



- ◆ Trabajo realizado por el equipo de la Biblioteca Digital de la Fundación Universitaria San Pablo-CEU
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 del T.R.L.P.I. (Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 12 abril 1996)

Parte seis

Edad adulta temprana

En otras épocas, los científicos que estudian el desarrollo afirmaban que los años comprendidos entre el fin de la adolescencia y la entrada en la edad avanzada presentaban muy pocos cambios. No obstante,

las investigaciones muestran que esto no es cierto. El crecimiento y el deterioro son procesos que ocurren durante toda la vida en un equilibrio que difiere en cada individuo. Los acontecimientos y las elecciones de la edad adulta temprana (aproximadamente entre los 20 y los 40 años) son muy importantes para lograr ese equilibrio.

Durante esas dos décadas los seres humanos construyen los fundamentos de gran parte de su desarrollo posterior. En general, en esta edad las personas abandonan el hogar de los padres, comienzan a trabajar o estudiar una carrera, contraen matrimonio o establecen otro tipo de relaciones íntimas, procrean y crían los hijos y empiezan a contribuir significativamente en sus comunidades. Así mismo, toman decisiones que afectarán el resto de sus vidas, su salud, su felicidad y sus logros.

Durante la edad adulta temprana, como ocurre en toda la vida, se interrelacionan los diversos aspectos del desarrollo: físicos, cognitivos y psicosociales. En los capítulos 13 y 14 se estudia que el ingreso, la educación y el estilo de vida —incluido el estado civil— influyen en la salud, que las emociones son una parte importante de la inteligencia y que la presión en el sitio de trabajo puede afectar la vida familiar.



- El conocimiento de la salud afecta la condición física de los adultos.
- El desarrollo moral y el cognitivo reflejan la experiencia vital.
- La tipificación de género puede afectar las elecciones de carreras hechas por las mujeres, así como el empleo de sus talentos.
- La revolución de género ha reducido las diferencias en el ciclo vital de hombres y mujeres, así como los patrones de salud.
- La infertilidad puede ocasionar problemas matrimoniales.
- Es más probable que las personas o las familias que carecen de amigos se enfermen y mueran.



Capítulo 13

Desarrollo físico y cognitivo en la edad adulta temprana

Las condiciones físicas llegan al máximo y luego decaen ligeramente.

Las elecciones de las personas influyen en la salud.

Las capacidades cognitivas y los juicios morales adquieren más complejidad.

Se eligen la carrera y la educación.



Capítulo 14

Desarrollo psicosocial en la edad adulta temprana

Los estilos y rasgos de la personalidad se mantienen relativamente estables, pero los acontecimientos y las etapas de la vida pueden influir en los cambios de la personalidad.

Se toman decisiones relacionadas con los estilos de vida personales y las relaciones íntimas.

La mayoría de las personas contraen matrimonio y muchas se convierten en padres.

Capítulo 13

Desarrollo físico y cognitivo en la edad adulta temprana



Enfoque: Arthur Ashe, campeón de tenis**DESARROLLO FÍSICO****Aspectos del desarrollo físico y la salud**

Estado de salud

Influencias comportamentales en la salud y la condición física

Influencias indirectas en la salud y la condición física

Aspectos relacionados con el sexo y la reproducción

DESARROLLO COGNITIVO**Puntos de vista sobre la cognición adulta**

Más allá de Piaget: el paso al pensamiento posformal

Schaie: un modelo del desarrollo cognitivo para todo el ciclo vital

Sternberg: inteligencia creadora e inteligencia práctica

Inteligencia emocional

Desarrollo moral

Vida y aprendizaje: el papel de la experiencia en la teoría de Kohlberg

Teoría de Gilligan: desarrollo moral de las mujeres

Educación y trabajo

Crecimiento cognitivo en la educación superior

Complejidad cognitiva del trabajo

Trabajo y edad

Educación en el sitio de trabajo y alfabetización adulta

Aspectos sobre igualdad de oportunidades

Si... la felicidad es la ausencia de fiebre, entonces nunca conoceré la felicidad porque estoy poseída por una fiebre de conocimiento, experimentación y creación.

Diario de Anaïs Nin (1931-1934),
escrito cuando tenía entre 28 y 31 años.

Enfoque:**Arthur Ashe, campeón de tenis ***

El campeón de tenis Arthur Ashe (1943-1993) fue uno de los más respetados atletas de todos los tiempos. "Delgado, estudioso y con anteojos" (Finn, 1993, p. B1), fue conocido por su tranquilidad y sus buenas maneras dentro y fuera de la cancha. Nunca protestó una decisión y no dio muestras de mal genio ni menosprecio hacia los adversarios.

Ha sido el único afroamericano que ganó los abiertos de Wimbledon, Estados Unidos y Australia. Ashe creció en Richmond, Virginia, donde empezó a jugar en canchas públicas para negros. En 1955, se le impidió participar en un torneo de tenis de la ciudad por ser negro. Al ser la única estrella negra de un deporte dominado por los blancos, Ashe fue blanco de la intolerancia. Su padre, un policía de parques, le había enseñado a mantener la compostura y canalizar sus impulsos agresivos hacia el juego.

Ashe sintió la responsabilidad de emplear su talento físico natural y su reputación de estrella para combatir el racismo e incrementar las oportunidades para muchos jóvenes menos favorecidos. Dictó clínicas de tenis y ayudó a establecer programas de tenis para jóvenes de barrios populosos. En dos ocasiones le negaron la visa para jugar en el abierto sudafricano, hasta cuando finalmente se le permitió competir en 1973, y de nuevo en 1974 y 1975. A pesar del *apartheid* sudafricano, rígido sistema de segregación racial, insistió en que no separaran los asientos en sus partidos.

Ashe continuó combatiendo el *apartheid* entre bastidores. Acusado de ser "amigo de los blancos" por militantes airados que lo hicieron callar a gritos mientras pronunciaba un discurso, él les respondió cortésmente: "¿Qué esperan lograr cuando se dejan arrastrar por la pasión y los insultos y renuncian a utilizar los grandes argumentos morales que pueden llevarlos a la victoria?" (Ashe y Rampesad, 1993, pp. 117, 118). Varios años después fue arrestado durante una protesta en el exterior de la embajada sudafricana en Washington, D.C. Se sintió muy orgulloso cuando vio a Nelson Mandela, el símbolo de la oposición al *apartheid*, liberado de la prisión en 1990, cabalgando en un desfile en Nueva York. Pero Ashe no viviría para ver a Mandela como presidente de Sudáfrica.

* Las fuentes de información biográfica sobre Arthur Ashe fueron Ashe y Rampesad (1993), Finn (1993) y Witteman (1993).

En 1979, a los 36 años, en la cúspide de una brillante carrera, Ashe sufrió el primero de varios ataques severos al corazón y fue sometido a una cirugía cuádruple para implantarle un marcapasos. Forzado a retirarse de las competencias, durante cinco años capitaneó el equipo de Copa Davis de los Estados Unidos. En 1985, cuando apenas entraba en la edad adulta temprana, fue incluido en el Salón de la Fama del Tenis.

Una mañana de verano de 1988, Ashe se despertó y no pudo mover su brazo derecho. Forzado a escoger entre practicarse de inmediato una cirugía en el cerebro o esperar y observar, optó por la acción. Exámenes de sangre preparatorios mostraron que era VIH positivo, probablemente contagiado en la transfusión sanguínea durante la cirugía de corazón que se le practicó cinco años antes. La cirugía reveló una infección parasitaria asociada al sida, y éste había avanzado. Como un jugador cuando está por debajo en el marcador pero todavía está en el partido, Ashe no entró en pánico ni se rindió. Confiando en los avanzados conocimientos médicos, decidió hacer todo lo que estuviera a su alcance para enfrentar la enfermedad. También decidió mantenerla en secreto, en parte para proteger la privacidad de su familia y en parte porque insistía: "Yo no estoy enfermo". Jugaba golf, aparecía en el circuito de instrucción, escribía columnas en el *Washington Post*, era comentarista de televisión para HBO y ABC Sports. También escribió una historia en tres volúmenes de los atletas afroamericanos.

En 1992, advertido de que *USA Today* planeaba revelar su secreto, Ashe citó una conferencia de prensa y anunció que tenía sida. Líder incansable del movimiento para la investigación contra el sida, estableció una fundación y puso en marcha una campaña para recoger cinco millones de dólares.

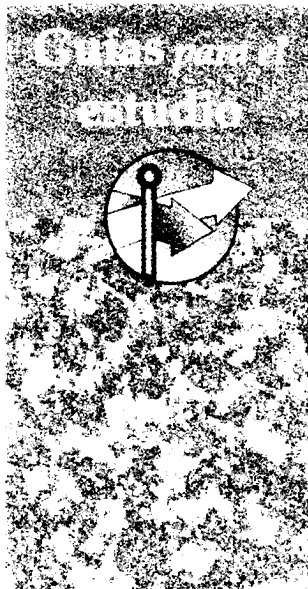
Ashe murió de neumonía relacionada con el sida en 1993 a la edad de 49 años. Poco antes había resumido su situación con su estilo habitual: "Soy un hombre afortunado y bendito: fuera del sida y las enfermedades cardiovasculares, no tengo problemas" (Ashe y Rampesad, 1993, p. 328). ☞

La manera característica de Arthur Ashe de enfrentar la dificultad o la intolerancia era igual al modo como enfrentaba a un oponente en la cancha de tenis: con gracia, determinación, convicción moral y frialdad bajo la presión. Una y otra vez convertía la adversidad en oportunidad. Arthur Ashe fue una persona "que no se rendía".

Incluso para las personas que carecen de la capacidad atlética sobresaliente de Ashe, la edad adulta temprana es un periodo para "no rendirse". Por primera vez a esta edad, la mayoría de las personas son independientes, forman hogares y se prueban a sí mismas en las actividades elegidas. Todos los días prueban y amplían su capacidad física y cognitiva, encuentran el "mundo real" y descubren su camino hacia o a través de los problemas de la vida diaria, toman decisiones que ayudan a determinar su salud, sus carreras y la clase de personas que desean ser. Sin embargo, para algunos, en especial aquellos que no continúan su educación ni adquieren destrezas que puedan vender, éste puede ser un periodo de dificultades.

En este capítulo se examina el funcionamiento físico de los adultos jóvenes, el cual habitualmente está en el máximo de su desarrollo, y se destacan factores que pueden afectar la salud en la edad adulta temprana y más adelante; se analizan aspectos importantes de la inteligencia en la edad adulta y cómo la educación puede estimular el desarrollo cognitivo; se exploran caminos hacia la madurez moral y, por último, se analiza una de las más importantes tareas durante este periodo: ingresar en el mundo laboral.

Después de leer y estudiar este capítulo, podrá responder las siguientes preguntas:



1. ¿Cuál es la condición física característica del adulto joven y cómo afectan el estilo de vida, el comportamiento y otros factores el estado de salud y el bienestar actual y futuro?
2. ¿Cuáles son algunos de los temas relacionados con el sexo y la reproducción en esta época de la vida?
3. ¿Cuál es el rasgo distintivo del pensamiento y la inteligencia adultos?
4. ¿Cómo se desarrollan la fe y el razonamiento moral?
5. ¿Cómo inciden el trabajo y el mayor grado de educación en el desarrollo cognitivo?
6. ¿Cómo influye la edad en el desempeño laboral y en las actitudes hacia el trabajo?
7. ¿Cómo ayuda la educación continuada de los adultos a satisfacer las demandas del sitio de trabajo?
8. ¿Cómo afectan el género y los factores étnicos los logros educativos y profesionales?

Desarrollo físico

Aspectos del desarrollo físico y la salud

En general, los adultos jóvenes dan por sentado que tienen buena salud y capacidad física. En la edad adulta se sientan las bases del funcionamiento físico para el resto de la vida. La alimentación de los adultos, la actividad física que desarrollan, el hábito de fumar o beber, así como el consumo de drogas son factores que influyen mucho en el estado de salud y el bienestar actual y futuro.

Quizá su deporte favorito sea tenis, baloncesto, patinaje artístico o fútbol. Cualquiera que sea, la mayoría de los atletas que usted aplaude (como Arthur Ashe en su época) son adultos jóvenes, personas en excelente condición física. Es característico que los adultos jóvenes estén en el máximo de su fortaleza, energía y resistencia. Así mismo, están en el máximo del funcionamiento sensoriomotor. Hacia los 25 años, la mayor parte de las funciones corporales se han desarrollado por completo. La agudeza visual es máxima casi de los 20 a los 40 años, y el gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y el calor generalmente permanecen intactos hasta los 45 años, por lo menos. No obstante, se evidencia pérdida gradual de la audición –que típicamente comienza durante la adolescencia– después de los 25 años, en especial para los sonidos más agudos.

Estado de salud

En los Estados Unidos, la mayoría de adultos jóvenes tienen buena salud. Muchos de ellos nunca han padecido enfermedades severas ni son incapacitados, y la gran mayoría no sufren enfermedades crónicas ni tienen impedimentos físicos. Cuando los adultos jóvenes se enferman, en general es de un resfriado u otra enfermedad respiratoria, la cual puede combatirse con facilidad.

Puesto que la mayoría de adultos jóvenes son saludables, no es sorprendente que los accidentes sean la principal causa de muerte de los estadounidenses entre 25 y 44 años; luego está el cáncer y después las enfermedades cardiovasculares seguidas por el suicidio, el sida y el homicidio (Hoyert, Kochanek y Murphy, 1999). Las tasas de mortalidad de adultos jóvenes han descendido, así como las tasas de los demás grupos de edad, excepto para los ancianos que sobrepasan los 85 años (Hoyert *et al.*, 1999). Han disminuido el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la apoplejía (Hoyert *et al.*, 1999; USDHHS, 1999b; Wingo *et al.*, 1999). Por otra parte, dema-



¿Cuál es la condición física característica del adulto joven y cómo afectan el estilo de vida, el comportamiento y otros factores el estado de salud y el bienestar actual y futuro?

siados adultos –incluidos los jóvenes– tienen sobrepeso y no son suficientemente activos; por el contrario, tienen comportamientos que amenazan la salud.

Influencias comportamentales en la salud y la condición física

La buena salud no es sólo un asunto de suerte. Las personas pueden mantener la salud realizando algunas actividades y evitando otras.

En un estudio de siete mil adultos de edades entre 20 y 70 años, la salud estaba directamente relacionada con varios hábitos comunes: ingerir las comidas normales, incluido el desayuno, y no comer a toda hora; comer y hacer ejercicio con moderación, dormir siete a ocho horas todas las noches, no fumar y beber con moderación. Diez o más años después las personas que no siguieron estos hábitos saludables tenían dos veces más probabilidad de enfermar que las personas que siguieron la mayoría de esos hábitos (Breslow y Breslow, 1993).

La asistencia médica dirigida a prevenir los problemas de salud puede obtener grandes dividendos. Las inmunizaciones permanentes y las pruebas de tamizaje, como los mamogramas, pueden prevenir enfermedades o descubrirlas a tiempo, cuando todavía pueden tratarse.

El vínculo entre comportamiento y salud apunta a la interrelación entre aspectos físicos, cognitivos y emocionales del desarrollo. Lo que saben las personas acerca de la salud afecta lo que hacen, y lo que hacen afecta la manera como se sienten. Sin embargo, no es suficiente conocer los hábitos que permiten mantener una buena salud. Con frecuencia la personalidad, las emociones y el entorno social importan más que lo que las personas saben que deben hacer, pues las conducen a seguir comportamientos no saludables.

Examinemos algunos factores del estilo de vida directamente ligados a la salud y la condición física: nutrición y obesidad, actividad física y consumo y abuso de fármacos (en el capítulo 15 se analizará la influencia del estrés). En la próxima sección de este capítulo se estudiarán las influencias indirectas: la condición socioeconómica, los factores étnicos, el género y las relaciones.

Nutrición

La afirmación según la cual “el hombre es lo que come” sintetiza la importancia de la nutrición en la salud física y mental. El alimento que ingieren las personas afecta la manera de verse, sentirse y, probablemente, de enfermarse.

Las personas que comen muchas frutas y legumbres, que incrementan la capacidad antioxidante de la sangre (Cao, Booth, Sadowsky y Prior, 1998), tienen menores probabilidades de sufrir enfermedades cardiovasculares (Rimm *et al.*, 1996), apoplejía (Gillman *et al.*, 1995) y cáncer. Seguir una dieta más vegetariana y estar activo, mantener el peso saludable y evitar fumar puede reducir los riesgos de cáncer en casi 70%. Comer siquiera cinco porciones de frutas y legumbres diariamente podría reducir el riesgo a 20% (World Cancer Research Fund y American Institute for Cancer Research, 1997).

Una dieta rica en grasa animal ha sido relacionada con el cáncer de colon (Willett, Stampfer, Colditz, Rosner y Speizer, 1990). Sin embargo, algunos estudios señalan que es probable que sólo sean culpables la grasa de la carne roja u otros componentes de ésta, como las proteínas, el hierro o algunas sustancias que se tornan cancerígenas al cocinarlas (Willett, 1994). El consumo de grasa no parece estar relacionado con el cáncer de seno (Holmes *et al.*, 1999), sino con el de próstata (Giovannucci *et al.*, 1993; Hebert *et al.*, 1998; Willett, 1994; Willett *et al.*, 1992). En un estudio de seis años con cerca de 48 mil hombres, se encontró que las salsas de tomate reducen el riesgo de cáncer de próstata en casi 45%. Los tomates son ricos en licopena, antioxidante que puede proteger contra esta enfermedad (Giovannucci *et al.*, 1995).

Los hábitos alimenticios también cumplen un papel importante en las enfermedades cardiovasculares, que –como demuestra la historia de Arthur Ashe– no están necesariamente limitadas a las últimas etapas de la vida. El consumo de grasa incrementa los riesgos cardiovasculares, en especial los niveles de colesterol (Brunner *et al.*, 1997; Matthews *et al.*, 1997). El exceso de colesterol depositado en los vasos sanguíneos puede estrecharlos y bloquear el suministro de sangre al co-

razón, lo cual causa un ataque cardíaco. En un estudio que duró 25 años con más de doce mil hombres de cinco países europeos, los Estados Unidos y Japón, los niveles de colesterol estaban directamente relacionados con el riesgo de muerte por enfermedades coronarias (Verschuren *et al.*, 1995). El control del colesterol a través de la dieta y los medicamentos puede disminuir significativamente este riesgo (Lipid Research Clinics Program, 1984a, 1984b; Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, 1994; Shepherd *et al.*, 1995).

El colesterol, en combinación con las proteínas y los triglicéridos (ácidos grasos), circula a través del torrente sanguíneo, transportado por la lipoproteína de baja densidad (LDL), comúnmente llamada colesterol "perjudicial". Más de 1 de cada 2 hombres estadounidenses de 35 años o más, y las mujeres de 45 o más, tienen altos niveles indeseables de LDL (Liebman, 1995b). La lipoproteína de alta densidad (HDL), comúnmente llamada colesterol "bueno", extrae el colesterol del sistema. Puesto que el HDL es protector, una clave para prevenir enfermedades cardiovasculares es conocer la proporción entre el colesterol total y el HDL. Las guías corrientes recomiendan un total de 200 mg de colesterol por decilitro o menos y 35 mg o más de HDL. Una meta más saludable, de acuerdo con algunos cardiólogos, es tener 45 mg de HDL en los hombres y 50 mg en las mujeres, y una razón de 4 a 1 entre el colesterol total y el HDL ("What Is a Healthy Cholesterol Level?", 1998).

Una manera de disminuir el LDL y el colesterol total es remplazar las grasas saturadas (como las de la carne, el queso, la mantequilla y la leche entera) y las grasas trans (presentes en la margarina, las tortas, los pasteles, las claras de huevo y los alimentos procesados fabricados con aceite parcialmente hidrogenado) con grasas poliinsaturadas (aceite de soya, maíz o azafrán). Las grasas monoinsaturadas (aceite de oliva y aceite de colza), las cuales disminuyen el LDL pero no tienen efecto sobre el HDL, son la mejor alternativa (Blackburn, 1999). También es útil comer más fibra soluble (presente en la avena, los frijoles, las frutas y las legumbres) y perder el exceso de peso, hacer ejercicio, beber alcohol con moderación y dejar de fumar ("Cholesterol: New Advice", 1993; Liebman, 1995b). Un análisis de 17 estudios controlados aleatoriamente descubrió que las intervenciones en el comportamiento pueden lograr modestas reducciones de riesgos cardiovasculares que se mantienen durante por lo menos entre nueve y dieciocho meses (Brunner *et al.*, 1997). El tratamiento con medicamentos puede ser aconsejable para personas cuyo LDL permanezca muy alto, aun después de ajustar la dieta (Adult Treatment Panel II, 1994).

Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha denominado a la obesidad una epidemia mundial (OMS, 1998). La obesidad aumentó en más del doble en el Reino Unido entre 1980 y 1994; semejantes incrementos han sido reportados en Brasil, Canadá y varios países de Europa, el Pacífico occidental, el sudeste asiático y África (Taubes, 1998). En los Estados Unidos, cerca de 18% de los adultos fueron obesos en 1998, frente a 12% en 1991, según una encuesta aleatoria realizada por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Mokdad *et al.*, 1999). La obesidad está incrementándose en ambos sexos y en todos los segmentos de población, pero en especial entre el grupo de 18 a 29 años y las personas que tienen algún grado de educación superior (Mokdad *et al.*, 1999).

¿Qué explica la epidemia de obesidad? Algunos expertos señalan la disponibilidad de "comidas rápidas" baratas en porciones abundantes, dietas altas en grasa, tecnologías que ahorran trabajo y actividades recreativas sedentarias como la televisión y los computadores (Brownell, 1998; Hill y Peters, 1998; Taubes, 1998).

En una sociedad que rinde culto a la delgadez, tener sobrepeso puede acarrear problemas emocionales, riesgos de presión arterial alta, enfermedades cardiovasculares, apoplejía, diabetes, cálculos y algunos tipos de cáncer (National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 1993; Wickelgren, 1998). En un estudio

* En los adultos, la obesidad se expresa mediante el *índice de masa corporal*, número de kilogramos de peso por metro de estatura. Según las clasificaciones de la OMS, el adulto que tenga un índice de masa corporal de 25 o más tiene sobrepeso, y el que tenga un índice de 30 o más es obeso. La encuesta de CDC empleó esta última definición.

longitudinal que duró 14 años con más de un millón de hombres y mujeres estadounidenses, el riesgo de muerte por cualquier causa, en especial las enfermedades cardiovasculares, se incrementó con el grado de sobrepeso (Calle, Thun, Rodríguez, Petrelli y Heath, 1999). Se estima que el sobrepeso produce trescientas mil muertes al año, que corresponden al segundo lugar en cantidad después de las cuatrocientas mil muertes anuales que se cree causadas por el hábito de fumar. Un estudio de 16 años de duración con 115,195 enfermeras halló que incluso un aumento moderado de 22 libras después de los 18 años incrementa el riesgo de morir en la edad adulta intermedia (Manson *et al.*, 1995).

Sin embargo, no es claro si el incremento de estos riesgos se debe al sobrepeso mismo o a la inactividad y la falta de buen estado cardiovascular, lo cual con frecuencia acompaña al sobrepeso. Y, aunque la pérdida de peso puede reducir la presión arterial, disminuir el nivel de azúcar en la sangre e incrementar los niveles de HDL (colesterol bueno), todavía no se ha demostrado que estos efectos sean duraderos ni que la pérdida de peso redunde en más años de vida (Wickelgren, 1998). En consecuencia, en vez de concentrarse en la pérdida de peso, algunos científicos y médicos abogan por tratamientos dirigidos a mejorar la buena condición metabólica (Campfield, Smith y Burn, 1998). Puesto que el sobrepeso se acentúa con la edad, evitar el exceso de peso durante la edad adulta temprana siguiendo una dieta saludable y mantener actividad física regular puede ser el método más práctico (Wickelgren, 1998).

Como se analizó en los capítulos 3 y 9, la tendencia a la obesidad puede ser genética, y puede interactuar con factores ambientales y comportamentales (Comuzzie y Allison, 1998). Los investigadores han identificado una mutación genética en los ratones que puede influir en el centro de control del apetito en el cerebro al inhibir la producción de la proteína *leptina*, la cual informa al cerebro cuando el cuerpo ha consumido suficiente alimento (Campfield, Smith, Guisez, Devos y Burns, 1995; Halaas *et al.*, 1995; Pellemounter *et al.*, 1995; Zhang *et al.*, 1994; remítase al capítulo 9). En los seres humanos, el consumo excesivo de alimentos puede conducir a que el cerebro no responda a las señales de esta proteína (Campfield *et al.*, 1998; Travis, 1996). Eventualmente esta investigación puede conducir a la identificación y tratamiento de personas predispuestas a la obesidad.

Las drogas contra la obesidad generalmente trabajan reduciendo el apetito. El orlistat, una nueva droga promisoría en periodo de prueba, funciona inhibiendo la absorción de grasa (Campfield *et al.*, 1998). En una prueba aleatoria realizada a gran escala durante dos años, el orlistat, junto con una dieta controlada, fue modestamente efectivo para bajar de peso y mantenerlo (Davidson *et al.*, 1999). Sin embargo, no hay evidencia de que los medicamentos puedan reducir significativamente los riesgos que amenazan la salud si no se producen cambios en la dieta y el estilo de vida; también se desconocen los efectos de los medicamentos a largo plazo (Williamson, 1999).

El camino más saludable para las personas que sufren de sobrepeso –muy difícil, por supuesto– es perder peso lentamente y mantener esa pérdida. El método más efectivo para perder peso es comer menos, disminuir la cantidad de grasa en la dieta, emplear técnicas de modificación del comportamiento para cambiar patrones alimenticios y hacer más ejercicio (National Task Force, 1993).

Actividad física

Los adultos que se mantienen físicamente activos obtienen muchos beneficios, pues además de ayudar a mantener el peso adecuado del cuerpo, la actividad física desarrolla los músculos, fortalece el corazón y los pulmones, reduce la presión arterial, protege contra las enfermedades cardiovasculares, la apoplejía, la diabetes, el cáncer y la osteoporosis (adelgazamiento de los huesos que causa fracturas, más común en las mujeres de edad mediana y las ancianas), alivia la ansiedad y la depresión y alarga la vida (American Heart Association [AHA], 1995; I. M. Lee y Paffenbarger, 1992; P. R. Lee, Franks, Thomas y Paffenbarger, 1981; McCann y Holmes, 1984; Notelovitz y Ware, 1983; Pratt, 1999).

Incluso el ejercicio moderado beneficia la salud (I. M. Lee, Hsieh y Paffenbarger, 1995; NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health, 1996). Realizar más actividad física diariamente, por ejemplo caminar en vez de utilizar el automóvil en distancias cortas y subir escaleras en vez de utilizar los ascensores, puede ser tan efectivo como el ejercicio planeado (Andersen *et al.*, 1999; Dunn *et al.*, 1999; Pratt, 1999).

La actividad física puede evitar la muerte temprana. En un estudio longitudinal con 15,902 hombres y mujeres finlandeses entre 25 y 64 años, quienes hacían ejercicio ocasional tenían menos probabilidades de morir en los siguientes 19 años, sin importar factores genéticos o familiares (Kujala, Kaprio, Sarna y Koskenvuo, 1998). Un seguimiento de 5 años a casi 10.000 hombres halló una reducción de 44% en los riesgos de mortalidad entre aquellos que habían sido sedentarios y empezaron a realizar ejercicio moderado (Blair *et al.*, 1995).

Si adultos y niños realizaran 30 minutos de actividad física moderada diariamente, se estima que podían evitarse 250 mil muertes al año, la mayoría de las cuales se deben a enfermedades cardiovasculares (NIH Consensus Development Panel, 1996; Pate, Pratt, Blair, Haskell y Macera, 1995). El tiempo total dedicado al ejercicio es más importante que el tipo, la intensidad o la continuidad de la actividad. Incluso periodos breves de ejercicio durante el día pueden servir de protección para salvar la vida.

Tabaquismo

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en los Estados Unidos (AHA, 1995). Dicho hábito mata cerca de 400 mil personas anualmente y enferma a millones. Si a esa cifra se le suman los fumadores pasivos –quienes inhalan el humo que expele otra persona–, el total de muertes puede llegar a más de 450 mil (Bartecchi, MacKenzie y Shrier, 1995).

La conexión entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón está bien establecida. Se estima que el tabaquismo y la exposición a la contaminación ambiental son responsables de casi 90% de cáncer de pulmón en los Estados Unidos (Wingo *et al.*, 1999). En la actualidad, el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres y en los hombres (Hoyert *et al.*, 1999). El tabaquismo también se asocia al cáncer de laringe, boca, esófago, vejiga, riñón, páncreas y cuello uterino, a problemas gastrointestinales como úlceras, a enfermedades respiratorias como la bronquitis y el enfisema, a la osteoporosis y a las enfermedades cardiovasculares (He, Vupputuri, Prerost, Hughes y Whelton, 1999; Hopper y Seeman, 1994; National Institute on Aging [NIA], 1993; Slemenda, 1994; USD-HHS, 1987). El tabaquismo fatiga el corazón porque lo obliga a latir con mayor rapidez al estrecharse los vasos sanguíneos, eleva la presión arterial y reduce el suministro de oxígeno (AHA, 1995). Los fumadores tienen cinco veces más probabilidad que los no fumadores de sufrir un ataque al corazón a los 30 o 40 años (Parish *et al.*, 1995).

Conocidos los riesgos, el tabaquismo se ha reducido en más de 37% desde 1965 en los Estados Unidos (AHA, 1995). No obstante, la tendencia ha comenzado a revertirse entre las personas de 18 a 25 años (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 1998b) a medida que se incrementa el tabaquismo entre los estudiantes de secundaria y educación superior (Wechsler, Rigotti, Gledhill-Hoyt y Lee, 1998; Wingo *et al.*, remítase al capítulo 11). Normalmente casi 1 de cada 4 estadounidenses de 18 años o más es fumador (NCHS, 1998a), mientras en el mundo 1 de cada 3 personas mayores de 15 años lo es (Pianezza, Sellers y Tyndale, 1998).

¿Por qué muchas personas siguen fumando aunque se conocen los peligros del tabaquismo? Una de las razones es que el acto de fumar es adictivo. La tendencia a la adicción puede ser genética; recientemente se identificaron genes que pueden afectar la decisión de dejar de fumar (Lerman *et al.*, 1999; Pianezza *et al.*, 1998; Sabol *et al.*, 1999). Aunque los afroamericanos fuman menos que los estadounidenses blancos, metabolizan más nicotina en la sangre, están más propensos al cáncer de pulmón y tienen más dificultades para dejar el hábito. Las posibles razones pueden ser genéticas, biológicas o de comportamiento (Caraballo *et al.*, 1998; Pérez-Stable, Herrera, Jacob III y Benowitz, 1998; Sellers, 1998).

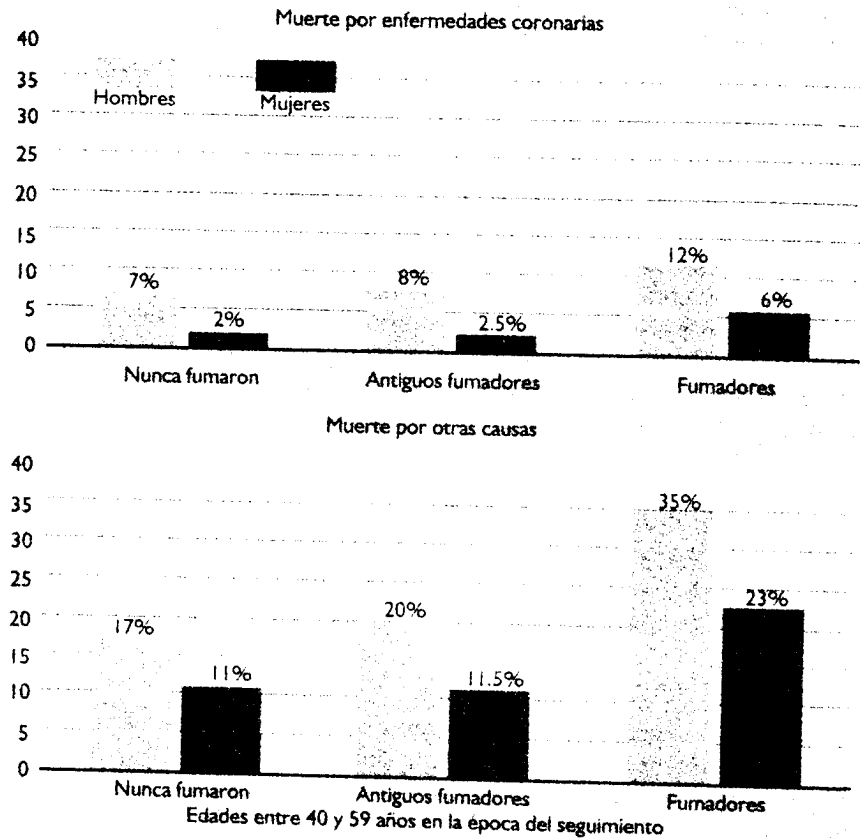


La actividad física regular es muy beneficiosa, pues ayuda a las personas a sentirse y verse bien, desarrolla los músculos, fortalece el corazón y los pulmones, mantiene el peso bajo y protege contra varios trastornos.

Figura 13-1

Tasas de mortalidad en 20 años para quienes fuman, dejaron de fumar o nunca fumaron entre 40 mil adultos de 18 a 74 años seguidos durante los años de 1968 a 1973 para identificar factores de alto riesgo para las enfermedades coronarias. Quienes habían dejado de fumar tenían una probabilidad ligeramente mayor de morir en los siguientes 20 años que quienes nunca habían fumado. Los fumadores tenían tasas de mortalidad mucho más altas de enfermedades del corazón y muchas otras causas que los otros dos grupos.

(Fuente: Adaptado de Stamler, Stamler y Garside, sin fecha.)



Dejar de fumar reduce los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares y apoplejía (Kawachi *et al.*, 1993; NIA, 1993; Wannamethee, Shaper, Whincup y Walker, 1995). Hombres y mujeres que dejan de fumar no tienen casi riesgos mayores de ataque al corazón o de morir por enfermedades cardiovasculares en un periodo de 3 a 20 años que aquellos que nunca han fumado (Rosenberg, Palmer y Shapiro, 1990; Stamler, Dyer, Shekelle, Neaton y Stamler, 1993; véase la figura 13-1).

La goma de mascar de nicotina, los parches y las aplicaciones nasales de nicotina en inhaladores, en especial cuando se combinan con las consejerías, pueden ayudar a las personas adictas a dejar de fumar gradualmente y con seguridad (Cromwell, Bartosch, Fiore, Haselblad y Baker, 1997; Hughes, Goldstein, Hurt y Shiffman, 1999; NIA, 1993). El bupropión, un medicamento antidepresivo, puede incrementar la efectividad del tratamiento con parches de nicotina (Ferri y Burchette, 1994; Heishman *et al.*, 1998). No obstante, el remplazo de la nicotina no debe continuarse indefinidamente, puesto que puede tener efectos tóxicos a largo plazo (Macklin, Maus, Pereira, Albuquerque y Conti-Fine, 1998; Maus *et al.*, 1998). En un estudio, la combinación de ejercicio vigoroso con un programa cognitivo y de comportamiento para abandonar el tabaquismo, que no incluía el remplazo de la nicotina, duplicó la tasa de éxito del programa (Marcus *et al.*, 1999).

Consumo y abuso de fármacos

Los Estados Unidos son una sociedad de bebedores. La publicidad asocia el licor, la cerveza y el vino a la buena vida y a ser "mayor". Cerca de 60% de personas entre 21 y 39 años informan que consumen alcohol, y los adultos más jóvenes tienden a ser grandes bebedores. Cerca de la mitad (46%) de las personas entre 18 y 25 años, predominantemente hombres jóvenes son grandes bebedores y beben hasta 5 o más tragos en una reunión (SAMHSA, 1998b).

El consumo de alcohol es peligroso y se asocia a otros peligros característicos de la edad adulta temprana, como accidentes de tráfico, crímenes e infección de VIH (Leigh, 1999). Conducir bajo los efectos del alcohol y otras drogas puede ser mortal. Una encuesta llevada a cabo en todo el país estima que cerca de 1 de cada 4

conductores –muy comúnmente un adulto joven– conduce dentro de las dos horas siguientes a estar bebiendo, y 1 de cada 20 conduce después de consumir otras drogas, lo cual causa más de 16,000 muertes y un millón de lesiones cada año (SAMHSA, 1998a). El alcohol también está implicado en muertes por ahogamiento, suicidio, incendio y caídas; con frecuencia es un factor en la violencia familiar (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 1981). Se estima que en la mayoría de homicidios está presente el alcohol (APA, 1994).

Aunque el consumo moderado de alcohol parece reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares fatales, la definición de moderada se ha restringido más. Los hombres que toman más de un trago diario tienen tasas más elevadas de mortalidad por cáncer, lo cual anula cualquier beneficio para el corazón (Camargo, Gaziano, Hennekens, Manson y Stampfer, 1994). Las mujeres pueden beber sin problemas sólo cerca de la mitad de lo que beben los hombres (Fuchs *et al.*, 1995; Urbano-Marquez *et al.*, 1995).

La universidad es el principal lugar para beber y consumir drogas. La gran mayoría de estudiantes universitarios consumen alcohol, y cerca de 40% parrandea por lo menos dos veces a la semana (Johnston, O'Malley y Bachman, 1999). Los estudiantes que parrandean tienden a faltar a clases, tener dificultades con las autoridades, causar daño a la propiedad, conducir después de beber y resultar involucrados en actividades sexuales no planeadas ni seguras, o en agresiones sexuales (NIAAA, 1995). El uso de marihuana entre los universitarios se elevó en 21% entre 1993 y 1997 (Wechsler *et al.*, 1998) y ahora implica a 1 de cada 4 estudiantes. Los consumidores de marihuana, así como los parranderos, tienden a obtener bajas calificaciones, dedicar menos tiempo a estudiar y más tiempo a socializar y participar en otros comportamientos de mucho peligro (Bell, Wechsler y Johnston, 1997; Wechsler, Dowdall, Davenport y Castillo, 1995).

A medida que los adultos jóvenes maduran, se establecen y asumen más responsabilidad para su futuro, tienden a reducir el consumo de alcohol y drogas, en especial si sus amigos también lo hacen (Labouvie, 1996). Aunque cerca de la mitad de todos los adultos jóvenes han probado drogas prohibidas, más comúnmente la marihuana, sólo 7.4% de personas entre 26 y 34 años son consumidores habituales (SAMHSA, 1998b).

El abuso de fármacos puede acarrear riesgos para la salud a corto y largo plazos. El consumo crónico de cocaína puede afectar el funcionamiento cognitivo (Bolla, Cadet y London, 1998; Bolla, Rothman y Cadet, 1999). Muchos "baby boomers" (nacidos en la década de 1950) que comenzaron a consumir drogas a los 13 o 20 años, y continuaron haciéndolo, ahora tienen severos problemas médicos relacionados con las drogas (SAMHSA, 1998b). Con el correr de los años, las bebidas fuertes pueden causar cirrosis hepática, otros trastornos gastrointestinales, incluidas las úlceras, enfermedades pancreáticas, algunos tipos de cáncer, paros cardíacos, apoplejía, daños en el sistema nervioso, psicosis y otros problemas médicos (AHA, 1995; Fuchs *et al.*, 1995; NIAAA, 1981). Los riesgos de cáncer de boca, garganta y esófago son mayores para los bebedores que fuman (NIAAA, 1998a). Beber consuetudinariamente incrementa a largo plazo los riesgos de cáncer de mama (Smith-Warner *et al.*, 1998).

El **alcoholismo**, considerado el principal problema de salud mental del país (Horton y Fogelman, 1991), es una enfermedad crónica que origina dependencia patológica del alcohol e interfiere en la vida normal y el cumplimiento de obligaciones. Puede incluir periodos de abstinencia y recaídas. El alcoholismo viene de familia; los parientes cercanos de personas adictas al alcohol tienen tres o cuatro veces más probabilidad de ser dependientes que las personas cuyos parientes no son adictos (APA, 1994; McGue, 1993). Aunque los hombres tienen más probabilidad que las mujeres de ser bebedores con problemas, esta diferencia parece estar disminuyendo (Prescott, Neale, Corey y Kendler, 1997).

El alcoholismo, al igual que otras adicciones, parece resultar de cambios duraderos en los patrones de transmisión de señales neurales en el cerebro. La exposición a sustancias que crean un estado mental eufórico origina adaptaciones neurológicas que producen sentimientos de insatisfacción y angustia cuando aquellas no están presentes. Entre 6 y 48 horas después del último trago, los alcohólicos

alcoholismo

Enfermedad crónica que origina dependencia del alcohol e interfiere en la vida normal y el cumplimiento de obligaciones.

EVALUACIÓN

¿Puede usted...

- ✓ resumir el estado de salud característico de los adultos jóvenes en los Estados Unidos?
- ✓ enumerar las principales causas de muerte en la edad adulta temprana?
- ✓ decir cómo puede afectar la dieta la probabilidad de sufrir cáncer y enfermedades cardiovasculares?
- ✓ dar razones para el desarrollo de la "epidemia de obesidad"?
- ✓ enumerar algunos beneficios del ejercicio?
- ✓ analizar los riesgos implícitos en el tabaquismo y el consumo y abuso de fármacos?

experimentan fuertes síntomas físicos (ansiedad, agitación, temores, presión arterial elevada y algunas veces síntomas de apoplejía). Los alcohólicos, como los adictos a las drogas, desarrollan tolerancia a la sustancia y necesitan dosis cada vez mayores para obtener la satisfacción deseada. Cuando los investigadores comprendan con precisión cómo funcionan estos procesos neurológicos, podrán formular tratamientos para modificarlos (NIAAA, 1996b).

Dependiendo de la gravedad de la enfermedad, el tratamiento corriente contra el alcoholismo puede incluir desintoxicación (remoción de todo el alcohol del cuerpo), hospitalización, tratamiento médico, psicoterapia grupal e individual, involucramiento de la familia y remisión a una organización de apoyo, como Alcohólicos Anónimos. Aunque no cure la enfermedad, el tratamiento puede dar nuevas herramientas a los alcohólicos para enfrentar su adicción y llevar una vida productiva. La prevención de recaídas es una meta clave; no más de la mitad de pacientes que se recuperan del alcoholismo y los trastornos por consumo de otras sustancias se abstiene durante más de un año (Friedmann, Saitz y Samet, 1998).

Considere lo siguiente...

Influencias indirectas en la salud y la condición física

Además de las actividades que las personas hacen, o dejan de hacer, las cuales afectan directamente su salud, existen otros factores que influyen indirectamente sobre ésta. Entre las más importantes están el ingreso económico, la educación y los factores étnicos. El género y las relaciones también marcan la diferencia.

Condición socioeconómica y factores étnicos

La relación entre condición socioeconómica y salud ha sido documentada ampliamente. Aunque las tasas de mortalidad han disminuido desde 1960, sobre todo en los Estados Unidos, la disparidad entre las elevadas tasas de mortalidad de personas pobres y poco instruidas y las bajas tasas de mortalidad de personas más acomodadas y mejor instruidas se han incrementado (Pappas, Queen, Haden y Fisher, 1993). Las personas blancas de ingresos más elevados valoran más su salud y viven más que las personas negras de bajos ingresos, una gran proporción de los cuales son pobres (en 1996, 28.4% de afroamericanos estaban por debajo de la línea de pobreza, comparados con 11.2% de personas blancas). La educación también es importante. Cuanto menor sea el grado de educación de las personas, mayor será la posibilidad de que desarrollen y sean víctimas de enfermedades contagiosas, lesiones o enfermedades crónicas (como enfermedades cardiovasculares), sean víctimas de homicidio o se suiciden (NCHS, 1998a).

De hecho, esto no significa que el ingreso y la educación sean el *origen* de una buena salud, sino que están relacionados con los factores de estilo de vida que tienen más probabilidad de conseguirla. Con frecuencia la pobreza es causa de nutrición deficiente y condiciones de vivienda por debajo de lo normal, y (en los Estados Unidos) limita el acceso a los servicios de salud (Otten, Teutsch, Williamson y Marks, 1990; NCHS, 1998a). Las personas mejor instruidas y más acaudaladas tienen dietas más saludables y acceso a mejor profilaxis y tratamiento médico. Estas personas hacen más ejercicio, es menos probable que tengan sobrepeso y fuman menos. También es más probable que consuman alcohol, pero con moderación (NCHS, 1998a; SAMHSA, 1998b).

Las relaciones entre ingreso, educación, condiciones de vida y salud ayudan a explicar el deplorable estado de salud de algunas poblaciones minoritarias. Los adultos jóvenes negros tienen 20 veces más probabilidad de sufrir pre-

El ingreso es un aspecto muy importante en la salud. Esta familia sin hogar quizá no obtenga la nutrición ni los cuidados médicos necesarios para mantener una buena salud.



si3n arterial alta que los adultos j3venes blancos (Agoda, 1995). Los afroamericanos tienen m1s del doble de probabilidad de morir en la edad adulta temprana que los blancos, en parte porque los hombres j3venes negros tienen siete veces m1s probabilidades de ser v3ctimas de homicidio (Hoyert *et al.*, 1999). Las diferencias en la salud de los diversos grupos 3tnicos no son del todo atribuibles a factores socioecon3micos; por ejemplo, ya se anot3 que el tabaquismo tiene mayor efecto fisiol3gico en las personas negras (en el cap3tulo 15 se analizar1n m1s las relaciones entre factores 3tnicos y salud).

G3nero

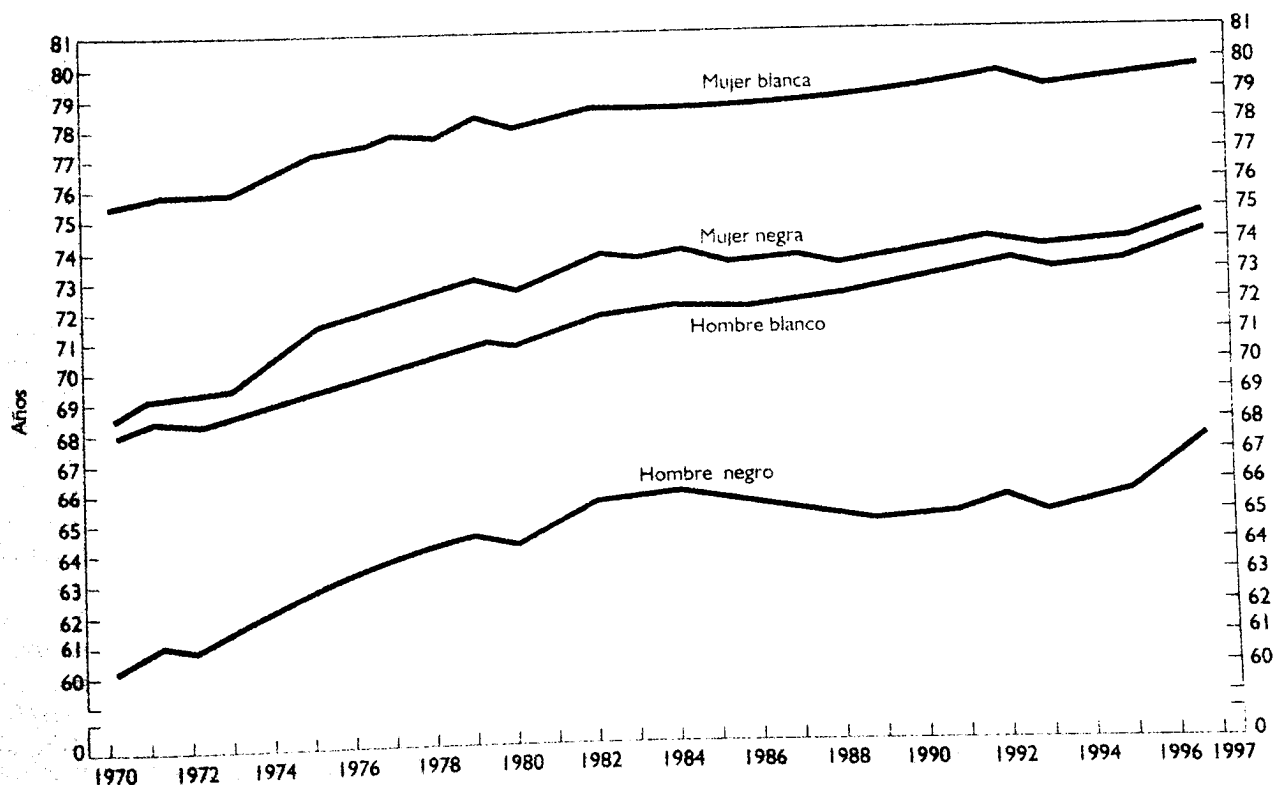
¿Cu1l de los dos sexos es m1s saludable: el masculino o el femenino? Esta pregunta es dif3cil de responder porque hasta hace muy poco las mujeres fueron excluidas de varios importantes estudios de problemas de salud que afectan a ambos sexos (Healy, 1991; Rodin Ickovics, 1990). En consecuencia, mucho de nuestro conocimiento se aplica s3lo a los varones. Por supuesto que ciertos problemas de salud, como los que afectan el sistema reproductivo de la mujer, son caracter3sticos de las mujeres; en tanto que otros, como el c1ncer de test3culos y el de pr3stata, afectan s3lo a los hombres. Algunas enfermedades, como el c1ncer de pulm3n, son m1s comunes entre los hombres, aunque esta diferencia ha disminuido (NCHS, 1998a; Wingo *et al.*, 1999). Otros, como las enfermedades cardiovasculares, tienden a afectar m1s temprano en la vida a los hombres (como Arthur Ashe) que a las mujeres. Sin embargo otros, como los trastornos alimentarios (remitase al cap3tulo 11), la artritis reumatoidea y la osteoporosis (v3ase el cap3tulo 17) son m1s comunes entre las mujeres.

Sabemos que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres y m1s bajas tasas de mortalidad (Hoyert *et al.*, 1999; v3ase la figura 13-2 y el cap3tulo 17). La mayor longevidad de las mujeres se ha atribuido a la protecci3n gen3tica brindada por el segundo cromosoma X (del que carecen los hombres) y, antes de la menopausia, a los efectos ben3ficos de la hormona femenina estr3geno, especialmente sobre la salud cardiovascular (Rodin e Ickovics, 1990; USDHHS, 1992). Sin embargo, algunos factores psicosociales y culturales como la mayor propensi3n de los hombres a asumir riesgos y su preferencia por la carne y las papas en vez de las frutas y las legumbres, tambi3n pueden incidir notablemente (Liebman, 1995a; Schardt, 1995).

Figura 13-2

Esperanza de vida, por sexo, 1970-1997.

(Fuente: Hoyert *et al.*, 1999, figura 3, p. 7.)



A pesar de ser más longevas, las mujeres informan que se enferman más a menudo que los hombres, es más probable que busquen tratamientos para enfermedades no muy graves y que reporten más síntomas inexplicables. Los hombres permanecen más en los hospitales y es más probable que sus problemas de salud sean crónicos y peligrosos para la vida (Kroenke y Spitzer, 1998; NCHS, 1998a; Rodin e Ickovics, 1990). Esto probablemente ocurre porque los hombres tardan más tiempo en buscar ayuda médica.

La mayor tendencia de las mujeres a buscar ayuda médica no necesariamente significa que el estado de salud sea peor que el de los hombres, ni que imaginen enfermedades, ni que estén preocupadas por la enfermedad (Kroenker y Spitzer, 1998), sino que simplemente pueden estar más conscientes de su salud. La menstruación y el parto permiten que la mujer tenga conciencia del cuerpo y su funcionamiento, y los patrones culturales estimulan el manejo médico de esos procesos. Muchas mujeres van al médico con regularidad, no sólo durante el embarazo sino también para someterse a pruebas ginecológicas de rutina (Schardt 1995). En general, las mujeres saben más que los hombres acerca de su salud, piensan y hacen más para prevenir las enfermedades y son más conscientes de los síntomas y la susceptibilidad a éstos, y es más probable que expongan sus preocupaciones médicas. Los hombres pueden creer que la enfermedad no es una característica "masculina" y, por tanto, es menos probable que admitan que se sienten enfermos. El hecho de que las mujeres se cuiden mejor puede ayudarles a vivir más que los hombres.

Por ejemplo, el cáncer testicular, el más común entre los hombres jóvenes, es una enfermedad curable si se detecta a tiempo; las tasas de curación superan 90% (Bosl y Motzer, 1997; Young, 1998). Puede detectarse si practican autoexámenes mensuales seguidos por una visita al médico, que puede ordenar ecografías y otras pruebas. Sin embargo, algunos hombres postergan la visita al médico porque no desean someterse a estos procedimientos (Young, 1998).

A medida que los estilos de vida de las mujeres se parecen más a los de los hombres, de alguna manera ocurre lo mismo con los patrones de salud. Las mujeres tardan más en dejar de fumar que los hombres; en años recientes muchas han contraído el hábito, situación que incrementó en 182% las muertes femeninas por cáncer de pulmón entre 1970 y 1993, más de siete veces el incremento en los hombres (USDHHS, 1996a). La brecha entre el uso de alcohol y drogas ilícitas ha disminuido entre hombres y mujeres. Las mujeres sufren adicción con facilidad y desarrollan enfermedades relacionadas con las drogas más temprano que los hombres (CASA, 1996). Además, se ha incrementado la atención pública a los temas de salud masculina. Así mismo el Viagra, droga contra la impotencia, y las pruebas de tamizaje para el cáncer de próstata están llevando más hombres a los consultorios de los médicos. Tales tendencias pueden ayudar a explicar por qué la diferencia en la esperanza de vida de hombres y mujeres disminuyó de 7 a 5 años entre 1991 y 1997 (Hoyert *et al.*, 1999).

Relaciones y salud

Las relaciones personales pueden ser vitales para la salud. Los adultos que no tienen amigos o seres amados son susceptibles de sufrir una amplia gama de problemas, incluidos accidentes de tráfico, trastornos alimentarios y suicidio (Baumeister y Leary, 1995). Las personas aisladas de los amigos y la familia tienen dos veces más probabilidad de enfermarse y morir que las personas que mantienen lazos sociales (House, Landis y Umberson, 1988). Por supuesto que, debido a que esta investigación es correlacional, no se puede asegurar que las relaciones contribuyen a la buena salud porque quizá las personas saludables tengan más probabilidad de establecer relaciones.

¿Cómo pueden ayudar las relaciones a la buena salud o cómo puede minarla la falta de éstas? Los lazos sociales pueden fomentar el sentido de significado o coherencia de la vida, mientras que el apoyo emocional puede ayudar a minimizar el estrés. Las personas que están en contacto con otras pueden tener más probabilidad de comer y dormir con sensatez, realizar suficiente ejercicio, evitar el abuso de fármacos y obtener la asistencia médica necesaria (House *et al.*, 1988).

Las personas casadas, en especial los hombres, tienden a ser más saludables físicamente y, como lo descubrió cierta investigación, más saludables psicológicamente que aquellos que nunca se han casado, son viudos, separados o divorciados (Horwitz, White y Howell-White, 1996; Ross, Mirowsky y Goldstein, 1990). Las personas casadas sufren menos discapacidades o enfermedades crónicas que limiten sus actividades, y cuando ingresan al hospital, permanecen allí poco tiempo. Las personas casadas son más longevas, de acuerdo con un estudio realizado en 16 países industrializados (Hu y Goldman, 1990). Las personas casadas, en especial los hombres, parecen llevar vidas más seguras y saludables; asumen pocos riesgos y estimulan a sus cónyuges a prestar más atención a la salud (Rogers, 1995).

Las personas casadas también tienden a estar mejor financieramente, factor asociado a la salud mental y física (Ross *et al.*, 1990). En un estudio con más de 36,000 hombres y mujeres entre 25 y 64 años, las personas casadas tenían menos probabilidad de morir que las no casadas. No obstante, las personas de altos ingresos, casadas o solteras, tenían más probabilidad de sobrevivir que las personas casadas de bajos ingresos; la más alta mortalidad se presentaba entre los solteros de bajos ingresos (Rogers, 1995).

El matrimonio se relaciona de manera diferente con la salud mental o física de los esposos y las esposas, según dos estudios realizados en muestras de personas de clase media, en su mayoría blancos. En un estudio longitudinal de 7 años realizado entre 1,201 adultos jóvenes, los hombres que contrajeron matrimonio y permanecieron casados tenían menos probabilidad de deprimirse; en esas mismas condiciones, las mujeres que permanecían solteras tenían más probabilidad de desarrollar problemas de alcohol (Horwitz *et al.*, 1996). En un estudio de observación, 90 parejas recién casadas –en edades entre 20 y 37 años– fueron filmadas tratando de resolver desacuerdos en su matrimonio. Las muestras de sangre tomadas antes y después mostraron mayores cambios endocrinos y de la presión arterial en las mujeres que en los hombres. En apariencia el conflicto matrimonial y el estrés de la vida diaria en el hogar tenían mayores efectos emocionales y fisiológicos en las esposas que en los esposos (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1996).

Aspectos relacionados con el sexo y la reproducción

Las actividades sexual y reproductora pueden causar placer y, algunas veces, conducir a la paternidad. Estas funciones naturales e importantes también pueden acarrear preocupaciones físicas, entre las que se encuentran la disfunción sexual, las enfermedades de transmisión sexual, los problemas menstruales y la infertilidad.

Disfunción sexual

Para una proporción sorprendente de adultos, el sexo no es fácil ni agradable. La **disfunción sexual** es una perturbación persistente del deseo o la respuesta sexual. Puede implicar problemas como la carencia de interés o placer en el sexo, relación dolorosa, dificultad en la excitación, orgasmo o eyaculación prematura, incapacidad para alcanzar el orgasmo y ansiedad acerca del desempeño sexual. La disfunción sexual es más común en las mujeres jóvenes y en los hombres de mediana edad y ancianos, entre quienes con frecuencia se convierte en *disfunción eréctil* o impotencia (Lauman, Paik y Rosen, 1999; véase capítulo 15).

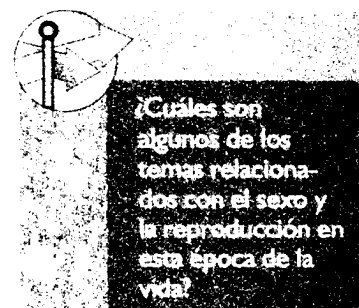
En entrevistas detalladas realizadas en una muestra de 1,749 mujeres y 1,410 hombres de todo el país entre 18 y 59 años, 43% de las mujeres y 31% de los hombres informaron algún tipo de disfunción sexual (Laumann *et al.*, 1999). El problema más común para las mujeres jóvenes era la carencia de interés en el sexo, 27% de las mujeres entre 18 y 29 años informó que el sexo no le parecía placentero, 21% informó dolor físico y 16% informó ansiedad por el sexo. Los hombres jóvenes tenían la misma probabilidad que los hombres mayores de experimentar eyaculación precoz, ansiedad por el desempeño o de no encontrar placentero el sexo.

Aunque la disfunción sexual puede tener causas físicas, algunos factores de riesgo están relacionados con la salud general, el estilo de vida y el bienestar emocional. Hombres y mujeres casados que han cursado educación superior tienen

EVALUACIÓN

¿Puede usted...

- ✓ señalar algunas diferencias en la salud y la mortalidad debidas al ingreso, la educación, los factores étnicos y el género?
- ✓ analizar cómo pueden afectar las relaciones a la salud física y mental, en especial el matrimonio?



disfunción sexual

Perturbación permanente del deseo o de la respuesta sexual.

menos problemas sexuales que los no casados o los de menos grados de escolaridad. El estrés causado por una caída repentina de los ingresos tiende a incrementar la disfunción sexual. Hombres y mujeres víctimas de abuso sexual en la niñez tienden a tener pobre adaptación sexual (Laumann *et al.*, 1999).

Estos resultados sugieren que la disfunción sexual es un problema de salud pública más extendido de lo que se sospecha. Por desgracia, según este estudio, sólo 10% de los hombres y 20% de las mujeres que padecen el problema buscan tratamiento médico (Lauman *et al.*, 1999).

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

En la edad adulta temprana los riesgos de la actividad sexual sin protección con varios compañeros no son diferentes de los de la adolescencia (remítase al capítulo 12). Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), algunas de las cuales también pueden adquirirse por otros medios, como transfusiones sanguíneas –como en el caso de Arthur Ashe–, son un problema de salud pública importante entre los adultos jóvenes.

En el mundo se estima que 33.4 millones de personas tienen VIH, el virus que causa el sida. Las personas en edad laboral corren mucho peligro (Satcher, 1999). En muchos países del sur de África, de 20 a 26% de personas entre 15 y 49 años están infectadas. Se predice que allí la esperanza de vida descenderá de 64 a 47 años para el año 2015, revirtiendo décadas de progreso a través del control de la enfermedad (Satcher, 1999).

En los Estados Unidos, donde cerca de 665,000 personas están infectadas (Satcher, 1999), se ha empezado a controlar la epidemia de sida. En 1995, el sida se convirtió en la causa principal de muerte para las personas de entre 25 y 44 años. Para 1997 había descendido al quinto lugar, aunque permanecía como causa principal de muerte para afroamericanos adultos jóvenes. En ese año, para el conjunto de la población, las muertes por infección de VIH cayeron 47.7%, pasando de ser la octava causa de muerte a la decimocuarta (Hoyert *et al.*, 1999).

En conjunto, la mayoría de los adultos infectados con VIH son heterosexuales (Altman, 1992). En los Estados Unidos, el VIH ha sido más común entre adictos a las drogas que comparten agujas hipodérmicas contaminadas, así como entre hombres homosexuales y bisexuales, personas que (como Arthur Ashe) han recibido transfusiones de sangre infectada o productos relacionados con la sangre, personas que han tenido contacto sexual con alguien que pertenece a alguno de estos grupos de alto riesgo y bebés infectados en el útero o durante el parto (Edlin *et al.*, 1994). Ha disminuido la incidencia del VIH entre hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectadas, menores de 20 años, pero se ha incrementado la transmisión heterosexual, en especial entre las minorías. El resultado es la incidencia creciente de infección en las mujeres jóvenes de las minorías junto con la reducción drástica de la incidencia en los hombres blancos jóvenes (Rosemberg y Biggar, 1998).

La prueba voluntaria es un elemento importantísimo para el control de las enfermedades de transmisión sexual. Por desgracia, no es fácil motivar a las personas a que se la practiquen. En un estudio, alumnos universitarios de psicología vieron una película sobre comportamiento sexual no protegido y vulnerabilidad a la infección del VIH. Antes de ver la película, respondieron cuestionarios y también después de verla; y de nuevo cuatro semanas más tarde. Aunque la película elevó la percepción de los riesgos personales de los estudiantes sexualmente activos, sólo 17% se practicó la prueba durante los días siguientes, pidieron a sus compañeros que se la practicasen o comenzaron a solicitar que se les practicara la prueba (Rothman, Kelly, Weinstein y O'Leary, 1999).

Educar a las personas para que usen condones, el medio más efectivo para prevenir las ETS, no siempre es fácil. Entre 822 mujeres de barrios populosos (promedio de edad cercano a 26 años), sólo 7% reportó que usaba condón con regularidad con su compañero habitual y 12%, con otros compañeros, aunque muchas de las mujeres estaban bien informadas acerca del sida y preocupadas por éste. Las mujeres que informaron el uso de condón con regularidad, y aquellas que estaban considerando-

lo seriamente, tendían a tener más fuerte sentido de autoeficacia o confianza en la capacidad para lograr sus metas que aquellas que todavía no contemplaban la posibilidad de usarlo. La autoeficacia puede ayudar a las mujeres a ser más estrictas con los compañeros que se niegan a usar condones (Stark *et al.*, 1998).

Las consejerías también pueden ayudar. En un estudio aleatorio controlado con 617 mujeres afroamericanas e hispanas que padecían gonorrea y clamidia (promedio de edad aproximado de 21 años), algunas facilitadoras de los grupos étnicos de las participantes condujeron tres sesiones de consejería culturalmente sensible para pequeños grupos (Shain *et al.*, 1999). Las participantes tuvieron tasas de nueva infección más bajas durante el siguiente año que un grupo de control que había seguido consejería normal (16.8 frente a 26.9%).

Problemas relacionados con la menstruación

Aunque las mujeres están bien protegidas por la actividad hormonal durante los años reproductivos, el ciclo menstrual puede acarrear problemas de salud. El **síndrome premenstrual** es un trastorno que implica molestias físicas y tensión emocional durante una o dos semanas antes del comienzo del periodo menstrual. Los síntomas pueden incluir fatiga, antojos de comer ciertos alimentos, dolores de cabeza, hinchazón y sensibilidad en los senos, pies o manos hinchados, inflamación abdominal, náuseas, resfriados, subida de peso, ansiedad, depresión, irritabilidad, estado de ánimo variable, tristeza y dificultad para concentrarse o recordar ("PMS: It's Real", 1994; Reid y Yen, 1981). Estos síntomas no son distintivos por sí solos; lo que identifica el síndrome premenstrual es la época en que se presenta.

A diferencia de la *dismenorrea*, o cólicos menstruales, la cual tiende a afectar a las adolescentes y mujeres jóvenes, el síndrome afecta típicamente a las mujeres de 30 años o más. Aunque 70% de las mujeres que menstrúan pueden tener algunos síntomas, a poco menos de 10% se les convierten en problemas severos de salud (Freeman, Rickels, Sondheimer y Polansky, 1995; "PMS. It's Real", 1994).

Aunque algunas personas creen que el síndrome tiene orígenes emocionales, un estudio doble ciego estableció que es una respuesta anormal a la secreción normal mensual de las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, posiblemente debido a diferencias en los receptores cerebrales de estas hormonas. Administrando artificialmente las hormonas, los investigadores indujeron los síntomas del síndrome en las mujeres que lo tenían pero no en las que no lo tenían ni en las que recibieron un placebo, el cual no tiene ingredientes activos (Schmidt, Nieman, Danaceau, Adams y Rubinow, 1998).

La manera de tratar el síndrome ha generado controversia. Un tratamiento utilizado ampliamente, la administración de progesterona en píldoras o supositorios, probado en un amplio estudio aleatorio controlado, no dio mejores resultados que el placebo (Freeman, Rickels, Sondheimer y Polansky, 1990). En un estudio de seguimiento, las píldoras contra la ansiedad fueron más efectivas (Freeman *et al.*, 1995). Cuando los síntomas son más moderados, algunos médicos recomiendan cambios en el ejercicio y la dieta, como evitar el consumo de grasa, sodio, cafeína y alcohol ("PMS: It's Real", 1994).

Infertilidad

Se estima que entre 8 y 17% de las parejas estadounidenses experimentan **infertilidad**: incapacidad para concebir un bebé después de intentarlo durante 12 a 18 meses (ISLAT Working Group, 1998; Mosher y Pratt, 1991).

La causa más común de infertilidad en los hombres es la producción de muy pocos espermatozoides. Aunque sólo se necesita un espermatozoide para fertilizar el óvulo, la concepción es improbable cuando la cantidad de espermatozoides está por debajo de entre 60 y 200 millones por cada eyaculación. Algunas veces se bloquea el conducto eyaculatorio, lo cual impide que el espermatozoide llegue a su destino, o quizá éste sea incapaz de "nadar" bien para alcanzar el cuello uterino. Algunos casos de infertilidad masculina parecen tener una base genética (King, 1996; Phillips, 1998; Reijo, Alagappan Patrizio y Page, 1996).

EVALUACIÓN

¿Puede usted...

- ✓ identificar varios tipos y causas de disfunción sexual?
- ✓ analizar algunos métodos empleados para controlar la propagación de las ETS?

síndrome premenstrual

Trastorno que produce síntomas de molestia física y tensión emocional durante una o dos semanas antes del periodo menstrual.

infertilidad

Incapacidad para concebir después de intentarlo durante 12 a 18 meses.



donante, proporcionado por una mujer joven, por lo general anónima, y se implanta en el útero de la madre (Lutjen *et al.*, 1984). El óvulo también puede fertilizarse en el cuerpo de la donante por inseminación artificial. Cuando el útero de la donante se inflama unos pocos días más tarde, se retira el embrión y se implanta en el útero de quien recibe. La transferencia de óvulos ha sido empleada por mujeres que entran en la menopausia (Sauer, Paulson y Lobo, 1990, 1993).

En la *maternidad sustituta*, una mujer fértil es fertilizada por el padre prospectivo, por lo general mediante inseminación artificial. Ella da a luz el bebé y lo entrega al padre y a su compañera. La maternidad sustituta está en el limbo jurídico; en muchos estados, los tribunales creen que los contratos de subrogación son inexigibles (A. Toback, comunicación personal, enero 23 de 1997), y algunos estados han prohibido esta práctica o le han puesto estrictas condiciones. La American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics (1992) recomienda que la maternidad sustituta se considere un contrato de subrogación tentativa antes de la concepción en el cual la subrogación es decisión única del otorgante antes del nacimiento. El comité de la AAP también recomienda firmar un contrato anterior al parto, periodo en el cual la sustituta puede reclamar sus derechos maternos.

Quizá el aspecto más objetable de la subrogación, además de la posibilidad de exigir a la madre sustituta que renuncie al bebé, es el pago de dinero puesto que a muchas personas les parece incorrecta la creación de una "clase reproductora" de mujeres pobres y desprotegidas que dan a luz bebés para las clases acomodadas. Preocupaciones semejantes han sido expuestas en el caso de pago a las donantes de óvulos. La explotación de los pretendidos padres también es otro tema. Algunos observadores se preocupan por la rápida proliferación de clínicas de fertilidad impulsadas por el beneficio que pueden obtener de parejas desesperadas (Gabriel, 1996).

Los nuevos métodos de concepción no tradicionales dejan serias dudas, sólo unos pocos estados han adoptado normas para reglamentarlos (ISLAT Working Group,

1998). ¿Sólo las personas infértiles deben utilizar las clínicas de fertilidad o cualquiera puede hacer tales contratos por conveniencia? ¿Deben tener acceso a estos métodos los solteros, los que viven en unión libre y las parejas homosexuales? ¿Qué ocurre a las personas mayores, que pueden enfermar o morir antes de que los hijos crezcan? ¿Deben conocer los hijos su ascendencia? ¿Deben practicarse pruebas genéticas en los donantes y sustitutos para identificar anomalías potenciales o la susceptibilidad a ciertas enfermedades o trastornos? ¿Qué ocurre con las pruebas de tamizaje para enfermedades existentes? ¿Debe legalizarse el número límite de embriones implantados? ¿Debe exigirse que las clínicas de fertilidad revelen los riesgos, las opciones y las tasas de éxito? ¿Qué sucede si una pareja que contrata una madre sustituta se divorcia antes del nacimiento? Cuando una pareja elige la fertilización *in vitro*, ¿qué debe hacer con los embriones no utilizados? (en más de un caso llevado ante los tribunales, la pareja que había dispuesto que se congelaran los embriones excedentes terminó divorciada. Entonces, la mujer quería que se le permitiera usar los embriones para concebir, pero el hombre deseaba destruirlos).

Otra preocupación es el riesgo psicológico que pueden correr los hijos concebidos mediante óvulos o espermatozoides donados. ¿La ausencia de un vínculo genético con uno o ambos padres, junto con las tensiones creadas por el secreto de tales procedimientos y los desengaños continuos por la infertilidad, afectan el entorno familiar? Un estudio sugiere que la respuesta es no, que un fuerte deseo de paternidad es más importante que los vínculos genéticos. La calidad de la crianza era *mejor* cuando un niño era concebido por fertilización *in vitro* o por inseminación de un donante que cuando se empleaba la manera tradicional; no aparecieron diferencias en los sentimientos, el comportamiento o las relaciones del niño con sus padres (Golombok, Cook, Bish y Murray, 1995).

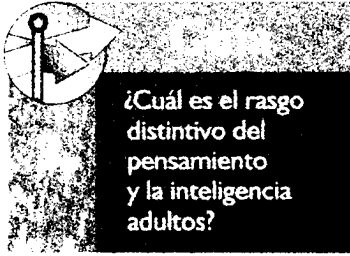
De todos estos interrogantes, una cosa parece cierta: mientras haya personas que deseen hijos pero no puedan concebir o dar a luz, el ingenio o la tecnología humanas descubrirán nuevas maneras de satisfacer sus necesidades.

Desarrollo cognitivo

Puntos de vista sobre la cognición adulta



El sentido común afirma que los adultos piensan de manera diferente que los niños o los adolescentes, mantienen tipos de conversaciones diferentes, comprenden material más complicado y emplean su amplia experiencia para resolver problemas prácticos. ¿Está en lo cierto el sentido común? Los teóricos e investigadores del desarrollo han estudiado la condición adulta desde una variedad de perspectivas. Algunos investigadores como Jan Sinnott y K. Wagner Schaie emplean un método por pasos



¿Cuál es el rasgo distintivo del pensamiento y la inteligencia adultos?

pensamiento posformal

Tipo de pensamiento maduro basado en la experiencia subjetiva, la intuición y la lógica; es útil para enfrentar la ambigüedad, la incertidumbre, la incoherencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso.

que trata de identificar lo distintivo del modo de pensar de los adultos, como hizo Piaget en el caso del pensamiento de los niños. Otros investigadores, como Robert Sternberg, se centran en las clases o aspectos de la inteligencia reconocidos por pruebas psicométricas que tienden a estar en primer plano en la edad adulta. Una teoría de moda destaca el papel de la emoción en el comportamiento inteligente.

Más allá de Piaget: el paso al pensamiento posformal

Aunque Piaget describió la etapa de las operaciones formales como el máximo logro cognitivo, algunos científicos del desarrollo sostienen que los cambios en la cognición se extienden más allá de esta etapa. Según los críticos de Piaget, el razonamiento formal no es la única característica del pensamiento maduro, y quizá ni siquiera sea la más importante (Moshman, 1998).

Trabajos teóricos y de investigación llevados a cabo desde los años de 1970 revelan que el pensamiento maduro puede estar lejos de ser más variado y más complejo que las manipulaciones intelectuales abstractas descritas por Piaget (Arlin, 1984; Labouvie-Vief, 1985, 1990a; Labouvie-Vief y Hakim-Larson, 1989; Sinnott, 1984, 1989a, 1989b, 1991, 1998). En la edad adulta el pensamiento, que parece flexible, abierto, adaptable e individualista, se basa en la intuición, la emoción y la lógica para ayudar a las personas a enfrentar un mundo caótico en apariencia; aplica el fruto de la experiencia a situaciones ambiguas y se caracteriza por la capacidad para enfrentar la incertidumbre, la incoherencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso (como lo hizo Arthur Ashe cuando enfrentó limitaciones físicas para continuar su carrera tenística). Esta etapa más elevada de la cognición adulta también se conoce como **pensamiento posformal**.

El pensamiento posformal es relativista. El pensamiento inmaduro ve en blanco y negro (correcto frente a equivocado, intelecto frente a sentimientos, mente frente a cuerpo); el pensamiento posformal ve tonos grises. Con frecuencia se desarrollan respuestas a eventos e interacciones que señalan maneras no acostumbradas de ver las cosas y desafían la visión de mundo sencilla y polarizada. Permite a los adultos trascender un único sistema lógico (como una teoría particular del desarrollo humano) o un sistema político establecido y reconcilia o elige entre ideas o exigencias contrapuestas, cada una de las cuales puede ser correcta desde su propia perspectiva (Labouvie-Vief, 1990a, 1990b; Sinnott, 1996, 1998).

Un destacado investigador, Jan Sinnott (1984, 1998), ha propuesto varios criterios del pensamiento posformal, entre los cuales se hallan los siguientes:

- *Mecanismos de conmutación*. Capacidad para pasar del razonamiento abstracto a las consideraciones prácticas del mundo real, y viceversa ("Esto podría funcionar en el papel pero no en la vida real").
- *Múltiple causalidad, múltiples soluciones*. Conciencia de que la mayoría de los problemas tienen más de una causa y más de una solución, y que algunas soluciones pueden servir más que otras ("Intentemos con su método; si no funciona, podemos intentar con el mío").
- *Pragmatismo*. Capacidad para escoger la mejor de varias soluciones posibles y reconocer criterios para la elección ("Si usted desea la solución más práctica, haga esto; si desea la solución más rápida, haga esto").
- *Conciencia de la paradoja*. Reconocimiento de que un problema o solución implica conflicto inherente ("Si hace eso, logrará lo que desea, pero al final no se sentirá feliz").

El pensamiento posformal maneja la información en un contexto social. A diferencia del problema estudiado por Piaget, el cual involucra fenómenos físicos y requiere observación y análisis desapasionados y objetivos, los dilemas sociales están menos estructurados y con frecuencia se hallan cargados de emoción. En este tipo de situaciones, los adultos maduros tienden a utilizar el pensamiento posformal (Berg y Klaczynski, 1996; Sinnott, 1996, 1998).

En un estudio (Labouvie-Vief, Adams, Hakim-Larson, Hayden y DeVoe, 1987) se pidió a personas situadas entre la preadolescencia y la edad madura que consideraran el siguiente problema:

John bebe hasta embriagarse, especialmente en las fiestas. Su esposa Mary le advierte que si se embriaga una vez más, se llevará a los niños y lo dejará. Después de una fiesta en la oficina, John llega embriagado a casa ¿Dejará Mary a John?

Los preadolescentes y los adolescentes más jóvenes respondieron "sí": Mary deja a John porque ella se lo había dicho. Los adolescentes más maduros y los adultos tuvieron en cuenta las dimensiones humanas del problema, y se dieron cuenta de que Mary no podía cumplir su amenaza. Los pensadores *más* maduros reconocieron que había varias maneras de interpretar el mismo problema, y que la manera como las personas miran tales problemas con frecuencia depende de su experiencia vital. La capacidad para ver múltiples respuestas estaba sólo relacionada parcialmente con la edad: aunque no aparecía hasta la adolescencia tardía o la edad adulta temprana, los adultos de 40 años no necesariamente piensan con más madurez que los adultos de 20 años.

No obstante, otra investigación encontró una progresión general relacionada con la edad, encaminada al pensamiento posformal pasando por la edad adulta temprana e intermedia, en especial cuando están involucradas las emociones (Blanchard-Fields, 1986). En un estudio se pidió a los participantes que dijeran cuál era el origen de los resultados de una serie de situaciones hipotéticas, como el conflicto matrimonial. Los adolescentes y los adultos jóvenes tendieron a culpar a los individuos, mientras las personas de mediana edad tenían más probabilidad de atribuir el comportamiento a la interrelación de las personas y el entorno. Cuanto más ambigua era la situación, mayor eran las diferencias de edad en la interpretación (Blanchard-Fields y Norris, 1994). Más adelante, en este capítulo, se analizarán los métodos de enseñanza diseñados para ayudar a los adultos a desarrollar el pensamiento posformal.

Aunque varios estudios apoyan la existencia del pensamiento posformal (Berg y Klaczynski, 1996; Sinnott, 1996, 1998), los críticos dicen que el concepto tiene una base de investigación muy débil. Mucha de la investigación que lo apoya se basa en entrevistas extensivas que requieren mucho tiempo, sondean los puntos de vista de los participantes acerca de situaciones hipotéticas y luego comparan sus respuestas con criterios subjetivos. Tales estudios no son fáciles de replicar, de modo que la variedad de sus conclusiones no pueden probarse con facilidad. Quizás en el futuro la investigación determine si pueden desarrollarse mediciones objetivas y confiables de pensamiento posformal (más adelante, en el capítulo 15, se analizará el pensamiento posformal).

Schaie: un modelo del desarrollo cognitivo para todo el ciclo vital

Uno de los pocos investigadores que propuso un modelo de etapas del desarrollo cognitivo para todo el ciclo vital, desde la niñez hasta la edad adulta tardía, es K. Wagner Schaie (1977-1978; Schaie y Willis, 2000). El modelo de Schaie se refiere a los usos del intelecto en desarrollo dentro del contexto social. Sus siete etapas (*véase* figura 13-3) consideran objetivos muy importantes en varias etapas de la vida, los cuales van desde la adquisición de información y habilidades (*lo que necesito saber*) pasando

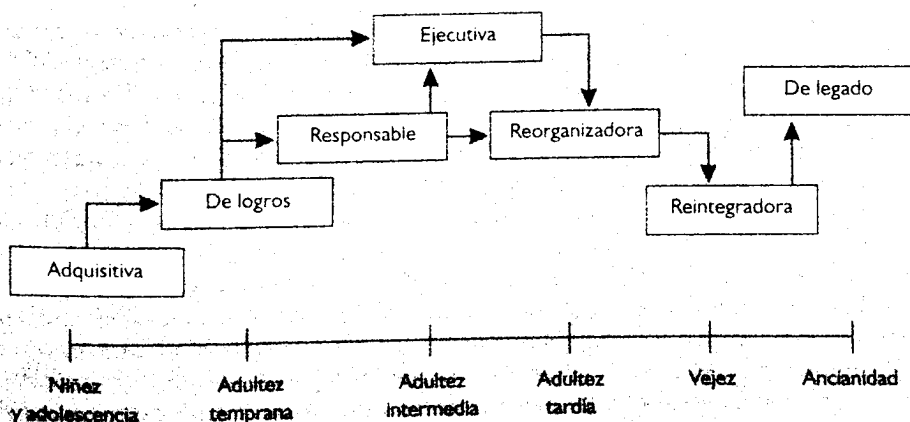


Figura 13-3

Etapas del desarrollo cognitivo en los adultos.

(Fuente: basado en Schaie y Willis, 2000.)

EVALUACIÓN

¿Puede usted...

- ✓ explicar por qué el pensamiento posformal puede adaptarse especialmente para resolver problemas sociales?