
Introducció a la psicologia del desenvolupament, psicologia de la personalitat i psicologia clínica i de la salut

PID_00269946

Manuel Casado Gómez

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores



**Manuel Casado Gómez**

Llicenciat de Psicologia per la Universitat de Barcelona (UB). Màster en Psicologia forense i criminal, postgrau en Polítiques de joventut i Col·lectius de risc i inserció social. Tècnic en l'equip d'assessorament tècnic civil en l'àmbit de famílies del Departament de Justícia i professor associat a la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) en els graus de Psicologia i Criminologia. Ha treballat com a delegat i coordinador de mesures penals alternatives a l'àrea d'execució penal i medi obert del Departament de Justícia. Experiència en execució de programes reeducatius i en l'avaluació psicològica judicial. La seva línia de recerca se centra en la influència de les TIC en els trets de la personalitat i la seva derivació en possibles trastorns o addiccions.

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats per la professora: Rocío Pina Ríos (2020)

Primera edició: febrer 2020
© Manuel Casado Gómez
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. Psicologia del desenvolupament	7
1.1. Introducció a la psicologia del desenvolupament vital	7
1.2. Factors en el desenvolupament del cicle vital	10
1.3. El desenvolupament del cicle vital	11
1.3.1. Període prenatal	12
1.3.2. La primera infància (de 0 a 2 anys)	12
1.3.3. La primera infància (de 2 a 7 anys)	15
1.3.4. La segona infància (de 7 a 12 anys)	17
1.3.5. L'adolescència (de 12 a 18 anys)	19
1.3.6. L'edat adulta (de 18 a 65 anys)	23
1.3.7. La vellesa (a partir de 65 anys)	25
2. Psicologia de la personalitat	29
2.1. Què és la personalitat?	29
2.2. Personalitat i diferències individuals	30
2.3. Mètodes d'estudi de la personalitat	32
2.4. Instruments d'avaluació de la personalitat	34
2.4.1. Les proves projectives	34
2.4.2. Els test de personalitat	35
2.4.3. L'entrevista	36
2.5. Les teories de la personalitat	37
2.5.1. La perspectiva del tret	37
2.5.2. La perspectiva psicoanalítica	39
2.5.3. La perspectiva fenomenològica humanista	41
2.5.4. La perspectiva de l'aprenentatge social	42
2.6. Personalitat i conducta criminal	43
3. Psicologia clínica i de la salut	47
3.1. Què és la psicologia clínica i de la salut?	47
3.2. La psicologia de la salut	47
3.2.1. La promoció de la salut	48
3.3. La psicologia clínica	51
3.3.1. El concepte de trastorn mental	51
3.3.2. Tractaments terapèutics psicològics	54
Exercicis d'autoavaluació	59

Solucionari.....	62
Bibliografia.....	63

Introducció

El contingut d'aquest mòdul pretén apropar l'estudiant a tres grans i importants especialitats de la psicologia: la **psicologia del desenvolupament**, la **psicologia de la personalitat** i la **psicologia clínica i de la salut**. I diem «apropar», ja que és necessari constatar que es tracta, precisament, de tres importants branques amb grans marcs teòrics que són objecte d'interès permanent per part de la recerca psicològica i defensades per una gran varietat de perspectives teòriques que, fins i tot, postulen sovint principis antagònics i, sovint, enfrontats. I diem «importants» perquè totes tres abasten totes les àrees de la vida humana des de diferents vessants, intentant agrupar des d'aspectes relacionats amb la fisiologia i la psiconeurologia, innats o apresos, fins a aspectes relacionats amb la influència de la societat i la cultura. Per tot això, aquestes tres grans àrees d'estudi han estat, són i seguiran sent objecte d'interès d'innombrables estudis que, des de la psicologia o altres disciplines, intenten comprendre i donar sentit a la conducta humana.

Aquest text té la intenció de facilitar un breu repàs d'aquells conceptes, plantejaments teòrics i mètodes instrumentals que, des d'un enfocament teòric i experimental, defineixen la trajectòria i característiques de l'ésser humà, els seus processos interns i externs, a més d'explicar les seves peculiaritats mentre creix i es desenvolupa en el món que l'envolta. D'aquesta manera, en l'exercici de la seva professió, l'estudiant coneixerà les fases i metes evolutives al llarg del creixement vital d'una persona, disposarà d'informació sobre els aspectes relacionats amb la seva conducta i estil de vida per així, finalment, descriure, conèixer i classificar el comportament humà des d'un punt de vista científic i tècnic amb la finalitat de detectar possibles diferències individuals i alteracions de la psicologia humana.

Objectius

Amb l'estudi d'aquest mòdul didàctic es pretén que l'estudiant aconseguixi els objectius següents:

- 1.** Adquirir una visió global de les tres grans especialitats de la psicologia: psicologia del desenvolupament, psicologia de la personalitat i psicologia clínica i de la salut.
- 2.** Conèixer algunes de les perspectives psicològiques i autors de referència més importants de cadascuna de les tres especialitats de la psicologia.
- 3.** Entendre els principals constructes psicològics clau en la teoria psicològica, tant en el cicle vital, com en l'àmbit clínic i de salut del comportament humà.
- 4.** Comprendre la teoria sobre els canvis, fites i estats de l'individu al llarg de la seva trajectòria vital.
- 5.** Identificar les tècniques i els mètodes utilitzats en psicologia com a eines per a l'avaluació de la conducta i les peculiaritats de l'individu.
- 6.** Entendre i explicar de forma bàsica els factors personals, psicològics i socials que intervenen en la persona, criminal o no, en el desenvolupament i exercici de la seva personalitat.
- 7.** Disposar d'indicadors psicològics que permetin entendre i anticipar certs aspectes relatius a la personalitat criminal.
- 8.** Adquirir un coneixement adequat sobre l'àmbit d'intervenció de la psicologia clínica en totes les àrees relacionades amb la salut i la conducta humana.
- 9.** Adquirir capacitat crítica per a entendre la conducta humana en contextos diversos.

1. Psicologia del desenvolupament

1.1. Introducció a la psicologia del desenvolupament vital

La psicologia del desenvolupament, també anomenada *psicologia evolutiva*, és l'àrea que estudia els processos de canvi i creixement que tenen lloc en la conducta i habilitats psicològiques al llarg de tota la trajectòria vital de l'ésser humà. Per tant, el període cronològic d'estudi d'aquest vessant psicològic comprendria des de la concepció i els primers mesos de gestació fins a les últimes fases del període de senectut humana.

El **desenvolupament** consisteix en aquells canvis que poden ordenar-se en funció de l'edat i segueixen un procés ordenat, acumulatiu i orientat a un fi (Valsiner, 1998 citat a Mietzel, 2005).

La psicologia del desenvolupament se centra en la importància de conèixer els canvis o avanços que es produeixen a cada moment en l'ésser humà. A més, permet detectar i diagnosticar aquelles dificultats, metes o estadis no aconseguits o bé aquelles alteracions en els processos de canvi que puguin ser significatius i que requereixin consideracions especials.

En general, les diferents divisions o distribucions de les fases del desenvolupament vital solen marcar clars límits entre **la infància** (inclosa la fase prenatal), **l'adolescència**, **l'edat adulta** i **la vellesa**. Totes elles posseeixen diferències significatives que requeriran la superació de tots els assoliments atribuïts a cadascuna de les etapes per a poder desenvolupar adequadament les posteriors. A la taula 1 podeu observar una classificació habitual del cicle vital per etapes i la seva corresponent distribució per edats.

Taula 1. Cicle vital humà

Etapa	Edat
Període prenatal	De la concepció al naixement.
Primera infància 1	Del naixement a dos anys.
Primera infància 2	De dos a sis anys.
Segona infància	De sis a dotze anys aproximadament.
Adolescència	De dotze anys a divuit - vint-i-un anys.
Joventut i maduresa	De divuit - vint-i-un a seixanta-cinc anys d'edat.

Font: elaboració pròpia.

Etapa	Edat
Vellesa o adultesa tardana	Dels seixanta-cinc anys fins a la mort.

Font: elaboració pròpia.

És important esmentar tres conceptes habituals entre la terminologia associada a la psicologia evolutiva de l'ésser humà que poden donar lloc a confusió:

1) **Desenvolupament:** conjunt de canvis físics, psicològics i culturals que es donen al llarg de la vida i que, acompanyats de l'aprenentatge, es nodreixen recíprocament.

2) **Maduració:** procés que travessa qualsevol ésser viu que creix i es desenvolupa fins a arribar al seu punt de plenitud. En termes psicològics, la maduració és el procés mitjançant el qual la persona arriba a adquirir una capacitat o dimensió a través de l'aprenentatge de manera continuada.

3) **Creixement:** procés biològic mitjançant el qual l'infant augmenta de grandària i de massa amb els consegüents canvis funcionals que afecten tot l'organisme. Es tracta de la dimensió física del desenvolupament.

Per a conèixer l'origen de la psicologia evolutiva o del desenvolupament, hem de fer una mica de recorregut històric. A excepció d'**Aristòtil** (384-322 a. C.) i el concepte d'epigènesi –relació de l'existència de canvis qualitius del desenvolupament com a conseqüència de la seva interacció amb l'ambient– i **Rousseau** (1712-1778) –que descarta acceptar l'infant com una persona adulta en miniatura, destacant l'espontaneïtat i bondat de la seva pròpia naturalesa infantil–, la infància al llarg de la història no havia estat considerada com un estat vital amb característiques pròpies i diferenciades. No serà fins a l'edat moderna i a partir de les teories evolucionistes de **Darwin** (1809-1882) –el qual justifica la selecció natural com a procés explicatiu de l'evolució de les espècies, malgrat no centrar les seves teories en la gènesi de l'individu– que no apareixeran els primers teòrics que tinguin com a objecte d'estudi l'infant. A partir de llavors, es comença a considerar l'infant com un ésser humà en fase de desenvolupament i amb identitat pròpia i singular, aspectes que el diferencien de la persona i que porta a l'estudi sobre com creix, com es relaciona i com s'adapta a l'ambient en el qual viu.

Reflexió

Feu una cerca en línia sobre la història de «Víctor, el nen salvatge d'Avairon». Intenteu reflexionar sobre les qüestions següents:

- La personalitat i la conducta de l'ésser humà són innates o apreses?
- Quina importància té la socialització en el desenvolupament del nen?

Si esteu interessats a aprofundir més sobre la importància de l'ambient i la socialització en el procés vital de l'ésser humà, podeu veure la pel·lícula *El petit salvatge*, de François Truffaut, en el següent enllaç: archive.org/details/truffaut1969.

Es considera que el naixement de la psicologia evolutiva ve gràcies a l'obra de **W. Preyer** (1841-1897), el qual el 1882 va publicar *L'ànima del nen*, on va aportar informació precisa sobre característiques físiques i evolutives de l'infant. Aquest autor, seguidor de la teoria evolutiva de Darwin, centra el seu interès en l'estudi de moltes funcions del desenvolupament per a establir paral·lelismes amb les dels nostres avantpassats. Posteriorment, **Stanley Hall** (1846-1924), psicòleg americà i fundador de l'APA (American Psychological Association) va plantejar que durant els primers anys de vida els humans ens diferenciem poc d'altres animals. Segons aquest autor, no serà fins a l'edat adulta que a causa del procés de socialització i educació disposarem d'un potencial cognitiu superior a les altres espècies. Paral·lelament, el psicòleg **James M. Baldwin** (1861-1934) considerava que l'aprenentatge també tenia un paper important en les teories evolucionistes. Baldwin va postular que les transmissions genètiques heretades facilitaven l'aprenentatge i va incorporar una concepció dinàmica del desenvolupament, que s'aplica en tres àrees evolutives: el desenvolupament motor i cognitiu de l'infant, el desenvolupament social i d'interacció i, finalment, el mateix desenvolupament genètic evolutiu (ontogènia i filogènia).

A principis del segle xx, amb l'aparició de nous enfocaments i innovacions metodològiques (laboratoris experimentals, qüestionaris psicològics, etc.) es consolida la psicologia del desenvolupament i encara que continua la disputa entre els diferents corrents psicològics, com el conductisme o la psicoanàlisi, es comença a concebre la psicologia evolutiva com a independent. Cal apuntar que **Freud** (1856-1939) va influir considerablement en la psicologia del desenvolupament, ja que plantejava una anàlisi dinàmica de les fases evolutives i etapes sexuals durant el creixement. Des del seu punt de vista l'evolució de l'individu està associada a l'instint i la sexualitat.

Finalment, és important esmentar, encara que sigui de forma fugaç, l'extens treball de **Piaget** (1896-1980), biòleg i psicòleg suís seguidor de Baldwin que va desenvolupar la seva teoria sobre la intel·ligència en investigar les capacitats cognitives de manera empírica. Aquest autor, a més de reconèixer la influència genètica en el desenvolupament evolutiu a través de patrons innats, va reconèixer la influència en aquest desenvolupament dels estímuls socioculturals, estímuls que configuraran la forma de pensar i intel·ligència de l'infant a partir de la informació que va rebent en la seva interacció social. En la seva obra, Piaget parla d'**estructures cognoscitives** com a conjunt d'accions de la intel·ligència, d'**esquemes** com el resultat del coneixement després de realitzar un comportament i de **funcions** com aquells processos innats que orienten el desenvolupament humà.

Segons L. Berk (1998, citat a González, 2002), Piaget va concebre la cognició humana com un conjunt integrat de capacitats de raonament mogut (accionat) per un organisme actiu, en constants esforços per a donar sentit a l'experiència. A manera de resum, a la taula 2 podeu observar les diferents etapes del desenvolupament segons Piaget.

Ontogènia i filogènia

Ontogènia: la branca de la biologia que se centra en l'estudi del desenvolupament dels éssers vius, des de la seva concepció fins a la seva mort.

Filogènia: la branca de la biologia que se centra en l'estudi de l'origen i del desenvolupament de totes les espècies.

El concepte d'esquema de Piaget

Per Piaget, un esquema és una operació o estructura mental determinada que es pot generalitzar i ser transferida. Un dels primers esquemes és la **permanència de l'objecte**, que permet al nen o nena reaccionar davant objectes que no estan presents. Un altre exemple seria la capacitat per a classificar objectes per característiques: colors, formes o grandàries.

Taula 2. Etapes del desenvolupament cognitiu (edats aproximades) en la teoria de Piaget

Edat	Etapa	Característiques principals
Infància: de 0 a 2 anys	Sensoriomotor	Pensament confinat (centrat) en esquemes d'acció. El desenvolupament cognitiu s'articula mitjançant jocs d'experimentació.
Preescolar: de 2 a 7 anys	Preoperacional	Pensament representatiu. Pensament intuïtiu, no lògic. El desenvolupament cognitiu se centra a evocar objectes no presents.
Infantesa: de 7 a 11 anys	Operacional concret	Pensament lògic i sistemàtic, però solament en relació amb objectes concrets. El desenvolupament cognitiu permet usar la lògica, però de forma concreta.
Adolescència i maduresa	Operacional formal	Pensament lògic i abstracte. El desenvolupament cognitiu permet fer ús de la lògica i tenir capacitat d'analitzar i deduir mitjançant la hipòtesi.

Font: adaptada de L. Hoffman, S. Paris, i E. Hall (2000). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill.

1.2. Factors en el desenvolupament del cycle vital

És important tenir en compte alguns dels principals factors que poden intervenir en els processos de canvi i que, per tant, ajuden a comprendre el procés de desenvolupament de l'ésser humà. Per això, a continuació, farem un breu repàs d'aquells factors que, de manera predominant, influeixen en el desenvolupament del cycle vital de tot individu.

1) **Les bases genètiques:** principi a partir del qual el comportament humà és conseqüència, bàsicament, del nostre ADN. La nostra configuració biogenètica procediria de les combinacions de cadascun dels nostres gens, configuraria la nostra herència familiar i seguiria les bases de les lleis generals descobertes per Mendel.

2) **La influència de l'ambient:** l'ésser humà és gregari per naturalesa, igual que la majoria de les espècies més evolucionades, de manera que per a créixer com a individu necessita la influència del seu entorn. L'infant al llarg del seu desenvolupament requereix la intervenció dels seus progenitors per a cobrir les seves necessitats bàsiques i, al seu torn, proporcionar-li seguretat, benestar i educació. La nostra infància ens converteix en un «animal cultural» que mitjançant un procés d'aprenentatge i de modelatge es veu influït pels valors, la moral i els costums de la nostra cultura.

«Vygotsky considerava que la interacció social (influència de l'ambient) és necessària perquè els nens adquireixin la manera de pensar i comportar-se de la cultura de la comunitat en la qual viuen. Se centra en com la cultura es transmet a la generació següent.»

I. González (Coord.) (2002). *Psicología del ciclo vital*. Madrid: CCS.

3) **La família** (entenent tant la família tradicional com les actuals famílies monoparentals, extenses, homosexuals, reconstituïdes o comunals, en les quals es pugui compartir o no la càrrega genètica): és el primer grup social que deixarà una petjada important en el transcurs vital de l'individu, tant per l'herència que comparteix com per la quantitat de vivències i aprenentatges compartits. L'infant establirà uns llaços afectius, necessaris i arrelats, i configurarà, doncs, la seva pertinença al grup familiar, comproment-s'hi i sent plenament co-neixedor de la identitat pròpia d'aquest grup.

4) **L'escola:** com a factor de desenvolupament està pensada per a transmetre coneixements, habilitats i valors a l'infant d'una forma reglada i planificada. És fonamental per al seu desenvolupament intel·lectual, social, moral i emocional.

5) **Els iguals:** constitueixen una important influència en la socialització de l'individu. Amb els companys i companyes, fonamentals en les etapes de la preadolescència i adolescència, es configuren aspectes importants de la personalitat, la identitat, la pertinença al grup, la participació i la col·laboració, l'autoconcepte i les habilitats socials, entre d'altres.

6) **L'entorn laboral i relació de parella:** entendríem l'entorn laboral com el context de desenvolupament personal i socialitzador que proporciona a l'individu la possibilitat d'autonomia i independència. Autonomia i independència que, juntament amb l'aparició de la relació de parella, permetria a la persona la possibilitat de formar una nova família per tal de donar continuïtat a l'espècie i, en molts casos, completar la realització personal del seu cicle vital.

1.3. El desenvolupament del cicle vital

En aquest apartat desenvoluparem les principals característiques que comporten els canvis produïts durant el creixement de l'individu. Es pretén mostrar aspectes rellevants del procés de maduresa, així com el seu desenvolupament fisiològic, motor, sensorial perceptiu, intel·lectual, afectiu i social formant un tot per a comprendre el com i el perquè dels canvis produïts en cada etapa vital.

Abordatges terapèutics familiars

Teràpies psicològiques com la **sistèmica** o la **Gestalt** basen la seva teoria i intervenció en l'anàlisi de la composició familiar i del rol de cadascun dels membres que la componen.

Altres factors del desenvolupament

Els **espais d'oci**, les participacions en **contextos veïnals i comunitaris** o bé els **interessos de l'individu o entreteniments** en la seva interacció amb els altres també poden definir la persona dins del seu entorn social i cultural, així com aportar informació sobre la seva adaptació i participació.

1.3.1. Període prenatal

Des del moment de la concepció, podem observar que l'embrió inicia un camí ple de canvis fisiològics que poden ser observats amb moderns instruments i tècniques actuals. Des dels primers dies de gestació comença el procés de divisió cel·lular i l'especialització en cèl·lules neuronals que, juntament amb la **conducta materna**, seran decisius en l'evolució del fetus. Tant l'estat de salut psicològic de la mare com les anomalies heretades genèticament, les alteracions o disfuncions del desenvolupament fetal, o bé les lesions durant el procés de gestació o de naixement, seran determinants en l'harmonia del desenvolupament del nounat. Alteracions vinculades a alguns d'aquests factors poden ocasionar conseqüències que comportin malformacions, malalties o síndromes que afectin directament les funcions cerebrals i de l'organisme.

A partir del naixement, tot el sistema d'adaptació a l'entorn girarà al voltant de l'esfera oraalimentària, apareixerà el reflex de succió i el rebuig bucal quan el bebè estigui sadollat. Paral·lelament, es desenvoluparà l'oïda, sentit bàsic per a l'adaptació ritmicoambiental. Finalment, en el pla emocional, el nounat estarà preparat per a establir la **relació d'arrelament amb la figura adulta**, en què els primers mesos seran decisius en el seu desenvolupament.

1.3.2. La primera infància (de 0 a 2 anys)

La primera etapa postnatal es caracteritza per la fragilitat i necessitat del bebè de ser nodrit i protegit encara que, paradoxalment, és la fase amb majors assoliments i progressos en el desenvolupament. En aquesta etapa, en la qual comença a interactuar amb patrons conductuals més complexos i comença a madurar en el pla sensorial, neurofisiològic i perceptiu, l'infant aprèn a manipular l'ambient assimilant-ne la informació que li arriba. Es caracteritza per:

1) Desenvolupament físic

- Augment de pes i de talla i canvis en les proporcions del cos.

2) Desenvolupament d'habilitats motores

- El desenvolupament psicomotriu és principalment un procés de maduració que permet la capacitat per a moure's i controlar el seu cos.
- Es passa de reflexos innats i moviments no coordinats i involuntaris a grans moviments, com moure les extremitats, caminar o saltar.
- Entre vuit i deu mesos els nens comencen a gatejar, assoliment que marca l'inici del seu desplaçament i interacció amb l'entorn.
- A partir de l'any comencen a caminar i a controlar l'equilibri.

Primers assoliments

L'activitat cerebral elèctrica comença al final de la cinquena o sisena setmana de gestació. A partir de la setmana vint el nounat pot sentir la veu i els batecs del cor de la seva mare. D'altra banda, a partir del sisè mes, el fetus completa el reflex de succió i posseeix sensibilitat al tacte, als sons i a la llum. A partir d'aquest moment, la conducta fetal, tant física com psíquica, és ja un assoliment consolidat.



Font: Manuel Casado.

- Als dos anys, per norma general, els nens caminen perfectament.

3) Desenvolupament de la capacitat sensorial i perceptiva

- Els primers mesos l'infant sent a través del **tacte**, que li permet tenir sensació de contacte, així com del **gust**, que li facilita discriminar entre els diferents sabors.
- Cada dia que passa millora la seva capacitat de visió i olfacte.

Els sentits del bebè

Els nounats poden **sentir, veure, olorar i tenen gust**; també responen a la temperatura, la pressió, el dolor i el moviment.

La **percepció**, segons Eleanor i James Gibson, no és un fenomen automàtic, és un procés cognitiu actiu en el qual cada individu interactua de forma selectiva amb un camp dens i molt variat de possibilitats perceptives (González, 2002). Per tant, és una activitat intencional i selectiva en la qual l'infant, a mesura que es desenvolupa, va construint la seva pròpia realitat.

4) Desenvolupament cognitiu

- Constant observació de l'infant. Mitjançant el joc, per aconseguir un objecte o simplement per curiositat i interactuant amb l'ambient, l'infant estableix els seus primers esquemes mentals.
- Segons Piaget, aquestes activitats estimulen el desenvolupament cognitiu mitjançant l'**assimilació** i l'**acomodació** (interiorització) de noves experiències (Phillips, 1977).
- A aquest primer període del desenvolupament cognitiu de l'infant Piaget el va denominar *intel·ligència sensoriomotora*, primer estadi del desenvolupament cognoscitiu.

Assimilació i acomodació

Assimilació: procés d'adaptació mitjançant el qual l'infant incorpora nova informació o experiència en la seva vida, construint el seu coneixement del món.

Acomodació: procés d'adaptació en el qual l'infant modifica o reemplaça la seva informació o experiències anteriors amb la incorporació de nova informació.

5) Desenvolupament del llenguatge

- Es caracteritza principalment per l'ús del **llenguatge gestual i preverbal**.
- En els primers mesos la comunicació té una connotació més afectiva a través del **plor**, les **rialles** o el **xerroteig**.
- A mesura que són conscients que les seves manifestacions són percebudes per l'entorn, aquestes es converteixen en un instrument de comunicació.
- Posteriorment, es donarà la fase prelingüística que intercalarà els gestos amb el balboteig, seguit de les primeres paraules.

- Als dos anys pot arribar a conèixer una mitjana d'unes **setanta paraules**, agrupades en el que anomenem *llenguatge telegràfic* (d'una a tres paraules).

6) Desenvolupament emocional

- Ja des dels primers dies, manifestacions com la riada, el plor i altres expressions són senyals socials significatius.
- Les emocions tenen un clar component hereditari que pot comportar variacions en les manifestacions de l'infant en funció de les diferències de salut o del medi ambient.
- Es considera que pràcticament totes les emocions bàsiques estan presents en la infància.
- Les emocions són breus en el temps, intenses, freqüents i transitòries.
- A partir de sis mesos apareix:
 - L'ansietat **davant estranys**, la por que mostra l'infant davant persones desconegudes.
 - L'ansietat **per separació**, la por que sent l'infant quan se l'allunya de la persona que li cuida.
- En aquesta etapa poden donar-se situacions puntuals en les quals es posa en risc l'infant com, per exemple, la privació emocional.

7) Desenvolupament social

- Establiment de l'arrelament, entesa com el llaç afectiu intens que apareix amb la figura adulta principal cuidadora i que genera una sensació de plaer i d'alegria quan s'interactua amb ella. Per Bowlby (1990) una figura principal d'arrelament sensible està sincronitzada als ritmes del seu fill o filla i està atenta als detalls del seu comportament per a entendre què necessita i poder actuar en conseqüència.
- La necessitat de contacte de l'infant fa que es pugui observar la seva afecció cap al seu cuidador o cuidadora principal. A partir de sis mesos, l'infant està arrelat amb aquella persona adulta que respon habitualment a les seves necessitats, i sent tristesa per la separació.
- Entre dotze i quinze mesos l'infant comença a sentir-se diferent del món, desenvolupa el sentit del jo, i apareix el desenvolupament de l'**autoconcepte**, que es basa en la percepció que els altres tenen d'ell.

Deprivació emocional

Situació de maltractament infantil que impossibilita que l'infant pugui gaudir d'emocions plaents a causa de conductes negligents dels seus cuidadors. El moment crític va des dels sis mesos fins als dos o tres anys i pot causar dany irreversible i fins i tot la mort.

Trastorn d'arrelament reactiva

Segons el *DSM V* (APA, 2013), algunes de les alteracions poden ser:

- 1) Patró constant de comportament inhibit i emocionalment retret cap als seus cuidadors adults.
- 2) Alteració social i emocional persistent amb símptomes:
 - Reacció emocional mínima als altres.
 - Arrelament positiu limitat.
 - Irritabilitat, tristesa o por.
- 3) Experimentació de patró extrem de cura insuficient per:
 - Negligència o manca social.
 - Canvis repetits de cuidadors primaris.

El trastorn d'arrelament reactiva es considera greu quan el nen manifesta tots els símptomes en un grau relativament elevat.

Referència bibliogràfica

APA (2013). *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders* (5a. ed.). Washington: American Psychiatric Association.

1.3.3. La primera infància (de 2 a 7 anys)

En aquesta etapa l'infant ha deixat de ser un bebè. Ja pot caminar i córrer, és autònom per a menjar i satisfer les seves pròpies necessitats, així com fer ús del llenguatge per a interactuar amb els altres. A més, iniciarà canvis en el seu entorn amb la incorporació a l'escola i la interacció amb persones fora del context familiar. Aquesta etapa es caracteritza per:

1) Desenvolupament físic

- El creixement és més lent, encara que amb canvis en la seva morfologia i guanyant en precisió.
- A partir dels tres anys s'adquireix el **control d'esfínters** i millora de l'autonomia. Incorpora la **lateralitat**, predomini d'un dels dos costats del cos enfront de l'altre.
- A partir dels cinc anys s'estilitza la seva figura guanyant en destresa de moviments i acrobàcies (saltos, tombarelles, etc.).
- Reconeixement del seu propi cos i el dels altres perfilant-se la **identitat sexual**.

2) Desenvolupament psicomotor

- Perfeccionament en la coordinació motora i millora en la **psicomotricitat fina** amb avanços en el traçat de les lletres i les paraules.
- A causa de la progressiva maduració neuromuscular, el nen controla l'equilibri en totes les formes de desplaçament i millora l'autocontrol corporal dels músculs de les extremitats.



Font: Manuel Casado.

3) Desenvolupament cognitiu

- És capaç d'agrupar objectes, classificant-los per propietats perceptibles: grandària, color, pes, etc.
- Entre sis o set anys ha aconseguit pràcticament la maduració cerebral, i el pes del cervell és el 90% del definitiu.
- Des de la teoria de Piaget, a partir de l'aparició de la **capacitat o funció simbòlica** als dos anys, s'inicia l'estadi **preoperatori o preoperacional** de pensament intuïtiu. Les **operacions** són aquelles accions o activitats mentals amb les quals l'infant intenta transformar la realitat.
- Apareixen els sentiments interindividuals espontanis i relacions socials de submissió a la persona adulta.

Funció simbòlica

La **funció simbòlica** és la capacitat de l'infant per representar un objecte o succés no present mitjançant objectes o gestos. Aquesta funció facilitarà l'adquisició de **consciència i identitat personal i sexual**.

4) Desenvolupament del llenguatge

- Intens desenvolupament de la comunicació.
- Cap als quatre anys té un repertori fonètic pràcticament complet.
- Als cinc anys comencen a produir descripcions molt concretes, amb distinció de gènere en els pronoms i millora en l'ús dels temps i maneres verbals.
- La sintaxi es fa més complexa i s'aborda l'adquisició de la lectoescriptura.

5) Desenvolupament emocional

- Els canvis corporals comporten en l'infant la identificació i acceptació de la seva identitat sexual.
- Integra el «no» com a mecanisme de socialització i, al seu torn, l'utilitza per a imitar les persones que li imposen restriccions.
- Incorpora la **frustració** davant l'oposició a limitacions i pautes educatives plantejades per la persona adulta.
- L'**agressivitat** té un paper important en la construcció de la personalitat. Apareixen els primers conflictes emocionals en la seva interacció amb els altres. Aquest comportament agressiu s'adopta en forma d'intenses rebequeries que, en funció del temperament de l'infant i del model educatiu i afectiu familiar, pot comportar un període crític de negativisme i oposició a partir de tres anys. En general, entre quatre i sis anys, els infants solen ser bastant agressius, sobretot a l'entorn del joc escolar.

Víctimes indefenses

En aquesta etapa, els infants són altament sensibles a ser objecte de **maltractament, abús, agressió o negligència**. Es converteixen en **víctimes indefenses** i vulnerables a la violència que els adults poden exercir sobre ells. La situació d'indefensió comporta efectes desestabilitzadors del desenvolupament afectiu del procés vital, a més d'altres possibles seqüeles.

La personalitat

En aquesta etapa apareix l'inici de la configuració de la personalitat, i es mostren alguns trets que albiren la personalitat adulta.

L'aparició de l'**agressivitat** en infants d'aquesta edat pot relacionar-se amb la seva exposició a imatges, vídeos o notícies del món on apareixen moltes situacions de violència, ja siguin reals o fictícies, que poden provocar en l'infant sentiments de temor i tensió.

6) Desenvolupament social

- L'**escola** és l'espai on es faran activitats d'exploració i de comunicació amb els iguals, i amb unes altres persones adultes de referència, els mestres i les mestres.
- Apareix el sentit de la **responsabilitat** i l'inici de les habilitats socials, adquirint actituds de **respecte** i **integració** cap als altres.
- La família, el sistema educatiu, les relacions amb els iguals i, de manera cada vegada més significativa, la televisió i plataformes digitals són els agents més influents en el procés de socialització.

1.3.4. La segona infància (de 7 a 12 anys)

La segona infància es caracteritza per l'adaptació de l'infant al sistema educatiu i l'adquisició de normes culturals i de convivència bàsiques en la interacció amb els altres. Tindrà lloc l'adquisició d'aprenentatges, l'expressió i comprensió oral, l'escriptura i la lectura, entre d'altres. Entre les característiques més rellevants, trobem:

1) Desenvolupament físic

- Es produeix un progrés important en l'estructura corporal de l'infant i s'aconsegueix un grau de simetria amb una relació proporcional entre les extremitats, el tronc i el cap.
- Les activitats físiques contribueixen positivament en el creixement infantil.
- Etapa de transició en la qual el desenvolupament s'accelera per a l'arribada de la pubertat.

2) Desenvolupament psicomotor

- Amb el control del cos l'infant aconsegueix moviments més equilibrats i harmònics.



Font: Manuel Casado.

- Es desenvolupen noves activitats físiques com nedar, patinar o escalar.
- Es confirma la dominància de la lateralitat.
- Controla l'orientació de l'espai i, com a conseqüència dels seus aprenentatges, **organitza i classifica** per grandàries, colors, formes i classes els objectes.
- Com a conseqüència de la seva maduració nerviosa, **controla perfectament la psicomotricitat fina**, a més de coordinar funcions conjuntes.

3) Desenvolupament cognitiu

- Consolidació del **pensament logicoconcret**, a partir del qual es pot representar mentalment i de forma ordenada els esdeveniments de la seva pròpia experiència, a més de les inferències o projeccions d'accions o pensaments dels altres.
- Funcionament **egocèntric i intuïtiu** de la seva intel·ligència en què és capaç de raonar i comprendre objectivament dins dels límits de l'abstracte.
- En sentir-se més persona i amo de si mateix, es pot afavorir cert **distanciament amb els seus progenitors**.
- A partir d'11 anys comença a raonar amb una **lògica formal o abstracta**, plantejant hipòtesis sense necessitat de recórrer a l'experiència.

4) Desenvolupament del llenguatge

- Adquireix un llenguatge cada vegada més perfeccionat, tant semànticament com fonèticament.
- Expressa pensaments de forma més **analítica i sintètica**.
- Ús d'oracions subordinades amb increment de recursos lingüístics.
- Incorpora l'ús de **sistema de senyals** a través de l'ús de símbols gràfics en la seva escriptura.
- Al final de l'etapa pot aplicar les regles gramaticals correctament.

5) Desenvolupament emocional

- La relació d'iguals guanya posicions en les interrelacions.

- Abandonen la subjectivitat de l'etapa anterior i comencen a **controlar la seva impulsivitat**, augmentant la seva capacitat de reflexió.
- En els primers anys d'aquesta etapa expressen obertament les seves emocions, però en els últims poden començar a controlar-les i no exterioritzar-les.
- Apareix el **sentiment de respecte**, compost per afecte i temor, especialment cap als referents parentals.
- Situacions d'absències perllongades per part d'algun dels progenitors, ruptures familiars o ambivalències en el modelatge de respecte poden comportar **dificultats en la relació paterna i/o materna** si no són tractades degudament per part de la unitat familiar.

6) Desenvolupament social

- Guanya importància la influència de l'entorn escolar, enfrontant-se a ambients diferents al familiar.
- L'infant es fa més independent, comença a decidir per si mateix i a controlar els seus actes, alhora que es deixa influenciar pel grup d'iguals.
- A partir dels nou anys la vida social comença a ser prioritària amb la incorporació en **grups d'iguals**, més homogenis i estables.
- La relació d'amistat es torna més privada i intensa.
- Comencen a assumir petites tasques domèstiques i responsabilitats que poden combinar amb les seves obligacions extraescolars.
- Sorgeix el **desenvolupament moral**, la consciència del que és just i el que no ho és, la qual cosa li permet poder fer valoracions sobre successos o experiències personals amb el seu grup d'iguals o el seu entorn familiar.

Joc compartit

En aquesta etapa vital, i mitjançant el **joc compartit** i l'activitat física, aprendran el funcionament grupal, la **rivalitat**, el **domini**, la **tolerància** i altres aspectes que s'aniran integrant en la seva personalitat.

1.3.5. L'adolescència (de 12 a 18 anys)

El terme **adolescència** prové del verb llatí *adolescere*, que significa 'créixer' o 'criar-se'. S'entén per adolescència l'etapa que s'estén generalment des de dotze o tretze anys fins a aproximadament el final de la segona dècada de la vida. En aquesta etapa es dona el canvi de la infantesa a l'edat adulta, on les amistats i la incorporació a l'entorn social són fonamentals.



Font: Manuel Casado.

És important distingir entre la pubertat i l'adolescència, ja que tots dos termes corresponen a aquesta etapa. La **pubertat** fa referència als anys en els quals es donen una sèrie de canvis físics en l'organisme relacionats amb la maduració dels òrgans sexuals; generalment s'inicia amb l'arribada de la menstruació, en el cas de les noies i amb l'aparició de borrissol púbic i capacitat d'ejaculació, en el cas dels nois. En canvi, l'**adolescència** fa referència a l'etapa del desenvolupament que acompanya la pubertat, en la qual es manifesten canvis físics, psicològics i socials.

Si bé la pubertat és molt similar en totes les cultures, l'adolescència variarà en funció de la societat on es visqui. Si en la cultura occidental molts nois i noies, considerats adolescents, estan encara en el sistema escolar obligatori amb una dependència total dels seus progenitors, en altres cultures, joves de la mateixa edat poden estar contribuint laboralment en l'economia familiar o bé, en casos extrems, s'han convertit ja en persones adultes, han format la seva pròpia família i són totalment independents.

Es tracta d'una etapa de transició, una espècie de pont entre la infància i l'edat adulta, en què es deixa de ser nen o nena però sense pertànyer encara al món adult.

«És el que Erikson, psicoanalista americà, va denominar una "**moratòria social**", un compàs d'espera que la societat dona als seus membres joves mentre es preparen per a exercir els rols d'adults.»

J. Palacios, A. Marchesi, i C. Coll (comp.). (2005). *Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Psicología evolutiva* (pàg. 434). Madrid: Aliança Editorial.

L'adolescència és una etapa considerada especialment difícil, amb tensions i inestabilitat, on l'adolescent comença a enfrontar-se al món adult i troba les seves primeres limitacions. Les dificultats es plasmen en la confrontació de la seva creixent personalitat amb l'adaptació a les exigències de la societat. En aquest sentit, encara que la majoria dels i de les adolescents es prenen amb calma el procés d'integració social, aquesta etapa pot comportar una sèrie de desencadenants que els exposin a **risc d'exclusió social**.

A diferència dels apartats anteriors, on descrivíem breument els assoliments adquirits durant la infància en totes les àrees del desenvolupament, en aquest cas, per la seva rellevància, ens centrarem en factors vinculats a la personalitat i interacció social. Vegem-ne uns quants.

1) La identitat

Encara que la seva configuració com a dimensió de la personalitat variarà en cada adolescent en funció de factors socials i culturals (família, estudis, amics, entorn social, etc.), l'aspecte més rellevant i característic de la personalitat

durant l'adolescència és la identitat personal. La «moratòria» plantejada per Erikson, com a fase d'espera, és necessària per a poder integrar els elements d'identificació i d'identitat atribuïts tant pels altres com pels adquirits pel mateix individu.

«La identitat de l'adolescent es desenvolupa en silenci amb el pas del temps, mentre que moltes petites parts del jo s'uneixen de forma organitzada. Aquests elements poden incloure aspectes innats de la personalitat, trets desenvolupats d'aquesta, com la passivitat, l'agressió i la sensualitat; identificació amb models, ja siguin patrons, dels companys o de personatges culturals; maneres d'afrontar els conflictes i regular la conducta, l'adopció de papers socials, vocacionals i de gènere consistents. Erikson, el 1980 va expressar que la identitat és una tasca per a tota la vida que té les seves arrels en la primera infantesa, però que té un lloc rellevant en l'adolescència.»

L. Hoffman, S. Paris, i E. Hall (2000). *Psicología del desarrollo de hoy* (vol. 1, 6a. ed., pàg. 10). Madrid: McGraw-Hill.

2) La imatge personal

La configuració de la pròpia identitat va de la mà de la **construcció de la pròpia imatge**. La imatge comporta tot un procés d'integració de factors cognitius, emocionals i relacionals, en revisió constant pels adolescents. Són freqüents les queixes referides al seu propi cos, habitualment anomenades *complexos*, fonamentades en la idea que el seu cos no és com voldrien que fos o, millor dit, com els agradaria que els altres el veiessin.

En general, els adolescents que maduren ràpidament solen sentir-se més segurs i fins i tot més dominants que aquells que ho fan de manera lenta. El pes també és objecte de preocupació, fins al punt que, de vegades, pot portar a l'aparició de trastorns alimentosos.

3) L'autoestima

Amb la incorporació de les relacions afectivosexuals, l'atractiu físic, la pertinença al grup o l'orientació professional, el grau d'autoestima de cada noi o noia es veurà influït per les seves competències i aptituds, tant cognitives com psicosocials. Cal assenyalar importants diferències en funció del gènere. Si per a les noies l'atractiu físic o les habilitats interpersonals són el que millor prediu la seva autovaloració global, entre els nois les habilitats esportives o el sentiment d'eficàcia ocupen un lloc prioritari (Palacios, Marchesi i Coll, 2005).

4) La influència familiar

La presència d'una **família afectiva**, que fomenta l'autonomia i la individualitat, potenciant la iniciativa pròpia, la discussió i l'intercanvi de punts de vista d'una forma respectuosa, afavorirà positivament el desenvolupament i adaptació dels i de les adolescents. En aquesta etapa, l'entorn familiar haurà d'introduir modificacions en el seu procés de supervisió ajustant-les a les necessitats dels adolescents, atorgant-los major confiança i sent més flexibles amb ells i elles.

La imatge corporal

Es produeixen situacions de nois i noies exageradament preocupats per tenir una bona imatge corporal i atractiva. En els últims anys, observem com fan ús de les **xarxes socials** per a exhibir-se, desitjant ser el centre de totes les mirades en una manifestació d'egocentrisme social.

Lectura recomanada

Es recomana la lectura de la recerca de: M. C. Reina Flores, A. Oliva Delgado, i Á. Parra Jiménez (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society & Education*, 2(1), 55-69. Consultat el 27 de desembre, des d'<http://hdl.handle.net/11441/30518>.

Les **diferències educatives** entre famílies i la gestió de l'autonomia constitueixen precisament un dels problemes que l'adolescent ha d'afrontar en la cerca de la seva independència. Per aquesta raó, per aconseguir una relació pater-nofamiliar sana és necessari mantenir una comunicació dinàmica i recíproca en la qual els progenitors es mostrin atents a les preocupacions dels seus fills i filles, oferint-los la informació i el suport que faciliti l'adaptació en l'entorn social. En aquest sentit, un estil educatiu democràtic permet una relació pater-nofamiliar més participativa per part dels fills i filles i facilita una comunicació i convivència més adequada per a tots els membres de la família. A la taula 3 podeu observar la importància del paper que exerceixen els diferents estils educatius en el comportament i la personalitat durant l'adolescència.

Taula 3. Relació entre els estils educatius i les característiques dels fills adolescents

Progenitors	Fills i filles
Democràtics	<ul style="list-style-type: none"> • Confiança en ells mateixos. • Bona actitud i rendiment escolar. • Bona salut mental. • Escassos problemes de conducta.
Permissius	<ul style="list-style-type: none"> • Confiança en ells mateixos. • Poc malestar psicològic. • Problemes de conducta i abús en el consum de drogues.
Autoritaris	<ul style="list-style-type: none"> • Obedients i orientats al treball. • De vegades hostils i rebels. • Poca confiança en ells mateixos. • Problemes depressius.
Indiferents	<ul style="list-style-type: none"> • Problemes escolars. • Problemes d'ajust psicològic. • Molts problemes de conducta i abús en consum de drogues.

Font: adaptació de J. Palacios, A. Marchesi, i C. Coll (comp.) (2005). *Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Psicología evolutiva* (2a. ed., pàg. 501). Madrid: Aliança.

5) L'amistat

Les relacions d'amistat en l'adolescència tenen un paper important en la configuració de la personalitat, per les experiències que comporten i els efectes positius que enforteixen l'estima i confiança recíproca. A diferència d'altres etapes, els i les adolescents solen ser més reservats i més íntims.

Els companys i companyes adolescents s'ajuden mútuament a superar les proves que se'ls presenten en el seu pas cap a la maduresa, ja sigui a través del grup d'amistats o a llargues converses íntimes amb el confident. Ampliant el cercle d'amistats, el grup d'iguals també oferirà ajuda per a adaptar-se als canvis dràstics de l'entorn escolar i exercirà un paper crucial en l'augment i la varietat d'experiències que, a poc a poc, aproparan l'adolescent al món adult. Els amics i amigues defensaran els membres del seu grup, prioritzaran la lleialtat i confidencialitat i afavoriran l'aparició dels valors morals necessaris per a la continuïtat del desenvolupament en la maduresa.

La intimitat

Estudiant diferències entre edats i entre sexes en l'adolescència, d'11 a 17 anys, Sharabany, Gershoni i Hofman (1981, citat a Carretero, Marchesi i Palacios, 1997) van trobar que en aquests anys la intimitat amb companys del mateix sexe roman aproximadament al mateix nivell, en canvi la intimitat amb iguals de l'altre sexe creix intensament amb més precocitat –un a dos anys d'antelació– en les noies que en els nois.

6) Les conductes de risc

En tot procés d'autonomia i de creixement el risc és inherent. Ara bé, a causa de la independència i distanciament relacional entre el nucli familiar i els fills i filles, concebem l'adolescència com l'etapa de major exposició a les conductes de risc que, com a conseqüència, poden desembocar en situacions d'exclusió social.

Els factors que intervenen en les conductes de risc solen ser externs a l'adolescència, però a causa de la conseqüència de la seva situació i experiència vital, poden ser atribuïts com a propis.

Quan es parla de **conductes de risc** en l'adolescència es fa referència a conductes persistents, patrons que poden comportar un dany cap a la integritat d'un mateix o dels altres. Entre les conductes de risc es poden incloure les establertes per López i Castro (2007):

- Les relacions amb els hàbits de consum d'alcohol i tòxics.
- L'abandó precoç de la formació acadèmica.
- Les que deriven de l'ús de la violència.
- Les que posen en perill la mateixa integritat física o la dels altres, al servei de «jocs» i «competicions».
- Les que comporten un caràcter delictiu.

En general, tota classe de comportaments comprometen el procés de desenvolupament i, al seu torn, tenen conseqüències sobre la configuració de la mateixa identitat.

Les conductes de risc poden comprometre el futur de l'adolescent i afectar totes les seves dimensions de personalitat i de desenvolupament social. És bàsic preveure les conductes de risc en l'adolescència a manera d'indicadors o alarmes (**factors de risc**) que requeriran un abordatge, bé terapèutic o bé d'intervenció socioeducativa, per a prevenir al més aviat possible situacions que comportin incidència en la delinqüència juvenil o risc d'exclusió social.

Risc d'exclusió social

Situacions d'instabilitat familiar, dificultats per mantenir límits educatius, antecedents psicopatològics, absència de comunicació i addiccions o comportaments violents per part dels progenitors són indicadors familiars de risc d'exclusió social.

1.3.6. L'edat adulta (de 18 a 65 anys)

Es tracta del cicle del desenvolupament més extens de tots ja que, normalment, comprèn des de divuit anys fins a seixanta-cinc anys. En aquesta etapa és freqüent la fragmentació de grups per edats:

- **Joventut:** de divuit fins a vint-i-cinc anys.
- **Maduresa primerenca:** de vint-i-cinc a quaranta anys.

- **Maduresa mitjana:** generalment de quaranta a seixanta-cinc anys.

L'edat adulta és l'etapa del desenvolupament humà en la qual l'individu es troba en la seva fase plena de maduresa. En termes generals, la persona ha aconseguit totes les fites evolutives a les diferents àrees de creixement i desenvolupament humà.

Les característiques principals de l'etapa adulta per al nostre objecte d'estudi són les següents:

1) **La majoria d'edat:** encara que s'ha de tenir en compte la normativa legal de cada país, en termes generals l'entrada en la vigència legal de l'adulthood sol rondar entre divuit i vint-i-un anys.

La majoria d'edat legal

A l'efecte de tipificació penal espanyola, a un individu de divuit anys que ha estat sancionat per la comissió d'un delicte, se li aplicaran les penes del Codi penal perquè es considera que ja té la majoria d'edat i, per tant, plena responsabilitat penal.

2) **Desenvolupament físic:** les primeres fases de la maduresa es caracteritzen per una gran energia i resistència física, aconseguint les seves millors facultats i amb una salut, generalment, excel·lent. Posteriorment, en termes generals, aquesta etapa es caracteritza per atorgar a la persona total responsabilitat de la seva autocura i salut.

«No hi ha maduresa humana personal i no hi ha "salut mental" o "personalitat sana" sense capacitat de gestionar per a si –en autoregulació i autocura– una experiència joiosa de la vida.»

A. Fierro (2004, setembre). Salud mental, personalidad sana, madurez personal (pàg. 12). Ponència en el Congrés Internacional de Psicologia, Santo Domingo.

3) **Desenvolupament de la personalitat:** si a l'etapa de l'adolescència Erikson l'etiquetava com la **fase entre la identitat i confusió de rols**, en l'adulthood primerenca es considera que l'individu ha aconseguit establir una identitat personal. Aquesta etapa es denomina d'**intimitat enfront de l'aïllament** (Boeree, 1971). La persona aconsegueix arribar a un estat de confiança i entremescla la seva identitat amb la interacció amb els altres, preservant la seva pròpia. En termes generals:

- L'adult estableix un compromís social amb la integració de valors morals, configurats per la successió d'experiències vitals i de l'exercici de la seva personalitat en el context social en el qual viu.
- L'autoestima i l'autoconcepte tendeixen a augmentar, apropant el seu jo real al seu jo ideal.
- Apareix una major diferenciació interindividual, augmentada amb l'acumulació d'experiències personals.
- La sexualitat serveix com a via cap a la realització individual i s'exerceix, en principi, de forma conscient, autònoma i oberta.

- Amb l'entrada en la maduresa mitjana (entre quaranta i cinquanta anys), sol produir-se una crisi profunda en la persona a causa de replantejaments existencials i prioritats vitals, integrant la consciència de finitud –**equador de la vida**– i la pèrdua d'etapes anteriors –preferentment joventut– considerades socialment de molt més valor.

4) Desenvolupament social: en l'edat adulta s'integren i assumeixen, d'una banda, la independència tant emocional com social i, d'altra banda, la responsabilitat de dirigir la pròpia vida, moment en què la presa de decisions serà més conscienciosa i les accions tindran influència directa en el camí vital. Les relacions socials es focalitzen més en la parella, els amics íntims i companys d'universitat i/o de treball. Sorgeix el compromís sentimental que pot comportar la unió de parella i la formació de la pròpia família.

1.3.7. La vellesa (a partir de 65 anys)

Existeix una àmplia opinió que la vellesa o maduració tardana –també coneguda com a *tercera edat*– correspon a l'**edat de la jubilació laboral** de l'individu, a partir de la qual s'iniciaria una etapa de deterioració. Ara bé, és necessari precisar que l'etapa d'envelliment és un procés biològic, psicològic i social molt més complex.

«Cap teoria explica amb suficiència tots els canvis del procés d'envelliment, el qual és complex i variat, descrivint-se com un efecte acumulatiu de la interacció de moltes influències al llarg de la vida, l'herència, l'ambient, les influències culturals, la dieta, l'exercici, la diversió, les malalties i molts altres factors.»

J. González i R. de la Fuente (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 12.

Per aquesta raó, i malgrat que és comú utilitzar l'edat cronològica per a determinar la vellesa en una persona, l'etapa d'envelliment és, abans de res, un procés individual. És per això que diferenciarem el terme **edat** d'acord amb la categorització que s'exposa en la taula 4 realitzada per Alcalde i Laspeñas (2005).

Taula 4. Classificació de l'edat

Tipus	Definició
Cronològica	Des del naixement fins a l'edat actual de la persona.
Biològica	Desgast real de les energies producte del pas del temps. L'edat biològica té en compte els canvis físics i biològics.
Psicològica	Situació de la persona en relació amb la seva capacitat d'adaptació a l'entorn, el qual ha influït en el seu comportament. Defineix la vellesa en funció dels canvis cognitius, afectius i de personalitat al llarg del cicle vital.
Funcional	Competència o habilitat per realitzar les demandes lligades a l'edat, que poden dependre tant d'aspectes biològics com socials o personals.

Font: I. Alcalde i M. Laspeñas (2005). Ocio en los mayores. A: J. Giró (coord.). *Envejecimiento, salud y dependencia* (pàg. 232). Logronyo: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones.

Lectura complementària

Per aprofundir en l'etapa de maduresa i aquelles teories que fan referència a la psicologia del desenvolupament, podeu llegir l'article d'A. Izquierdo (2007). *Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos*. *INFAD Revista de Psicología*, 2, 67-86. Consultat el 27 de desembre, des d'http://infad.eu/revistainfad/2007/n2/volumen1/0214-9877_2007_2_1_67-86.pdf



Font: Manuel Casado.

Esperança de vida

Com a conseqüència dels avanços en la medicina, l'esperança de vida ha augmentat considerablement en els últims anys. Segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística, l'esperança de vida al moment del naixement dels homes ha passat de 75,3 a 80,4 anys i la de les dones de 82,2 a 85,7 anys (INE, 2018).

Tipus	Definició
Social	Costums i funcions d'un individu en relació amb el seu grup o societat. Es mesura per la participació en els rols determinats per la societat.

Font: I. Alcalde i M. Laspeñas (2005). Ocio en los mayores. A: J. Giró (coord.). *Envejecimiento, salud y dependencia* (pàg. 232). Logronyo: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones.

En tenir en compte aquesta diferenciació de l'edat es fa evident que no existeix una definició universal per a explicar l'etapa de vellesa, i s'ha d'entendre el procés d'envelliment des d'una perspectiva més interrelacional. Veurem a continuació aquells aspectes més rellevants que es produeixen en aquest període –generalment un terç del total del cicle vital– i que poden ser d'interès.

1) Factors biològics

- Com a conseqüència de la divisió genètica de l'ADN apareixen cada vegada més mutacions influïdes per l'ambient que provoquen modificacions en la seva estructura i, finalment, la mort cel·lular. Woodruff i Nikitin (1997) van plantejar que l'envelliment físic i la mort són els signes visibles del dany de l'ADN a causa de l'acumulació de proteïnes i augment de cèl·lules defectuoses.
- Amb l'edat el sistema immunològic que protegeix l'organisme de virus i bacteris s'afebleix. Els mecanismes de curació s'alenteixen i fan possible l'aparició de processos cancerígens.

2) Factors cognitius

- En termes generals, encara que no afecta tots els subjectes de la mateixa manera ni amb la mateixa intensitat, a partir dels setanta-cinc anys comença el declivi intel·lectual i de les capacitats psicològiques bàsiques.
- Es processa la informació més lentament, es produeix una disminució dels processos sensorials i motors, les connexions neuronals fallen i s'origina una reducció dels recursos cognitius com l'atenció, la memòria de treball i la velocitat de processament.
- Apareixen factors degeneratius o ambientals que faciliten l'inici de trastorns neurològics com les demències (per exemple, l'Alzheimer, que es caracteritza per una deterioració crònica i global de la capacitat cognitiva).
- Aquest tipus d'alteracions o deficiències significatives en els processos cognitius de la persona col·loquen la vellesa en una situació de vulnerabilitat i fins i tot, en molts casos, de pèrdua d'autonomia, fet que augmenta la possibilitat que puguin ser objecte de situacions de victimització.

3) Factors socials

- Hi ha una tendència a anar reduint l'activitat social, a desinteressar-se per les relacions interpersonals i, en conseqüència, una dificultat per adaptar-se a situacions noves, la qual cosa el porta a percebre l'entorn com a hostil i agressiu.
- Aquesta tendència asocial, juntament amb el procés d'envelliment en altres àrees personals, poden arribar a produir situacions d'aïllament i exclusió social que faciliten situacions de vulnerabilitat i risc de victimització personal.
- La **jubilació** (que pot produir-se de forma forçosa en arribar a certa edat o bé de forma anticipada) és percebuda com un esdeveniment amb conseqüències tant positives com negatives, ja sigui en l'àmbit social, familiar o personal. Algunes de les dificultats que es poden trobar són: efectes econòmics derivats de no treballar, efectes en la salut i d'adaptació psicològica (Belsky, 1996).

4) Factors de la personalitat

- Canvis importants en els llaços afectius com a conseqüència de la pèrdua de relacions i/o de familiars, així com la tendència a l'aïllament i a la solitud, generen una por constant que fa augmentar l'ansietat vital.
- Trastorns psicològics, com la depressió, poden ser un dels principals problemes emocionals entre les persones grans, i poden originar canvis dràstics en el seu organisme.
- A tot això hem d'afegir-hi l'afectació en altres trets de la personalitat, com l'autoestima, l'autopercepció o l'autoconcepte, que també poden veure's afectats i provocar situacions de desajustaments emocionals i psicològics.

5) Factors familiars

- Actualment existeixen canvis importants que han modificat les interaccions i dinàmiques familiars. D'una banda, la globalització, com a efecte de fluctuacions de moviments migratoris, ha provocat que molts ancians i ancianes visquin desplaçats dels seus descendents directes. D'altra banda, i per les mateixes raons de creixement i expansió urbanística, els habitatges són de dimensions menors, la qual cosa entorpeix la convivència de famílies nombroses.
- Pot aparèixer el maltractament en l'àmbit domèstic. Les persones grans poden ser objecte de **victimització intrafamiliar** (per part de membres familiars) o bé de **victimització per cuidadors**, en l'àmbit privat i/o en

residències geriàtriques. Cordero i altres (2010) van plantejar les possibles causes o factors de risc en el maltractament en la vellesa (taula 5).

Taula 5. Factors de risc del maltractament en persones grans

Factors comuns a l'ancià	Factors comuns al cuidador
<ul style="list-style-type: none"> • Història de violència en la família. • Males relacions entre els membres. • Situacions permanents de frustració. • Enuigs i desesperances. • Inversió de rols. • Cuidador dependent econòmicament de l'ancià o del seu habitatge. • Alteracions de conducta. • Deprivacions sensorials. • Dèficits cognitius. • Factors físics. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treballs esgotadors, falta de temps. • Sentiments d'aïllament psicosocial. • Sentiments de ser explotats per altres. • Falta de suport per altres familiars. • conflicte marital, canvis d'estil de vida. • Responsabilitat absoluta de la cura de l'ancià. • Falta d'informació sobre la malaltia de l'ancià. • Consum de drogues, alcohol, etc. o malaltia física.

Font: J. R. Cordero, S. García, I. Rodríguez, D. Santana, O. Fragoso, i O. Fernández (2010). Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato. *Cienfuegos. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas de Cienfuegos*, 299.

Per a concloure podem considerar que en la nostra societat el procés d'envelliment pot provocar situacions de marginalitat o victimització. La pèrdua de capacitat física o mental, la disminució de la xarxa social o familiar, retirar-se de l'activitat laboral amb possible pèrdua d'estatus, així com la disminució d'ingressos després de la jubilació, faciliten els estereotips relacionats amb una concepció negativa de la vellesa.

2. Psicologia de la personalitat

2.1. Què és la personalitat?

Descriure la personalitat d'un individu significa traçar un perfil de la manera com es relaciona amb els altres, com mostra les seves emocions i la seva capacitat per a expressar els seus pensaments, desitjos i valors.

«Descriure la personalitat d'algú implica retratar l'essència del que la persona és, significa cristal·litzar alguna cosa a partir de les coses que un sap sobre ella. La personalitat es reflecteix en el que la persona diu, en el que fa i en com ho fa, així com en els seus pensaments i matisos emocionals. L'estil i segell que marquen les seves accions.»

C. S. Carver i M. F. Sheier (2014). *Teorías de la personalidad* (pàg. 2). México: Pearson.

Al llarg de la història de la psicologia, la personalitat sempre ha estat un constructe difícil de definir. Al segle XX molts autors han intentat aportar la seva pròpia definició, més o menys encertada, per a poder emmarcar aquesta dimensió psicològica humana i així englobar tots els aspectes que la circumden. La personalitat de cada subjecte es va configurant per la influència de la càrrega genètica (herència), per la seva trajectòria vital (desenvolupament) i, per descomptat, per la seva interacció amb l'ambient i el moment històric i cultural en els quals es desenvolupa (experiències). Ara bé, com definim aquest constructe des del punt de vista psicològic?

El psicòleg nord-americà G. Allport (1961, citat a Carvier i Sheier, 2014) va definir la personalitat com una organització dinàmica, interna de la persona, de sistemes psicològics que creen patrons característics de comportament, pensaments i sentiments de la persona. D'aquesta definició podem extreure'n diferents premisses:

1) **Organització dinàmica:** la personalitat és la composició d'un grup d'elements en constant moviment que estan organitzats entre si.

Una persona, des del seu naixement, interactua amb el seu entorn de forma cada vegada més complexa en funció de les seves característiques innates i la seva evolució ambiental.

2) **Interna de la persona:** situada en la psique de l'ésser humà, encara que es manifesti físicament mitjançant la conducta.

En processar la informació del que observa, la persona realitza una operació interna de pensament independent al comportament que mostri.

3) **Sistemes psicològics que creen patrons:** s'estableixen estereotips, generalment conductuals, com a indicadors de la pròpia personalitat.

Si la persona és extravertida tendirà a interactuar d'aquesta forma amb els altres.

La personalitat

«Tothom sap què és la personalitat, però ningú pot explicar-la.»

G. W. Allport (1986). *La personalidad* (pàg. 41). Barcelona: Herder.

Reflexió

El Diccionari de la llengua catalana recull diverses accepcions sobre el concepte de «personalitat». La paraula en si deriva de *personal*, constructe per a definir tot allò que caracteritza un subjecte de forma individual. És curiós observar com apareixen tantes definicions, amb sentits diferents, per a un mateix concepte.

Busqueu la paraula *personalitat* al web del DIEC2 (dlc.iec.cat) i compareu el significat de les diferents definicions.

4) Comportament, pensaments i sentiments: la personalitat no s'expressa d'una sola forma, sinó que es troba en diferents àrees de la psique, mitjançant sentiments, processos del pensament i la manifestació a través de la conducta.

La persona pot somriure (mostra emoció) alhora que parla (es comunica) i mira algú als ulls (percep visualment i processa la informació) mentre roman asseguda.

Posteriorment, Hans J. Eysenck (1971) defineix la personalitat com una organització més o menys estable i duradora del caràcter, temperament, intel·lecte i físic d'una persona, que determina la seva adaptació única a l'ambient.

2.2. Personalitat i diferències individuals

La personalitat es constitueix per aquelles diferències individuals (DDII) –aspectes específics de la forma de ser de cada subjecte– que fa diferent una persona de les altres. Entre nosaltres existeixen similituds que estan determinades per la nostra naturalesa genètica, però cada persona és única i diferent a les altres (no existeixen dues persones iguals, com no existeixen dues persones amb les mateixes empremtes dactilars, que també són úniques de cada individu).

Dins de l'estudi de les diferències individuals és important tenir en compte aquelles causes innates, determinades per la nostra naturalesa genètica, com els **trets**, els **hàbits** i els **estats**. Aquests constructes psicològics, intrínsecs a l'individu, configuren i són el punt de partida del nostre **temperament** i **caràcter** per a així construir, finalment, la nostra personalitat. Tots ells permeten observar aquells aspectes que ens assemblen o ens diferencien dels altres. Vegem de manera més detallada a què ens referim amb cadascun d'aquests conceptes.

1) El tret

És una característica innata i relativament estable de la personalitat que fa que les persones es comportin de manera habitual en un ampli rang de situacions. Està format per un conjunt d'hàbits relacionats entre si.

La personalitat està formada per una jerarquia de trets estables i consistents que determinen, expliquen i faciliten el fet de poder predir el comportament individual segons la seva forma de pensar i interpretar la realitat. A més, permet comparar el comportament de subjectes diferents davant la mateixa exposició ambiental.

Per exemple, l'hostilitat o la fredor serien trets que pertanyen a la dimensió del psicoticisme.

2) L'hàbit

Qualsevol conducta que regularment es repeteix davant situacions idèntiques o similars. Derivant-se dels trets del subjecte, permeten entendre la tendència del subjecte a comportar-se de forma consistent i estable. En ser fruit de l'acció dels trets, considerem l'hàbit com la conducta observable del tret.

Per exemple, un comportament racista i desafiador davant altres ètnies serien hàbits previstos dins del tret d'hostilitat.

3) Els estats

Fenòmens transitoris que mostra un subjecte davant una exposició específica, condicionats per les pròpies disposicions personals. Es caracteritzen per ser temporals, observables i incidir directament sobre la conducta del subjecte. L'estat és una característica de la personalitat passatgera, es dona en un moment determinat i, per tant, resulta fugaç i temporal.

Per exemple, una persona amb tendència a ser racista, per motius laborals, ha de treballar temporalment en un col·lectiu ètnic X. És probable que inicialment presenti un estat de rebuig i animadversió cap als companys de treball, encara que aquesta situació serà temporal.

4) El temperament

Predisposició biològica de la nostra personalitat, és l'essència d'aquesta, que sorgeix d'un conjunt de trets emocionals configurats genèticament. Dimensions de la personalitat com l'estabilitat emocional, el psicoticisme, la impulsivitat o la manera de socialitzar-se, serien trets temperamentals.

Per exemple, quan un bebè manifesta el seu caràcter davant una situació que li desagrada, és comú que algú digui que ha tret el geni o el temperament d'algun familiar.

El temperament en la història

Hipòcrates (segle IV a. C.) va elaborar la **teoria dels quatre humors**, on relaciona els «humors» amb líquids del cos humà. El temperament de les persones es configurava en funció de la major o menor quantitat de cadascun d'aquests humors. La compensació d'humors era signe de salut, mentre que la major quantitat d'un dels líquids podia produir malaltia.

Taula 6. Teoria dels quatre humors d'Hipòcrates

«Humors»	Element
Sang	Aire
Flegma	Aigua
Bilis groga	Foc
Bilis negra	Terra

Font: elaboració pròpia.

Posteriorment, Galeno (segle II a. C.) va ampliar aquesta idea i va identificar quatre tipus de persones en funció dels humors d'Hipòcrates (taula 7). Per a aquest metge grec, els estils de personalitat i el temperament s'explicaven en funció de la proporció d'«humors» que cada persona tenia. L'obra de Galeno va ser un referent durant molts segles, però avui dia no es considera vàlida ni en psicologia ni en medicina. Malgrat això, és interessant veure com el concepte de temperament ja apareix en els fonaments que configuren la personalitat.

Taula 7. Teoria dels quatre humors de Galeno

Temperament	
Sanguini	Persones amb humor variable.
Malenconiós	Persones tristes i somiadores.
Colèrics	Persones amb força de voluntat i sentiments impulsius.
Flegmàtics	Persones indecises, apàtiques i, de vegades, fredes.

Font: elaboració pròpia.

5) El caràcter

El concepte **caràcter** té el seu origen en el grec i significa 'marca' o 'gravat' d'un objecte i fa referència a allò que es va configurant, es va incorporant a la persona. El **caràcter psicològic** seria la peculiaritat en la forma d'actuar d'un subjecte, entesa com la forma d'exposar les diferents facultats psicològiques en l'entorn en el qual interactua. Aquestes facultats conformen els valors, les decisions, els objectius i la gestió de les emocions durant tot el procés i, al seu torn, diferencia o destaca una persona de les altres.

En el comportament humà, la diversitat i la diferència no es produeixen de forma aleatòria o desordenada, sinó que s'agrupen en patrons, perfils o pautes comportamentals. Per aquesta raó, d'una banda, la tendència d'una persona a respondre de forma constant en situacions o ambients que de vegades poden ser diferents és el que denominem *estabilitat* o *relativa constància*. D'altra banda, la tendència de persones diferents de reaccionar de forma diferent davant situacions iguals és el que denominem *fet diferencial* i *de diversitat*.

La **psicologia diferencial** és la disciplina que estudia les diferències o la diversitat que existeix entre les persones o grups respecte al seu comportament, així com les similituds.

2.3. Mètodes d'estudi de la personalitat

Si el que pretenem és poder conèixer i predir la conducta humana hem de disposar de mètodes i instruments que permetin aportar dades sobre la relació entre els processos interns i la interacció amb l'ambient dels trets personals d'un subjecte. En aquest apartat veurem alguns dels mètodes d'estudi que permeten aportar dades sobre l'anàlisi del comportament i informació sobre la personalitat humana.

1) La **introspecció** consisteix en un acte d'autoconsciència, una anàlisi o reflexió dels pensaments i de la pròpia conducta i experiència. Permet ordenar, categoritzar i sistematitzar els propis pensaments i reflexions. **Wundt** (1832-1920) va establir l'ús de la introspecció experimental com a mètode per

a estudiar els continguts i processos mentals a través de l'autoobservació en un context de laboratori experimental. Com a avantatge, es pot considerar que és el mateix subjecte qui s'observa a si mateix, per tant, permet una exploració més profunda del nostre ésser, així com certa estabilitat personal. Com a inconvenient, observem que a més de la complexitat del procés i necessitat d'entrenament per a la seva extrapolació, les dades obtingudes estan subjectes a la subjectivitat de l'avaluat.

2) L'**observació** es basa en la recopilació per part d'un nombre de jutges de dades sobre el comportament d'un subjecte observat. Si bé és cert que a major nombre d'observadors (jutges) la percepció del grup s'aproxima molt més a la percepció del subjecte observat, no podem obviar que es fa difícil conèixer els processos mentals i trets de la personalitat de l'altre únicament a través de la seva conducta. Com a avantatge, observem que aquest mètode permet obtenir dades i informació del que ocorre i aporta un coneixement exhaustiu i ben estructurat per part dels observadors. Com a inconvenients, cal esmentar la impossibilitat d'evitar l'espontaneïtat de la persona avaluada, és a dir, la possibilitat de no poder obtenir la informació objecte d'anàlisi, així com la intervenció de factors externs a l'objecte d'investigació.

3) L'**estudi de casos**, mètode en el qual l'investigador, a partir d'unes premisses i hipòtesis inicials, duu a terme una anàlisi sistemàtica (a partir de l'observació i l'administració de diverses proves) d'un o diversos casos pel seu interès i rellevància. Pot dur-se a terme a partir de l'anàlisi d'una única persona o, per a poder obtenir conclusions consistents, l'estudi de diversos casos que comparteixin característiques determinades i, si pot ser, comptar amb grans mostres de diferents edats, sexe, classes socials, cultures o ètnies, per així poder realitzar generalitzacions que permetin donar lloc a l'elaboració o confirmació d'hipòtesis i teories.

4) El **mètode experimental** es basa en l'estudi de variables. Una variable és una característica de la persona que pot modificar-se i que aporta valors sobre la seva posició abans i després d'un procés de canvi. Permet, per tant, observar la influència d'una variable dependent quan interactua amb la variable independent, analitzar els resultats de l'impacte de les variables d'estudi, observar si existeix relació entre elles i considerar el rang de variabilitat.

Dissenyem un experiment en el qual pretenem relacionar el grau d'impulsivitat d'una persona amb el seu estat d'ansietat. Hipotetitzem que seran més impulsives aquelles persones que pateixen un alt grau d'ansietat. La correlació d'aquestes dues variables seria positiva si les dades obtingudes ens confirmen que, en general, els subjectes que es troben sota una situació ansiosa responen de manera més impulsiva. En canvi, si observem que les persones més ansioses són menys impulsives tindriem una correlació negativa. No obstant això, també podria donar-se que tant persones ansioses com no ansioses puntuessin alt o baix en agressivitat, situació que ens portaria a pensar que ambdues variables no correlacionen entre elles.

2.4. Instruments d'avaluació de la personalitat

En aquest apartat farem una introducció a l'origen i les característiques principals d'aquelles eines que en el camp de la psicologia de la personalitat s'utilitzen amb l'objectiu d'avaluar, d'una forma sistematitzada, les dimensions de la personalitat d'un individu. Encara que existeixen més tècniques que aporten indicadors i dades sobre aquest tema, ens centrarem en tres instruments principals: les proves projectives, els test de personalitat i l'entrevista.

Inicis de l'avaluació científica

Els començaments de l'avaluació científica de les diferències humanes apareix amb el treball de **Francis Galton** (1822-1911), fundador d'un laboratori el 1904 per a mesurar característiques biomètriques i fisiològiques introduint la sistematització de dades i l'avaluació quantitativa.

Posteriorment, el psicòleg **M. Cattell** (1860-1944) introdueix el concepte **test mental**, rebutja la introspecció com a mètode d'estudi i manifesta la necessitat d'objectivar els resultats obtinguts en l'avaluació mitjançant l'ús de tests o bateries d'ítems sobre aspectes de la personalitat.

Alfred Binet (1857-1911) desenvolupa el 1905 la primera escala de mesurament de la intel·ligència. Aquest pedagog i psicòleg incorpora un nou enfocament respecte a l'avaluació de les diferències individuals dirigint el seu estudi a les funcions psíquiques complexes. Per a aquest objectiu planteja que els tests mentals han de ser senzills, de curta durada, independents a l'examinador i els resultats dels quals es puguin contrastar amb altres observadors. Introdueix el concepte d'**edat mental** –quocient intel·lectual–. Va ser el promotor del primer test d'intel·ligència.

La **Primera Guerra Mundial** afavoreix l'auge de la creació d'instruments d'avaluació psicològica a causa de la necessitat de poder classificar els soldats en funció de la seva capacitat intel·lectual i la seva adaptació davant situacions de crisi.

Paral·lelament al desenvolupament dels test i com a conseqüència de l'obra de **Freud**, *La interpretació dels somnis*, sorgeixen les tècniques projectives per a l'estudi de la personalitat, entre les quals trobem el conegut test de Rorschach.

2.4.1. Les proves projectives

Les **proves projectives** deuen el seu nom al concepte de **projecció** introduït per Freud el 1894. En aquestes proves el subjecte dirigeix cap a uns altres (projecta) aquells sentiments i emocions internes, reprimides pel conscient per a evitar la possible angoixa, a partir de la presentació d'una sèrie de dibuixos i grafies (figura 1). Malgrat que són eines psicològiques molt fàcils d'administrar que aporten gran quantitat d'informació del subjecte avaluat en poc temps, no poden utilitzar-se com a única eina d'avaluació i diagnòstic en qüestionar-se la seva validesa i/o exactitud com a mesura i mancar moltes d'aquestes, en general, de fiabilitat estadística. La informació que s'obté únicament aten possibles hipòtesis de treball. Algunes de les més conegudes són, a més del test de Rorschach, l'HTP (casa-arbre-persona) o el test de dibuix de la família, entre d'altres.

Figura 1. Test de Rorschach



Font: Hermann Rorschach (1921). «Bought to Rorschach Institute in the 80's and digitally restored by em». Domini públic: commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=2187240

2.4.2. Els test de personalitat

En psicologia, el concepte **test** fa referència a totes aquelles tècniques utilitzades per a examinar les característiques psíquiques, les competències, les qualitats i els trets de la persona estudiada. És important tenir en compte que per a la creació d'un test és necessari ser metòdic i sistemàtic en la seva construcció per així oferir una correcta validesa estadística, un bon nivell de confiança i seguretat i, ja que aporta informació respecte a la persona que el fa, mantenir una bona consistència interna, ser objectiu i fiable. Els tests psicòmètrics utilitzats en l'avaluació de la personalitat parteixen del supòsit que hi ha una consistència de la conducta humana i com reaccionaria un subjecte en diferents situacions i sobre la base de disposicions o trets que ja ens venen donats. Un test pot recollir aspectes de les diferències individuals de manera que permeti analitzar com varia la capacitat psicològica –habilitat apresada– o aptitud –tret innat– en relació amb el grup de població de referència.

Exemples de test de personalitat

- **16PF5-5** (Cattell i Cattell, 2011). Setze factors de personalitat i cinc dimensions.
- **NEO PI-R** (Costa i MacCrae, 1978). Inventari de personalitat NEO. Examina cinc grans factors de la personalitat, a més de sis subcategories de trets.
- **PAI. Inventari d'Avaluació de la Personalitat** (Morey, 1991). Es compon de quatre escales de validesa, onze escales clíniques, cinc escales de tractament i dues escales de relacions personals.
- **MMPI-2. Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota** (Butcher et al., 2019). Es compon de deu escales clíniques i tres de validesa.

Avantatges de l'ús de test:

- Els constructes utilitzats en la seva construcció són inferits i hipotètics.

- S'obté informació del subjecte comparant els seus resultats amb el que denominem *norma poblacional*.
- Permet fer prediccions probabilístiques sobre la seva personalitat.

Inconvenients de l'ús de test:

- No solen tenir en compte la influència del context on es fan.
- Tampoc se sol tenir en compte l'estat de la persona al moment d'emplenar el test.
- La influència que exerceix l'examinador sobre el subjecte.

2.4.3. L'entrevista

L'**entrevista** és un mètode per a avaluar, entre altres aspectes, les característiques psicològiques d'un subjecte i, per tant, els seus trets de personalitat. Es tracta d'una comunicació entre dues o més persones que, amb uns objectius previs, busquen aconseguir dades de l'entrevistat. És important tenir clar que existeixen dos rols, el de l'**entrevistador o entrevistadora** –persona que dirigeix la dinàmica i desenvolupament de l'entrevista– i el de la **persona entrevistada** –la persona que respon. És una eina bàsica i habitual en l'àmbit clínic, forense judicial, etc.

En funció de la seva estructura, hi ha diferents tipus d'entrevista:

- **Entrevista lliure o no estructurada**, es parteix únicament d'una informació prèvia però l'entrevistador no disposa d'un guió.
- **Entrevista semiestructurada**, es pretenen aconseguir uns objectius previs mitjançant les preguntes plantejades obertament.
- **Entrevista estructurada**, totes les preguntes han estat planificades segons el guió establert, generalment amb preguntes tancades.

L'entrevista s'entén com un instrument flexible, adaptable a les necessitats específiques de la persona entrevistada, d'on es pot obtenir informació tant verbal com no verbal, podent-se fins i tot generar un bon clima, *setting*, entre tots dos participants. Facilita informació que no pot ser escrita per la persona entrevistada i permet la comunicació d'informació més confidencial. Ara bé, l'entrevista té limitacions en la mesura que és una tècnica d'obtenció d'informació que ha de ser complementada amb mètodes més directes i objectius (proves de contrast). També manca de fiabilitat i validesa en termes de població normal, i no existeixen procediments normalitzats per a la interpretació de les dades. La persona entrevistada pot distorsionar la informació o «maquillar-la», ja sigui amb intencionalitat, desitjabilitat social (donar una imatge positiva de si mateix) o per les seves pròpies limitacions personals. Al

Reflexió

Podeu fer una cerca en línia de test de personalitat. Hi ha diferents pàgines que permeten fer test de diferents trets de personalitat de forma senzilla. Observa com estan construïts els ítems per a comprovar quin tret o aspecte pretén avaluar. Per exemple:

- www.16personalities.com/es/test-de-personalidad
- www.psicoadactiva.com/tests/test-personalidad.htm

Entrevista de diagnòstic i cognitiva

L'**entrevista de diagnòstic**, també denominada *anamnesi diagnòstica*, aborda característiques personals i cronològiques de l'estat de salut, aprenentatges, comportament, nivell de consciència de malaltia, adhesió al tractament i evolució sanitària.

L'**entrevista cognitiva**, eina molt utilitzada en l'àmbit judicial i forense, aporta informació de successos en situació de victimització o delinqüència. Aborda el nivell de consciència, grau de participació, etc.

seu torn, no podem obviar la inducció i interferència que qui entrevista, de forma voluntària o inconscient, pot tenir en les respostes de la persona entrevistada i que afectaria en l'obtenció de les dades.

2.5. Les teories de la personalitat

Els grans principis de la personalitat es poden englobar en diferents perspectives, enteses com a agrupacions de teories que comparteixen supòsits i que permeten orientar l'objecte d'estudi, és a dir, la personalitat.

2.5.1. La perspectiva del tret

La perspectiva del tret ha estat bàsica per a entendre el comportament humà, ja que considera que el que distingeix cada persona és la quantitat de característiques diferents que la diferencien dels altres d'una forma més quantitativa que qualitativa. La pregunta important en la psicologia dels trets és quins són aquells trets veritablement importants i essencials?

Té la seva aparició amb l'estudi de les diferències interindividuais i la seva estabilitat en la personalitat d'un individu. Com ja apuntàvem amb anterioritat, els trets són atribucions de processos interns de la persona, característiques intrínseques, en part innates i en part apreses, que predisposen el subjecte a actuar o comportar-se d'una determinada manera.

El 1936, **G. Allport** (1897-1967) va realitzar una cerca en dos importants diccionaris de llengua anglesa de paraules que descrivissin la personalitat. Va obtenir 4.504 adjectius que descrivien trets observables i relativament permanents. Posteriorment, **R. B. Cattell** (1905-1998) va utilitzar aquesta mateixa llista i la va reduir a un total de 171 paraules de les quals, a través d'una enquesta realitzada a avaluadors experts en psicologia, va extreure'n trenta-cinc trets de personalitat amb els quals va elaborar un test de personalitat. Ara bé, per a la seva anàlisi requeria un sistema mètric que sistematitzés la informació de forma objectiva, de manera que les dades obtingudes van ser analitzades utilitzant l'emergent tecnologia de la informàtica; va aparèixer l'**anàlisi factorial** com a mètode estadístic i eina clau en la recerca de les dimensions de la personalitat.

Les teories explicatives dels trets, mitjançant l'ús de la tècnica de l'anàlisi factorial, permeten evidenciar el perquè davant un mateix estímul o situació diferents persones responen de manera diferent. Aquestes teories han servit com a espai de treball per a molts inventaris (qüestionaris) de personalitat.

H. Eysenck (1916-1997), psicòleg anglès d'origen alemany especialitzat en l'estudi de la personalitat i figura clau en la perspectiva del tret, va rescatar la classificació d'Hipòcrates i Galeno i es va dedicar a estudiar dos grans trets

Anàlisi factorial

L'anàlisi factorial és un instrument estadístic que supera la correlació de dues variables. Per la seva complexitat es desenvolupa amb l'aparició dels primers ordinadors que permeten fer infinitat de combinacions en un mínim temps. Com a eina per a la psicologia dels trets estableix una matriu de dades (correlacions) de les variables objecte d'estudi. Si dos o més variables covarien (es mouen juntes) en ser examinades en un gran nombre de persones, es pot concloure que tenen en comú el tret objecte d'anàlisi.

considerats com dues dimensions clau de la personalitat: l'**extraversió**, entesa com la tendència a la sociabilitat, l'activitat i la dominància, i el **neuroticisme**, entès com la tendència d'una persona a estar nerviosa o preocupada. Posteriorment, s'inclourà el **psicoticisme**, entès com una altra gran dimensió de la personalitat. Eysenck considerava que aquestes dimensions psicològiques tenien un substrat fisiològic en centres corticals i subcorticals del cervell dins del sistema nerviós central (va encunyar el terme **arousal** per a designar el centre d'activació cortical generalitzat responsable de les diferències psicològiques).

El model de personalitat denominat **PEN (Psicoticisme, Extraversió i Neuroticisme)** d'Eysenck desenvolupa tres dimensions contínues i no categòriques (característiques estadístiques que permeten mesurar de forma numèrica un tret i situar la seva presència en un interval o rang) relacionades amb la conducta d'autoprotecció, supervivència i reproducció (taula 8).

Taula 8. Model PEN d'Eysenck (tres dimensions)

Trets		
Psicoticisme	Extraversió	Neuroticisme
<ul style="list-style-type: none"> • Agressivitat • Impulsivitat • Antisocial • Egocentrisme • No empàtic • Hostilitat • Fredor • Crueltat 	<ul style="list-style-type: none"> • Assertivitat • Aventurer • Despreocupat • Dominància • Sociabilitat • Gosadia • Espontaneïtat • Vital 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansietat • Emotivitat • Tristesia • Timidesa • Autoestima • Por • Culpa • Depressió

Font: elaboració pròpia.

Per exemple, en la dimensió extraversió (intravertits: I; extravertits: E), el nivell d'extraversió és determinat pel nivell d'excitació cortical (*arousal*), on els I tenen una forta excitació i feble inhibició cortical; per tant, la conseqüència és una conducta inhibida. En canvi, els E tenen una feble excitació i ràpida inhibició cortical, amb una resposta de desinhibició.

A partir d'Eysenck i Cattell, investigadors com Costa i McCrae i d'altres posteriors van descobrir i van definir els cinc grans factors, **model *big five***, la premissa del qual és que la personalitat d'un individu pot ser avaluada a partir de cinc dimensions o factors bàsics (taula 9). Aquests factors o dimensions de la personalitat posseeixen les mateixes característiques estadístiques del model PEN d'Eysenck i possibiliten obtenir un perfil general dels trets més característics de la personalitat.

Taula 9. Model dels cinc grans

Factors		
Extravertit	↔	Intravertit
Adaptable	↔	Antagonista
Estabilitat emocional	↔	Inestabilitat
Obert a experiències	↔	Convencional

Font: elaboració pròpia.

Factors		
Meticulós	↔	Desorganitzat

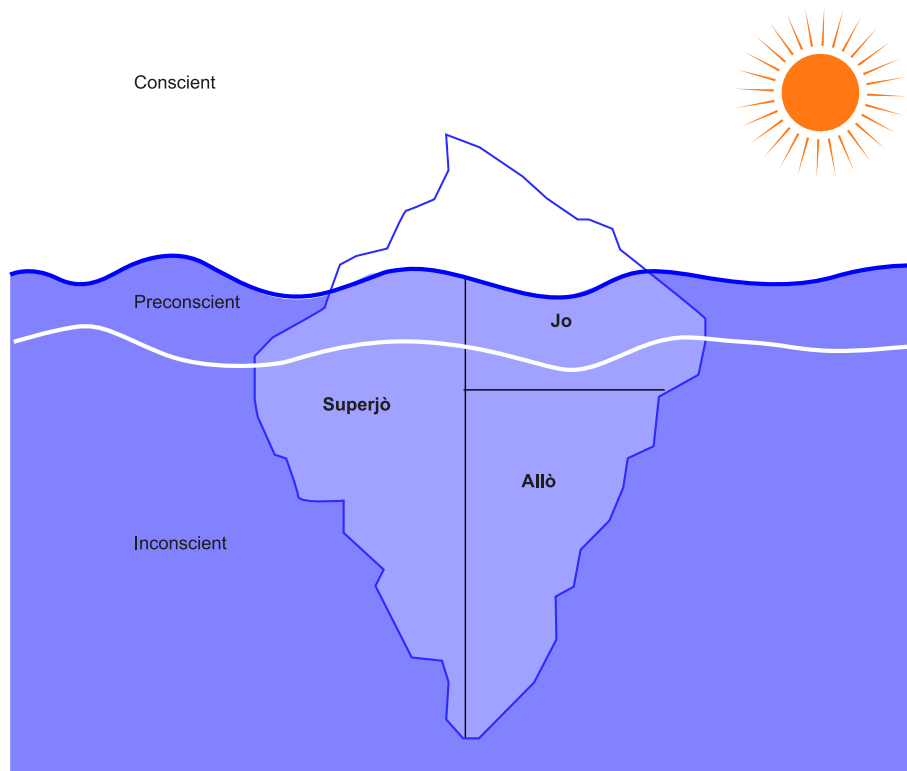
Font: elaboració pròpia.

Finalment, en la segona meitat del segle XX apareixen, o bé es readapten, nombrosos tests psicomètrics de personalitat que permeten obtenir perfils de la mateixa personalitat i la presència o no, en termes probabilístics, de puntuacions elevades en alguns dels trastorns que apareixen dins de les dimensions o factors. En tots els tests és fonamental la idea de l'existència de cinc factors com a eixos bàsics de les estructures més internes de la personalitat.

2.5.2. La perspectiva psicoanalítica

S'inicia a partir de l'extens treball de Sigmund Freud, que va desenvolupar la primera de les teories de la personalitat. Freud parteix d'una terminologia diferent, deixa a un costat el terme «personalitat» i el substitueix pel de **psiquisme** o **aparell psíquic**. Presenta l'individu com a dividit i en conflicte per les forces antagoniques que perviuen en el seu interior, on la psique és un conjunt de processos que sempre està en moviment, denominat **procés psicodinàmic**. Aquests processos poden sumar forces conjuntament, o bé poden estar contraposats i en competició entrant en conflicte entre ells, de manera que quan l'organisme (cos) es trobi davant una necessitat, la persona experimentarà un sentiment de tensió o de pressió.

Figura 2. Model estructural del psiquisme



Font: es.wikipedia.org/wiki/ello,_yo_y_superyó

Respecte a l'estructura de la personalitat, Freud estableix una divisió tripartida a diferents nivells de consciència: **conscient**, **preconscient** i **inconscient** (figura 2).

La **consciència** fa referència a aquells processos que podem identificar en l'ara. L'experiència conscient es compon de sentiments, pensaments i comportaments del moment que podem identificar clarament.

El **preconscient** fa referència a aquells processos mentals que podem evocar a través de la memòria per a portar-los a la consciència fàcilment. Per exemple, l'últim viatge realitzat amb tot tipus de detalls o la capacitat de recordar dades personals de familiars o amics.

L'**inconscient** fa referència al nivell de la ment que no és accessible fàcilment i de forma directa. Freud considera que és una part plena de desitjos i impulsos amb pensaments i idees que generen conflicte, dolor o ansietat. En l'inconscient, segons Freud, és on es troba tota la força impulsora que mobilitza la nostra conducta.

Sota aquesta perspectiva es posa l'èmfasi en les **pulsions** o **impulsos** com a forces bàsiques del funcionament humà, considerant que són una espècie d'energia que connecta les necessitats del cos amb els desitjos de la ment. Els **impulsos** es consideren forces motivacionals que impulsen la conducta i determinen el seu camí; per tant, són importants per a entendre la psique o personalitat de cada subjecte. Freud estableix dues categories d'impulsos:

1) Els **impulsos de la vida (Eros)** relacionats amb la supervivència de l'individu i l'espècie, la satisfacció de les necessitats d'alimentar-se, de respirar i les sexuals. La libido, en aquest cas, és l'energia produïda pels instints de la vida i el sexe és l'impuls o pulsio més important de la personalitat.

2) Els **impulsos de la mort (Thanatos)** relacionats amb la cerca del repòs absolut. Aquests són impulsos agressius i destructius que pretenen desunir la matèria i retornar-la a l'estat inorgànic. Aquesta agressivitat també pot anar dirigida, a més d'un mateix, cap als altres. Mentre l'energia vital libidinosa d'Eros facilita la unió i la procreació, Thanatos tendeix a mostrar-se indirectament a través de l'agressió com a mitjà de separació.

Finalment, Freud entenia que la personalitat estava formada per tres estructures bàsiques responsables de la conducta humana, denominades *allò*, *jo* i *superjò* i establia una categorització del desenvolupament psicosexual per etapes (associades a una zona erògena) encarregades de configurar aspectes de la pròpia psique o personalitat.

2.5.3. La perspectiva fenomenològica humanista

Els teòrics fenomenològics se centren en l'anàlisi de l'experiència immediata, personal i subjectiva. Aquests teòrics són crítics amb les teories que intenten dividir la personalitat, com les dues perspectives anteriors.

Els teòrics fenomenològics consideren que les respostes del comportament humà, en la seva interacció amb el món, són percepcions privades i úniques; per tant, la conducta d'una persona solament pot ser entesa sobre la base de la pròpia percepció subjectiva de la realitat. A més, conceben que els éssers humans són bons i perfeccionistes de forma inherent, de manera que cada persona té la capacitat de determinar la seva pròpia destinació, la qual cosa denominen *autodeterminació*.

Sota aquesta perspectiva, el psicòleg americà **Carl Rogers** (1902-1987) se centra en l'estudi de la persona, donant importància al concepte *self* (auto) i a les experiències relatives a un mateix.

Segons Rogers, l'**autoconcepte** (*self-concept*) reflecteix aquelles característiques que la persona considera que formen part de la seva manera de ser, en les quals s'inclou la manera com es veu ella mateixa en relació amb els diferents rols que desenvolupa en la vida.

L'autoconcepte es percep com un conjunt organitzat, coherent, integrat en la percepció, conscient i accessible en la memòria que, amb tendència a l'actualització i a la necessitat de reforços positius, estructura la personalitat.

La necessitat de reforços positius en la vida d'una persona implica la necessitat de ser acceptat, estimat i aprovat. Probablement aquesta necessitat s'aprèn des de petit, és universal, persistent i recíproca. Rogers introdueix el concepte de **reforç positiu incondicional** com a única manera de no interferir en la tendència actualitzadora de l'infant, que forma així la personalitat.

Un altre autor important d'aquesta perspectiva és **George Kelly** (1905-1967), un dels primers psicòlegs de la personalitat que va emfatitzar en els processos cognitius com a característica dominant del funcionament de la personalitat, proposant la **teoria dels constructes personals**. Per a Kelly, un constructe personal és una idea o pensament que el subjecte utilitza per a interpretar, construir i poder explicar les seves pròpies experiències, i que dona sentit a alguns aspectes de la seva realitat en termes de similituds o de diferències. La personalitat seria un sistema organitzat de constructes més o menys estructurats i significatius on l'ésser humà és un organisme actiu i pensant pel sol fet d'estar viu.

Grups de trobada

Els **grups de trobada** o **d'autoajuda** són una bona eina per a ajudar les persones a millorar i enriquir les seves relacions interpersonals. Rogers posa l'èmfasi en la teràpia com a eina per a ajudar l'individu en el procés d'autorealització per a aconseguir una harmonia entre el jo veritable i l'ideal.

Clínica fenomenològica

Els psicòlegs clínics fenomenològics fan més ús d'estudi de casos o entrevistes semiestructurades com a eines avaluatives, en lloc de la utilització de proves psicològiques més objectives.

2.5.4. La perspectiva de l'aprenentatge social

La primera teoria de l'aprenentatge social va ser postulada per **Julian Rotter** (1916-2014), que va integrar les bases del conductisme clàssic a partir de les teories de l'aprenentatge de Skinner. Rotter va realitzar una teoria sistemàtica sobre com s'aprèn en un context social. Va distingir entre reforçaments i cognicions. Mentre els **reforçaments** permeten moviments per a evitar o aconseguir un fi, les **cognicions** són estats interns, com una expectativa o estimació que fa mentalment el subjecte. A diferència del conductisme, considera que els actes mentals sí que són objecte d'estudi, considerant els aspectes cognitius (el pensament, la intencionalitat, l'evocació o la imaginació) conductes encobertes.

Aquest autor planteja les necessitats psicològiques que són necessàries per a mantenir l'estat de benestar. Destaquen aspectes de la personalitat com: la necessitat de dominació o lideratge, d'independència, de reconeixement, d'afecte, de protecció i de benestar físic.

Una de les aportacions més importants a la teoria de l'aprenentatge social és la idea del **locus de control** com a peça fonamental de la personalitat.

Locus de control: expectativa generalitzada de l'individu respecte al seu grau de control en l'obtenció del reforçament i que varia segons les diferències de personalitat. Es tracta d'una valoració subjectiva per a valorar què és el que fa que la conducta tingui o no uns resultats determinats. El locus de control pot ser intern o extern:

- **Locus de control intern:** considera que la mateixa conducta és la que provoca uns beneficis o pèrdues, que el reforç que rep està controlat per les seves actituds i conductes.
- **Locus de control extern:** l'obtenció de beneficis o pèrdues depèn de factors externs, està fora d'ells mateixos.

Albert Bandura (1952-2011), igual que Rotter, parteix del conductisme clàssic, però encara que se centren en la conducta manifesta, accepta també les variables cognoscitives internes que intervenen entre l'estímul i la resposta. Bandura emfatitza que l'ésser humà no és un autòmat que es dedica a reaccionar davant un estímul. Les persones influeixen i són influïdes per l'ambient en el qual es desenvolupen; per tant, l'observació, la imitació i el modelatge aporten aprenentatge en el context habitual de la persona.

Una idea clau de Bandura és afirmar que el comportament es pot aprendre sense experimentar de manera directa cap tipus de reforç, en absència de recompenses o càstigs. Introdueix el concepte d'aprenentatge **observacional** o

vicari, basat en el fet que s'aprèn mitjançant l'observació i imitació de l'altre. Des de petits observem el que ens envolta i amb això aprenem. En aquest sentit, la configuració de la personalitat està subjecta al modelatge que altres persones tenen en el procés de maduresa de l'individu, en la relació familiar. L'aprenentatge de valors i normes socials aporta eines a la persona per a saber relacionar-se o socialitzar-se, i així controlar les seves tendències agressives.

2.6. Personalitat i conducta criminal

En els inicis de l'estudi científic de la personalitat, l'estudi de la conducta criminal es va centrar en un enfocament biològic, intentant relacionar els patrons de conductes delictives amb característiques físiques i/o biològiques.

Franz J. Gall (1758-1828) va ser un anatomista que va fer un estudi comparatiu entre cranis de presos i de persones «normals», i va arribar a la conclusió que existien irregularitats en el crani dels criminals. Posteriorment, **César Lombroso** (1835-1909) va realitzar un estudi comparatiu de la població i va concloure que certes alteracions físiques tenien a veure amb el comportament criminal. Asimetries cranials, certs tipus de mandíbules o altres característiques de la fesomia estaven relacionades amb comportaments criminals. Lombroso conclouia els seus estudis afirmant que no hi havia ni remei ni tractament per a aquest tipus de persones.

Des de la segona meitat del segle xx fins als nostres dies, la psicologia de la delinqüència s'ha anat formant en paral·lel als avanços obtinguts en l'estudi de la psicologia de la personalitat. Les explicacions teòriques de la delinqüència coincideixen amb els marcs i perspectives teòriques de la personalitat. Així podem parlar, per exemple, de:

- Segons la **teoria de l'aprenentatge social de Bandura**, la carrera delictiva s'aprèn mitjançant la imitació i a partir de les expectatives en la conducta.
- Segons les **teories dels trets**, podem relacionar trets biopsicològics associats a la conducta antisocial. De manera concreta, segons Garrido, Stangeland i Redondo (1999) les dimensions d'extraversió, neuroticisme i psicoticisme –establertes en les teories deterministes d'Eysenck– justifiquen la influència d'alguns trets, com la impulsivitat, la cerca de sensacions, l'hostilitat o la insensibilitat social, entre d'altres, com a trets que predisposen al delicte.
- Segons les **teories explicatives de conductes criminals**, la delinqüència s'entén com el resultat de la ruptura dels vincles socials o del control social. Hirschi (1969) va considerar en la seva teoria que els espais compartits per joves com la família, l'escola, el barri o els espais esportius redueixen les conductes antisocials i delictives. Recentment, derivades d'aquest tipus de teories explicatives, sorgeix la denominada **criminologia del desenvolupament**, que es basa en l'estudi de l'evolució en el temps de les carreres delictives (Redondo i Pueyo, 2007).

La personalitat, en el camp de la criminologia, facilita conèixer els factors que intervenen en la seva configuració i ens permet disposar d'eines per a analitzar la conducta humana i així poder:

- descriure la conducta delictiva,
- comparar la conducta delictiva,
- explicar/comprendre el comportament delictiu i
- predir (en termes probabilístics) la conducta delictiva.

Respecte del binomi personalitat i delinqüència, i emmarcats en la teoria dels trets, podem parlar d'aquells aspectes de la personalitat que estan estretament relacionats amb la conducta criminal i, per tant, tenen un paper important com a predictors o precipitants en la comissió d'un delictes. Entre aquests trets trobem els següents:

- **Impulsivitat:** apareix en la infància, es potencia en l'adolescència i roman durant tota la vida adulta. Un acte impulsiu pot ser necessari per a la supervivència. Ara bé, el caràcter impulsiu comporta dificultats en l'autocontrol i la falta de reflexió, la qual cosa afecta la capacitat de concentració o aprenentatge.
- **Cerca de sensacions:** tendència a perseguir i gaudir d'activitats i experiències excitants, així com necessitat de provar situacions noves i desconegudes, siguin perilloses o no. Aquí podem incloure la temeritat, com la tendència a enfrontar-se a situacions sense prejutjar la possibilitat de risc.
- **Baixa empatia:** incapacitat de saber posicionar-se en el lloc de l'altre, no entendre les seves emocions i no tenir integrats valors ètics i de respecte cap als altres. Farrington (citat a Cordelia i Siegel, 1996), en la formulació d'una teoria integradora sobre les carreres delictives, indica que un dels factors que influeix en la tendència antisocial d'una persona jove és la manca d'aquestes habilitats prosocials que l'induiria amb major probabilitat a obtenir gratificacions de forma il·lícita.
- **Agressivitat:** entesa com aquella tendència o disposició a comportar-se de forma violenta o nociva cap als altres o cap a un mateix. En l'agressivitat apareix la **ira**, entesa com l'estat emocional amb sentiments que varien d'intensitat i que apareix davant experiències o successos desajustats i poc agradables. L'**hostilitat**, com a conjunt d'actituds complexes que poden desembocar en conductes agressives. I la **violència**, com aquella resposta o comportament desajustat i desproporcionat, caracteritzat pel seu ímpetu, intensitat, destrucció o perversió, sense justificació i merament ofensiva. L'agressió que pugui manifestar un subjecte dependrà de factors físics, emocionals, cognitius i socials.

- **Antisocial:** dificultat per complir les normes, tendència a la inadaptació social i confrontació severa amb l'autoritat. Baixa tolerància a la frustració davant la impossibilitat d'aconseguir un fi.
- **Indiferència afectiva:** la poca empatia provoca un control de les emocions, així com una indiferència davant el sofriment dels altres, fet que mostra una emotivitat estable davant situacions de tensió emocional.

Podem considerar que l'estructura bàsica d'una personalitat criminal està formada per la majoria dels factors (components psicològics) anteriorment descrits i que poden significar la capacitat de qualsevol persona per a cometre alguna conducta criminal. Però, a més d'aquests factors, es fa necessari fer una lectura més complexa de l'acte criminal i entendre que per a la seva realització serà necessari comptar amb la influència d'altres factors com els indicats per González-Guerrero (2011) i que procedeixen tant de la psicologia, com de la biologia i de la criminologia com a predictors de la conducta delictiva (taula 10).

Taula 10. Resum d'aportacions multidisciplinàries sobre factors de risc per a la conducta delictiva (relatius a la personalitat del delinqüent)

Factors de risc de les diferents disciplines	
Psicologia	<ul style="list-style-type: none"> • Egocentrisme, narcisisme • Inestabilitat emocional • Agressivitat – Ira • Alta suspicàcia • Indiferència afectiva • Alta impulsivitat • Alta cerca de sensacions • Baixa empatia • Baixa responsabilitat • Dèficit en l'adaptació al medi • Dèficit en processaments cognitius • Sentiment d'inferioritat • Alt psicoticisme, alta extraversió, alt neuroticisme • Locus de control extern
Biologia	<ul style="list-style-type: none"> • Lesions cranials • Baixa activitat del lòbul frontal • Baixa activitat del sistema nerviós autònom • Resposta psicogalvànica reduïda • TDAH (trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat) • Baixa intel·ligència

Font: L. González-Guerrero (2011). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal* (Tesi doctoral, pàg. 28). Universitat Complutense, Madrid. Consultat el 29 de desembre del 2019, des d'<https://eprints.ucm.es/14431/>

Factors de risc de les diferents disciplines

Criminologia

- Precocitat delictiva
- Impulsivitat
- Psicopatia
- Cercle d'amistats delinqüents
- Consum de drogues
- Criança deficitària, falta d'harmonia a la llar
- Rebuig del grup d'iguals
- Relacions heterosexuales difícils
- Ambient multiproblemàtic
- Baix nivell socioeconòmic i cultural
- Temperament difícil
- Baix autocontrol
- Estil de vida persistentment antisocial
- Dèficit a l'escola
- Dèficit d'habilitats socials
- Situació de desocupació
- Agressivitat
- Egocentrisme
- Identificació criminal

Font: L. González-Guerrero (2011). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal* (Tesi doctoral, pàg. 28). Universitat Complutense, Madrid. Consultat el 29 de desembre del 2019, des d'<https://eprints.ucm.es/14431/>

En general, la presència d'alguns d'aquests factors no ha de significar pas la criminalitat en un individu, però es pot concloure que la confluència de molts d'aquests fa augmentar exponencialment el risc de cometre o reincidir novament en actes delictius.

Cal esmentar que existeixen una sèrie de factors de protecció que permeten tallar o moderar la relació existent entre els factors de risc i la conducta criminal. Es denominen *protectors* perquè serveixen per a reduir o influir en els efectes patògens de riscos específics. Alguns factors de protecció associats a joves amb comportaments delinqüencials, i que faciliten l'abandó de la carrera delictiva en la seva edat madura, són: tenir una família acollidora i estable, iniciar una relació de parella, suport de professionals externs, participar en programes socioeducatius i tenir capacitat de resistència o «resiliència» per a abandonar amistats antisocials i comportaments desadaptats.

3. Psicologia clínica i de la salut

3.1. Què és la psicologia clínica i de la salut?

El Consell General de la Psicologia d'Espanya (CGPE), antigament Col·legi Oficial de Psicòlegs d'Espanya (COP), defineix la psicologia clínica i de la salut com aquella disciplina o camp d'especialització de la psicologia que aplica els principis, les tècniques i els coneixements científics desenvolupats per aquesta per a avaluar, diagnosticar, explicar, tractar, modificar i prevenir les anomalies o els trastorns mentals, o qualsevol altre comportament, rellevant per als processos de la salut i malaltia, en els diferents i variats contextos en què aquests puguin tenir lloc (COP, 1998).

El CGPE estableix que, encara que ambdues especialitats formen part del mateix curs de la psicologia, interessa destacar les vicissituds de la psicologia de la salut fins a la seva confluència amb la psicologia clínica. D'una banda, la psicologia de la salut pot ser considerada com el conjunt d'accions educatives, científiques i professionals de la disciplina de la psicologia per a promocionar la salut i la prevenció i el tractament de la malaltia i, per una altra, la psicologia clínica s'encarrega de l'avaluació, el diagnòstic, el pronòstic, el tractament, la rehabilitació i la prevenció i recerca de les qüestions que afecten la salut mental. En aquest sentit, si bé la psicologia clínica pot considerar-se la branca de la psicologia interessada en l'àmbit mèdic, la psicologia de la salut pot veure's com la conjunció entre la psicologia clínica i la medicina.

3.2. La psicologia de la salut

L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1946) defineix la salut no solament com l'absència de malalties o afeccions, sinó com un estat positiu i de benestar, un estat complet i global no solament físic, sinó també de salut mental i social.

Al maig de 1998 l'OMS, en la seva assemblea anual, establí com a estratègia política aconseguir que totes les persones aconseguixin plenament el seu potencial de salut amb dues metes principals:

- 1) Promoure i protegir la salut de les persones al llarg de tota la seva vida.
- 2) Reduir la incidència de les principals malalties i lesions, així com el sofriment que originen.

En aquest abordatge de «salut per a tothom» es posa en relleu la importància que s'atorga a factors comportamentals i socials en el concepte de salut i d'estil de vida saludable. La salut, per tant, s'entén com un constructe caracteritzat

per ser variable i inestable i estar, al seu torn, vinculat a factors evolutius i psicològics. A més, dependrà del valor personal que cada individu li atorgui, ja que és diferent en cada subjecte en funció dels factors cognitius (percepció del propi estat), objectius (el funcionament orgànic) i adaptatius (capacitat d'integrar-se al medi) que intervenen en el desenvolupament de la persona i de la seva salut.

En aquest context, les característiques i objectius propis de la psicologia de la salut, segons Sáez, Font, Pérez i Marqués (2019), serien:

- 1) La promoció i l'educació.
- 2) La prevenció i el tractament.
- 3) La recerca i l'avaluació.
- 4) L'anàlisi i la millora.
- 5) La formació de formadors.

Per a entendre el treball que a l'àrea de la salut desenvolupa la psicologia, ens detindrem a continuació en el primer d'aquests objectius, la promoció de la salut.

3.2.1. La promoció de la salut

En les últimes dècades, i de manera global, la salut ha experimentat una clara evolució estretament lligada a, d'una banda, els avanços mèdics i tecnològics en totes les àrees sanitàries i, per una altra, al canvi en les causes de mortalitat lligades al desenvolupament de la societat, l'aparició de malalties relacionades amb hàbits poc saludables i a l'augment de l'esperança de vida. Tot això ha posat en relleu la importància dels **estils de vida**, entesos com una forma de viure o patró de conducta individual que, influïts per la seva interacció amb els altres, condueix una persona a dur a terme determinats hàbits de consum, actituds i valors que li reporten una manera de viure determinada en confluència amb el seu entorn. Senzillament podem dir que és una manera global de viure basada en les pautes individuals de conducta que interaccionen amb les condicions de vida.

En la nostra quotidianitat existeixen comportaments que poden contribuir al fet que emmalaltim, com a conseqüència de «conductes insalubres o patògenes», i altres comportaments que ajuden a mantenir la nostra salut o a prevenir que emmalaltim, les denominades **conductes saludables**. Si centrem la nostra atenció en l'adquisició dels comportaments saludables, trobem diverses teories que han intentat explicar-ne l'adquisició:

- Les **teories motivacionals** destaquen la rellevància de fomentar i informar la persona per a aconseguir canvis significatius en la seva salut.

- Els **models cognitius conductuals** descriuen teràpies orientades a la identificació i a la modificació dels pensaments i estructures cognitives de la persona per així modificar els seus comportaments.
- La **teoria de l'aprenentatge** aplicada a l'àmbit de la salut postula que les conductes saludables són hàbits apresos i, per tant, tant la seva adquisició, com la seva modificació o manteniment estan subjectes a principis d'aprenentatge.
- Les **teories conductuals** plantegen que a través de condicionament operant es poden modelar conductes saludables amb la finalitat d'extingir conductes nocives.
- I, finalment, Bandura (1982) en la seva **teoria d'aprenentatge social**, explica la conducta humana en termes d'una interacció recíproca i contínua entre els determinants cognoscitius, els comportamentals i els ambientals, on l'autocontrol és la capacitat de les persones per a regular la seva conducta final.

«Una persona es trobarà més motivada per a imposar-se criteris d'autorecompensa quan la conducta que intenta canviar és aversiva. En el cas de les persones obeses, per exemple, les incomoditats, possibles malalties i el rebuig social que provoca l'obesitat, indueixen a controlar l'abús del menjar. Els fumadors empedreïts se senten motivats a deixar de fumar pels trastorns físics que els ocasiona i per la por del càncer... En condicionar l'autorecompensa a la consecució de certs assoliments, els individus poden reduir la conducta aversiva, fins a crear una font natural de reforçament als seus esforços: perden pes, redueixen el consum de cigarrets o deixen de fumar totalment.»

A. Bandura (1982). *Teoría del aprendizaje social* (pàg. 177). Madrid: Espasa Calpe.

El repte fonamental de la psicologia de la salut és demostrar, de forma insistent i aclaridora, que es poden produir canvis en la conducta humana, oferir opcions de patrons conductuals més saludables i, amb això, reduir la mortalitat.

Perquè en una societat es pugui fomentar la modificació d'hàbits de salut en els seus ciutadans és important treballar en **plans de prevenció sanitaris** i **campanyes informatives** que permetin conscienciar les persones i convèncer-les de les conseqüències indesitjables per a la salut.

Aquests plans de prevenció persegueixen, principalment, l'adquisició de conductes orientades a aconseguir un nivell òptim de benestar físic i psicològic, és a dir, un estil de vida saludable basat en:

- L'activitat física.
- Una dieta saludable.
- Un comportament segur (accidentalitat).
- Unes conductes sexuals segures.
- L'evitació de consum de tòxics.

L'estrès és un factor psicològic estretament vinculat a estils de vida poc saludables. L'**estrès** es defineix com una resposta adaptativa de l'ésser humà davant situacions que presenten «estímuls estressors» –relacions familiars amb una conflictivitat elevada, perllongada activitat laboral, comportaments socials desajustats, conductes temeràries o de risc, entre altres– interpretades de manera subjectiva, que causen una major o menor preocupació en la seva adaptació i resposta a l'estímul estressor.

En general, i com a conseqüència de l'adaptació a l'entorn, l'ésser humà, igual que la resta de les espècies, requereix un cert grau d'estrès per a solucionar aquelles situacions que li poden generar un estat d'alerta davant el perill. A causa de la reacció fisiològica (amb l'activació del sistema nerviós autònom i l'endocrí) s'alliberen hormones que provoquen una sèrie de canvis fisiològics i que preparen l'organisme per a donar una resposta immediata; és el que sol anomenar-se **estat d'alerta** (quan l'estrès és més lleu) i **ansietat** (quan l'estrès és més intens). Quan l'exposició a situacions estressants es torna constant, la resposta es torna crònica i pot presentar efectes perjudicials per a l'organisme (un dels efectes nocius és afeblir el sistema immunitari del subjecte, fet que afavoreix l'aparició de nombroses malalties).

Els psicòlegs de la salut treballen, juntament amb altres professionals i especialistes de la medicina, combinant els tractaments mèdics habituals amb els tractaments psicològics. En aquest sentit, i a manera d'exemple, hi ha intervencions terapèutiques d'afrontament a l'estrès basades a modificar la percepció i el comportament de la persona davant l'estímul estressant amb l'objectiu de propiciar una situació més saludable.

Accidentalitat

Els homes joves, d'entre quinze i dinou anys, presenten una probabilitat dues vegades i mitja més grans de morir en un accident de circulació que les dones de la seva mateixa edat (Piédrola, 1988).

Conductes sexuals segures

Cada any, a tot el món, milions de persones contrauen malalties de transmissió sexual, on un percentatge elevat són persones menors de vint-i-cinc anys.

Evitar el consum de tòxics

Aquest tipus de substàncies nocives per a l'organisme poden comportar importants alteracions i trastorns psíquics, així com problemàtiques socials i relacionals, situacions de marginalitat i/o conductes delinqüencials.

3.3. La psicologia clínica

«[Els psicòlegs clínics i de la salut poden] atendre aquest gran grup de pacients que acudeixen als psicòlegs a la recerca d'ajuda per a fer front als problemes de la vida i resoldre situacions d'infelicitat i malestar emocional, denominada "patologia del sofriment", perquè se senten desbordats en les seves estratègies d'afrontament. D'aquesta manera, aquests professionals sanitaris poden oferir orientació, consell i suport psicològic als pacients per a superar les seves dificultats.»

E. Echeburúa, K. Salaberria, P. de Corral, i S. Cruz-Sáez (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: Una primera reflexión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(2), 428.

3.3.1. El concepte de trastorn mental

El terme *trastorno mental* és més ampli que el de *malaltia mental* i s'aplica a qualsevol alteració genèrica de salut mental, sigui o no conseqüència d'una alteració somàtica coneguda (Caballero, 2007).

Un comportament socialment anòmal, o els conflictes entre l'individu i la societat, no ha de suposar pas un trastorn mental, tret que es derivi d'una disfuncionalitat de la persona. No obstant això, hem de tenir present que l'existència d'un trastorn depèn en gran manera dels criteris socials i culturals que, en un moment concret, el defineixin com a tal.

En el manual *DSM V* (APA, 2013) es defineix **trastorn mental** com una síndrome caracteritzada per una alteració clínicament significativa de l'estat cognitiu, la regulació emocional o el comportament d'un individu, que reflecteix una disfunció dels processos psicològics, biològics o del desenvolupament que subjauen en la seva funció mental. Dins de la psicologia clínica, la psicopatologia és l'àrea encarregada de descriure i categoritzar els trastorns mentals, així com d'estudiar els mecanismes que poden induir estats «no sans» en el procés mental i abordar-ne les causes i naturalesa.

En general, els trastorns mentals greus solen ser duradors (crònics), manifestar-se a través del comportament, inestables (lloc que solen presentar-se en episodis de descompensació o «brots») i amb afectació de les capacitats cognitives i volitives de la persona. Al seu torn, interfereixen en gran manera en les relacions interpersonals i socials, la qual cosa afecta la vida social de la persona.

L'origen del trastorn mental pot ser conseqüència de:

- Causes genètiques que afecten alguna zona del cervell.
- Trastorns orgànics, fisiològic o processos degeneratius.
- Experiències emocionalment estressants o traumàtiques, sobretot durant la infància i l'adolescència.
- Accidents o consum de tòxics.

Lectura complementària

Per a aprofundir sobre la psicologia clínica i de la salut es recomana la lectura de: E. Echeburúa, K. Salaberria, P. de Corral, i S. Cruz-Sáez (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: Una primera reflexión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(2), 423-435.

Nosotàxies psiquiàtriques

Les dues nosotàxies psiquiàtriques més utilitzades en l'actualitat són la *CIE-10* de l'Organització Mundial de la Salut i el *DSM V* de l'American Psychiatric Association.

Molts trastorns mentals presenten simptomatologies comunes, motiu pel qual els diagnòstics han de ser acurats i encertats per a poder adequar els tractaments de salut idonis al tipus de patologia mental. En aquest sentit, la noció de categories clíniques es basa en el supòsit que existeix un determinat nombre de covariants compartides, com les agrupacions de signes del trastorn i símptomes regulars (Belloch, Sandín i Ramos, 2008).

A continuació desenvoluparem, de forma resumida, algunes de les categories de trastorns mentals.

1) Trastorns orgànics o relacionats amb el desenvolupament neurològic: originats per alteracions genètiques, disfuncions psicofisiològiques del desenvolupament o traumatismes. Es caracteritzen per l'anormalitat psíquica conductual associada a deterioracions transitòries o permanents. El **retard mental** o **discapacitat intel·lectual**, les **afàsies** i les **amnèsies** o la **demència senil** són exemples d'aquests tipus de trastorns.

2) Trastorns psicòtics i esquizoïdes: els trastorns psicòtics es caracteritzen per la pèrdua de contacte amb la realitat i les agudes pertorbacions del pensament, de la percepció i de l'emoció que pot comportar la desadaptació social. Concretament, l'esquizofrènia fa referència a la dissociació entre les emocions i la raó, abasta un grup de trastorns greus que normalment s'inicien en l'adolescència. A més de la presència d'una simptomatologia psicòtica, també poden aparèixer al·lucinacions, idees delirants, comportament i llenguatge desorganitzat o catatònic. L'**esquizofrènia**, la **psicosi maniacodepressiva**, **trastorns esquizotípics** o **delirants** entren dins d'aquest tipus de trastorns.

3) Trastorns afectius o de l'estat de l'ànim: predomina una alteració de l'estat de l'ànim. El més típic és la depressió i es caracteritza per tristesa, sentiment de culpa, baixa autoestima, desesperança i inutilitat. Aquest grup també inclou la mania, caracteritzada per un estat d'ànim exaltat, expansiu, megalomaniac, amb labilitat emocional (canvi constant de caràcter). La **depressió major**, la **mania**, el **trastorn bipolar**, així com trastorns alimentosos com l'**anorèxia nerviosa** o la **bulímia** són exemples d'aquesta classificació.

4) Trastorns del control d'impulsos: es caracteritzen per presentar actes ir-resistibles on el subjecte no pot evitar la temptació o impuls que el porta a realitzar accions potencialment perilloses. La **piromania**, la **cleptomania** o el **joc patològic** entren dins d'aquesta classificació.

5) Trastorns de l'ansietat o neuròtics: també anomenats *trastorns psicossomàtics*, es caracteritzen per l'aparició de símptomes físics sense que concorrin causes físiques. El símptoma predominant és l'ansietat, que sol aparèixer com a reacció al pànic. El pànic entès com a por irracional i desmesurada que altera la vida normal de l'individu. Les **fòbies** i la **hipocondria** (pànic a sofrir una malaltia) són dins d'aquesta classificació.

6) Trastorns de la personalitat: es caracteritzen per presentar un patró permanent i inflexible d'experiències internes i de comportament que s'aparta acusadament de la resta de la societat. Acostumen a durar tota la vida, amb alguns trets de la personalitat tan rígids i inadaptats que poden arribar a causar problemes laborals, socials, així com danys a un mateix i, probablement, als altres. No es perd el contacte amb la realitat, per la qual cosa no solen perdre les seves capacitats cognitives ni volitives, encara que solen tenir una falta de consciència de malaltia. Es divideixen en tres categories o clústers:

a) Clúster o tipus A: paranoide, esquizoide i esquizotípic. Subjectes excèntrics, estranys o extravagants, asocials i que poden tenir comportaments atípics o disfuncionals.

b) Clúster o tipus B: narcisista, límit, histriònic i antisocial. Subjectes amb labilitat emocional, conductes descontrolades o inadaptades, dèspotes, capritxoses i que es confronten amb les normes socials. Es caracteritzen per la falta d'empatia i la presència de pensaments de grandesa, exhibicionistes i poca consideració cap als valors morals. Les personalitats antisocials es caracteritzen per la vulneració dels drets dels altres i no respectar les normes. Acostumen, a més, a ser molt inestables, amb un comportament teatral i hipersensibles al possible rebuig.

c) Clúster o tipus C: evitatiu, dependents i obsessius. Les ansietats i por determinen a aquests subjectes la conducta des de la infància, amb reaccions emocionals poc ajustades, actituds infantils i dependència afectiva.

El trastorn antisocial o personalitat antisocial es caracteritza per violar els drets dels altres i no respectar les normes socials. Com a conseqüència poden aparèixer els comportaments psicopàtics o la psicopatia.

Psicopatia

La **psicopatia** és un trastorn antisocial de la personalitat que, encara que manté les funcions perceptives i mentals de la persona, es troba patològicament alterada la conducta social de l'individu que la pateix.

Quan parlem de trastorns mentals o psicològics i els relacionem amb la conducta delictiva hem de tenir clar que cap trastorn psicològic en si mateix explica la conducta criminal. Per a arribar a comprendre aquesta relació cal tenir presents els aspectes següents que incideixen directament en la conducta criminal:

- Diferenciar entre la conducta criminal d'una persona psíquicament normal i la conducta criminal d'una persona amb anomalies o perturbacions de la personalitat –ja siguin de menor o major gravetat o intensitat.
- Baixa probabilitat que incidents violents siguin generats per persones amb severos problemes de salut mental.

- És més probable que els comportaments delictius estiguin relacionats amb disfuncions de la gestió del pensament i la presa de decisions.

3.3.2. Tractaments terapèutics psicològics

En aquest últim apartat descriurem breument les teràpies més habituals utilitzades en el terreny clínic de la psicologia que permeten abordar els trastorns mentals i psicològics amb l'objectiu de, a curt, mitjà o llarg termini, compensar la persona i reduir la simptomatologia, ja sigui mitjançant l'intent de modificació d'hàbits existents o evitant o abordant les recaigudes i noves situacions d'exposició al risc. Entre els tractaments indicats, inclourem en primer lloc la teràpia farmacològica que, malgrat que no pot definir-se com un tractament psicològic en si mateix, forma part irremediament de la intervenció de molts trastorns mentals.

La teràpia farmacològica o psicofarmacològica

La **teràpia farmacològica** és la disciplina científica que comprèn l'acció d'una sèrie de substàncies químiques, els psicofàrmacs, que tenen acció directa en el sistema nerviós central (SNC). Els psicofàrmacs modulen els processos psíquics i són útils en el tractament de malalties psiquiàtriques i/o psicològiques.

La importància del coneixement del procés de neurotransmissió radica en el fet que la majoria dels psicofàrmacs exerceixen una acció modificant aquest procés (Vallejo, 2011). Existeixen tres grans grups de psicofàrmacs que permeten actuar en un grup important de trastorns mentals:

1) **Antipsicòtics**: fàrmacs antagonistes (inhibeixen) de receptors postsinàptics dels sistemes de neurotransmissió clàssics: catecolamines i indolamines. Aquests se solen receptar per a l'esquizofrènia, les manies, el trastorn bipolar o trastorns de la conducta, entre d'altres. Alguns medicaments habitualment usats són: haloperidol (Haldol[®]), Risperdal[®] i Zyprexa[®].

2) **Antidepressius**: constitueixen la teràpia bàsica de la depressió i de diversos trastorns mentals com el trastorn obsessiu compulsiu, d'estrès posttraumàtic, les crisis d'ansietat, les fòbies i els trastorns alimentaris com la bulímia i l'anorèxia. Alguns medicaments habitualment usats són: Prozac[®], paroxetina (Paxil[®]) i citalopram (Celexa[®]).

3) **Ansiolítics**: fàrmacs que redueixen l'ansietat, qualsevol que sigui la causa d'aquesta, i redueixen l'activació de circuits cerebrals septohipocàmics, l'activitat dels quals s'incrementa davant senyals de perill. S'usen en

Altres tractaments

Als tractaments descrits en aquest apartat, hem d'afegir-hi l'existència de les teràpies següents: la rehabilitació neurocognitiva, la teràpia analítica cognitiva, les teràpies humanistes, la teràpia gestàltica o l'existencial. Totes permeten abordar diferents tipus de trastorns sota les premisses dels corrents psicològics que les empren.

Sistema nerviós central

El sistema nerviós central es basa en l'activitat neuronal mitjançant la transmissió dels neurotransmissors, substàncies químiques emeses per les neurones i que actuen com a receptors en una altra neurona a través de la sinapsi, fet que genera reaccions electroquímiques amb la finalitat de generar algun tipus de reacció en la persona. L'activitat del cervell, i en definitiva el nostre comportament, és el resultat dels milions de comunicacions d'aquest tipus de connexions sinàptiques que es produeixen de forma simultània en diverses àrees del cervell.

l'abordatge d'estats d'ansietat, trastorns del somni, trastorns psicossomàtics i la síndrome d'abstinència. Alguns medicaments habitualment usats són: Valium[®], Orfidal[®] i Trankimazin[®].

Si bé la farmacologia té una eficàcia de millora i reducció de la simptomatologia, no podem obviar que perquè siguin efectius és necessari conscienciar el pacient de la importància d'una correcta pauta d'administració i un seguiment exhaustiu del tractament. A més, és necessari que la majoria dels tractaments farmacològics es compaginin amb teràpies psicològiques que permetin abordar l'origen de la simptomatologia per a provocar canvis en el comportament del subjecte.

La teràpia psicodinàmica o psicoteràpia

A partir del treball de Freud, que parteix del concepte de pulsio com a principi bàsic de la motivació de la conducta, el diagnòstic psicodinàmic pretén ser únic per al pacient individual. La psicoanàlisi clàssica consisteix a fer accessibles els conflictes inconscients (traumes) a través de l'associació lliure de pensaments i la interpretació dels somnis. Es fan sessions setmanals en el divan, amb una periodicitat d'entre tres i cinc sessions i amb una durada que oscil·la entre tres i deu anys.

La psicoteràpia dinàmica, a diferència de la psicoanàlisi clàssica, redueix la seva intervenció tant en la freqüència de sessions com en la durada d'aquesta, d'un a tres anys. La psicoteràpia varia en funció de si s'orienta a l'edat adulta o infantil (amb la introducció de sessions de joc en aquesta última). També existeix la psicoteràpia dinàmica per a grups (entre sis i vuit pacients), de parella i institucional, també anomenada *grups Balint*, que es fonamenta en la importància de la utilització per part del personal mèdic de l'emoció i l'enteniment com a potencial terapèutic.

Finalment, cal esmentar que patologies com l'**esquizofrènia**, els **trastorns afectius**, els **trastorns d'ansietat** o **trastorns de la personalitat** són abordats per la psicodinàmica amb l'objectiu que el pacient pugui treballar els mecanismes patològics de defensa i buscar mecanismes més saludables.

La teràpia cognitivoconductual

L'objectiu d'aquest tipus de tractament és l'abordatge terapèutic per a modificar conductes malaltisses o problemes mitjançant tècniques psicològiques que permetin substituir aquests comportaments per uns altres de més adaptatius i sans.

El programa terapèutic consisteix, inicialment, en sessions per a detectar la possible conducta problema del pacient i analitzar com aquesta afecta en el seu entorn habitual. Una vegada identificada la simptomatologia del trastorn, s'exposa al pacient a través d'una sèrie de tècniques d'exposició, com

Psicoteràpia infantil

La **psicoteràpia infantil**, introduïda per Ana Freud i Melanie Klein, dona al joc de l'infant el valor simbòlic de les relacions interpersonals de l'adult. Es desenvolupa la sessió amb diversos objectes (animals, cotxes, plastilina, etc.) que estimulen l'expressió afectiva del nen o nena (Vallejo, 2011).

l'exposició gradual, la dessensibilització sistemàtica o la inundació, per a facilitar la confrontació del pacient de forma real o imaginària a la situació problema. A grans trets, la teràpia cognitivoconductual es basa en tres postulats bàsics (Vallejo, 2011):

- 1) Les cognicions influeixen tant en les nostres emocions com en la nostra conducta.
- 2) L'existència de pensaments irracionals genera l'aparició d'una conducta problema.
- 3) L'objectiu de tot tractament cognitiu és eliminar o reduir les cognicions irracionals que desencadenen la simptomatologia manifesta.

Aquest tipus de teràpia requereix tenir en compte el grau motivacional del pacient, la seva adhesió i implicació al tractament, així com la identificació i reconeixement de tots els aspectes (síntomes) que intervenen en la conducta problema. Tècniques de resolució de problemes, reestructuració cognitiva, autocontrol o modelatge són algunes de les utilitzades en aquest tipus de tractament psicològic.

Aquest corrent terapèutic és habitualment utilitzat en **quadres depressius, estats d'ansietat, trastorns fòbics, addiccions a tòxics** o relacionats amb el **comportament i la personalitat**.

La teràpia sistèmica

El model sistèmic va néixer juntament amb la teràpia familiar, encara que avui dia té moltes més aplicacions. Aquest model canvia radicalment els enfocaments tradicionals centrats en l'individu, ja que l'objecte d'anàlisi no és l'ésser individual sinó el sistema. Aquesta teràpia es basa a centrar tota l'atenció i observació en les relacions interpersonals, familiars, de parella i, fins i tot, entre els components d'un equip laboral o d'una altra índole.

Aquest model proposa que un comportament aparentment patològic s'ha de situar en un context, analitzant els individus com a components del sistema. En aquest cas, el sistema és l'element principal explicatiu de les conductes simptomàtiques.

Aquesta teràpia es compon de tres fases clau:

- 1) **Recollida d'informació.** S'observen i analitzen totes les interconduccions dels membres del sistema per a detectar les estructures de les relacions, les coalicions, les exclusions, les aliances, etc.

Reestructuració cognitiva

Introduïda per Albert Ellis, es basa en la identificació i confrontació dels pensaments negatius i irracionals, anomenats *distorsions cognitives*, que afecten el pensament, l'emoció i la conducta del pacient. Mitjançant l'ús de tècniques de reestructuració (pensaments alternatius) s'aborden tots els símptomes amb l'objectiu de reduir o canviar a pensaments més adaptatius i saludables per a aquest.

El sistema

La noció de **sistema** implica un tot organitzat que és més que la suma de les parts, situant-se en un ordre lògic diferent al dels seus components. El sistema és vist com un patró interrelacional i característic d'aquest, i no solament sota el prisma del subjecte que ho sofreix. El *feedback* o circuits de retroalimentació i relacions d'interdependència defineixen el sistema.

2) **Elaboració diagnòstica.** Es detecten aquelles conductes simptomàtiques del subjecte en la relació amb els altres, la forma d'inserir-se en el sistema. En aquest sentit, les conductes de tots els membres s'influeixen mútuament.

3) **Tècniques per a la producció de canvis.** A través del reenquadrament de determinades conductes, la intermediació en coalicions o el bloqueig de determinades pautes, entre d'altres, es busca la modificació de les pautes que mantenen els símptomes en els processos de comunicació intrafamiliars.

Teràpia familiar estructural

Salvador Minuchin (1921-2017), creador de la teràpia familiar estructural, comprenia la família com un sistema que tendeix a la defensa de la seva estabilitat davant els canvis d'influències externes. Es considera que la família afavoreix el manteniment o disfuncionalitat del símptoma mitjançant mecanismes de manteniment del sofriment en la família o d'algun dels seus membres. Abordant la definició de rols familiars, el reconeixement i plantejament de límits familiars clars, el restabliment de jerarquies o la dissolució d'aliances o triangulacions familiars, es pot aconseguir tornar a una estructura familiar sana i funcional.

Exercicis d'autoavaluació

1. Segons López i Castro (2007), una conducta de risc en l'adolescència pot aparèixer amb comportaments persistents, com podrien ser:

- a) Els que es deriven de la implicació en l'ús de les xarxes socials.
- b) La inserció de l'adolescent en entorns prelaborals.
- c) Situacions responsables en el consum de tòxics.
- d) Cap de les anteriors és correcta.

2. En quina etapa del cicle vital és important que l'entorn familiar introdueixi modificacions en el procés de supervisió, concedeixi major confiança i flexibilitat i faciliti l'autonomia i individualitat del subjecte?

- a) En la joventut: dels divuit anys en endavant.
- b) En la primera infància: de dos/tres fins a sis anys.
- c) En l'adolescència: de dotze a divuit anys.
- d) En totes les anteriors, a més d'en la primera infància: de zero a dos anys.

3. En la definició de personalitat, G. Allport (1961) va introduir el concepte d'organització dinàmica referint-se a:

- a) La personalitat no s'expressa d'una sola forma, ja que es troba en diferents àrees de la psique.
- b) És una característica innata i relativament estable de la personalitat.
- c) Fa referència a la manera d'organitzar els elements proposats per Hipòcrates (aire, aigua, foc i terra) i la forma dinàmica en la seva relació.
- d) Està relacionada amb la pertinença de l'individu a un grup de referència i el constant moviment.

4. En la primera infància (de 0 a 2 anys) i en relació amb el desenvolupament emocional, quin efecte emocional es pot produir en el nen?

- a) Incorpora la lateralitat com a predomini d'un dels dos costats del cos enfront de l'altre.
- b) L'ansietat per separació, la por que sent el nen quan s'allunya el seu cuidador.
- c) Integra el «no» com a mecanisme de socialització i, al seu torn, l'utilitza per imitar les persones que li imposen restriccions.
- d) El funcionament egocèntric i intuïtiu.

5. Respecte de la perspectiva d'aprenentatge social, Bandura:

- a) Va introduir el concepte d'autoconcepte, com a característica de com es veu un mateix en relació amb els seus diferents rols socials.
- b) Va defensar que l'aprenentatge de valors i normes socials aporta eines a la persona per a socialitzar-se.
- c) Estableix la idea de locus de control, com la valoració subjectiva per a analitzar les conseqüències de la seva conducta.
- d) Defineix que el conscient, preconscious i inconscient configuren la psique o personalitat.

6. Dins del camp de la criminologia, l'estudi de la personalitat permet:

- a) Descriure i comparar la conducta delictiva.
- b) Explicar i comprendre el comportament delictiu.
- c) Valorar aquells trets com la impulsivitat, l'empatia, la indiferència afectiva, etc. que poden influir en la conducta delictiva.
- d) Totes les anteriors són correctes.

7. L'estudi de les diferències individuals en psicologia té com a objecte d'estudi:

- a) Aquells aspectes interns i innats que configuren el caràcter i la personalitat.
- b) La diversitat o diferències personals que es produeixen de forma aleatòria o desordenada, sense seguir cap patró o perfil comú de conducta.
- c) a) i b) són correctes.

d) Cap de les anteriors és correcta.

8. Respecte a l'adquisició d'hàbits saludables, els models cognitivoconductuals aporten:

- a) Teràpies que es basen en la identificació i modificació de pensaments o sentiments disfuncionals.
- b) Teràpies que es basen a fer accessibles els conflictes de l'inconscient per així treballar el possible trauma de forma positiva.
- c) Teràpies que es basen en la identificació dels rols familiars i s'aborda de forma integral a tots els membres de la família.
- d) Utilitza la dessensibilització sistemàtica com a tècnica terapèutica per a aconseguir el desbloqueig emocional de tots els membres del sistema.

9. Quina teràpia es basa en el funcionament del sistema nerviós central (SNC) i els efectes que certs components químics poden produir en la transmissió neuronal sinàptica?

- a) La teràpia psicoanalítica.
- b) La teràpia sistèmica.
- c) La teràpia cognitivoconductual.
- d) Cap de les anteriors és correcta.

10. Un jove de dinou anys que presenta un comportament confrontador i dèspota davant les normes socials, tendència a conductes agressives, menyspreu i plantejaments poc empàtics cap als altres:

- a) Presenta simptomatologia de possible trastorn d'ansietat.
- b) Presenta simptomatologia de possible trastorn antisocial.
- c) Presenta simptomatologia de possible trastorn de control d'impulsos.
- d) Presenta simptomatologia de trastorn obsessiu compulsiu (TOC).

11. Quins trets de la personalitat estan relacionats amb les conductes delinqüencials? Assenyala la resposta més adequada.

- a) L'alta empatia, la introversió i l'agressivitat.
- b) L'hostilitat, la cerca de sensacions i el caràcter.
- c) El psicoticisme, l'autoconcepte i la baixa empatia.
- d) L'agressivitat, la impulsivitat i la tendència antisocial.

12. De les situacions següents quin pot generar un trastorn infantil relacionat amb l'arrelament?

- a) No superar la fase d'assimilació i d'acomodació proposades per Eleanor i Jame Gibson.
- b) Quedar-se bloquejat en una de les etapes inicials del desenvolupament sexual proposades per Freud.
- c) Per negligència o arrelament positiu limitat per part de la persona referent adulta.
- d) Cap de les anteriors és correcta.

13. Dels principals factors que intervenen en els processos de canvi de l'individu en el cicle vital, assenyala l'incorrecte.

- a) L'extraversió.
- b) Els iguals.
- c) L'entorn laboral.
- d) La influència de l'ambient.

14. Un individu que presenta un comportament amb simptomatologia de pèrdua de contacte amb la realitat, descriu al·lucinacions visuals i auditives i idees delirants:

- a) Estaria dins dels trastorns del control d'impulsos.
- b) Formaria part dels trastorns psicòtics i esquizoïdes.
- c) Es tractaria d'un trastorn histriònic.
- d) Segurament presenta un trastorn evitatiu o dependent.

15. Respecte a la psicologia del desenvolupament o psicologia evolutiva, quin autor va desenvolupar la seva teoria sobre la intel·ligència en investigar les capacitats cognitives de forma empírica?

- a) James M. Baldwin
- b) Sigmund Freud
- c) Jean Piaget
- d) Cap de les anteriors és correcta.

16. El primer autor que estableix el model PEN (psicotisme, extraversió i neuroticisme) com les tres dimensions més importants de la personalitat en la perspectiva psicoanalítica és:

- a) Bowlby, però des de la perspectiva del tret.
- b) Rogers, però la perspectiva és la humanista.
- c) Eysenck, en la perspectiva psicoanalítica.
- d) Cap de les anteriors és correcta.

17. Tal com estableixen Alcalde i Laspeñas en la seva categorització sobre l'edat, l'edat psicològica és:

- a) La que fa referència a la competència o habilitat per a realitzar les demandes lligades a l'edat, que poden dependre d'aspectes biològics, socials o personals.
- b) La que la persona obté en el test psicològic quan se li fa una avaluació psicològica.
- c) La que comprèn des del naixement fins a l'edat actual.
- d) L'edat que defineix la vellesa en funció dels canvis cognitius, afectius i de personalitat.

18. La forma d'actuar d'un subjecte, entesa com la forma d'exposar les seves diferents facultats psicològiques en l'entorn en el qual interactua, és la definició del:

- a) Caràcter
- b) Temperament
- c) Tret
- d) b) i c) són correctes.

19. Un test, com a instrument d'avaluació de la personalitat, té l'avantatge que:

- a) No hi ha cap tipus d'influència externa, ni del context ni de la persona examinadora.
- b) Els constructes (trets) utilitzats en la seva construcció són inferits i hipotètics.
- c) Afecta poc l'estat de la persona al moment d'emplenar el test.
- d) b) i c) són correctes.

20. Quina àrea de la salut se centra a descriure i categoritzar els trastorns mentals, així com estudiar els mecanismes que indueixen «estats no sans» i les causes i naturalesa de les malalties mentals?

- a) La psicologia del desenvolupament.
- b) La psicologia de la personalitat mental.
- c) La psicopatologia.
- d) La psicologia sistèmica.

Solucionari

Exercicis d'autoavaluació

1. d

2. c

3. d

4. b

5. b

6. d

7. c

8. a

9. d

10. b

11. d

12. c

13. a

14. b

15. c

16. d

17. d

18. a

19. b

20. c

Bibliografia

Bibliografia bàsica

1) Psicologia del desenvolupament

Carretero, M., Palacios, J., i Marchesi, A. (1997). *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.

González, E. (coord.) (2002). *Psicología del ciclo vital*. Madrid: CCS.

Hoffman, L., Paris, S., i Hall, E. (2000). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill.

2) Psicologia de la personalitat

Carver, C. S. i Sheier, M. F. (2014). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson.

Fierro, A. (1996). *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

3) Psicologia clínica i de la salut

Simón, M. A. (ed.) (2013). *Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.

Bibliografia complementària

1) Psicologia del desenvolupament

López Fuentetaja, A. M. i Castro Marso, A. (2007). *Adolescencia: Límites imprecisos*. Barcelona: Alianza.

Mietzel, G. (2005). *Claves de la psicología evolutiva. Infancia y juventud*. Barcelona: Herder.

2) Psicologia de la personalitat

Andrés, A. (1997). *Manual de psicología diferencial*. Madrid: McGraw-Hill.

Shaffer, D. R. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. México: Thomson.

3) Psicologia clínica i de la salut

Amigo, I., Fernández, C., i Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Jarne, A. i Talam, A. (2010). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Herder.

Referències bibliogràfiques

Alcalde, I. i Laspeñas, M. (2005). Ocio en los mayores. A: J. Giró (Coord.), *Envejecimiento, salud y dependencia* (pàg. 43-62). Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones.

Allport, G. W. (1986). *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a. ed.). Washington: American Psychiatric Association.

Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.

Belloch, A., Sandín, B., i Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento*. Barcelona: Masson.

Boeree, C. G. (1971). *Teorías de la Personalidad en Psicología*. Consultat el 29 de desembre del 2019, des d'<https://webpace.ship.edu/cgboer/personalidad.html>

Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., i Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (4a. ed.) (A. Ávila-Espada i F. Jiménez-Gómez, adaptadors). Madrid: TEA Ediciones.

- Caballero, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(84), 5389-5395.
- Carretero, M., Palacios, J., i Marchesi, A. (1997). *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.
- Cattell, R. B., Cattell, K. S., i Cattell, H. E. P. (2011). *16PF-5*. Madrid: TEA Ediciones.
- Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo. Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España. Consultat el 29 de desembre del 2019, des d'<https://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>
- Cordelia, P. i Siegel, L. (ed.) (1996). *Readings in contemporary criminological theory*. Boston: Northeastern University Press.
- Cordero, J. R., García, S., Rodríguez, I., Santana, D., Fragoso, O., i Fernández, O. (2010). Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato. *Cienfuegos. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas de Cienfuegos*, 299.
- Costa, P. T. i McCrae, R. R. (1978). *Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI-R)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., i Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: Una primera reflexión. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(2), 423-435.
- Eysenck, H. J. (1971). *Estudio científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Fierro, A. (2004, septiembre). Salud mental, personalidad sana, madurez personal. *Congreso Internacional de Psicología*. Santo Domingo.
- Garrido, V., Stangeland, P., i Redondo, S. (1999). *Principios de criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- González, E. (coord.) (2002). *Psicología del ciclo vital*. Madrid: CCS.
- González, J. i de la Fuente, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 121-129.
- González-Guerrero, L. (2011). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal* (Tesi doctoral). Universidad Complutense, Madrid. Consultat el 29 de desembre del 2019, des d'<https://eprints.ucm.es/14431/>
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Hoffman, L., Paris, S., i Hall, E. (2000). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill.
- INE (2018). *Esperanza de vida*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Consultat el 29 de desembre del 2019, des d'<https://www.ine.es>
- Izquierdo, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. *INFAD Revista de Psicología*, 2, 67-86.
- López, A. M. i Castro, A. (2007). *Adolescencia: Límites imprecisos*. Barcelona: Alianza.
- Mietzel, G. (2005). *Claves de la psicología evolutiva, infancia y juventud*. Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Internacional de Salud*.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Reunión anual de 1998. *WHA/1998/REC/3*. Ginebra, 11-16 de maig.
- Palacios, J., Marchesi, A., i Coll, C. (Comp.) (2005). *Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Psicología evolutiva*. Madrid: Alianza.
- Phillips, J. L. (1977). *Los orígenes del intelecto según Piaget*. Barcelona: Fontanella.
- Piédrola, G. (1988). Concepto de medicina preventiva y salud pública. A: G. Piédrola et al. (ed.), *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Salvat.

Redondo, S. i Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 147-156.

Reina, M. C., Oliva, A., i Parra, Á. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society & Education*, 2(1), 55-69.

Sáez, S., Font, P., Pérez, R., i Márquez, F. (ed.) (2019). *Promoción y educación para la salud*. Lérida: Milenio.

Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.

Woodruff, R. C. i Nikitin, A. G. (1995). Evidence in support of the somatic mutation theory of aging. *Mutation Research/Fundamental and Molecular Mechanisms of Mutagenesis* 338(1-6), 35-42.

