiva, 509
      - y actitudes culturales, 514-516
    - Eutanasia activa, 509**
    - Eutanasia pasiva, 509**
    - Eventos de vida no normativos, 11, 13**
    - Eventos, vida, y valores de estrés, 146t
    - Evista, 121
    - Evita* (musical), 392
    - Exelon, 134



- Exosistema, en enfoque bioecológico, 14, 15
- Expectativa de vida  
 a nivel mundial, 73  
 afroamericanos, 75  
 de la antigüedad a los tiempos modernos, 74f  
 Estados Unidos, 27, 74-75, 77f  
 Japón, 27, 77f  
 Nepal, 28  
 por género, 140f  
 por país, 77f  
 por raza, 140f  
 Reino Unido, 77f  
 Rusia (antigua URSS), 77f  
 Singapur, 27  
 Somalia, 77f  
 Suecia, 77f  
 tendencias en, 73-75  
 y género, 75, 77f
- Expectativa de vida, 73**
- Experiencia, 232-237  
 y aplicación de experiencia, 233-235
- Experimento, 55**
- Experimento de campo, 57
- Experimento de laboratorio, 57
- Experimento natural, 57
- Experimentos de choque eléctrico, de Milgram, 68
- Experimentos, diseño de, 55-56
- Exposición al Sol, 143t
- F**
- Factores de estilo de vida en enfermedades seleccionadas, 143t
- Familia extensa, 357, 358-359**
- Familia nuclear, 357**
- Familias, 359-374  
 abuelos, 367-373  
 adultas. *Véase* Familias adultas  
 cambios en, 340-341  
 en otras culturas. *Véase* Culturas hispanas; bajo culturas asiáticas  
 extensas, 357, 358-359  
 familias compuestas, 341-342  
 monoparentales, 341  
 nuclear, 357  
 relaciones de hermanos, 364-367  
 sin hijos, 352-353
- Familias adultas, 359-367  
 establecimiento de relaciones, 360, 361  
 hijos adultos jóvenes, 359  
 hijos en adultez media, 360, 361-363  
 multigeneracional en vida tardía, 366-367
- síndrome de las puertas giratorias, 373-374  
 relaciones de hermanos, 364-367
- Familias reconstituidas, 341-342**  
 relaciones de hermanos, 364-365
- Family and Medical Leave Act, 387
- FDA (Food and Drug Administration), 68, 88, 102
- Fe, 258, 480
- Federal Glass Ceiling Commission (Comisión federal contra el techo de vidrio), 289
- Fenilcetonuria (PKU), 171
- Fertilización *in vitro*, 345**
- Filarmónica de Nueva York, 355
- Filosofía, sabiduría en, 247-249
- Finlandia  
 cuidado de ancianos, 388  
 tasas de suicidio, 508t
- Florecentes cuarenta, 18
- Folklore, sabiduría en, 247-249
- Food and Drug Administration (FDA), 68, 88, 102
- Fortaleza, y envejecimiento, 97-98
- Fosamax, 121
- Fountain of Age, The* (Friedan), 1, 2, 3
- Francia  
 decisiones al final de la vida, 515  
 matrimonio en, 328  
 tasas de suicidio, 508t
- Fresas salvajes* (película), 516-517
- Fuerza de trabajo acerca de cuidado de calidad al final de la vida, 511
- Función pulmonar, 125
- Función sexual, 99-107
- Funcionamiento sensorimotor, 85-99
- Fundación Menninger, 367
- G**
- Gaslight* (película), 311
- Gays. *Véase* Homosexualidad
- Generación sándwich, 385**
- Generación Y, 18
- Generatividad, 412**
- Generatividad frente a estancamiento, 40t, 407, 408t, 409
- Género  
 e ingreso, 24, 274, 284  
 e inteligencia, 215  
 en el centro de trabajo, 283-284, 289-290  
 y amistad, 315  
 y aprendizaje durante toda la vida, 275, 276  
 y colocación en asilos, 23  
 y depresión, 467  
 y desarrollo de la personalidad, 414, 415, 417-428  
 y desarrollo moral, 264-265  
 y educación, 272-273, 273, 274  
 y envejecimiento, 17-18, 18  
 y estatus de salud, 138-139  
 y expectativa de vida, 75, 77f, 140f  
 y jubilación, 300  
 y longevidad, 20, 22t, 26  
 y osteoporosis, 120  
 y pobreza, 303-304, 337  
 y ser abuelo, 370-371  
 y servicios de cuidado, 363, 382  
 y suicidio, 28  
 y trabajo, 23-24
- Genes, genética  
 y cáncer, 135, 136  
 y ciclo de vida, 75  
 y enfermedad de Alzheimer, 134  
 y personalidad, 398-399
- Gerontological Society of America, 78
- Gerontólogos, 10**
- GIFT (transferencia intratubaria de gametos), 346**
- Glaucoma, 91**
- Gonzales v. Oregon*, 514
- Gran Bretaña  
 actitudes sexuales, 320  
 ancianos, cuidado, 382  
 cohabitación, 327  
 cuidado de ancianos, 388  
 expectativa de vida, 77f  
 tasas de divorcio, 333f  
 tasas de suicidio, 508t
- Grecia, tasas de suicidio, 508t
- Grupo experimental, 56**
- Grupos de enfoque, 47
- Guía vocacional, 279, 280
- Gusto, sentido de, 95
- H**
- Hábitat para la humanidad, 270
- Harvard Medical School, 506, 507, 508
- Harvard University, 203, 239, 437
- Health Care Finance Administration, 376
- Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), 115
- Herencia, 11**
- Heterosexual, 318**
- Hinduismo, 414-415
- Hipertensión, 123
- Hipocampo, 169, 170

- Hipocondriasis**, 471
- Hipótesis de compensación**, 292
- Hipótesis de desbordamiento**, 292
- Hipótesis de provisión-agotamiento de recursos**, 292
- Hipótesis de segmentación**, 292
- Holanda
- actitudes sexuales, 320
  - colocación en asilos, 380
  - cuidado de ancianos, 388
  - decisiones al final de la vida, 514, 515
  - tasas de suicidio, 508t
- Holocausto, 48, 66
- Hombres Druze, 422, 423
- Hombres que caminan sobre la cola del tigre*, *Los* (película), 192
- Hombres, sistema reproductivo de, 103, 106
- Hombres, y cáncer de próstata, 136-137
- Homeostasis, definición, 117
- Homosexual**, 318
- Homosexualidad, 318-320, 324-326
- y paternidad, 326
- Hong Kong, ancianos, como porcentaje de la población, 28
- Hospital Groningen, Amsterdam, 515
- Hoteles de retiro, 378
- Hungría, tasas de suicidio, 508t
- J**
- Identidad de género**, 417
- Identidad de género indiferenciada**, 417
- Identidad frente a confusión de identidad, 39t
- Identidad vocacional**, 281
- Ikiru* (película), 192, 517
- Implantes cocleares**, 89
- Impotencia, 103, 106
- Imprimación, memoria**, 167
- India
- creencias acerca de la muerte, 480
  - jubilación en, 302
  - mujeres en, 102
- Índice de masa corporal (IMC), 147
- Industria frente a inferioridad, 39t
- Infarto al miocardio (ataque cardiaco)**, 123-124
- Infertilidad**, 344-346
- Influencias normativas etarias**, 11
- Influencias normativas históricas**, 11
- Ingeniería genética, 114, 115
- Inglés como segunda lengua (ESL), 275
- Ingresos
- en jubilación, 296-297, 298-300
  - y educación, 273-274
  - y género, 24, 274, 284
  - y raza, 284-285
  - y raza y etnicidad, 24
- Iniciativa frente a culpa, 39t
- Inmigración, efecto sobre demografía, 20, 22
- Inseminación artificial**, 345
- Instalaciones de alojamiento asistido, 379
- Insuficiencia cardiaca congestiva, 124
- Insuficiencia sexual humana* (Masters y Johnson), 47
- Integridad, 412
- Integridad frente a desesperanza, 40t, 484, 517
- Inteligencia
- aspectos de, 247t
  - caída terminal, 485, 486f
  - como multidimensional, 202-203, 203-207
  - fluida frente a cristalizada, 209-211, 233
  - investigación secuencial acerca de, 211-214
  - medición, 193-201
  - modelo de proceso dual, 211
  - plasticidad de, 216-217
  - y creatividad, 193, 219-220
  - y cultura, 194, 195
  - y envejecimiento, 207-208
- Inteligencia cristalizada**, 209-211, 233
- Inteligencia fluida**, 209-211, 233
- Intermezzo* (película), 312
- Internet, y relaciones, 313
- Intimidación, 313-314
- Intimidación frente a aislamiento, 40t, 407
- Invarianza factorial**, 57-58, 58
- Inventario de intereses Strong, 279
- Inventario de personalidad**, 397
- Inventario de roles sexuales de Bem, 419, 421
- Inventario Psicológico California (CPI), 424
- Inversión balanceada**, 303
- Investigación cualitativa**, 43, 43-44
- Investigación cuantitativa**, 43, 44
- Investigación para evitar ceguera, 90
- Irlanda
- actitudes sexuales, 320
  - mujeres en, 102
- IRM (visualización por resonancia magnética), 169
- Islam, 422, 423
- Islas del Pacífico
- como porcentaje de ancianos, 22
  - y educación, 24-25, 25, 275
- Israel, 105
- tasas de suicidio, 508t
  - vida en kibbutz, 420
- Italia
- decisiones al final de la vida, 515
  - tasa de divorcio, 333f
  - tasas de suicidio, 508t
- J**
- Jainismo, 249
- Japón
- abuso de ancianos, 459
  - abuso infantil en, 458
  - ancianos, como porcentaje de la población, 28
  - apoyo familiar en, 28
  - aprendizaje durante toda la vida, 274
  - creencias acerca de la muerte, 480, 505
  - cuidado de ancianos, 389, 389f
  - día de Respeto para los Ancianos, 28
  - envejecimiento en, 16, 28, 105, 299.
  - Véase también* Asia,
  - envejecimiento en
  - expectativa de vida, 27, 77f
  - jubilación en, 298, 299
  - matrimonio en, 328
  - menopausia en, 104-105
  - suicidio, de ancianos, 28
  - tasas de suicidio, 508t
- Japoneses-americanos, 482
- Jitterbug Perfume* (Robbins), 78
- John Glenn: A Memoir* (Glenn), 71
- Journal of Educational Psychology*, 193
- Jubilación, 269-272, 292-308
- a nivel mundial, 297, 302
  - apoyo social en, 305-306
  - autoconcepto en, 306
  - conflictos de salud, 304-305
  - decisiones acerca de, 294-296
  - en Japón, 298, 299
  - financiamiento, 296-297, 298-300
  - fuentes de ingresos en, 300f
  - historia de, 292-294
  - ocio durante, 302-303
  - preparación para, 300-301
  - razones dadas para, 296f
  - trabajo asalariado después de, 301
  - voluntariado, 301-302
  - y aislamiento social, 314

y estructuras de vida, diferencias por edad, 271-272  
y género, 300  
y pobreza, 303-304  
y raza, 300, 301, 303  
y sociedad, 306-308  
Justice Statistics Bureau, 454

## K

Kaiser Permanente, 140  
Kenya, 415  
*Kibbutzim*, 420  
*Könnenki*, 104, 105

## L

*Lacon* (Colton), 431  
*Late Night with Conan O'Brien* (programa de TV), 111  
Legal Defense and Education Fund, 455, 457  
Lesbianas, 324-326  
Ley de aprendizaje durante toda la vida, 274  
Ley de derechos civiles, 290  
Ley de discriminación en el empleo, 286, 288, 292, 293  
Ley de muerte con dignidad, 513  
Liberia  
  envejecer en, 15  
  inteligencia en, 194, 195  
*Libro de los muertos*, 480  
*Libro egipcio de los muertos*, 480  
Liderazgo moral, 262, 263  
*Life So Far, A* (Friedan), 1, 2  
**Límite de Hayflick**, 75  
Lipid Research Clinics Program, 148  
Lista de comprobación de seguridad, 93t  
Llameantes cincuenta, 18  
Lóbulos frontales, cerebro, 172, 173  
*London Times*, 266  
**Longevidad**, 73  
  predicción individual, 83-84  
  y educación, 22  
  y género, 20, 22t, 26  
  y personalidad, 396, 397  
  y raza, 20  
Louis Harris & Associates, 330  
**Luto**, 487

## M

MacArthur Foundation Research Network on Successful Midlife Development, 5, 444  
*Macbeth*, 506

Macrosistema, en enfoque bioecológico, 14, 15  
**Maduración**, 4  
**Maduración *in vitro* (MIV)**, 345  
Malasia, trabajadores fabriles, 439, 440  
Malta, jubilación en, 302  
**Mamografía**, 135-136  
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), 450, 465  
Marañas neurofibrilares, 132  
*Más hermosa, La* (película), 192  
Más viejos de los viejos, 10, 19-20, 26  
**Mastectomía**, 136  
**Maternidad subrogada**, 345  
Matrices progresivas de Raven, 208f, 209, 209f  
Matrimonio, 327-339  
  a nivel mundial, 327-328  
  frente a soltería, 322-324  
  parejas de dos proveedores, 330-332  
  y divorcio, 332-339  
  y estatus de salud, 141-142  
  y felicidad, 328-329  
  y paternidad, 350-352  
Matrimonios, éxito, 338-339  
**Mecánica de la inteligencia**, 211  
**Mecanismos adaptativos**, 437  
Medicaid, 115  
Medicare, 115, 482  
*Meditations of the Heart* (Thurman), 230  
**Memoria**, 162  
  a corto plazo, 158  
  a largo plazo, 160, 161, 162-163  
  almacenamiento, 158-163  
  codificación, 156-158  
  codificación y almacenamiento, 156-158  
  creencias acerca, 182  
  declarativa frente a no declarativa, 162t  
  en demencia, 187  
  enfoque biológico, 169, 170, 171-174  
  enfoque de procesamiento de información, 156-169  
  errores de intrusión, 176  
  estrategias para mejorar, 182-186  
  estudio de, 155-156  
  explícita frente a implícita, 162-163  
  imprimación, 167  
  inconsciente, 174  
  investigación acerca de, 174-175  
  mejoría, 170, 171  
  metamemoria, 180, 181-183

  no declarativa, 164-166  
  operativa, 158, 159-161  
  perceptual, 165-166  
  prospectiva, 177-178  
  recuperación, 158  
  reserva de desarrollo, 179  
  respuestas condicionadas, 166  
  sensorial, 158, 159  
  y cultura, 180, 181  
  y enfoque de desarrollo del lapso (ciclo) de vida, 175  
  y envejecimiento, 168-169, 168t, 175-189  
  y olvido, 186, 188-189  
  y nutrición, 171  
Memoria a corto plazo, 158  
Memoria a largo plazo, 161, 162-164  
  y envejecimiento, 163-164  
**Memoria declarativa**, 162  
  episódica frente a semántica, 163-164  
Memoria episódica, 163-164  
**Memoria explícita**, 162-163  
**Memoria implícita**, 162-163  
Memoria inconsciente, 174  
**Memoria no declarativa**, 162, 164-165  
Memoria operativa, 158, 159-161  
**Memoria perceptual**, 165-166  
Memoria prospectiva, 177-178  
**Memoria semántica**, 163-164  
Memoria sensorial, 158, 159  
Memorización, deficiencias en, 178-179  
**Menopausia**, 100-102, 104-105  
  después de maternidad, 347  
  en Japón, 104-105  
  masculina, 103  
  visiones culturales, 102, 105  
  y dieta, 105  
Menopausia masculina, 103  
**Mentor**, en la teoría de personalidad de Levinson, 413  
Mesosistema, en enfoque bioecológico, 14, 15  
Metamemoria, 180, 181-183  
**Metateoría**, 36  
Metateorías, 35-43  
  aplicación, 42-43  
  tipos de, 36-42  
**Método científico**, 43  
**Metodología Q**, 398  
Métodos de investigación, 43-51  
Métodos de muestreo, 44-45  
Métodos de recolección de datos, 45, 46, 47, 48-51  
  observación, 49-50  
  pruebas, 49

- Metropolitan Opera, Nueva York, 356
- México  
familias extensas, 358  
jubilación en, 297
- Mexico-americanos, conflictos de salud, 91
- Microsistema, en enfoque bioecológico, 14, 15
- Minorías. *Véase* Raza
- Miopía, 87f
- Mística femenina, La* (Friedan), 1, 2
- Mitología, sabiduría en, y sabiduría, 247-249
- Mnemónicos, 183-186  
método de loci, 185  
recuperación espacial, 185-186
- Modelo, 36**
- Modelo de cinco factores, personalidad, 401-403, 401f**
- Modelo de congruencia, 435**
- Modelo de espacio vital activado, 41
- Modelo de estilo de enfrentamiento, 437-438
- Modelo de prensa ambiental, enfrentamiento, 436
- Modelo de proceso dual de inteligencia, 211**
- Modelo de temporización de eventos y muerte, 482**  
y personalidad, 400, 415-417
- Modelo de valoración cognitiva, enfrentamiento, 438-439, 441**
- Modelo E-I-E-I-O, mnemónico, 183-184
- Modelos conductuales, enfrentamiento, 437
- Modelos de autoconcepto, de personalidad, 400, 405-407
- Modelos de enfrentamiento normativos, 445-447
- Modelos de equilibrio, enfrentamiento, 447-449
- Modelos de etapas, personalidad, 400, 407-415  
evaluación, 413-415
- Modelos de rasgos, personalidad, 400, 400-404
- Moral Development and Reality* (Gibbs), 260
- Moralidad  
concepciones occidentales frente a orientales de, 259  
y fe, 258
- Moralidad de conformidad con el rol convencional, 255**
- Moralidad de principios morales autónomos, 255**
- Moralidad preconvencional, 255**
- Morbidity and Mortality Weekly*, 507
- Morir, etapas de, 488t-489t
- Movimiento Feminista, 1
- Muerte**  
aborto, de bebé, 505  
búsqueda de significado en, 516-519  
cambios psicológicos y, 485-486  
causas de, 478-479  
como experiencia de desarrollo, 519  
de un niño, 503-505  
de un padre, 500-503  
etapas del morir, 488t-489t  
invisibilidad de, 479  
miedo a la, 518, 519  
modelo de temporización de eventos, 482  
posposición, 490, 491  
suicidio, 28, 505-516  
y cambios en el yo, 501, 503  
y teoría de Erikson, 484
- Muerte, actitudes hacia y edad, 483-485**  
y cultura, 482-483, 490, 491
- Muerte biológica, 479**
- Muerte misericordiosa. *Véase* Eutanasia
- Muestra aleatoria estratificada, 45**
- Muestreo aleatorio, 44, 44-45**
- Mujer llamada Golda, Una* (película), 311
- Mujercitas* (Alcott), 476, 477, 478, 519
- Mujeres. *Véase también* Género  
en el centro de trabajo, 283-284, 289-290  
sentimientos de, al comienzo de los cincuenta, 426t  
sistema reproductivo de, 99, 100-102  
suicidio, de ancianas, 28, 506  
y ageísmo, 17-18  
y amistad, 315  
y cáncer de mama, 135-136
- Murder, She Wrote* (programa de TV), 17
- Musicoterapia, 468
- N**
- Naciones Unidas, 307
- Namenda, 134
- National Cancer Institute, 135, 136, 137
- National Center for Education Statistics (NCES), 274-275
- National Center for Health Statistics (NCHS), 74, 134, 144, 341, 343, 478, 506
- National Crime Victimization Survey (NCVS), 454
- National Eye Institute (NEI), 91, 92
- National Hospice and Palliative Care Organization, 482
- National Hospice Organization, 482
- National Institute of Mental Health (NIMH), 465, 466, 507, 508
- National Institute on Aging (NIA), 76, 81t, 82, 85, 93, 94, 101, 103, 116, 120, 121, 130, 133t, 144, 149, 271, 396
- National Institutes of Health (NIH), 5, 81t, 102, 106, 114, 116, 128, 132, 134, 135, 137, 148, 170, 466
- National Organization for Women (NOW), 2
- National Sleep Foundation, 125-126
- National Women's Political Caucus, 2
- Nativos americanos  
creencias acerca de la muerte, 480, 491  
tasas de suicidio, 506  
y estatus de salud, 141  
y pena, 495
- Nativos Papago, 102
- Nativos sudamericanos, 176-177
- NCES, 273, 341
- NCOA, 296
- Negligencia**  
a ancianos, 459  
infantil, 457
- Nepal  
creencias acerca de la muerte, 480  
expectativa de vida, 28  
familias en, 340
- Neurociencias, 174-175
- New York Times*, 34, 71, 213, 287, 297
- Newsweek*, 319
- NHLBI, 102
- NIDCD, 89, 94, 95
- NIOSH, 94, 282, 288, 290
- Nivel integrado de pensamiento, 240**
- Nivel intersistémico de pensamiento, 240**
- Nivel intrasistémico de pensamiento, 240**
- Nobles noventa, 18
- Northwestern University, 49
- Noruega, tasas de suicidio, 508t
- Notorious* (película), 312
- Nueva Guinea, 184
- Nutrición. *Véase* Dieta

○

**Obesidad**, 84-85, 143t, 147  
 Observación, 49-51  
**Observación de laboratorio**, 50  
**Observación naturalista**, 50  
 Occidental Petroleum, 294  
**Ocio**, 279, 291-292  
   durante jubilación, 302-303  
 Ocupación, definición, 279  
 Office of Technology Assessment, 102  
 Ojos, cambios en, 86-88, 89-92  
 Older Americans 2000, 16, 18, 19, 20, 23, 26, 74, 112, 123, 138  
 Older Americans 2004, 113t, 134  
 Older Women's League, 456  
 Olfato, sentido de, 95  
 Olvido, beneficios de, 186, 188-189  
 Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987, 381  
 Opciones de alojamiento, para ancianos.  
*Véase* Arreglos de alojamiento, para ancianos  
**Optimización selectiva con compensación**, 212  
 Oregon, eutanasia en, 513-514  
 Organización de las Naciones Unidas para el Trabajo Internacional (UNILO), 288  
 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 277, 283  
 Organización, memoria, 160  
 Organización Mundial de la Salud (OMS), 73, 79, 129, 507, 508t  
 Órganos, funcionalidad de, 115, 116f, 117-131  
**Orientación sexual**, 318, 318-320  
 Osteoartritis, 122  
 Osteoporosis, 85, 117, 118-120  
   prevención, 97, 120  
   tratamiento de, 120, 121

P

Padres solos, 341  
 Padres, relaciones con, en familias adultas, 359-367  
 Países en desarrollo  
   cuidado de ancianos, 388-389  
   desarrollo económico en, 29  
   familias extensas, 368  
 Países en desarrollo, demografía en, 27  
 Países europeos  
   actitudes sexuales, 320  
   cohabitación, 326-327  
   cuidado de ancianos, 388

Pakistán, 266  
 Panamá, 358  
 Paternidad, 340-353  
   a través de adopción, 346, 348  
   en vida tardía, 343-344, 347  
   fases de, 350-352  
   infertilidad y tratamiento, 344-346  
   padres, 348  
   padres solos, 341  
   permanecer sin hijos, 352-353  
   prolongada, 373  
   y homosexualidad, 326  
 Paternidad planeada, 101  
**Patrón de envejecimiento clásico**, de calificaciones CI, 208  
 Patrones ocupacionales, cambio en, 282-285  
 Pena, 487  
**Pena anticipatoria**, 492  
**Pena**, patrones de, 492-497  
   modelo de tres etapas, 492-493  
   pérdida ambigua, 494, 495  
 Pennsylvania State University, 216  
**Pensamiento convergente**, 220  
**Pensamiento divergente**, 220  
 Pensamiento experto, 233-235  
 Pensamiento integrativo, 236-237  
**Pensamiento posformal**, 237-244, 238  
   desarrollo de, 239-240  
   y cambio cultural, 241-242  
   y razonamiento social, 240-241  
**Pensamiento reflexivo**, 237-238  
 People Facts-Population Life Expectancy, 77  
*People Weekly*, 355  
**Pérdida ambigua**, 494, 495  
**Pérdida auditiva conductiva**, 94  
**Pérdida auditiva mixta**, 94  
**Pérdida auditiva sensorineural**, 93-94  
 Pérdida ósea (osteoporosis), 85, 117, 118-120  
 Permanecer sin hijos, 352-353  
**Personalidad**, 395  
   en vida tardía, 403-404  
   medición, 396, 397-398  
   y estatus de salud, 396, 397  
   y longevidad, 396, 397  
   y muerte, 485-486  
   y selección de carrera, 280-281  
**Perspectiva contextual**, 41, 41-42  
   aplicación, 42  
 Perspectiva cósmica, en moralidad, 258  
 Perspectiva del desarrollo, aplicación, 42-43  
**Perspectiva mecanicista**, 37, 37-38  
   aplicación, 42-43

Perspectiva organicista, 38-40  
 Perú  
   familias extensas, 358  
   jubilación en, 297  
 Placas amiloideas, 132  
**Plasticidad**, 6  
 Población, envejecimiento, 18-20  
   a nivel mundial, 25, 27  
 Pobreza  
   en jubilación, 303-304  
   y divorcio, 337  
   y estatus de salud, 139  
   y género, 24, 303-304, 337  
   y raza, 24, 303, 304  
 Poder gris, 28  
**Poder notarial duradero**, 511  
 Poder político, de ancianos, 28  
 Polonia  
   actitudes sexuales, 320  
   tasas de suicidio, 508t  
 Porcicultores hondureños, 242, 243  
 Portugal, colocación en asilos, 380  
**Pragmática de la inteligencia**, 211  
**Pragmática fundamental de la vida**, 251  
**Presbicia**, 94  
**Presbiopia**, 87f, 89-90  
 Presión arterial, 123  
*Principles of Psychology* (James), 392  
 Problemas con el alcohol, creencias comunes, 453t  
 Productos de belleza, 18  
 Profesión, definición, 279  
 Programa Genoma Humano, 115  
**Prostatectomía radical**, 137  
 Proyecto de Desarrollo y Enriquecimiento Adulto (ADEPT), 216-217  
 Proyecto Genoma Humano (PGH), 81, 114, 115  
 Prueba de los veinte, 18  
 Pruebas CI. *Véase* Pruebas de inteligencia  
 Pruebas de inteligencia  
   efectos de cohorte sobre, 216  
   y ancianos, 199-201  
   y desempeño laboral, 204, 205  
   y estatus de salud, 200  
   y racismo, 198-199  
   y sesgos culturales, 198-199  
 Pruebas genéticas, 114, 115  
**Pseudodemencia**, 470  
 Psicoanálisis, 34  
 Psicología conductual, 395  
**Psicología de desarrollo del ciclo de vida**, 5  
 Psicología evolutiva, 17-18

Psicopatología, definición, 464  
Psicoterapia, 468

## Q

Q'ran, 180  
*Quiz Kids* (programa TV), 51, 52-53

## R

Racismo, 432  
y pruebas de inteligencia, 198-199  
Radcliffe College, 239  
Ramadán, 491  
*Rapsodia en agosto* (película), 192  
*Rashomon* (película), 191  
Rayos ultravioleta, 143t  
Raza, 22  
e ingresos, 24  
en el centro de trabajo, 284-285  
y aprendizaje durante toda la vida, 275  
y depresión, 467  
y discriminación, 355-357  
y educación, 273, 284  
y estatus de salud, 140-141  
y expectativa de vida, 75, 140f  
y jubilación, 300, 301, 303, 304  
y longevidad, 20, 22  
y pobreza, 24, 303, 304  
y redes familiares, 23  
y suicidio, 506  
y violencia doméstica, 455  
Razonamiento moral, 254-255, 256t, 257t, 258  
Recién nacidos, y decisiones al final de la vida, 515  
**Recursos atencionales, 161**  
Redes de parentesco, y grupos minoritarios, 23  
Redes familiares, grupos minoritarios, 23  
Reino Unido. *Véase* Gran Bretaña  
Relaciones. *Véase también* Familias  
cohabitación, 326-327  
estilo de vida soltero, 322-324  
homosexual, 324-326  
y estatus de salud, 141-142  
Relaciones de hermanos, 364-367  
en adultez media, 365-366  
en la vida tardía, 366  
familias reconstituidas, 364-365  
Religión  
y enfrentamiento, 258, 441, 441t, 442-443  
y moralidad, 258  
y muerte, 480

**Reloj social, 415**  
Reminiscencia, 517  
evocación, 518  
Reminyl, 134  
Repaso de vida, 516-519  
República Checa  
tasas se divorcio, 333f  
tasas de suicidio, 508t  
República Dominicana  
desarrollo económico en, 30  
familias extensas, 358  
**Resección transuretral, 136**  
Reserva de desarrollo, memoria, 179  
Resistencia, física, 98  
Resolución de problemas, 235-236  
Respeto, para ancianos, 358  
Responsabilidad filial, 364t  
*Respuesta sexual humana* (Masters y Johnson), 47  
**Respuestas condicionadas, 166**  
Restricción de calorías (RC), 76, 79  
Revista *Jet*, 355  
Revista *New Yorker*, 355  
Robie House, Chicago, 218  
**Roles de género, 417, 418, 419-421**  
Roles, nuevos, 30-31  
Rusia (antigua URSS)  
expectativa de vida, 77f  
tasas de suicidio, 508t

## S

**Sabiduría, 245, 245-249**  
aspectos de, 247t  
cinco criterios, de Baltes, 251-252, 251f  
conceptos psicológicos de, 249-253  
definición, 247  
en folklore, mitos y filosofía, 247-249  
intrapersonal frente a interpersonal, 253  
teoría de Erikson acerca de, 250  
teoría de Labouvie-Vief de, 253  
y desarrollo espiritual, 253-254  
**Sabiduría interpersonal, 253**  
**Sabiduría transpersonal, 253**  
Salud mental, 304-305  
definición, 433  
enfoque de desarrollo del lapso (ciclo) de vida, 461-473  
identificación de fortalezas, 471-473  
y bienestar, 462, 463t  
y modelos de enfrentamiento. *Véase* Enfrentamiento, modelos de y satisfacción de vida, 461-462  
Salud y envejecimiento, 112  
SAMHSA, 145, 452  
*Sanshiro Sugata* (película), 192  
Satisfacción, vida, por país, 29  
Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, 148  
Seguridad social, 299  
como porcentaje de ingresos, 24  
elegibilidad, 297  
llegada de, 293  
y segundas nupcias, 338  
**Selección aleatoria, 44**  
**Senectud, 80**  
*Senectud* (Hall), 5  
Senectud programada, 80, 81t  
Sentidos, cinco, cambios en, 85-92  
*Señor de las moscas* (Golding), 224  
Septiembre, 11, de 2001, 44-45, 147, 494, 495  
Serenos sesenta, 18  
SERM (modulador selectivo del receptor de estrógeno), 121  
Servicio de cuidado  
a nivel mundial, 388-390  
definición, 382  
intervención legal y, 387-388  
recompensas del, 386t  
y estrés, 383-387  
Servicio de Salud Pública, Estados Unidos, 66-67  
**Sesgo cultural, 15, 199**  
en investigación, 48  
y pruebas de inteligencia, 198-199  
Sexo extramatrimonial, 320, 329, 331  
Sexo prematrimonial, 320  
Sexualidad, y envejecimiento, 106-107  
*Shakespeare for My Father* (obra de teatro), 501  
*Shame and the Search for Identity* (Lynd), 355  
**SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), 127-130, 431-433, 479**  
a nivel mundial, 128-129  
conciencia, 504-505  
en África, 128, 372  
demencia, 468  
incidencia, 322  
miedo al, 106  
tratamiento para, 128, 294  
y comportamiento sexual, 321-322  
**Síndrome de puertas giratorias, 373-374**  
Síndrome premenstrual (SPM), 100  
Singapur  
ancianos, como porcentaje de la población, 28

**Transferencia intratubaria de cigoto (ZIFT), 346**  
**Transferencia intratubaria de gametos (GIFT), 346**  
Trastorno por estrés postraumático (TEPT), 147  
Trastornos de la conducta alimentaria, 84  
Trastornos pulmonares, 125-126  
Trastornos respiratorios, 125-126  
TRH (terapia de reemplazo hormonal), 120, 121t, 136  
Tribu Gusii, 415  
Tribu Iatmul, 184  
Tribu Kpelle, 15, 165, 179, 194, 195  
Tufts University School of Medicine, Department of Family Medicine and Community Health, 105  
**Tumorectomía, 136**  
Turbulentos treinta, 18  
*Turn of the Screw* (película), 311  
Tuskegee Institute, 66-68

## U

Unión Soviética (Rusia). *Véase* Rusia (antigua URSS)  
University of California, San Diego, 118  
University of Chicago, 5  
University of New York at Buffalo, 250  
University of Southern California, 250  
University of Utah, 387  
*Universo en una cáscara de nuez* (Hawking), 111

*USA Today*, 432  
Uzbekistán, 195

## V

**Validez de constructo, 57-58, 58**  
**Validez ecológica, 245**  
**Validez externa, 44, 60**  
**Validez interna, 44, 59**  
**Válido, 43**  
Valoración Harcourt, Incorporada, 208f  
**Variable, 54**  
**Variable dependiente, 56**  
**Variable independiente, 56**  
Velorio irlandés, 487, 490  
Venezuela, tasas de suicidio, 508t  
Viagra (Sildenafil), 106  
Vida institucional, para ancianos, 380-382  
Videojuegos, y tiempo de reacción, 98  
VIH (virus de inmunodeficiencia humana). *Véase* SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)  
Violencia  
    centro de trabajo, 290  
    doméstica, 454-460  
**Violencia de compañero íntimo (VCI), 454-456**  
Violencia doméstica, 454-460  
    abuso de ancianos, 456, 458-460  
    abuso infantil, 457-458  
    violencia de compañero íntimo (VCI), 454-457  
    y mujeres ancianas, 456  
    y raza, 455

*Virtudes del envejecimiento, Las* (Carter), 270  
Visión, cambios en. *Véase* Cambios en visión  
Viudez, 494, 495, 496, 497-500 y segundas nupcias, 499-500 y suicidio, 506  
Voluntariado, 301-302  
Voluntary Euthanasia Society, 513

## W

Washington University Medical School, 47  
Wayne State University, 195, 240  
WHO (OMS, Organización Mundial de la Salud), 73, 79, 128, 129  
Women's Health Initiative (WHI), 102  
Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decision Making, 510, 516  
*World Book Yearbook*, 269, 270  
World Features Syndicate, 327

## Y

Yale University, 68, 412  
**Yo ideal, 398**  
**Yo intemporal, 10, 302**  
**Yo real, 398**  
Yo, y muerte, 501, 503  
*You Are the World* (Krishnamurti), 311

## Z

Zambia, programas sociales, 30







