
Introducción a la psicología del desarrollo, psicología de la personalidad y psicología clínica y de la salud

PID_00269947

Manuel Casado Gómez

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 5 horas



**Manuel Casado Gómez**

Licenciado de Psicología por la Universidad de Barcelona (UB). Máster en Psicología forense y criminal, postgrado en Políticas de juventud y Colectivos de riesgo e inserción social. Técnico en el equipo de asesoramiento técnico civil en el ámbito de familias del Departamento de Justicia y profesor asociado en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en los grados de Psicología y Criminología. Ha trabajado como delegado y coordinador de medidas penales alternativas en el área de ejecución penal y medio abierto del Departamento de Justicia. Experiencia en ejecución de programas reeducativos y en la evaluación psicológica judicial. Su línea de investigación se centra en la influencia de las TIC en los rasgos de la personalidad y su derivación en posibles trastornos o adicciones.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Rocío Pina Ríos (2020)

Primera edición: febrero 2020
© Manuel Casado Gómez
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. Psicología del desarrollo	7
1.1. Introducción a la psicología del desarrollo vital	7
1.2. Factores en el desarrollo del ciclo vital	10
1.3. El desarrollo del ciclo vital	11
1.3.1. Periodo prenatal	12
1.3.2. La primera infancia (de 0 a 2 años)	12
1.3.3. La primera infancia (de 2 a 7 años)	15
1.3.4. La segunda infancia (de 7 a 12 años)	17
1.3.5. La adolescencia (de 12 a 18 años)	19
1.3.6. La edad adulta (de 18 a 65 años)	24
1.3.7. La vejez (a partir de 65 años)	25
2. Psicología de la personalidad	29
2.1. ¿Qué es la personalidad?	29
2.2. Personalidad y diferencias individuales	30
2.3. Métodos de estudio de la personalidad	32
2.4. Instrumentos de evaluación de la personalidad	34
2.4.1. Las pruebas proyectivas	34
2.4.2. Los test de personalidad	35
2.4.3. La entrevista	36
2.5. Las teorías de la personalidad	37
2.5.1. La perspectiva del rasgo	37
2.5.2. La perspectiva psicoanalítica	39
2.5.3. La perspectiva fenomenológica–humanista	41
2.5.4. La perspectiva del aprendizaje social	42
2.6. Personalidad y conducta criminal	43
3. Psicología clínica y de la salud	48
3.1. ¿Qué es la psicología clínica y de la salud?	48
3.2. La psicología de la salud	48
3.2.1. La promoción de la salud	49
3.3. La psicología clínica	52
3.3.1. El concepto de trastorno mental	52
3.3.2. Tratamientos terapéuticos psicológicos	55
Ejercicios de autoevaluación	59

Solucionario.....	62
Bibliografía.....	63

Introducción

El contenido de este módulo pretende acercar al estudiante a tres grandes e importantes especialidades de la psicología: la **psicología del desarrollo**, la **psicología de la personalidad** y la **psicología clínica y de la salud**. Y decimos «acercar», puesto que es necesario constatar que se trata, precisamente, de tres importantes ramas con grandes marcos teóricos que son objeto de interés permanente por parte de la investigación psicológica y defendidas por una gran variedad de perspectivas teóricas que, incluso, postulan en muchas ocasiones principios antagónicos y, en ocasiones, enfrentados. Y decimos «importantes» porque las tres abarcan todas las áreas de la vida humana desde diferentes vertientes, intentando agrupar desde aspectos relacionados con la fisiología y la psiconeurología, innatos o aprendidos, hasta aspectos relacionados con la influencia de la sociedad y la cultura. Por todo ello, estas tres grandes áreas de estudio han sido, son y seguirán siendo objeto de interés de innumerables estudios que, desde la psicología u otras disciplinas, intentan comprender y dar sentido a la conducta humana.

Este texto tiene la intención de facilitar un breve repaso de aquellos conceptos, planteamientos teóricos y métodos instrumentales que, desde un enfoque teórico y experimental, definen la trayectoria y características del ser humano, sus procesos internos y externos, además de explicar sus peculiaridades mientras crece y se desenvuelve en el mundo que lo rodea. De esta manera, en el ejercicio de su profesión, el estudiante conocerá las fases y metas evolutivas a lo largo del crecimiento vital de una persona, dispondrá de información sobre los aspectos relacionados con su conducta y estilo de vida para así, finalmente, describir, conocer y clasificar el comportamiento humano desde un punto de vista científico y técnico con el fin de detectar posibles diferencias individuales y alteraciones de la psicología humana.

Objetivos

Con el estudio de este módulo didáctico se pretende que el estudiante logre los objetivos siguientes:

1. Adquirir una visión global de las tres grandes especialidades de la psicología: psicología del desarrollo, psicología de la personalidad y psicología clínica y de la salud.
2. Conocer algunas de las perspectivas psicológicas y autores de referencia más importantes de cada una de las tres especialidades de la psicología.
3. Entender los principales constructos psicológicos claves en la teoría psicológica, tanto en el ciclo vital, como en el ámbito clínico y de salud del comportamiento humano.
4. Comprender la teoría sobre los cambios, hitos y estados del individuo a lo largo de su trayectoria vital.
5. Identificar las técnicas y métodos utilizados en psicología como herramientas para la evaluación de la conducta y las peculiaridades del individuo.
6. Entender y explicar de forma básica los factores personales, psicológicos y sociales que intervienen en la persona, criminal o no, en el desarrollo y ejercicio de su personalidad.
7. Disponer de indicadores psicológicos que permitan entender y anticipar ciertos aspectos relativos a la personalidad criminal.
8. Adquirir un conocimiento adecuado sobre el ámbito de intervención de la psicología clínica en todas las áreas relacionadas con la salud y la conducta humana.
9. Adquirir capacidad crítica para entender la conducta humana en contextos diversos.

1. Psicología del desarrollo

1.1. Introducción a la psicología del desarrollo vital

La psicología del desarrollo, también llamada *psicología evolutiva*, es el área que estudia los procesos de cambio y crecimiento que tienen lugar en la conducta y habilidades psicológicas a lo largo de toda la trayectoria vital del ser humano. Por tanto, el periodo cronológico de estudio de esta vertiente psicológica comprendería desde la concepción y los primeros meses de gestación hasta las últimas fases del periodo de senectud humana.

El **desarrollo** consiste en aquellos cambios que pueden ordenarse en función de la edad y siguen un proceso ordenado, acumulativo y orientado a un fin (Valsiner, 1998 citado en Mietzel, 2005).

La psicología del desarrollo se centra en la importancia de conocer los cambios o avances que se producen en cada momento en el ser humano. Además, permite detectar y diagnosticar aquellas dificultades, metas o estadios no conseguidos o bien aquellas alteraciones en los procesos de cambio que puedan ser significativos y que requieran de consideraciones especiales.

En general, las distintas divisiones o distribuciones de las fases del desarrollo vital suelen marcar claros límites entre la **infancia** (incluida la fase prenatal), la **adolescencia**, la **edad adulta** y la **vejez**. Todas ellas poseen diferencias significativas que requerirán de la superación de todos los logros atribuidos a cada una de las etapas para poder desarrollar adecuadamente las posteriores. En la tabla 1 podéis observar una clasificación habitual del ciclo vital por etapas y su correspondiente distribución por edades.

Tabla 1. Ciclo vital humano

Etapas	Edad
Periodo prenatal	De la concepción al nacimiento.
Primera infancia 1	Del nacimiento a los dos años de edad.
Primera infancia 2	De los dos a los seis años de edad.
Segunda Infancia	De seis a doce años de edad aproximadamente.
Adolescencia	De doce años a dieciocho-veintiún años de edad.
Juventud y madurez	De los dieciocho-veintiún a los sesenta y cinco años de edad.

Fuente: elaboración propia.

Etapa	Edad
Vejez o adultez tardía	De los sesenta y cinco años de edad hasta la muerte.

Fuente: elaboración propia.

Es importante mencionar tres conceptos habituales entre la terminología asociada a la psicología evolutiva del ser humano que pueden dar lugar a confusión:

1) **Desarrollo:** conjunto de cambios físicos, psicológicos y culturales que se dan a lo largo de la vida y que, acompañados del aprendizaje, se nutren recíprocamente.

2) **Maduración:** proceso que atraviesa cualquier ser vivo que crece y se desarrolla hasta llegar a su punto de plenitud. En términos psicológicos, la maduración es el proceso mediante el cual la persona llega a adquirir una capacidad o dimensión a través del aprendizaje de manera continuada.

3) **Crecimiento:** proceso biológico mediante el cual el infante aumenta de tamaño y de masa con los consiguientes cambios funcionales que afectan a todo el organismo. Se trata de la dimensión física del desarrollo.

Para conocer el origen de la psicología evolutiva o del desarrollo, debemos hacer un poco de recorrido histórico. A excepción de **Aristóteles** (384-322 a. C.) y el concepto de epigénesis –relación de la existencia de cambios cualitativos del desarrollo como consecuencia de su interacción con el ambiente– y **Rousseau** (1712-1778) –que descarta aceptar al infante como una persona adulta en miniatura, destacando la espontaneidad y bondad de su propia naturaleza infantil– la infancia a lo largo de la historia no había sido considerada como un estado vital con características propias y diferenciadas. No será hasta la edad moderna y a partir de las teorías evolucionistas de **Darwin** (1809-1882) –quien justifica la selección natural como proceso explicativo de la evolución de las especies, pese a no centrar sus teorías en la génesis del individuo– que no aparecerán los primeros teóricos que tengan como objeto de estudio al infante. A partir de entonces, se empieza a considerar al infante como un ser humano en fase de desarrollo y con identidad propia y singular, aspectos que lo diferencian de la persona y que lleva al estudio sobre cómo crece, cómo se relaciona y cómo se adapta al ambiente en el que vive.

Reflexión

Haced una búsqueda en línea sobre la historia de «Víctor, el niño salvaje de Aveyron». Intentad reflexionar sobre las cuestiones siguientes:

- ¿La personalidad y la conducta del ser humano son innatas o aprendidas?
- ¿Qué importancia tiene la socialización en el desarrollo del niño?

Si estáis interesados en profundizar más sobre la importancia del ambiente y la socialización en el proceso vital del ser humano, podéis ver la película *El pequeño salvaje*, de François Truffaut, en el siguiente enlace archive.org/details/Truffaut1969.

Se considera que el nacimiento de la psicología evolutiva viene de la mano de la obra de **W. Preyer** (1841-1897), quien en 1882 publicó *El alma del niño*, donde aportó información precisa sobre características físicas y evolutivas del infante. Este autor, seguidor de la teoría evolutiva de Darwin, centra su interés en el estudio de muchas funciones del desarrollo para establecer paralelismos con las de nuestros antepasados. Posteriormente, **Stanley Hall** (1846-1924), psicólogo americano y fundador de la APA (American Psychological Association) planteó que durante los primeros años de vida los humanos nos diferenciamos poco de otros animales. Según este autor, no será hasta la edad adulta que debido al proceso de socialización y educación dispondremos de un potencial cognitivo superior a las otras especies. Paralelamente, el psicólogo **James M. Baldwin** (1861-1934) consideraba que el aprendizaje también jugaba un papel importante en las teorías evolucionistas. Baldwin postuló que las transmisiones genéticas heredadas facilitaban el aprendizaje e incorporó una concepción dinámica del desarrollo, que se aplica en tres áreas evolutivas: el desarrollo motor y cognitivo del infante, el desarrollo social y de interacción y, por último, el propio desarrollo genético evolutivo (ontogenia y filogenia).

A principios del siglo xx, con la aparición de nuevos enfoques e innovaciones metodológicas (laboratorios experimentales, cuestionarios psicológicos, etc.) se consolida la psicología del desarrollo y aunque continua la disputa entre las diferentes corrientes psicológicas, como el conductismo o el psicoanálisis, se empieza a concebir la psicología evolutiva como independiente. Cabe apuntar que **Freud** (1856-1939) influyó considerablemente en la psicología del desarrollo, puesto que planteaba un análisis dinámico de las fases evolutivas y etapas sexuales durante el crecimiento, desde su punto de vista la evolución del individuo está asociada al instinto y la sexualidad.

Finalmente, es importante mencionar aunque sea de forma fugaz, el extenso trabajo de **Piaget** (1896-1980), biólogo y psicólogo suizo seguidor de Baldwin que desarrolló su teoría sobre la inteligencia al investigar las capacidades cognitivas de manera empírica. Este autor, además de reconocer la influencia genética en el desarrollo evolutivo a través de patrones innatos, reconoció la influencia en este desarrollo de los estímulos socioculturales, estímulos que configuran la forma de pensar e inteligencia del infante a partir de la información que va recibiendo en su interacción social. En su obra, Piaget habla de **estructuras cognoscitivas** como conjunto de acciones de la inteligencia, de **esquemas** como el resultado del conocimiento tras realizar un comportamiento y de **funciones** como aquellos procesos innatos que orientan el desarrollo humano.

Según L. Berk (1998, citado en González, 2002), Piaget concibió la cognición humana como un conjunto integrado de capacidades de razonamiento movido (accionado) por un organismo activo, en constantes esfuerzos para dar sentido a la experiencia. A modo de resumen, en la tabla 2 podéis observar las diferentes etapas del desarrollo según Piaget.

Ontogenia y filogenia

Ontogenia: la rama de la biología que se centra en el estudio del desarrollo de los seres vivos, desde su concepción hasta su muerte.

Filogenia: la rama de la biología que se centra en el estudio del origen y del desarrollo de todas las especies.

El concepto de esquema de Piaget

Para Piaget, un esquema es una operación o estructura mental determinada que se puede generalizar y ser transferida. Uno de los primeros esquemas es la **permanencia del objeto**, que permite al niño o niña reaccionar ante objetos que no están presentes. Otro ejemplo sería la capacidad para clasificar objetos por características: colores, formas o tamaños.

Tabla 2. Etapas del desarrollo cognitivo (edades aproximadas) en la teoría de Piaget

Edad	Etapas	Características principales
Infancia: de 0 a 2 años	Sensoriomotor	Pensamiento confinado (centrado) en esquemas de acción. El desarrollo cognitivo se articula mediante juegos de experimentación.
Preescolar: de 2 a 7 años	Preoperacional	Pensamiento representativo. Pensamiento intuitivo, no lógico. El desarrollo cognitivo se centra en evocar objetos no presentes.
Niñez: de 7 a 11 años	Operacional concreto	Pensamiento lógico y sistemático, pero solo en relación con objetos concretos. El desarrollo cognitivo permite usar la lógica, pero de forma concreta.
Adolescencia y madurez	Operacional formal	Pensamiento lógico y abstracto. El desarrollo cognitivo permite hacer uso de la lógica y tener capacidad de analizar y deducir mediante la hipótesis.

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

1.2. Factores en el desarrollo del ciclo vital

Es importante tener en cuenta algunos de los principales factores que pueden intervenir en los procesos de cambio y que, por tanto, ayudan a comprender el proceso de desarrollo del ser humano. Por ello, a continuación, haremos un breve repaso de aquellos factores que, de manera predominante, influyen en el desarrollo del ciclo vital de todo individuo.

1) **Las bases genéticas:** principio a partir del cual el comportamiento humano es consecuencia, básicamente, de nuestro ADN. Nuestra configuración biogénica procedería de las combinaciones de cada uno de nuestros genes, configuraría nuestra herencia familiar y seguiría las bases de las leyes generales descubiertas por Mendel.

2) **La influencia del ambiente:** el ser humano es gregario por naturaleza, al igual que la mayoría de las especies más evolucionadas, de manera que para crecer como individuo necesita la influencia de su entorno. El infante a lo largo de su desarrollo requiere de la intervención de sus progenitores para cubrir sus necesidades básicas y, a su vez, proporcionarle seguridad, bienestar y educación. Nuestra infancia nos convierte en un «animal cultural» que mediante un proceso de aprendizaje y de modelaje se ve influenciado por los valores, la moral y las costumbres de nuestra cultura.

«Vygotsky consideraba que la interacción social (influencia del ambiente) es necesaria para que los niños adquieran la manera de pensar y comportarse de la cultura de la comunidad en la que viven. Se centra en cómo la cultura se transmite a la generación siguiente.»

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

3) **La familia** (entendiendo tanto la familia tradicional como las actuales familias monoparentales, extensas, homosexuales, reconstituidas o comunales, en las que se pueda compartir o no la carga genética): es el primer grupo social que dejará una huella importante en el transcurso vital del individuo, tanto por la herencia que comparte como por la cantidad de vivencias y aprendizajes compartidos. El infante establecerá unos lazos afectivos, necesarios y arraigados, configurando así su pertenencia al grupo familiar, comprometiéndose a él y siendo plenamente conocedor de la identidad propia de este grupo.

4) **La escuela:** como factor de desarrollo está pensada para transmitir conocimientos, habilidades y valores al infante de una forma reglada y planificada. Es fundamental para su desarrollo intelectual, social, moral y emocional.

5) **Los iguales:** constituyen una importante influencia en la socialización del individuo. Con los compañeros y compañeras, fundamentales en las etapas de la preadolescencia y adolescencia, se configuran aspectos importantes de la personalidad, la identidad, la pertenencia al grupo, la participación y la colaboración, el autoconcepto y las habilidades sociales, entre otros.

6) **El entorno laboral y relación de pareja:** entenderíamos el entorno laboral como el contexto de desarrollo personal y socializador que proporciona al individuo la posibilidad de autonomía e independencia. Autonomía e independencia que, junto con la aparición de la relación de pareja, permitiría a la persona la posibilidad de formar una nueva familia para así dar continuidad a la especie y, en muchos casos, completar la realización personal de su ciclo vital.

Abordajes terapéuticos familiares

Terapias psicológicas como la **sistémica** o la **Gestalt** basan su teoría e intervención en el análisis de la composición familiar y del rol de cada uno de los miembros que la componen.

Otros factores del desarrollo

Los **espacios de ocio**, las participaciones en **contextos vecinales y comunitarios** o bien los **intereses del individuo o hobbies** en su interacción con los demás también pueden definir a la persona dentro de su entorno social y cultural, así como aportar información sobre su adaptación y participación.

1.3. El desarrollo del ciclo vital

En este apartado desarrollaremos las principales características que conllevan los cambios producidos durante el crecimiento del individuo. Se pretende mostrar aspectos relevantes del proceso de madurez, así como su desarrollo fisiológico, motor, sensorial-perceptivo, intelectual, afectivo y social formando un todo para comprender el cómo y porqué de los cambios producidos en cada etapa vital.

1.3.1. Periodo prenatal

Desde el momento de la concepción, podemos observar que el embrión inicia un camino lleno de cambios fisiológicos que pueden ser observados con modernos instrumentos y técnicas actuales. Desde los primeros días de gestación empieza el proceso de división celular y la especialización en células neuronales que, junto con la **conducta materna**, serán decisivos en la evolución del feto. Tanto el estado de salud psicológico de la madre como las anomalías heredadas genéticamente, las alteraciones o disfunciones del desarrollo fetal, o bien las lesiones durante el proceso de gestación o de nacimiento, serán determinantes en la armonía del desarrollo del neonato. Alteraciones vinculadas a algunos de estos factores pueden ocasionar consecuencias que conlleven malformaciones, enfermedades o síndromes que afecten directamente a las funciones cerebrales y del organismo.

A partir del nacimiento, todo el sistema de adaptación al entorno girará alrededor de la esfera oroalimentaria, aparecerá el reflejo de succión y el rechazo bucal cuando el bebé esté saciado. Paralelamente, se desarrollará el oído, sentido básico para la adaptación rítmico-ambiental. Finalmente, a nivel emocional, el recién nacido estará preparado para establecer la **relación de apego con la figura adulta**, siendo los primeros meses decisivos en su desarrollo.

1.3.2. La primera infancia (de 0 a 2 años)

La primera etapa postnatal se caracteriza por la fragilidad y necesidad del/de la bebé de ser nutrido y protegido aunque, paradójicamente, es la fase con mayores logros y progresos en el desarrollo. En esta etapa, en la que empieza a interactuar con patrones conductuales más complejos y comienza a madurar a nivel sensorial, neurofisiológico y perceptivo, el infante aprende a manipular el ambiente asimilando la información que le llega del mismo. Se caracteriza por:

1) Desarrollo físico

- Aumento de peso y de talla y cambios en las proporciones del cuerpo.

2) Desarrollo de habilidades motoras

- El desarrollo psicomotriz es principalmente un proceso de maduración que permite la capacidad para moverse y controlar su cuerpo.
- Se pasa de reflejos innatos y movimientos no coordinados e involuntarios a grandes movimientos, como mover las extremidades, caminar o saltar.
- Entre los ocho y diez meses los niños empiezan a gatear, logro que marca el inicio de su desplazamiento e interacción con el entorno.

Primeros logros

La actividad cerebral eléctrica empieza al final de la quinta o sexta semana de gestación. A partir de la semana veinte el neonato puede oír la voz y los latidos del corazón de su madre. Por otro lado, a partir del sexto mes, el feto completa el reflejo de succión y posee sensibilidad al tacto, a los sonidos y a la luz. A partir de ese momento, la conducta fetal, tanto física como psíquica, es ya un logro consolidado.



Fuente: Manuel Casado.

- A partir del año empiezan a caminar y a controlar el equilibrio.
- A los dos años, por norma general, los niños andan perfectamente.

3) Desarrollo de la capacidad sensorial y perceptiva

- Los primeros meses el infante siente a través del **tacto**, que le permite tener sensación de contacto, así como del **gusto**, que le facilita discriminar entre los diferentes sabores.
- Cada día que pasa mejora su capacidad de visión y olfato.

Los sentidos del bebé

Los recién nacidos pueden **oír, ver, oler y tienen gusto**; también responden a la temperatura, la presión, el dolor y el movimiento.

La **percepción**, según Eleanor y James Gibson, no es un fenómeno automático, es un proceso cognitivo activo en el que cada individuo interactúa de forma selectiva con un campo denso y muy variado de posibilidades perceptivas (González, 2002). Por tanto, es una actividad intencional y selectiva en la que el infante, a medida que se desarrolla, va construyendo su propia realidad.

4) Desarrollo cognitivo

- Constante observación del infante. Mediante el juego, para conseguir un objeto o simplemente por curiosidad e interactuando con el ambiente, el infante establece sus primeros esquemas mentales.
- Según Piaget, estas actividades estimulan el desarrollo cognitivo mediante la **asimilación** y la **acomodación** (interiorización) de nuevas experiencias (Phillips, 1977).
- A este primer periodo del desarrollo cognitivo del infante Piaget lo denominó *inteligencia sensoriomotora*, siendo el primer estadio del desarrollo cognoscitivo.

Asimilación y acomodación

Asimilación: proceso de adaptación mediante el cual el infante incorpora nueva información o experiencia en su vida, construyendo su conocimiento del mundo.

Acomodación: proceso de adaptación en el cual el infante modifica o reemplaza su información o experiencias anteriores con la incorporación de nueva información.

5) Desarrollo del lenguaje

- Se caracteriza principalmente por el uso del **lenguaje gestual y preverbal**.
- En los primeros meses la comunicación tiene una connotación más afectiva a través del **llanto**, las **risas** o el **gorjeo**.
- A medida que son conscientes de que sus manifestaciones son percibidas por el entorno, estas se convierten en un instrumento de comunicación.

- Posteriormente, se dará la fase prelingüística que intercalará los gestos con el balbuceo, seguido de las primeras palabras.
- A los dos años puede llegar a conocer una media de unas **setenta palabras**, agrupadas en lo que llamamos *lenguaje telegráfico* (de una a tres palabras).

6) Desarrollo emocional

- Ya desde los primeros días, manifestaciones como la risa, el llanto y otras expresiones son señales sociales significativas.
- Las emociones tienen un claro componente hereditario que puede conllevar variaciones en las manifestaciones del infante en función de las diferencias de salud o del medio ambiente.
- Se considera que prácticamente todas las emociones básicas están presentes en la infancia.
- Las emociones son breves en el tiempo, intensas, frecuentes y transitorias.
- A partir de los seis meses de edad aparece:
 - La **ansiedad ante extraños**, el miedo que muestra el infante ante personas desconocidas.
 - La **ansiedad por separación**, el miedo que siente el infante cuando se le aleja de la persona que le cuida.
- En esta etapa pueden darse situaciones puntuales en las que se pone en riesgo al infante como, por ejemplo, la **deprivación emocional**.

7) Desarrollo social

- Establecimiento del apego, entendido como el lazo afectivo intenso que aparece con la figura adulta principal cuidadora y que genera una sensación de placer y de alegría cuando se interactúa con ella. Para Bowlby (1990) una figura principal de apego sensible está sincronizada a los ritmos de su hijo o hija y está atenta a los detalles de su comportamiento para entender qué es lo que necesita y poder actuar en consecuencia.
- La necesidad de contacto del infante hace que se pueda observar su apego hacia su cuidador o cuidadora principal. A partir de los seis meses, el infante está apegado con aquella persona adulta que responde habitualmente a sus necesidades, sintiendo tristeza por la separación.
- Entre los doce y quince meses el infante empieza a sentirse diferente del mundo, desarrollando el sentido del yo, apareciendo así el desarrollo del **autoconcepto**, que se basa en la percepción que los demás tienen de él.

Deprivación emocional

Situación de maltrato infantil que imposibilita que el infante pueda disfrutar de emociones placenteras debido a conductas negligentes de sus cuidadores. El momento crítico va desde los seis meses hasta los dos o tres años y puede causar daño irreversible e incluso la muerte.

Trastorno de apego reactivo

Según el *DSM V* (APA, 2013), algunas de las alteraciones pueden ser:

- 1) Patrón constante de comportamiento inhibido y emocionalmente retraído hacia sus cuidadores adultos.
- 2) Alteración social y emocional persistente con síntomas:
 - Reacción emocional mínima a los demás.
 - Afecto positivo limitado.
 - Irritabilidad, tristeza o miedo.
- 3) Experimentación de patrón extremo de cuidado insuficiente por:
 - Negligencia o carencia social.
 - Cambios repetidos de cuidadores primarios.

El trastorno de apego reactivo se considera grave cuando el niño manifiesta todos los síntomas en un grado relativamente elevado.

Referencia bibliográfica

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

1.3.3. La primera infancia (de 2 a 7 años)

En esta etapa el infante ha dejado de ser un bebé. Ya puede caminar y correr, es autónomo para comer y satisfacer sus propias necesidades, así como hacer uso del lenguaje para interactuar con los demás. Además, iniciará cambios en su entorno con la incorporación a la escuela y la interacción con personas fuera del contexto familiar. Esta etapa se caracteriza por:

1) Desarrollo físico

- El crecimiento es más lento, aunque con cambios en su morfología y ganando en precisión.
- A partir de los tres años se adquiere el **control de esfínteres** y mejora de la autonomía. Incorpora la **lateralidad**, predominio de uno de los dos lados del cuerpo frente al otro.
- A partir de los cinco años se estiliza su figura ganando en destreza de movimientos y acrobacias (saltos, volteretas, etc.).
- Reconocimiento de su propio cuerpo y el de los demás perfilándose la **identidad sexual**.

2) Desarrollo psicomotor

- Perfeccionamiento en la coordinación motora y mejora en la **psicomotricidad fina** con avances en el trazado de las letras y las palabras.
- Debido a la progresiva maduración neuromuscular, el niño controla el equilibrio en todas las formas de desplazamiento y mejora el autocontrol corporal de los músculos de las extremidades.



Fuente: Manuel Casado.

3) Desarrollo cognitivo

- Es capaz de agrupar objetos, clasificándolos por propiedades perceptibles: tamaño, color, peso, etc.
- Entre los seis o siete años ha alcanzado prácticamente la maduración cerebral, siendo el peso del cerebro el 90 % del definitivo.
- Desde la teoría de Piaget, a partir de la aparición de la **capacidad o función simbólica** a los dos años, se inicia el **estadio preoperatorio o preoperacional** de pensamiento intuitivo. Las **operaciones** son aquellas acciones o actividades mentales con las que el infante intenta transformar la realidad.
- Aparecen los sentimientos interindividuales espontáneos y relaciones sociales de sumisión a la persona adulta.

Función simbólica

La **función simbólica** es la capacidad del infante para representar un objeto o suceso no presente mediante objetos o gestos. Esta función facilitará la adquisición de **consciencia e identidad personal y sexual**.

4) Desarrollo del lenguaje

- Intenso desarrollo de la comunicación.
- Sobre los cuatro años tiene un repertorio fonético prácticamente completo.
- A los cinco años comienzan a producir descripciones muy concretas, con distinción de género en los pronombres y mejora en el uso de los tiempos y modos verbales.
- La sintaxis se hace más compleja y se aborda la adquisición de la lectoescritura.

5) Desarrollo emocional

- Los cambios corporales comportan en el infante la identificación y aceptación de su identidad sexual.
- Integra el «no» como mecanismo de socialización y, a su vez, lo utiliza para imitar a las personas que le imponen restricciones.
- Incorpora la **frustración** ante la oposición a limitaciones y pautas educativas planteadas por la persona adulta.
- La **agresividad** juega un papel importante en la construcción de la personalidad. Aparecen los primeros conflictos emocionales en su interacción con los demás. Este comportamiento agresivo se adopta en forma de intensas rabietas que, en función del temperamento del infante y del modelo educativo y afectivo familiar, puede conllevar un periodo crítico de negativismo y oposición a partir de los tres años. En general, entre los cua-

Víctimas indefensas

En esta etapa, los niños son altamente sensibles a ser objeto de **maltrato, abuso, agresión o negligencia**. Se convierten en **víctimas indefensas** y vulnerables a la violencia que los adultos pueden ejercer sobre ellos. La situación de indefensión comporta efectos desestabilizadores del desarrollo afectivo del proceso vital, además de otras posibles secuelas.

tro y seis años, los infantes suelen ser bastante agresivos, sobre todo en el entorno del juego escolar.

La aparición de la **agresividad** en infantes de esta edad puede relacionarse con su exposición a imágenes, vídeos o noticias del mundo donde aparecen muchas situaciones de violencia, ya sean reales o ficticias, que pueden provocar en el infantes sentimientos de temor y tensión.

La personalidad

En esta etapa aparece el inicio de la configuración de la personalidad, mostrándose algunos rasgos que vislumbran la personalidad adulta.

6) Desarrollo social

- La **escuela** es el espacio donde se realizarán actividades de exploración y de comunicación con los iguales, y con otras personas adultas de referencia, los maestros y las maestras.
- Aparece el sentido de la **responsabilidad** y el inicio de las habilidades sociales, adquiriendo actitudes de **respeto** e **integración** hacia los demás.
- La familia, el sistema educativo, las relaciones con los iguales y, de manera cada vez más significativa, la televisión y plataformas digitales son los agentes más influyentes en el proceso de socialización.

1.3.4. La segunda infancia (de 7 a 12 años)

La segunda infancia se caracteriza por la adaptación del infante al sistema educativo y la adquisición de normas culturales y de convivencia básicas en la interacción con los demás. Tendrá lugar la adquisición de aprendizajes, la expresión y comprensión oral, la escritura y la lectura, entre otras. Entre las características más relevantes, encontramos:

1) Desarrollo físico

- Se produce un progreso importante en la estructura corporal del infante y se alcanza un grado de simetría con una relación proporcional entre las extremidades, el tronco y la cabeza.
- Las actividades físicas contribuyen positivamente en el crecimiento infantil.
- Etapa de transición en la que el desarrollo se acelera para la llegada de la pubertad.

2) Desarrollo psicomotor



Fuente: Manuel Casado.

- Con el control del cuerpo el infante consigue movimientos más equilibrados y armónicos.
- Se desarrollan nuevas actividades físicas como nadar, patinar o escalar.
- Se confirma la dominancia de la lateralidad.
- Controla la orientación del espacio y, como consecuencia de sus aprendizajes, **organiza y clasifica** por tamaños, colores, formas y clases los objetos.
- Como consecuencia de su maduración nerviosa, **controla perfectamente la psicomotricidad fina** además de coordinar funciones conjuntas.

3) Desarrollo cognitivo

- Consolidación del **pensamiento lógico-concreto**, a partir del cual se puede representar mentalmente y de forma ordenada los acontecimientos de su propia experiencia, además de las inferencias o proyecciones de acciones o pensamientos de los demás.
- Funcionamiento **egocéntrico e intuitivo** de su inteligencia siendo capaz de razonar y comprender objetivamente dentro de los límites de lo abstracto.
- Al sentirse más persona y dueño de sí mismo, se puede favorecer cierto **distanciamiento con sus progenitores**.
- A partir de los 11 años empieza a razonar con una **lógica formal o abstracta**, planteando hipótesis sin necesidad de recurrir a la experiencia.

4) Desarrollo del lenguaje

- Adquiere un lenguaje cada vez más perfeccionado, tanto semántica como fonéticamente.
- Expresa pensamientos de forma más **analítica y sintética**.
- Uso de oraciones subordinadas con incremento de recursos lingüísticos.
- Incorpora el uso de **sistema de señales** a través del uso de símbolos gráficos en su escritura.
- Al final de la etapa puede aplicar las reglas gramaticales correctamente.

5) Desarrollo emocional

- La relación de iguales gana posiciones en las interrelaciones.
- Abandonan la subjetividad de la etapa anterior y empiezan a **controlar su impulsividad**, aumentando su capacidad de reflexión.
- En los primeros años de esta etapa expresan abiertamente sus emociones, pero en los últimos pueden empezar a controlarlas y no exteriorizarlas.
- Aparece el **sentimiento de respeto**, compuesto por afecto y temor, especialmente hacia los referentes parentales.
- Situaciones de ausencias prolongadas por parte de alguno de los progenitores, rupturas familiares o ambivalencias en el modelaje de respeto pueden conllevar **dificultades en la relación paternal y/o maternal** si no son tratadas debidamente por parte de la unidad familiar.

6) Desarrollo social

- Gana importancia la influencia del entorno escolar, enfrentándose a ambientes diferentes al familiar.
- El infante se hace más independiente, empieza a decidir por sí mismo y a controlar sus actos, a la vez que se deja influenciar por el grupo de iguales.
- A partir de los nueve años la vida social empieza a ser prioritaria con la incorporación en **grupos de iguales**, más homogéneos y estables.
- La relación de amistad se vuelve más privada e intensa.
- Empiezan a asumir pequeñas tareas domésticas y responsabilidades que pueden combinar con sus obligaciones extraescolares.
- Surge el **desarrollo moral**, la consciencia de lo que es justo y lo que no lo es, lo que le permite poder hacer valoraciones sobre sucesos o experiencias personales con su grupo de iguales o su entorno familiar.

Juego compartido

En esta etapa vital, y mediante del **juego compartido** y la actividad física, aprenderán el funcionamiento grupal, la **rivalidad**, el **dominio**, la **tolerancia** y otros aspectos que se irán integrando en su personalidad.

1.3.5. La adolescencia (de 12 a 18 años)

El término **adolescencia** proviene del verbo latín *adolescere*, que significa 'crecer' o 'criarse'. Se entiende por adolescencia la etapa que se extiende generalmente desde los doce o trece años hasta aproximadamente el final de la segunda década de la vida. En esta etapa se da el cambio de la niñez a la edad adulta, donde las amistades y la incorporación al entorno social son fundamentales.



Fuente: Manuel Casado.

Es importante distinguir entre la pubertad y la adolescencia, ya que ambos términos corresponden a esta etapa. La **pubertad** hace referencia a los años en los que se dan una serie de cambios físicos en el organismo relacionados con la maduración de los órganos sexuales; generalmente se inicia con la llegada de la menstruación, en el caso de las chicas y con la aparición de vello púbico y capacidad de eyaculación, en el caso de los chicos. En cambio, la **adolescencia** hace referencia a la etapa del desarrollo que acompaña a la pubertad, en la que se manifiestan cambios físicos, psicológicos y sociales.

Si bien la pubertad es muy similar en todas las culturas, la adolescencia variará en función de la sociedad donde se viva. Si en la cultura occidental muchos chicos y chicas, considerados adolescentes, están todavía en el sistema escolar obligatorio con una dependencia total de sus progenitores, en otras culturas, jóvenes de la misma edad pueden estar contribuyendo laboralmente en la economía familiar o bien, en casos extremos, se han convertido ya en personas adultas, han formado su propia familia y son totalmente independientes.

Se trata de una etapa de transición, una especie de puente entre la infancia y la edad adulta, dejando de ser niño o niña pero sin pertenecer todavía al mundo adulto.

«Es lo que Erikson, psicoanalista americano, denominó una “**moratoria social**”, un compás de espera que la sociedad da a sus miembros jóvenes mientras se preparan para ejercer los roles de adultos.»

J. Palacios, A. Marchesi, y C. Coll (Comp.). (2005). *Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Psicología evolutiva* (p. 434). Madrid: Alianza Editorial.

La adolescencia es una etapa considerada especialmente difícil, con tensiones e inestabilidad, donde el y la adolescente empieza a enfrentarse al mundo adulto y encuentra sus primeras limitaciones. Las dificultades se plasman en la confrontación de su creciente personalidad con la adaptación a las exigencias de la sociedad. En este sentido, aunque la mayoría de los y las adolescentes se toman con calma el proceso de integración social, esta etapa puede conllevar una serie de desencadenantes que les expongan a **riesgo de exclusión social**.

A diferencia de los apartados anteriores, donde describíamos brevemente los logros adquiridos durante la infancia en todas las áreas del desarrollo, en este caso, por su relevancia, nos centraremos en factores vinculados a la personalidad e interacción social. Veamos algunos de ellos.

1) La identidad

Aunque su configuración como dimensión de la personalidad variará en cada adolescente en función de factores sociales y culturales (familia, estudios, amigos, entorno social, etc.), el aspecto más relevante y característico de la

personalidad durante la adolescencia es la identidad personal. La «moratoria» planteada por Erikson, como fase de espera, es necesaria para poder integrar los elementos de identificación y de identidad atribuidos tanto por los otros como por los adquiridos por el propio individuo.

«La identidad del adolescente se desarrolla en silencio con el paso del tiempo, mientras muchas pequeñas partes del yo se unen de forma organizada. Estos elementos pueden incluir aspectos innatos de la personalidad, rasgos desarrollados de la misma, como la pasividad, la agresión y la sensualidad; identificación con modelos, ya sean paternos, de los compañeros o de personajes culturales; modos de afrontar los conflictos y regular la conducta, la adopción de papeles sociales, vocacionales y de género consistentes. Erikson, en 1980 expresó que la identidad es una tarea de por vida que tiene sus raíces en la primera niñez, pero que tiene un puesto relevante en la adolescencia.»

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

2) La imagen personal

La configuración de la propia identidad va de la mano de la **construcción de la propia imagen**. La imagen conlleva todo un proceso de integración de factores cognitivos, emocionales y relacionales, en revisión constante por los y las adolescentes. Son frecuentes las quejas referidas a su propio cuerpo, habitualmente llamadas *complejos*, fundamentadas en la idea de que su cuerpo no es como quisieran que fuera o, mejor dicho, como les gustaría que los otros le vieran.

En general, los y las adolescentes que maduran rápidamente suelen sentirse más seguros e incluso más dominantes que aquellos que lo hacen de manera lenta. El peso también es objeto de preocupación, hasta el punto de que, en ocasiones, puede llevar a la aparición de trastornos alimenticios.

3) La autoestima

Con la incorporación de las relaciones afectivo-sexuales, el atractivo físico, la pertenencia al grupo o la orientación profesional, el grado de autoestima de cada chico o chica se verá influenciado por sus competencias y aptitudes, tanto cognitivas como psicosociales. Hay que señalar importantes diferencias en función del género. Si para las chicas el atractivo físico o las habilidades interpersonales son lo que mejor predice su autovaloración global, entre los chicos las habilidades deportivas o el sentimiento de eficacia ocupan un lugar prioritario (Palacios, Marchesi, y Coll, 2005).

4) La influencia familiar

La presencia de una **familia afectiva**, que fomenta la autonomía y la individualidad, potenciando la iniciativa propia, la discusión y el intercambio de puntos de vista de una forma respetuosa, favorecerá positivamente el desarrollo y adaptación del y de la adolescente. En esta etapa, el entorno familiar de-

La imagen corporal

Se producen situaciones de chicos y chicas exageradamente preocupados por tener una buena imagen corporal y atractiva. En los últimos años, observamos como hacen uso de las **redes sociales** para exhibirse, deseando ser el centro de todas las miradas en una manifestación de egocentrismo social.

Lectura recomendada

Se recomienda la lectura de la investigación de: M. C. Reina Flores, A. Oliva Delgado, y Á. Parra Jiménez (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society & Education*, 2(1), 55-69. Consultado el 27 de diciembre, desde <http://hdl.handle.net/11441/30518>.

berá introducir modificaciones en su proceso de supervisión ajustándolas a las necesidades de los y las adolescentes, otorgándoles mayor confianza y siendo más flexibles con ellos.

Las **diferencias educativas** entre familias y la gestión de la autonomía constituyen precisamente uno de los problemas que el y la adolescente ha de afrontar en la búsqueda de su independencia. Por esta razón, para conseguir una relación paterno-filial sana es necesario mantener una comunicación dinámica y recíproca en la que los progenitores se muestren atentos a las preocupaciones de sus hijos e hijas, ofreciéndoles la información y el apoyo que facilite la adaptación en el entorno social. En este sentido, un estilo educativo democrático permite una relación paterno-filial más participativa por parte de los hijos e hijas y facilita una comunicación y convivencia más adecuada para todos los miembros de la familia. En la tabla 3 podéis observar la importancia del papel que desempeñan los diferentes estilos educativos en el comportamiento y la personalidad durante la adolescencia.

Tabla 3. Relación entre los estilos educativos y las características de los hijos adolescentes

Progenitores	Hijos e hijas
Democráticos	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza en ellos mismos. • Buena actitud y rendimiento escolar. • Buena salud mental. • Escasos problemas de conducta.
Permisivos	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza en ellos mismos. • Poco malestar psicológico. • Problemas de conducta y abuso en el consumo de drogas.
Autoritarios	<ul style="list-style-type: none"> • Obedientes y orientados al trabajo. • A veces hostiles y rebeldes. • Poca confianza en ellos mismos. • Problemas depresivos.
Indiferentes	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas escolares. • Problemas de ajuste psicológico. • Muchos problemas de conducta y abuso en consumo de drogas.

Fuente: adaptación de J. Palacios, A. Marchesi, y C. Coll (Comp.) (2005). *Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Psicología evolutiva* (2.ª ed., p. 501). Madrid: Alianza.

5) La amistad

Las relaciones de amistad en la adolescencia juegan un papel importante en la configuración de la personalidad, por las experiencias que conllevan y los efectos positivos que fortalecen la estima y confianza recíproca. A diferencia de otras etapas, el y la adolescente suelen ser más reservados y más íntimos.

Los compañeros y compañeras adolescentes se ayudan mutuamente a superar las pruebas que se les presentan en su paso hacia la madurez, ya sea a través del grupo de amistades o a largas conversaciones íntimas con el o la confidente. Ampliando el círculo de amistades, el grupo de iguales también ofrecerá ayuda para adaptarse a los cambios drásticos del entorno escolar y desempeñará un papel crucial en el aumento y la variedad de experiencias que, poco a poco, acercarán al y la adolescente al mundo adulto. Los amigos y amigas defenderán a los miembros de su grupo, priorizarán la lealtad y confidencialidad y favorecerán la aparición de los valores morales necesarios para la continuidad del desarrollo en la madurez.

6) Las conductas de riesgo

En todo proceso de autonomía y de crecimiento el riesgo es inherente. Ahora bien, a causa de la independencia y distanciamiento relacional entre el núcleo familiar y los hijos e hijas, concebimos la adolescencia como la etapa de mayor exposición a las conductas de riesgo que, como consecuencia, pueden desembocar en situaciones de exclusión social.

Los factores que intervienen en las conductas de riesgo suelen ser externos a la adolescencia, pero debido a la consecuencia de su situación y experiencia vital, pueden ser atribuidos como propios.

Cuando se habla de **conductas de riesgo** en la adolescencia se hace referencia a conductas persistentes, patrones que pueden conllevar un daño hacia la integridad de uno mismo o de los demás. Entre las conductas de riesgo se pueden incluir las establecidas por López y Castro (2007):

- Las relaciones con los hábitos de consumo de alcohol y tóxicos.
- El abandono precoz de la formación académica.
- Las que derivan del uso de la violencia.
- Las que ponen en peligro la propia integridad física o la de los otros, al servicio de «juegos» y «competiciones».
- Las que conllevan un carácter delictivo.

En general, toda clase de comportamientos comprometen el proceso de desarrollo y, a su vez, tienen consecuencias sobre la configuración de la propia identidad.

La intimidad

Estudiando diferencias entre edades y entre sexos en la adolescencia, de los 11 a los 17 años, Sharabany, Gershoni y Hofman (1981, citado en Carretero, Marchesi y Palacios, 1997) hallaron que en esos años la intimidad con compañeros del mismo sexo permanece aproximadamente al mismo nivel, en cambio la intimidad con iguales del otro sexo crece intensamente con más precocidad –uno a dos años de antelación– en las chicas que en los chicos.

Riesgo de exclusión social

Situaciones de inestabilidad familiar, dificultades para mantener límites educativos, antecedentes psicopatológicos, ausencia de comunicación y adicciones o comportamientos violentos por parte de los progenitores son indicadores familiares de riesgo de exclusión social.

Las conductas de riesgo pueden comprometer el futuro del/de la adolescente afectando a todas sus dimensiones de personalidad y de desarrollo social. Es básico contemplar las conductas de riesgo en la adolescencia a modo de indicadores o alarmas (**factores de riesgo**) que requerirán un abordaje, bien terapéutico o bien de intervención socioeducativa, para prevenir lo antes posible situaciones que comporten incidencia en la delincuencia juvenil o riesgo de exclusión social.

1.3.6. La edad adulta (de 18 a 65 años)

Se trata del ciclo del desarrollo más extenso de todos ya que, normalmente, comprende desde los dieciocho años hasta los sesenta y cinco años. En esta etapa es frecuente la fragmentación de grupos por edades:

- **Juventud:** de los dieciocho hasta los veinticinco años.
- **Madurez temprana:** de los veinticinco a los cuarenta años.
- **Madurez media:** generalmente de los cuarenta a los sesenta y cinco años.

La **edad adulta** es la etapa del desarrollo humano en la que el individuo se encuentra en su fase plena de madurez. En términos generales, la persona ha conseguido todos los hitos evolutivos en las diferentes áreas de crecimiento y desarrollo humano.

Las características principales de la etapa adulta para nuestro objeto de estudio son las siguientes:

1) **La mayoría de edad:** aunque se ha de tener en cuenta la normativa legal de cada país, en términos generales la entrada en la vigencia legal de la adultez suele rondar entre los dieciocho y veintiún años.

2) **Desarrollo físico:** las primeras fases de la madurez se caracterizan por una gran energía y resistencia física, alcanzando sus mejores facultades y con una salud, generalmente, excelente. Posteriormente, en términos generales, esta etapa se caracteriza por otorgar a la persona total responsabilidad de su autocuidado y salud.

«No hay madurez humana personal y no hay “salud mental” o “personalidad sana” sin capacidad de gestionar para sí –en autorregulación y autocuidado– una experiencia gozosa de la vida.»

A. Fierro (2004, septiembre). Salud mental, personalidad sana, madurez personal (p. 12). Ponencia en el Congreso Internacional de Psicología, Santo Domingo.

3) **Desarrollo de la personalidad:** si a la etapa de la adolescencia Erikson la etiquetaba como la **fase entre la identidad y confusión de roles**, en la adultez temprana se considera que el individuo ha conseguido establecer una identi-

La mayoría de edad legal

A efectos de tipificación penal española, a un individuo de dieciocho años que ha sido sancionado por la comisión de un delito, se le aplicarán las penas del Código penal por considerarse que ya posee la mayoría de edad y, por tanto, total responsabilidad penal.

dad personal, denominándose a esta etapa de **intimidad frente al aislamiento** (Boeree, 1971). La persona consigue llegar a un estado de confianza y entremezcla su identidad con la interacción con los demás, preservando la suya propia. En términos generales:

- El adulto establece un compromiso social con la integración de valores morales, configurados por la sucesión de experiencias vitales y del ejercicio de su personalidad en el contexto social en el que vive.
- La autoestima y el autoconcepto tienden a aumentar, acercando su yo real a su yo ideal.
- Aparece una mayor diferenciación interindividual, acrecentada con la acumulación de experiencias personales.
- La sexualidad sirve como vía hacia la realización individual y se ejerce, en principio, de forma consciente, autónoma y abierta.
- Con la entrada en la madurez media (entre los cuarenta y cincuenta años), suele producirse una crisis profunda en la persona debido a replanteamientos existenciales y prioridades vitales, integrando la consciencia de finitud –**ecuador de la vida**– y la pérdida de etapas anteriores –preferentemente juventud– consideradas socialmente de mucho más valor.

4) Desarrollo social: en la edad adulta se integran y asumen, por un lado, la independencia tanto emocional como social y, por otro lado, la responsabilidad de dirigir la propia vida, momento en que la toma de decisiones será más concienzuda y las acciones tendrán influencia directa en el camino vital. Las relaciones sociales se focalizan más en la pareja, los amigos íntimos y compañeros de universidad y/o de trabajo. Surge el compromiso sentimental que puede conllevar la unión de pareja y la formación de la propia familia.

1.3.7. La vejez (a partir de 65 años)

Existe una amplia opinión de que la vejez o maduración tardía –también conocida como *tercera edad*– corresponde a la **edad de la jubilación laboral** del individuo, a partir de la cual se iniciaría una etapa de deterioro. Ahora bien, es necesario precisar que la etapa de envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social mucho más complejo.

«Ninguna teoría explica con suficiencia todos los cambios del proceso de envejecimiento, el cual es complejo y variado, describiéndose como un efecto acumulativo de la interacción de muchas influencias a lo largo de la vida, la herencia, el ambiente, las influencias culturales, la dieta, el ejercicio, la diversión, las enfermedades y otros muchos factores.»

J. González y 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.

Lectura complementaria

Para profundizar en la etapa de madurez y aquellas teorías que hacen referencia a la psicología del desarrollo, podéis leer el artículo de: A. Izquierdo (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. *INFAD Revista de Psicología*, 2, 67-86. Consultado el 27 de diciembre, desde http://infad.eu/RevistaINFAD/2007/n2/volumen1/0214-9877_2007_2_1_67-86.pdf



Fuente: Manuel Casado.

Por esta razón, y pese a que es común utilizar la edad cronológica para determinar la vejez en una persona, la etapa de envejecimiento es, ante todo, un proceso individual. Es por ello que diferenciaremos el término **edad** de acuerdo a la categorización que se expone en la tabla 4 realizada por Alcalde y Laspeñas (2005).

Tabla 4. Clasificación de la edad

Tipos	Definición
Cronológica	Desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona.
Biológica	Desgaste real de las energías producto del paso del tiempo. La edad biológica tiene en cuenta los cambios físicos y biológicos.
Psicológica	Situación de la persona con relación a su capacidad de adaptación al entorno, el cual ha influido en su comportamiento. Define la vejez en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad a lo largo del ciclo vital.
Funcional	Competencia o habilidad para realizar las demandas ligadas a la edad, que pueden depender tanto de aspectos biológicos como sociales o personales.
Social	Costumbres y funciones de un individuo en relación con su grupo o sociedad. Se mide por la participación en los roles determinados por la sociedad.

Fuente: I. Alcalde y M. Laspeñas (2005). Ocio en los mayores. En J. Giró (coord.). *Envejecimiento, salud y dependencia* (p. 232). Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones.

Esperanza de vida

Como consecuencia de los avances en la medicina, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en los últimos años. Según datos del Instituto nacional de estadística, la esperanza de vida en el momento del nacimiento de los hombres ha pasado de 75,3 a 80,4 años y la de las mujeres de 82,2 a 85,7 años (INE, 2018).

Al tener en cuenta esta diferenciación de la edad se hace evidente que no existe una definición universal para explicar la etapa de vejez, debiéndose entender el proceso de envejecimiento desde una perspectiva más interrelacional. Veremos a continuación aquellos aspectos más relevantes que se producen en este periodo –generalmente un tercio del total del ciclo vital– y que pueden ser de interés.

1) Factores biológicos

- Como consecuencia de la división genética del ADN aparecen cada vez más mutaciones influenciadas por el ambiente que provocan modificaciones en su estructura y, finalmente, la muerte celular. Woodruff y Nikitin (1997) plantearon que el envejecimiento físico y la muerte son los signos visibles del daño del ADN debido a la acumulación de proteínas y aumento de células defectuosas.
- Con la edad el sistema inmunológico que protege al organismo de virus y bacterias se debilita. Los mecanismos de curación se ralentizan posibilitando la aparición de procesos cancerígenos.

2) Factores cognitivos

- En términos generales, aunque no afecta a todos los sujetos de la misma manera ni con la misma intensidad, a partir de los setenta y cinco años empieza el declive intelectual y de las capacidades psicológicas básicas.
- Se procesa la información más lentamente, se produce una disminución de los procesos sensoriales y motores, las conexiones neuronales fallan y se origina una reducción de los recursos cognitivos como la atención, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento.
- Aparecen factores degenerativos o ambientales que facilitan el inicio de trastornos neurológicos como las demencias (por ejemplo, el Alzheimer que se caracteriza por un deterioro crónico y global de la capacidad cognitiva).
- Este tipo de alteraciones o deficiencias significativas en los procesos cognitivos de la persona colocan a la vejez en una situación de vulnerabilidad e incluso, en muchos casos, de pérdida de autonomía, hecho que aumenta la posibilidad que puedan ser objeto de situaciones de victimización.

3) Factores sociales

- Hay una tendencia a ir reduciendo la actividad social, a desinteresarse por las relaciones interpersonales y, en consecuencia, una dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, lo que le lleva a percibir el entorno como hostil y agresivo.
- Esta tendencia asocial, junto con el proceso de envejecimiento en otras áreas personales, pueden llegar a producir situaciones de aislamiento y exclusión social facilitando situaciones de vulnerabilidad y riesgo de victimización personal.
- La **jubilación** (que puede producirse de forma forzosa al llegar a cierta edad o bien de forma anticipada) es percibida como un acontecimiento con consecuencias tanto positivas como negativas, ya sea en el ámbito social, familiar o personal. Algunas de las dificultades que se pueden encontrar son: efectos económicos derivados de no trabajar, efectos en la salud y de adaptación psicológica (Belsky, 1996).

4) Factores de la personalidad

- Cambios importantes en los lazos afectivos como consecuencia de la pérdida de relaciones y/o de familiares, así como la tendencia al aislamiento y a la soledad, generan un miedo constante que aumenta la ansiedad vital.

- Trastornos psicológicos, como la depresión, pueden ser uno de los principales problemas emocionales entre las personas mayores, y pueden originar cambios drásticos en su organismo.
- A todo esto debemos añadir la afectación en otros rasgos de la personalidad, como la autoestima, la autopercepción o el autoconcepto, que también pueden verse afectados y provocar situaciones de desajustes emocionales y psicológicos.

5) Factores familiares

- Actualmente existen cambios importantes que han modificado las interacciones y dinámicas familiares. Por un lado, la globalización, como efecto de fluctuaciones de movimientos migratorios, ha provocado que muchos ancianos y ancianas vivan desplazados de sus descendientes directos. Por otro lado, y por las mismas razones de crecimiento y expansión urbanística, las viviendas son de menores dimensiones, lo que entorpece la convivencia de familias numerosas.
- Puede aparecer el maltrato en el ámbito doméstico. Las personas mayores pueden ser objeto de **victimización intrafamiliar** (por parte de miembros familiares) o bien de **victimización por cuidadores**, en el ámbito privado y/o en residencias geriátricas. Cordero y otros (2010) plantearon las posibles causas o factores de riesgo en el maltrato en la vejez (tabla 5).

Tabla 5. Factores de riesgo del maltrato en personas mayores

Factores comunes al anciano	Factores comunes al cuidador
<ul style="list-style-type: none"> • Historia de violencia en la familia. • Malas relaciones entre los miembros. • Situaciones permanentes de frustración. • Enojos y desesperanzas. • Inversión de roles. • Cuidador dependiente económicamente del anciano o de su vivienda. • Alteraciones de conducta. • Deprivaciones sensoriales. • Déficits cognitivos. • Factores físicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajos agotadores, falta de tiempo. • Sentimientos de aislamiento psicosocial. • Sentimientos de ser explotados por otros. • Falta de apoyo por otros familiares. • Conflicto marital, cambios de estilo de vida. • Responsabilidad absoluta del cuidado del anciano. • Falta de información sobre la enfermedad del anciano. • Consumo de drogas, alcohol, etc. o enfermedad física.

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

Para concluir podemos considerar que en nuestra sociedad el proceso de envejecimiento puede provocar situaciones de marginalidad o victimización. La pérdida de capacidad física o mental, la disminución de la red social o familiar, retirarse de la actividad laboral con posible pérdida de status, así como la disminución de ingresos tras la jubilación, facilitan los estereotipos relacionados con una concepción negativa de la vejez.

2. Psicología de la personalidad

2.1. ¿Qué es la personalidad?

Describir la personalidad de un individuo significa trazar un perfil de la manera cómo se relaciona con los demás, cómo muestra sus emociones y en su capacidad para expresar sus pensamientos, deseos y valores.

«Describir la personalidad de alguien implica retratar la esencia de lo que la persona es, significa cristalizar algo a partir de las cosas que uno sabe acerca de ella. La personalidad se refleja en lo que la persona dice, en lo que hace y en cómo lo hace, así como en sus pensamientos y matices emocionales. El estilo y sello que marcan sus acciones.»

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

A lo largo de la historia de la psicología, la personalidad siempre ha sido un constructo difícil de definir. En el siglo xx muchos autores han intentado aportar su propia definición, más o menos acertada, para poder enmarcar esta dimensión psicológica humana y así englobar todos los aspectos que la circundan. La personalidad de cada sujeto se va configurando por la influencia de la carga genética (herencia), por su trayectoria vital (desarrollo) y, por supuesto, por su interacción con el ambiente y el momento histórico y cultural en los que se desenvuelve (experiencias). Ahora bien, ¿cómo definimos este constructo desde el punto de vista psicológico?

El psicólogo estadounidense G. Allport (1961, citado en Carvier y Sheier, 2014) definió la personalidad como una organización dinámica, interna de la persona, de sistemas psicológicos que crean patrones característicos de comportamiento, pensamientos y sentimientos de la persona. De esta definición podemos extraer diferentes premisas:

1) Organización dinámica: la personalidad es la composición de un grupo de elementos en constante movimiento que están organizados entre sí.

Una persona, desde su nacimiento, interactúa con su entorno de forma cada vez más compleja en función de sus características innatas y su evolución ambiental.

2) Interna de la persona: ubicada en la psique del ser humano, aunque se manifieste físicamente mediante la conducta.

Al procesar la información de lo que observa, la persona realiza una operación interna de pensamiento independiente al comportamiento que muestre.

3) Sistemas psicológicos que crean patrones: se establecen estereotipos, generalmente conductuales, como indicadores de la propia personalidad.

Si la persona es extrovertida tenderá a interactuar de esta forma con los demás.

La personalidad

«Todos saben lo que es la personalidad, pero nadie puede explicarla.»

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

Reflexión

El Diccionario de la Real Academia de la lengua española recoge varias acepciones sobre el concepto de «personalidad». La palabra en sí deriva de *personal*, constructo para definir todo aquello que caracteriza a un sujeto de forma individual. Es curioso observar como aparecen tantas definiciones, con sentidos diferentes, para un mismo concepto.

Buscad la palabra *personalidad* en la web del diccionario de la RAE (dle.rae.es) y comparad el significado de las diferentes definiciones.

4) Comportamiento, pensamientos y sentimientos: la personalidad no se expresa de una sola forma, sino que se encuentra en diferentes áreas de la psique, mediante sentimientos, procesos del pensamiento y la manifestación a través de la conducta.

La persona puede sonreír (muestra emoción) a la vez que habla (se comunica) y mira a los ojos a alguien (percibe visualmente y procesa la información) mientras permanece sentada.

Posteriormente, Hans J. Eysenck (1971) define la personalidad como una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente.

2.2. Personalidad y diferencias individuales

La personalidad se constituye por aquellas diferencias individuales (DDII) – aspectos específicos de la forma de ser de cada sujeto– que hace diferente a una persona de las demás. Entre nosotros existen similitudes que vienen determinadas por nuestra naturaleza genética, pero cada persona es única y diferente a las demás (no existen dos personas iguales, como no existen dos personas con las mismas huellas dactilares, que también son únicas de cada individuo).

Dentro del estudio de las diferencias individuales es importante tener en cuenta aquellas causas innatas, determinadas por nuestra naturaleza genética, como los **rasgos**, los **hábitos** y los **estados**. Estos constructos psicológicos, intrínsecos al individuo, configuran y son el punto de partida de nuestro **temperamento** y **carácter** para así construir, finalmente, nuestra personalidad. Todos ellos permiten observar aquellos aspectos que nos asemejan o nos diferencian de los demás. Veamos de manera más detallada a qué nos referimos con cada uno de estos conceptos.

1) El rasgo

Es una característica innata y relativamente estable de la personalidad que hace que las personas se comporten de manera habitual en un amplio rango de situaciones. Está formado por un conjunto de hábitos relacionados entre sí.

La personalidad está formada por una jerarquía de rasgos estables y consistentes que determinan, explican y facilitan el poder predecir el comportamiento individual según su forma de pensar e interpretar la realidad. Además, permite comparar el comportamiento de sujetos diferentes ante la misma exposición ambiental.

Por ejemplo, la hostilidad o la frialdad serían rasgos que pertenecen a la dimensión del psicoticismo.

2) El hábito

Cualquier conducta que regularmente se repite ante situaciones idénticas o similares. Derivándose de los rasgos del sujeto, permiten entender la tendencia del sujeto a comportarse de forma consistente y estable. Al ser fruto de la acción de los rasgos, consideramos el hábito como la conducta observable del rasgo.

Por ejemplo, un comportamiento racista y desafiante ante otras etnias serían hábitos contemplados dentro del rasgo de hostilidad.

3) Los estados

Fenómenos transitorios que muestra un sujeto ante una exposición específica, condicionados por las propias disposiciones personales. Se caracterizan por ser temporales, observables e incidir directamente sobre la conducta del sujeto. El estado es una característica de la personalidad pasajera, se da en un momento determinado y, por tanto, resulta fugaz y temporal.

Por ejemplo, una persona con tendencia a ser racista, por motivos laborales, ha de trabajar temporalmente en un colectivo étnico X. Seguramente, inicialmente presentará un estado de rechazo y animadversión hacia los compañeros de trabajo, aunque esta situación será temporal.

4) El temperamento

Predisposición biológica de nuestra personalidad, es la esencia de esta, que surge de un conjunto de rasgos emocionales configurados genéticamente. Dimensiones de la personalidad como la estabilidad emocional, el psicoticismo, la impulsividad o la manera de socializarse, serían rasgos temperamentales.

Por ejemplo, cuando un bebé manifiesta su carácter ante una situación que le desagrada, es común que alguien diga que ha sacado el genio o el temperamento de algún familiar.

El temperamento en la historia

Hipócrates (siglo IV a. C.) elaboró la **teoría de los cuatro humores**, donde relaciona los «humores» con líquidos del cuerpo humano. El temperamento de las personas se configuraba en función de la mayor o menor cantidad de cada uno de esos humores. La compensación de humores era signo de salud, mientras que la mayor cantidad de uno de los líquidos podía producir enfermedad.

Tabla 6. Teoría de los cuatro humores de Hipócrates

«Humores»	Elemento
Sangre	Aire
Flema	Agua
Bilis amarilla	Fuego
Bilis negra	Tierra

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, Galeno (siglo II a. C.) amplió esta idea e identificó cuatro tipos de personas en función de los humores de Hipócrates (tabla 7). Para este médico griego, los estilos de personalidad y el temperamento se explicaban en función de la proporción de «humores» que cada persona tenía. La obra de Galeno fue un referente durante muchos siglos, pero hoy en día no se considera válida ni en psicología ni en medicina. Pese a ello,

es interesante ver como el concepto de temperamento ya aparece en los cimientos que configuran la personalidad.

Tabla 7. Teoría de los cuatro humores de Galeno

Temperamento	
Sanguíneo	Personas con humor variable.
Melancólico	Personas tristes y soñadoras.
Coléricos	Personas con fuerza de voluntad y sentimientos impulsivos.
Flemáticos	Personas indecisas, apáticas y, a veces, frías.

Fuente: elaboración propia.

5) El carácter

El concepto **carácter** tiene su origen en el griego y significa ‘marca’ o ‘gravado’ de un objeto y hace referencia a aquello que se va configurando, se va incorporando a la persona. El **carácter psicológico** sería la peculiaridad en la forma de actuar de un sujeto, entendida como la forma de exponer las distintas facultades psicológicas en el entorno en el que interactúa. Estas facultades conforman los valores, las decisiones, los objetivos y la gestión de las emociones durante todo el proceso y, a su vez, diferencia o destaca a una persona de las demás.

En el comportamiento humano, la diversidad y la diferencia no se producen de forma aleatoria o desordenada, sino que se agrupan en patrones, perfiles o pautas comportamentales. Por esta razón, por un lado, la tendencia de una persona a responder de forma constante en situaciones o ambientes que a veces pueden ser distintos es lo que denominamos *estabilidad o relativa constancia*. Por otro lado, la tendencia de personas distintas de reaccionar de forma diferente ante situaciones iguales es lo que denominamos *hecho diferencial y de diversidad*.

La **psicología diferencial** es la disciplina que estudia las diferencias o la diversidad que existe entre las personas o grupos respecto a su comportamiento, así como las similitudes.

2.3. Métodos de estudio de la personalidad

Si lo que pretendemos es poder conocer y predecir la conducta humana debemos disponer de métodos e instrumentos que permitan aportar datos sobre la relación entre los procesos internos y la interacción con el ambiente de los rasgos personales de un sujeto. En este apartado veremos algunos de los métodos de estudio que permiten aportar datos sobre el análisis del comportamiento e información sobre la personalidad humana.

1) La **introspección** consiste en un acto de autoconsciencia, un análisis o reflexión de los pensamientos y de la propia conducta y experiencia. Permite ordenar, categorizar y sistematizar los propios pensamientos y reflexiones. **Wundt** (1832-1920) estableció el uso de la introspección experimental como método para estudiar los contenidos y procesos mentales a través de la autoobservación en un contexto de laboratorio experimental. Como ventaja, se puede considerar que es el mismo sujeto quien se observa a sí mismo, por tanto, permite una exploración más profunda de nuestro ser, así como cierta estabilidad personal. Como inconveniente, observamos que además de la complejidad del proceso y necesidad de entrenamiento para su extrapolación, los datos obtenidos están sujetos a la subjetividad del evaluado.

2) La **observación** se basa en la recopilación por parte de un número de jueces de datos sobre el comportamiento de un sujeto observado. Si bien es cierto que a mayor número de observadores (jueces) la percepción del grupo se aproxima mucho más a la percepción del sujeto observado, no podemos obviar que se hace difícil conocer los procesos mentales y rasgos de la personalidad del otro únicamente a través de su conducta. Como ventaja, observamos que este método permite obtener datos e información de lo que ocurre y aporta un conocimiento exhaustivo y bien estructurado por parte de los observadores. Como inconvenientes, cabe mencionar la imposibilidad de evitar la espontaneidad de la persona evaluada, es decir, la posibilidad de no poder obtener la información objeto de análisis, así como la intervención de factores externos ajenos al objeto de investigación.

3) El **estudio de casos**, método en el que el investigador, a partir de unas premisas e hipótesis iniciales, lleva a cabo un análisis sistemático (a partir de la observación y la administración de varias pruebas) de uno o varios casos por su interés y relevancia. Puede llevarse a cabo a partir del análisis de una única persona o, para poder obtener conclusiones consistentes, el estudio de varios casos que compartan características determinadas y, a ser posible, contar con grandes muestras de diferentes edades, sexo, clases sociales, culturas o etnias, para así poder realizar generalizaciones que permitan dar lugar a la elaboración o confirmación de hipótesis y teorías.

4) El **método experimental** se basa en el estudio de variables. Una variable es una característica de la persona que puede modificarse y que aporta valores sobre su posición antes y después de un proceso de cambio. Permite, por tanto, observar la influencia de una variable dependiente cuando interactúa con la variable independiente, analizar los resultados del impacto de las variables de estudio, observar si existe relación entre ellas y considerar el rango de variabilidad.

Diseñamos un experimento en el que pretendemos relacionar el grado de impulsividad de una persona con su estado de ansiedad. Hipotetizamos que serán más impulsivas aquellas personas que padecen un alto grado de ansiedad. La correlación de estas dos variables sería positiva si los datos obtenidos nos confirman que, en general, los sujetos que se encuentran bajo una situación ansiosa responden de manera más impulsiva. En cambio, si observamos que las personas más ansiosas son menos impulsivas tendríamos una co-

rrelación negativa. No obstante, también podría darse que tanto personas ansiosas como no ansiosas puntuasen alto o bajo en agresividad, situación que nos llevaría a pensar que ambas variables no correlacionan entre ellas.

2.4. Instrumentos de evaluación de la personalidad

En este apartado haremos una introducción al origen y las características principales de aquellas herramientas que en el campo de la psicología de la personalidad se utilizan con el objetivo de evaluar, de una forma sistematizada, las dimensiones de la personalidad de un individuo. Aunque existen más técnicas que aportan indicadores y datos al respecto, nos centraremos en tres instrumentos principales: las pruebas proyectivas, los test de personalidad y la entrevista.

Inicios de la evaluación científica

Los comienzos de la evaluación científica de las diferencias humanas aparece con el trabajo de **Francis Galton** (1822-1911), fundador de un laboratorio en 1904 para medir características biométricas y fisiológicas introduciendo la sistematización de datos y la evaluación cuantitativa.

Posteriormente, el psicólogo **M. Cattell** (1860-1944) introduce el concepto **test mental**, rechaza la introspección como método de estudio y manifiesta la necesidad de objetivar los resultados obtenidos en la evaluación mediante el uso de test o baterías de ítems sobre aspectos de la personalidad.

Alfred Binet (1857-1911) desarrolla en 1905 la primera escala de medición de la inteligencia. Este pedagogo y psicólogo incorpora un nuevo enfoque respecto a la evaluación de las diferencias individuales dirigiendo su estudio a las funciones psíquicas complejas. Para tal objetivo plantea que los test mentales deben ser sencillos, de corta duración, independientes al examinador y cuyos resultados se puedan contrastar con otros observadores. Introduce el concepto de **edad mental** –cociente intelectual– siendo el promotor del primer test de inteligencia.

La **Primera Guerra Mundial** favorece el auge de la creación de instrumentos de evaluación psicológica debido a la necesidad de poder clasificar a los soldados en función de su capacidad intelectual y su adaptación ante situaciones de crisis.

Paralelamente al desarrollo de los test y como consecuencia de la obra de **Freud**, *La interpretación de los sueños*, surgen las técnicas proyectivas para el estudio de la personalidad, entre las que encontramos el conocido test de Rorschach.

2.4.1. Las pruebas proyectivas

Las **pruebas proyectivas** deben su nombre al concepto de **proyección** introducido por Freud en 1894. En estas pruebas el sujeto dirige hacia otros (proyecta) aquellos sentimientos y emociones internas, reprimidas por el consciente para evitar la posible angustia, a partir de la presentación de una serie de dibujos y grafías (figura 1). Pese a que son herramientas psicológicas muy fáciles de administrar que aportan gran cantidad de información del sujeto evaluado en poco tiempo, no pueden utilizarse como única herramienta de evaluación y diagnóstico al cuestionarse su validez y/o exactitud como medida y carecer muchas de ellas, en general, de fiabilidad estadística. La información que se obtiene únicamente atiende a posibles hipótesis de trabajo. Algunas de las más conocidas son, además del test de Rorschach, el HTP (casa-árbol-persona) o el Test de dibujo de la familia, entre otras.

Figura 1. Test de Rorschach



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

2.4.2. Los test de personalidad

En psicología, el concepto **test** hace referencia a todas aquellas técnicas utilizadas para examinar las características psíquicas, las competencias, las cualidades y los rasgos de la persona estudiada. Es importante tener en cuenta que para la creación de un test es necesario ser metódico y sistemático en su construcción para así ofrecer una correcta validez estadística, un buen nivel de confianza y seguridad y, puesto que aporta información respecto a la persona que lo realiza, mantener una buena consistencia interna, ser objetivo y fiable. Los test psicométricos utilizados en la evaluación de la personalidad parten del supuesto que hay una consistencia de la conducta humana y cómo reaccionaría un sujeto en distintas situaciones y en base a disposiciones o rasgos que ya nos vienen dados. Un test puede recoger aspectos de las diferencias individuales de manera que permita analizar cómo varía la capacidad psicológica –habilidad aprendida– o aptitud –rasgo innato– en relación con el grupo de población de referencia.

Ejemplos de test de personalidad

- **16PF5-5** (Cattell y Cattell, 2011). Dieciséis factores de personalidad y cinco dimensiones.
- **NEO PI-R** (Costa y MacCrae, 1978). Inventario de personalidad NEO. Examina cinco grandes factores de la personalidad además de seis subcategorías de rasgos.
- **PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad** (Morey, 1991). Se compone de cuatro escalas de validez, once escalas clínicas, cinco escalas de tratamiento y dos escalas de relaciones personales.
- **MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota** (Butcher et al, 2019). Se compone de diez escalas clínicas y tres de validez.

Ventajas del uso de test:

- Los constructos utilizados en su construcción son inferidos e hipotéticos.
- Se obtiene información del sujeto comparando sus resultados con lo que denominamos *norma poblacional*.
- Permite realizar predicciones probabilísticas sobre su personalidad.

Inconvenientes del uso de test:

- No suelen tener en cuenta la influencia del contexto donde se realizan.
- Tampoco se suele tener en cuenta el estado de la persona en el momento de cumplimentar el test.
- La influencia que ejerce el examinador sobre el sujeto.

2.4.3. La entrevista

La **entrevista** es un método para evaluar, entre otros aspectos, las características psicológicas de un sujeto y, por tanto, sus rasgos de personalidad. Se trata de una comunicación entre dos o más personas que, con unos objetivos previos, buscan conseguir datos del entrevistado. Es importante tener claro que existen dos roles, el del **entrevistador o entrevistadora** –persona que dirige la dinámica y desarrollo de la entrevista– y el de la **persona entrevistada** –la persona que responde. Es una herramienta básica y habitual en el ámbito clínico, forense-judicial, etc.

En función de su estructura, existen diferentes tipos de entrevista:

- **Entrevista libre o no estructurada**, se parte únicamente de una información previa pero el entrevistador no dispone de un guion.
- **Entrevista semiestructurada**, se pretenden conseguir unos objetivos previos mediante las preguntas planteadas abiertamente.
- **Entrevista estructurada**, todas las preguntas han sido planificadas según el guion establecido, generalmente con preguntas cerradas.

La entrevista se entiende como un instrumento flexible, adaptable a las necesidades específicas de la persona entrevistada, de donde se puede obtener información tanto verbal como no verbal, pudiéndose incluso generar un buen clima, *setting*, entre ambos participantes. Facilita información que no puede ser escrita por la persona entrevistada y permite la comunicación de información más confidencial. Ahora bien, la entrevista tiene limitaciones en cuanto que es una técnica de obtención de información que debe ser complementada con métodos más directos y objetivos (pruebas de contraste). También carece de fiabilidad y validez en términos de población normal, no existiendo procedimientos normalizados para la interpretación de los datos. La persona entrevistada puede distorsionar la información o «maquillarla», ya sea con intencionalidad, deseabilidad social (dar una imagen positiva de sí mismo) o por sus propias limitaciones personales. A su vez, no podemos obviar la inducción e

Reflexión

Podéis hacer una búsqueda en línea de test de personalidad. Hay diferentes páginas que permiten hacer test de diferentes rasgos de personalidad de forma sencilla. Observa cómo están contruidos los ítems para comprobar qué rasgo o aspecto pretende evaluar. Por ejemplo:

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

Entrevista de diagnóstico y cognitiva

La **entrevista de diagnóstico**, también denominada *anamnesis diagnóstica*, aborda características personales y cronológicas del estado de salud, aprendizajes, comportamiento, nivel de consciencia de enfermedad, adhesión al tratamiento y evolución sanitaria.

La **entrevista cognitiva**, herramienta muy utilizada en el ámbito judicial y forense, aporta información de sucesos en situación de victimización o delincuencia. Aborda el nivel de consciencia, grado de participación, etc.

interferencia que quien entrevista, de forma voluntaria o inconsciente, puede tener en las respuestas de la persona entrevistada y que afectaría en la obtención de los datos.

2.5. Las teorías de la personalidad

Los grandes principios de la personalidad se pueden englobar en diferentes perspectivas, entendidas como agrupaciones de teorías que comparten supuestos y que permite orientar el objeto de estudio, es decir, la personalidad.

2.5.1. La perspectiva del rasgo

La perspectiva del rasgo ha sido básica para entender el comportamiento humano, puesto que considera que lo que distingue a cada persona es la cantidad de características diferentes que la diferencian de los demás de una forma más cuantitativa que cualitativa. La pregunta importante en la psicología de los rasgos es ¿cuáles son aquellos rasgos verdaderamente importantes y esenciales?

Tiene su aparición con el estudio de las diferencias interindividuales y su estabilidad en la personalidad de un individuo. Como ya apuntábamos con anterioridad, los rasgos son atribuciones de procesos internos de la persona, características intrínsecas, en parte innatas y en parte aprendidas, que predisponen al sujeto a actuar o comportarse de una determinada manera.

En 1936, **G. Allport** (1897-1967) realizó una búsqueda en dos importantes diccionarios de lengua inglesa de palabras que describieran la personalidad. Obtuvo 4.504 adjetivos que describían rasgos observables y relativamente permanentes. Posteriormente, **R. B. Cattell** (1905-1998) utilizó esta misma lista y la redujo a un total de 171 palabras de las cuales, a través de una encuesta realizada a evaluadores expertos en psicología, extrajo treinta y cinco rasgos de personalidad con los que elaboró un test de personalidad. Ahora bien, para su análisis requería de un sistema métrico que sistematizara la información de forma objetiva de manera que los datos obtenidos fueron analizados utilizando la emergente tecnología de la informática; apareció el **análisis factorial** como método estadístico y herramienta clave en la investigación de las dimensiones de la personalidad.

Las teorías explicativas de los rasgos, mediante el uso de la técnica del análisis factorial, permiten evidenciar el por qué ante un mismo estímulo o situación distintas personas responden de manera diferente. Estas teorías han servido como espacio de trabajo para muchos inventarios (cuestionarios) de personalidad.

Análisis factorial

El análisis factorial es un instrumento estadístico que supera la correlación de dos variables. Por su complejidad se desarrolla con la aparición de los primeros ordenadores que permiten hacer infinidad de combinaciones en un mínimo tiempo.

Como herramienta para la psicología de los rasgos establece una matriz de datos (correlaciones) de las variables objeto de estudio. Si dos o más variables covarían (se mueven juntas) al ser examinadas en un gran número de personas, se puede concluir que tienen en común el rasgo objeto de análisis.

H. Eysenck (1916-1997), psicólogo inglés de origen alemán especializado en el estudio de la personalidad y figura clave en la perspectiva del rasgo, rescató la clasificación de Hipócrates y Galeno y se dedicó a estudiar dos grandes rasgos considerados como dos dimensiones clave de la personalidad: la **extroversión**, entendida como la tendencia a la sociabilidad, la actividad y la dominancia, y el **neuroticismo**, entendido como la tendencia de una persona a estar nerviosa o preocupada. Posteriormente, se incluirá el **psicoticismo**, entendido como otra gran dimensión de la personalidad. Eysenck consideraba que estas dimensiones psicológicas tenían un sustrato fisiológico en centros corticales y subcorticales del cerebro dentro del sistema nervioso central (acuñó el término **arousal** para designar el centro de activación cortical generalizado responsable de las diferencias psicológicas).

El modelo de personalidad denominado **PEN (Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo)** de Eysenck desarrolla tres dimensiones continuas y no categóricas (características estadísticas que permiten medir de forma numérica un rasgo y ubicar su presencia en un intervalo o rango) relacionadas con la conducta de autoprotección, supervivencia y reproducción (tabla 8).

Tabla 8. Modelo PEN de Eysenck (tres dimensiones)

Rasgos		
Psicoticismo	Extroversión	Neuroticismo
<ul style="list-style-type: none"> • Agresividad • Impulsividad • Antisocial • Egocentrismo • No empático • Hostilidad • Frialdad • Crueldad 	<ul style="list-style-type: none"> • Asertividad • Aventurero • Despreocupado • Dominancia • Sociabilidad • Osadía • Espontaneidad • Vital 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Emotividad • Tristeza • Timidez • Autoestima • Miedo • Culpa • Depresión

Fuente: elaboración propia.

Por ejemplo, en la dimensión extroversión (introvertidos: I; extrovertidos: E), el nivel de extroversión viene determinado por el nivel de excitación cortical (*arousal*), donde los I tienen una fuerte excitación y débil inhibición cortical, por tanto, la consecuencia es una conducta inhibida. En cambio, los E tienen una débil excitación y rápida inhibición cortical, con una respuesta de desinhibición.

A partir de Eysenck y Cattell, investigadores como Costa y McCrae y otros posteriores descubrieron y definieron los cinco grandes factores, **modelo big five**, cuya premisa es que la personalidad de un individuo puede ser evaluada a partir de cinco dimensiones o factores básicos (tabla 9). Estos factores o dimensiones de la personalidad poseen las mismas características estadísticas del modelo PEN de Eysenck y posibilitan obtener un perfil general de los rasgos más característicos de la personalidad.

Tabla 9. Modelo de los cinco grandes

Factores		
Extrovertido	↔	Introvertido

Fuente: elaboración propia.

Factores		
Adaptable	↔	Antagonista
Estabilidad emocional	↔	Inestabilidad
Abierto a experiencias	↔	Convencional
Meticuloso	↔	Desorganizado

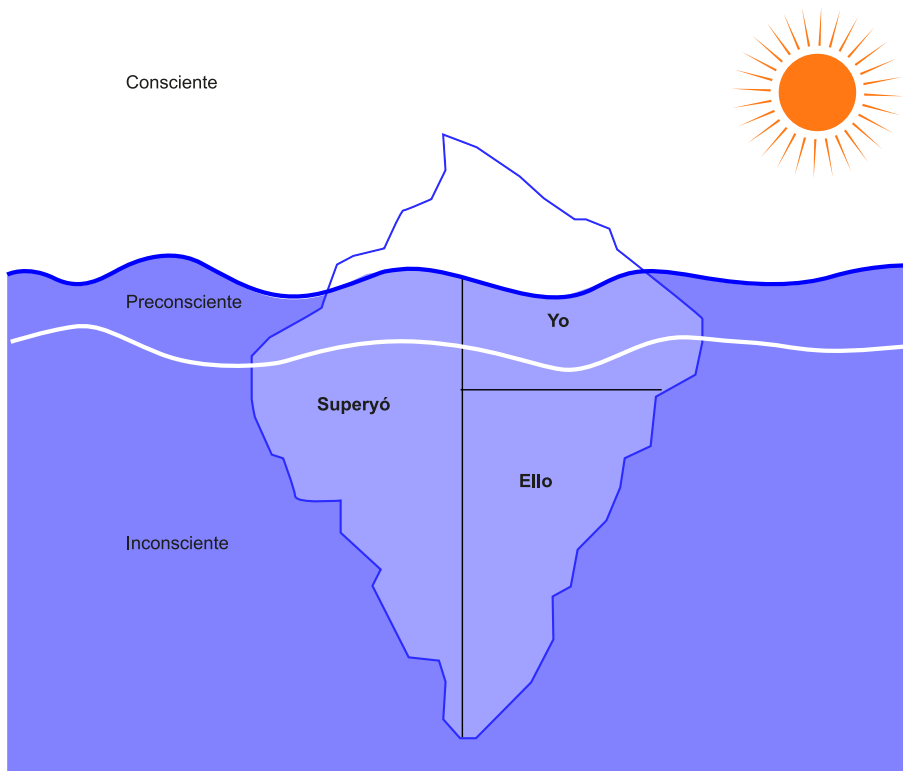
Fuente: elaboración propia.

Finalmente, en la segunda mitad del siglo XX aparecen, o bien se readaptan, numerosos test psicométricos de personalidad que permiten obtener perfiles de la misma personalidad y la presencia o no, en términos probabilísticos, de puntuaciones elevadas en algunos de los trastornos que aparecen dentro de las dimensiones o factores. En todos los test es fundamental la idea de la existencia de cinco factores como ejes básicos de las estructuras más internas de la personalidad.

2.5.2. La perspectiva psicoanalítica

Se inicia a partir del extenso trabajo de Sigmund Freud, quien desarrolló la primera de las teorías de la personalidad. Freud parte de una terminología diferente, deja a un lado el término «personalidad» y lo sustituye por el de **psiquismo** o **aparato psíquico**. Presenta al individuo como dividido y en conflicto por las fuerzas antagónicas que perviven en su interior, donde la psique es un conjunto de procesos que siempre está en movimiento, denominado **proceso psicodinámico**. Estos procesos pueden sumar fuerzas conjuntamente, o bien pueden estar contrapuestos y en competición entrando en conflicto entre ellos, de manera que cuando el organismo (cuerpo) se encuentre ante una necesidad, la persona experimentará un sentimiento de tensión o de presión.

Figura 2. Modelo estructural del psiquismo



Fuente: es.wikipedia.org/wiki/Ello,_yo_y_superyó

Respecto a la estructura de la personalidad, Freud establece una división tripartita a distintos niveles de consciencia: **consciente**, **preconsciente** e **inconsciente** (figura 2).

La **consciencia** hace referencia a aquellos procesos que podemos identificar en el ahora. La experiencia consciente se compone de sentimientos, pensamientos y comportamientos del momento que podemos identificar claramente.

El **preconsciente** hace referencia a aquellos procesos mentales que podemos evocar a través de la memoria para traerlos a la consciencia fácilmente. Por ejemplo, el último viaje realizado con todo tipo de detalles o la capacidad de recordar datos personales de familiares o amigos.

El **inconsciente** hace referencia al nivel de la mente que no es accesible fácilmente y de forma directa. Freud considera que es una parte llena de deseos e impulsos con pensamientos e ideas que generan conflicto, dolor o ansiedad. En el inconsciente, según Freud, es donde se encuentra toda la fuerza impulsora que moviliza nuestra conducta.

Bajo esta perspectiva se pone el énfasis en las **pulsiones** o **impulsos** como fuerzas básicas del funcionamiento humano, considerando que son una especie de energía que conecta las necesidades del cuerpo con los deseos de la mente.

Los **impulsos** se consideran fuerzas motivacionales que impulsan la conducta y determinan su camino, por tanto, son importantes para entender la psique o personalidad de cada sujeto. Freud establece dos categorías de impulsos:

1) Los **impulsos de la vida (Eros)** relacionados con la supervivencia del individuo y la especie, la satisfacción de las necesidades de alimentarse, de respirar y las sexuales. La libido, en este caso, es la energía producida por los instintos de la vida y el sexo es el impulso o pulsión más importante de la personalidad.

2) Los **impulsos de la muerte (Thanatos)** relacionados con la búsqueda del reposo absoluto. Estos son impulsos agresivos y destructivos que pretenden desunir la materia y devolverla al estado inorgánico. Esta agresividad también puede ir dirigida, además de a uno mismo, hacia los otros. Mientras la energía vital libidinosa de Eros facilita la unión y la procreación, Thanatos tiende a mostrarse indirectamente a través de la agresión como medio de separación.

Finalmente, Freud entendía que la personalidad estaba formada por tres estructuras básicas responsables de la conducta humana, denominadas *ello*, *yo* y *superyó* y establecía una categorización del desarrollo psicosexual por etapas (asociadas a una zona erógena) encargadas de configurar aspectos de la propia psique o personalidad.

2.5.3. La perspectiva fenomenológica-humanista

Los teóricos fenomenológicos se centran en el análisis de la experiencia inmediata, personal y subjetiva. Estos teóricos son críticos con las teorías que intentan dividir la personalidad, como las dos perspectivas anteriores.

Los teóricos fenomenológicos consideran que las respuestas del comportamiento humano, en su interacción con el mundo, son percepciones privadas y únicas; por tanto, la conducta de una persona solo puede ser entendida en base a la propia percepción subjetiva de la realidad. Además, conciben que los seres humanos son buenos y perfeccionistas de forma inherente, de manera que cada persona tiene la capacidad de determinar su propio destino, lo que denominan **autodeterminación**.

Bajo esta perspectiva, el psicólogo americano **Carl Rogers** (1902-1987), se centra en el estudio de la persona, dando importancia al concepto *self* (auto) y a las experiencias relativas a uno mismo.

Según Rogers, el **autoconcepto** (*self-concept*) refleja aquellas características que la persona considera que forman parte de su manera de ser, en las que se incluye la manera en cómo se ve ella misma en relación a los diferentes roles que desarrolla en la vida.

El autoconcepto se percibe como un conjunto organizado, coherente, integrado en la percepción, consciente y accesible en la memoria que, con tendencia a la actualización y a la necesidad de refuerzos positivos, estructura la personalidad.

La necesidad de refuerzos positivos en la vida de una persona implica la necesidad de ser aceptado, amado y aprobado. Probablemente esta necesidad se aprende desde pequeño, es universal, persistente y recíproca. Rogers introduce el concepto de **refuerzo positivo incondicional** como única manera de no interferir en la tendencia actualizadora del infante, formándose así la personalidad.

Otro autor importante de esta perspectiva es **George Kelly** (1905-1967), uno de los primeros psicólogos de la personalidad que enfatizó en los procesos cognitivos como característica dominante del funcionamiento de la personalidad, proponiendo la **teoría de los constructos personales**. Para Kelly, un constructo personal es una idea o pensamiento que el sujeto utiliza para interpretar, construir y poder explicar sus propias experiencias, dando sentido a algunos aspectos de su realidad en términos de similitudes o de diferencias. La personalidad sería un sistema organizado de constructos más o menos estructurados y significativos donde el ser humano es un organismo activo y pensante por el solo hecho de estar vivo.

2.5.4. La perspectiva del aprendizaje social

La primera teoría del aprendizaje social fue postulada por **Julian Rotter** (1916-2014), quien integró las bases del conductismo clásico a partir de las teorías del aprendizaje de Skinner. Rotter realizó una teoría sistemática sobre cómo se aprende en un contexto social. Distinguió entre reforzamientos y cogniciones. Mientras los **reforzamientos** permiten movimientos para evitar o conseguir un fin, las **cogniciones** son estados internos, como una expectativa o estimación que hace mentalmente el sujeto. A diferencia del conductismo, considera que los actos mentales sí son objeto de estudio, considerando los aspectos cognitivos (el pensamiento, la intencionalidad, la evocación o la imaginación) conductas encubiertas.

Este autor plantea las necesidades psicológicas que son necesarias para mantener el estado de bienestar. Destacan aspectos de la personalidad como: la necesidad de dominación o liderazgo, de independencia, de reconocimiento, de afecto, de protección y de bienestar físico.

Una de las aportaciones más importantes a la teoría del aprendizaje social es la idea del **locus de control** como pieza fundamental de la personalidad.

Grupos de encuentro

Los **grupos de encuentro o de autoayuda** son una buena herramienta para ayudar a las personas a mejorar y enriquecer sus relaciones interpersonales. Rogers pone el énfasis en la terapia como herramienta para ayudar al individuo en el proceso de autorrealización para alcanzar una armonía entre el yo verdadero y el ideal.

Clínica fenomenológica

Los psicólogos clínicos fenomenológicos hacen más uso de estudio de casos o entrevistas semiestructuradas como herramientas evaluativas, en lugar de la utilización de pruebas psicológicas más objetivas.

Locus de control: expectativa generalizada del individuo respecto a su grado de control en la obtención del reforzamiento y que varía según las diferencias de personalidad. Se trata de una valoración subjetiva para valorar qué es lo que hace que la conducta tenga o no unos resultados determinados. El locus de control puede ser interno o externo:

- **Locus de control interno:** considera que la propia conducta es la que provoca unos beneficios o pérdidas, que el refuerzo que recibe está controlado por sus actitudes y conductas.
- **Locus de control externo:** la obtención de beneficios o pérdidas depende de factores externos, está fuera de ellos mismos.

Albert Bandura (1952-2011), igual que Rotter, parte del conductismo clásico, pero aunque se centran en la conducta manifiesta, acepta también las variables cognoscitivas internas que intervienen entre el estímulo y la respuesta. Bandura enfatiza que el ser humano no es un autómatas que se dedica a reaccionar ante un estímulo. Las personas influyen y son influidas por el ambiente en el que se desenvuelven, por tanto, la observación, la imitación y el modelaje aportan aprendizaje en el contexto habitual de la persona.

Una idea clave de Bandura es afirmar que el comportamiento se puede aprender sin experimentar de manera directa ningún tipo de refuerzo, en ausencia de recompensas o castigos. Introduce el concepto de **aprendizaje observacional o vicario**, basado en que se aprende mediante la observación e imitación del otro. Desde pequeños observamos lo que nos rodea y con ello aprendemos. En este sentido, la configuración de la personalidad está sujeta al modelaje que otras personas tienen en el proceso de madurez del individuo, en la relación familiar. El aprendizaje de valores y normas sociales aporta herramientas a la persona para saber relacionarse o socializarse, y así controlar sus tendencias agresivas.

2.6. Personalidad y conducta criminal

En los inicios del estudio científico de la personalidad, el estudio de la conducta criminal se centró en un enfoque biológico, intentando relacionar los patrones de conductas delictivas con características físicas y/o biológicas.

Franz J. Gall (1758-1828) fue un anatomista que hizo un estudio comparativo entre cráneos de presos y de personas «normales», llegando a la conclusión de que existían irregularidades en el cráneo de los criminales. Posteriormente, **César Lombroso** (1835-1909) realizó un estudio comparativo de la población concluyendo que ciertas alteraciones físicas tenían que ver con el comportamiento criminal. Asimetrías craneales, ciertos tipos de mandíbulas u otras características de la fisionomía estaban relacionadas con comportamientos criminales. Lombroso concluía sus estudios afirmando que no había ni remedio ni tratamiento para este tipo de personas.

Desde la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días, la psicología de la delincuencia se ha ido formando en paralelo a los avances obtenidos en el estudio de la psicología de la personalidad. Las explicaciones teóricas de la delincuencia coinciden con los marcos y perspectivas teóricas de la personalidad. Así podemos hablar, por ejemplo, de:

- Según la **teoría del aprendizaje social de Bandura**, la carrera delictiva se aprende mediante la imitación y a partir de las expectativas en la conducta.
- Según las **teorías de los rasgos**, podemos relacionar rasgos biopsicológicos asociados a la conducta antisocial. De manera concreta, según Garrido, Stangeland y Redondo (1999) las dimensiones de extraversión, neuroticismo y psicoticismo –establecidas en las teorías deterministas de Eysenck– justifican la influencia de algunos rasgos, como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la hostilidad o la insensibilidad social, entre otros, como rasgos que predisponen al delito.
- Según las **teorías explicativas de conductas criminales**, la delincuencia se entiende como el resultado de la ruptura de los vínculos sociales o del control social. Hirschi (1969) consideró en su teoría que los espacios compartidos por jóvenes como la familia, la escuela, el barrio o los espacios deportivos reducen las conductas antisociales y delictivas. Recientemente, derivadas de este tipo de teorías explicativas, surge la denominada **criminología del desarrollo**, que se basa en el estudio de la evolución en el tiempo de las carreras delictivas (Redondo y Pueyo, 2007).

La personalidad, en el campo de la criminología, facilita conocer los factores que intervienen en su configuración y nos permite disponer de herramientas para analizar la conducta humana y así poder:

- describir la conducta delictiva,
- comparar la conducta delictiva,
- explicar/comprender el comportamiento delictivo y
- predecir (en términos probabilísticos) la conducta delictiva.

Respecto del binomio personalidad y delincuencia, y enmarcados en la teoría de los rasgos, podemos hablar de aquellos aspectos de la personalidad que están estrechamente relacionados con la conducta criminal y, por tanto, tienen un papel importante como predictores o precipitantes en la comisión de un delito. Entre estos rasgos encontramos los siguientes:

- **Impulsividad:** aparece en la infancia, se potencia en la adolescencia y permanece durante toda la vida adulta. Un acto impulsivo puede ser necesario para la supervivencia. Ahora bien, el carácter impulsivo conlleva difi-

cultades en el autocontrol y la falta de reflexión, afectando la capacidad de concentración o aprendizaje.

- **Búsqueda de sensaciones:** tendencia a perseguir y disfrutar de actividades y experiencias excitantes, así como necesidad de probar situaciones nuevas y desconocidas, sean peligrosas o no. Aquí podemos incluir la temeridad, como la tendencia a enfrentarse a situaciones sin prejuzgar la posibilidad de riesgo.
- **Baja empatía:** incapacidad de saber posicionarse en el lugar del otro, no entender sus emociones y no tener integrados valores éticos y de respeto hacia los demás. Farrington (citado en Cordelia y Siegel, 1996), en la formulación de una teoría integradora acerca de las carreras delictivas, indica que uno de los factores que influye en la tendencia antisocial de una persona joven es la carencia de estas habilidades prosociales que le induciría con mayor probabilidad a obtener gratificaciones de forma ilícita.
- **Agresividad:** entendida como aquella tendencia o disposición a comportarse de forma violenta o dañina hacia los demás o hacia uno mismo. En la agresividad aparece la **ira**, entendida como el estado emocional con sentimientos que varían de intensidad y que aparece ante experiencias o sucesos desajustados y poco agradables. La **hostilidad**, como conjunto de actitudes complejas que pueden desembocar en conductas agresivas. Y la **violencia**, como aquella respuesta o comportamiento desajustado y desproporcionado, caracterizado por su ímpetu, intensidad, destrucción o perversión, sin justificación y meramente ofensiva. La agresión que pueda manifestar un sujeto dependerá de factores físicos, emocionales, cognitivos y sociales.
- **Antisocial:** dificultad para cumplir las normas, tendencia a la inadaptación social y confrontación severa con la autoridad. Baja tolerancia a la frustración ante la imposibilidad de alcanzar un fin.
- **Indiferencia afectiva:** la poca empatía provoca un control de las emociones, así como una indiferencia ante el sufrimiento de los demás, mostrando una emotividad estable ante situaciones de tensión emocional.

Podemos considerar que la estructura básica de una personalidad criminal está formada por la mayoría de los factores (componentes psicológicos) anteriormente descritos y que pueden significar la capacidad de cualquier persona para cometer alguna conducta criminal. Pero, además de estos factores, se hace necesario hacer una lectura más compleja del acto criminal y entender que para su realización será necesario contar con la influencia de otros factores como los indicados por González-Guerrero (2011) y que proceden tanto de la psicología, como de la biología y de la criminología como predictores de la conducta delictiva (tabla 10).

Tabla 10. Resumen de aportaciones multidisciplinares sobre factores de riesgo para la conducta delictiva (relativos a la personalidad del delincuente)

Factores de riesgo de las diferentes disciplinas	
Psicología	<ul style="list-style-type: none"> • Egocentrismo, narcisismo • Inestabilidad emocional • Agresividad – Ira • Alta suspicacia • Indiferencia afectiva • Alta impulsividad • Alta búsqueda de sensaciones • Baja empatía • Baja responsabilidad • Déficit en la adaptación al medio • Déficit en procesamientos cognitivos • Sentimiento de inferioridad • Alto psicoticismo, alta extraversión, alto neuroticismo • Locus de control externo
Biología	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones craneales • Baja actividad del lóbulo frontal • Baja actividad del sistema nervioso autónomo • Respuesta psicogalvánica reducida • TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) • Baja inteligencia
Criminología	<ul style="list-style-type: none"> • Precocidad delictiva • Impulsividad • Psicopatía • Círculo de amistades delincuentes • Consumo de drogas • Crianza deficitaria, falta de armonía en el hogar • Rechazo del grupo de iguales • Relaciones heterosexuales difíciles • Ambiente multiproblemático • Bajo nivel socioeconómico y cultural • Temperamento difícil • Bajo autocontrol • Estilo de vida persistentemente antisocial • Déficit en la escuela • Déficit de habilidades sociales • Situación de desempleo • Agresividad • Egocentrismo • Identificación criminal

Fuente: L. González-Guerrero (2011). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal* (Tesis doctoral, p. 28). Universidad Complutense, Madrid. Consultado 29 de diciembre de 2019, desde <https://eprints.ucm.es/14431/>

En general, la presencia de algunos de estos factores no tiene porqué significar la criminalidad en un individuo, pero se puede concluir que la confluencia de muchos de ellos aumenta exponencialmente el riesgo de cometer o reincidir nuevamente en actos delictivos.

Cabe mencionar que existen una serie de factores de protección que permiten cortar o moderar la relación existente entre los factores de riesgo y la conducta criminal. Se denominan *protectores* porque sirven para reducir o influir en los efectos patógenos de riesgos específicos. Algunos factores de protección asociados a jóvenes con comportamientos delincuenciales, y que facilitan el abandono de la carrera delictiva en su edad madura, son: tener una familia acogedora y estable, iniciar una relación de pareja, apoyo de profesionales ex-

ternos, participar en programas socioeducativos y tener capacidad de resistencia o «resiliencia» para abandonar amistades antisociales y comportamientos desadaptados.

3. Psicología clínica y de la salud

3.1. ¿Qué es la psicología clínica y de la salud?

El Consejo General de la Psicología de España (CGPE), antiguamente Colegio Oficial de Psicólogos de España (COP), define la psicología clínica y de la salud como aquella disciplina o campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales, o cualquier otro comportamiento, relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar (COP, 1998).

El CGPE establece que, aunque ambas especialidades forman parte del mismo curso de la psicología, interesa destacar las vicisitudes de la psicología de la salud hasta su confluencia con la psicología clínica. Por un lado, la psicología de la salud puede ser considerada como el conjunto de acciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología para promocionar la salud y la prevención y el tratamiento de la enfermedad y, por otro, la psicología clínica se encarga de la evaluación, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención e investigación de las cuestiones que afectan a la salud mental. En este sentido, si bien la psicología clínica puede considerarse como la rama de la psicología interesada en el ámbito médico, la psicología de la salud puede verse como la conjunción entre la psicología clínica y la medicina.

3.2. La psicología de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define la salud no solo como la ausencia de enfermedades o afecciones, sino como un estado positivo y de bienestar, un estado completo y global no solo físico, sino también de salud mental y social.

En mayo de 1998 la OMS, en su asamblea anual, establecía como estrategia política conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud con dos metas principales:

- 1) Promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida.
- 2) Reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como el sufrimiento que originan.

En este abordaje de «salud para todos» se pone de relieve la importancia que se otorga a factores comportamentales y sociales en el concepto de salud y de estilo de vida saludable. La salud, por tanto, se entiende como un constructo caracterizado por ser variable e inestable y estar, a su vez, vinculado a factores evolutivos y psicológicos. Además, dependerá del valor personal que cada individuo le otorgue, puesto que es diferente en cada sujeto en función de los factores cognitivos (percepción del propio estado), objetivos (el funcionamiento orgánico) y adaptativos (capacidad de integrarse al medio) que intervienen en el desarrollo de la persona y de su salud.

En este contexto, las características y objetivos propios de la psicología de la salud, según Sáez, Font, Pérez y Marqués (2019), serían:

- 1) La promoción y la educación.
- 2) La prevención y el tratamiento.
- 3) La investigación y la evaluación.
- 4) El análisis y la mejora.
- 5) La formación de formadores.

Para entender el trabajo que en el área de la salud desarrolla la psicología, nos detendremos a continuación en el primero de estos objetivos, la promoción de la salud.

3.2.1. La promoción de la salud

En las últimas décadas, y de manera global, la salud ha experimentado una clara evolución estrechamente ligada a, por un lado, los avances médicos y tecnológicos en todas las áreas sanitarias y, por otro, al cambio en las causas de mortalidad ligadas al desarrollo de la sociedad, la aparición de enfermedades relacionadas con hábitos poco saludables y al aumento de la esperanza de vida. Todo ello ha puesto de relieve la importancia de los **estilos de vida**, entendidos como una forma de vivir o patrón de conducta individual que, influenciados por su interacción con los demás, conduce a una persona a llevar a cabo determinados hábitos de consumo, actitudes y valores que le reportan una manera de vivir determinada en confluencia con su entorno. Sencillamente podemos decir que es una manera global de vivir basada en las pautas individuales de conducta que interaccionan con las condiciones de vida.

En nuestra cotidianidad existen comportamientos que pueden contribuir a que enfermemos, como consecuencia de «conductas insalubres o patógenas», y otros comportamientos que ayudan a mantener nuestra salud o a prevenir que enfermemos, las denominadas **conductas saludables**. Si centramos nuestra atención en la adquisición de los comportamientos saludables, encontramos varias teorías que han intentado explicar su adquisición:

- Las **teorías motivacionales** destacan la relevancia de fomentar e informar a la persona para conseguir cambios significativos en su salud.
- Los **modelos cognitivos-conductuales** describen terapias orientadas a la identificación y a la modificación de los pensamientos y estructuras cognitivas de la persona para así modificar sus comportamientos.
- La **teoría del aprendizaje** aplicada al ámbito de la salud postula que las conductas saludables son hábitos aprendidos y, por tanto, tanto su adquisición, como su modificación o mantenimiento están sujetos a principios de aprendizaje.
- Las **teorías conductuales** plantean que a través de condicionamiento operante se pueden moldear conductas saludables con el fin de extinguir conductas nocivas.
- Y, finalmente, Bandura (1982) en su **teoría de aprendizaje social**, explica la conducta humana en términos de una interacción recíproca y continua entre los determinantes cognoscitivos, los comportamentales y los ambientales, donde el autocontrol es la capacidad de las personas para regular su conducta final.

«Una persona se encontrará más motivada para imponerse criterios de autorrecompensa cuando la conducta que intenta cambiar es aversiva. En el caso de las personas obesas, por ejemplo, las incomodidades, posibles enfermedades y el rechazo social que provoca la obesidad, inducen a controlar el abuso de la comida. Los fumadores empedernidos, se sienten motivados a dejar de fumar por los trastornos físicos que les ocasiona y por el miedo al cáncer... Al condicionar la autorrecompensa a la consecución de ciertos logros, los individuos pueden reducir la conducta aversiva, creando así una fuente natural de reforzamiento a sus esfuerzos: pierden peso, reducen el consumo de cigarrillos o dejan de fumar totalmente.»

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

El reto fundamental de la psicología de la salud es demostrar, de forma insistente y clarificadora, que se pueden producir cambios en la conducta humana, ofrecer opciones de patrones conductuales más saludables y, con ello, reducir la mortalidad.

Para que en una sociedad se pueda fomentar la modificación de hábitos de salud en sus ciudadanos es importante trabajar en **planes de prevención sanitarios** y **campañas informativas** que permitan concienciar a las personas y convencerles de las consecuencias indeseables para la salud.

Estos planes de prevención persiguen, principalmente, la adquisición de conductas orientadas a conseguir un nivel óptimo de bienestar físico y psicológico, es decir, un estilo de vida saludable basado en:

- La actividad física.
- Una dieta saludable.
- Un comportamiento seguro (accidentalidad).
- Unas conductas sexuales seguras.
- La evitación de consumo de tóxicos.

El estrés es un factor psicológico estrechamente vinculado a estilos de vida poco saludables. El **estrés** se define como una respuesta adaptativa del ser humano ante situaciones que presentan «estímulos estresores» –relaciones familiares con una conflictividad elevada, prolongada actividad laboral, comportamientos sociales desajustados, conductas temerarias o de riesgo, entre otros– interpretadas de manera subjetiva, causando una mayor o menor preocupación en su adaptación y respuesta al estímulo estresor.

En general, y como consecuencia de la adaptación al entorno, el ser humano, al igual que el resto de las especies, requiere de un cierto grado de estrés para solucionar aquellas situaciones que le pueden generar un estado de alerta ante el peligro. Debido a la reacción fisiológica (con la activación del sistema nervioso autónomo y el endocrino) se liberan hormonas que provocan una serie de cambios fisiológicos y que preparan al organismo para dar una respuesta inmediata, es lo que suele llamarse **estado de alerta** (cuando el estrés es más leve) y **ansiedad** (cuando el estrés es más intenso). Cuando la exposición a situaciones estresantes se torna constante, la respuesta se vuelve crónica y puede presentar efectos perjudiciales para el organismo (uno de los efectos nocivos es debilitar el sistema inmunitario del sujeto, favoreciendo la aparición de numerosas enfermedades).

Los psicólogos de la salud trabajan, junto con otros profesionales y especialistas de la medicina, combinando los tratamientos médicos habituales con los tratamientos psicológicos. En este sentido, y a modo de ejemplo, existen intervenciones terapéuticas de afrontamiento al estrés basadas en modificar la percepción y el comportamiento de la persona ante el estímulo estresante con el objetivo de propiciar una situación más saludable.

Accidentalidad

Los hombres jóvenes, de entre quince y diecinueve años, presentan una probabilidad dos veces y media mayor de morir en un accidente de circulación que las mujeres de su misma edad (Piédrola, 1988).

Conductas sexuales seguras

Cada año, en todo el mundo, millones de personas contraen enfermedades de transmisión sexual, donde un porcentaje elevado son personas menores de veinticinco años.

Evitar el consumo de tóxicos

Este tipo de sustancias dañinas para el organismo pueden conllevar importantes alteraciones y trastornos psíquicos, así como problemáticas sociales y relacionales, situaciones de marginalidad y/o conductas delictivas.

3.3. La psicología clínica

«[Los psicólogos clínicos y de la salud pueden] atender a ese gran grupo de pacientes que acuden a los psicólogos en busca de ayuda para hacer frente a los problemas de la vida y resolver situaciones de infelicidad y malestar emocional, denominada “patología del sufrimiento”, porque se sienten desbordados en sus estrategias de afrontamiento. De este modo, estos profesionales sanitarios pueden ofrecer orientación, consejo y apoyo psicológico a los pacientes para superar sus dificultades.»

E. Echeburúa, K. Salaberria, P. de Corral, y 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 concepto de trastorno mental

El término *trastorno mental* es más amplio que el de *enfermedad mental* y se aplica a cualquier alteración genérica de salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática conocida (Caballero, 2007).

Un comportamiento socialmente anómalo, o los conflictos entre el individuo y la sociedad, no tiene porqué suponer un trastorno mental, a no ser que se derive de una disfuncionalidad de la persona. No obstante, debemos tener presente que la existencia de un trastorno depende en gran medida de los criterios sociales y culturales que, en un momento concreto, lo definan como tal.

En el manual *DSM V* (APA, 2013) se define **trastorno mental** como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Dentro de la psicología clínica, la psicopatología es el área encargada de describir y categorizar los trastornos mentales, así como de estudiar los mecanismos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental y abordar sus causas y naturaleza.

En general, los trastornos mentales graves suelen ser duraderos (crónicos), manifestarse a través del comportamiento, inestables (puesto que suelen presentarse en episodios de descompensación o «brotos») y con afectación de las capacidades cognitivas y volitivas de la persona. A su vez, interfieren en gran medida en las relaciones interpersonales y sociales, afectando a la vida social de la persona.

El origen del trastorno mental puede ser consecuencia de:

- Causas genéticas que afectan a alguna zona del cerebro.
- Trastornos orgánicos, fisiológico o procesos degenerativos.
- Experiencias emocionalmente estresantes o traumáticas, sobre todo durante la infancia y la adolescencia.

Lectura complementaria

Para profundizar sobre la psicología clínica y de la salud se recomienda la lectura de: E. Echeburúa, K. Salaberria, P. de Corral, y 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.

Nosotaxias psiquiátricas

Las dos nosotaxias psiquiátricas más utilizadas en la actualidad son la *CIE-10* de la Organización Mundial de la Salud y el *DSM V* de la American Psychiatric Association.

- Accidentes o consumo de tóxicos.

Muchos trastornos mentales presentan sintomatologías comunes, motivo por el cual los diagnósticos deben de ser cuidadosos y acertados para poder adecuar los tratamientos de salud idóneos al tipo de patología mental. En este sentido, la noción de categorías clínicas se apoya en el supuesto de que existe un determinado número de covariantes compartidas, como las agrupaciones de signos del trastorno y síntomas regulares (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

A continuación desarrollaremos, de forma resumida, algunas de las categorías de trastornos mentales.

1) Trastornos orgánicos o relacionados con el desarrollo neurológico: originados por alteraciones genéticas, disfunciones psicofisiológicas del desarrollo o traumatismos. Se caracterizan por la anormalidad psíquica conductual asociada a deterioros transitorios o permanentes. El **retraso mental** o **discapacidad intelectual**, las **afasias** y las **amnesias** o la **demencia senil** son ejemplos de estos tipos de trastornos.

2) Trastornos psicóticos y esquizoides: los trastornos psicóticos se caracterizan por la pérdida de contacto con la realidad y las agudas perturbaciones del pensamiento, de la percepción y de la emoción que puede comportar la desadaptación social. Concretamente, la esquizofrenia hace referencia a la disociación entre las emociones y la razón, abarca un grupo de trastornos graves que normalmente se inician en la adolescencia. Además de la presencia de una sintomatología psicótica, también pueden aparecer alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento y lenguaje desorganizado o catatónico. La **esquizofrenia**, la **psicosis maníaco-depresiva**, **trastornos esquizotípicos** o **delirantes**, entran dentro de este tipo de trastornos.

3) Trastornos afectivos o del estado del ánimo: predomina una alteración del estado del ánimo. El más típico es la depresión y se caracteriza por tristeza, sentimiento de culpa, baja autoestima, desesperanza e inutilidad. Este grupo también incluye la manía, caracterizada por un estado de ánimo exaltado, expansivo, megalomaniaco, con labilidad emocional (cambio constante de carácter). La **depresión mayor**, la **manía**, el **trastorno bipolar**, así como trastornos alimenticios como la **anorexia nerviosa** o la **bulimia** son ejemplos de esta clasificación.

4) Trastornos del control de impulsos: se caracterizan por presentar actos irresistibles donde el sujeto no puede evitar la tentación o impulso que le lleva a realizar acciones potencialmente peligrosas. La **piromanía**, la **cleptomanía** o el **juego patológico**, entran dentro de esta clasificación.

5) Trastornos de la ansiedad o neuróticos: también llamados *trastornos psicósomáticos*, se caracterizan por la aparición de síntomas físicos sin que concurren causas físicas. El síntoma predominante es la ansiedad, que suele aparecer

como reacción al pánico. El pánico entendido como miedo irracional y desmedido que altera la vida normal del individuo. Las **fobias** y la **hipocondría** (pánico a sufrir una enfermedad) están dentro de esta clasificación.

6) Trastornos de la personalidad: se caracterizan por presentar un patrón permanente e inflexible de experiencias internas y de comportamiento que se aparta acusadamente del resto de la sociedad. Acostumbran a durar toda la vida, con algunos rasgos de la personalidad tan rígidos e inadaptados que pueden llegar a causar problemas laborales, sociales, así como daños a uno mismo y, probablemente, a los demás. No se pierde el contacto con la realidad por lo que no suelen perder sus capacidades cognitivas ni volitivas, aunque suelen tener una falta de consciencia de enfermedad. Se dividen en tres categorías o clústeres:

a) Clúster o tipo A: paranoide, esquizoide y esquizotípico. Sujetos excéntricos, extraños o extravagantes, asociales y que pueden tener comportamientos atípicos o disfuncionales.

b) Clúster o tipo B: narcisista, límite, histriónico y antisocial. Sujetos con labilidad emocional, conductas descontroladas o inadaptadas, déspotas, caprichosas y que se confrontan con las normas sociales. Se caracterizan por la falta de empatía y la presencia de pensamientos de grandeza, exhibicionistas y poca consideración hacia los valores morales. Las personalidades antisociales se caracterizan por la vulneración de los derechos de los demás y no respetar las normas. Acostumbran, además, a ser muy inestables, con un comportamiento teatral e hipersensibles al posible rechazo.

c) Clúster o tipo C: evitativos, dependientes y obsesivos. Las ansiedades y miedos determinan a estos sujetos la conducta desde la infancia, con reacciones emocionales poco ajustadas, actitudes infantiles y dependencia afectiva.

El trastorno antisocial o personalidad antisocial se caracteriza por violar los derechos de los demás y no respetar las normas sociales. Como consecuencia pueden aparecer los comportamientos psicopáticos o la psicopatía.

Psicopatía

La **psicopatía** es un trastorno antisocial de la personalidad que, aunque mantiene las funciones perceptivas y mentales de la persona, se encuentra patológicamente alterada la conducta social del individuo que la padece.

Cuando hablamos de trastornos mentales o psicológicos y los relacionamos con la conducta delictiva hemos de tener claro que ningún trastorno psicológico en sí mismo explica la conducta criminal. Para llegar a comprender esta relación hay que tener presente los aspectos siguientes que inciden directamente en la conducta criminal:

- Diferenciar entre la conducta criminal de una persona psíquicamente normal y la conducta criminal de una persona con anomalías o perturbaciones de la personalidad –ya sean de menor o mayor gravedad o intensidad.
- Baja probabilidad de que incidentes violentos sean generados por personas con severos problemas de salud mental.
- Es más probable que los comportamientos delictivos estén relacionados con disfunciones de la gestión del pensamiento y la toma de decisiones.

3.3.2. Tratamientos terapéuticos psicológicos

En este último apartado describiremos brevemente las terapias más habituales utilizadas en el terreno clínico de la psicología que permiten abordar los trastornos mentales y psicológicos con el objetivo de, a corto, medio o largo plazo, compensar a la persona y reducir la sintomatología, ya sea mediante el intento de modificación de hábitos existentes o evitando o abordando las recaídas y nuevas situaciones de exposición al riesgo. Entre los tratamientos indicados, incluiremos en primer lugar la terapia farmacológica que, pese a que no puede definirse como un tratamiento psicológico en sí mismo, forma parte irremediamente de la intervención de muchos trastornos mentales.

La terapia farmacológica o psicofarmacológica

La **terapia farmacológica** es la disciplina científica que comprende la acción de una serie de sustancias químicas, los psicofármacos, que tienen acción directa en el sistema nervioso central (SNC). Los psicofármacos modulan los procesos psíquicos y son útiles en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.

La importancia del conocimiento del proceso de neurotransmisión radica en que la mayoría de los psicofármacos ejercen una acción modificando este proceso (Vallejo, 2011). Existen tres grandes grupos de psicofármacos que permiten actuar en un grupo importante de trastornos mentales:

1) **Antipsicóticos:** fármacos antagonistas (inhiben) de receptores postsinápticos de los sistemas de neurotransmisión clásicos: catecolaminas e indolaminas. Estos se suelen recetar para la esquizofrenia, las manías, el trastorno bipolar o trastornos de la conducta, entre otros. Algunos medicamentos habitualmente usados son: haloperidol (Haldol[®]), Risperdal[®] y Zyprexa[®].

Otros tratamientos

A los tratamientos descritos en este apartado, debemos añadir la existencia de las terapias siguientes: la rehabilitación neurocognitiva, la terapia analítica cognitiva, las terapias humanistas, la terapia gestáltica o la existencial. Todas ellas permiten abordar diferentes tipos de trastornos bajo las premisas de las corrientes psicológicas que las amparan.

Sistema nervioso central

El sistema nervioso central se basa en la actividad neuronal mediante la transmisión de los neurotransmisores, sustancias químicas emitidas por las neuronas y que actúan como receptores en otra neurona a través de la sinapsis generando reacciones electroquímicas con la finalidad de generar algún tipo de reacción en la persona. La actividad del cerebro, y en definitiva nuestro comportamiento, es el resultado de los millones de comunicaciones de este tipo de conexiones sinápticas que se producen de forma simultánea en diversas áreas del cerebro.

2) **Antidepresivos:** constituyen la terapia básica de la depresión y de diversos trastornos mentales como el trastorno obsesivo-compulsivo, de estrés posttraumático, las crisis de ansiedad, las fobias y los trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia. Algunos medicamentos habitualmente usados son: Prozac[®], paroxetina (Paxil[®]) y citalopram (Celexa[®]).

3) **Ansiolíticos:** fármacos que reducen la ansiedad, cualquiera que sea la causa de esta, reduciendo la activación de circuitos cerebrales septo-hipocámpicos, cuya actividad se incrementa ante señales de peligro. Se usan en el abordaje de estados de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos psicósomáticos y el síndrome de abstinencia. Algunos medicamentos habitualmente usados son: Valium[®], Orfidal[®] y Trankimazin[®].

Si bien la farmacología tiene una eficacia de mejora y reducción de la sintomatología, no podemos obviar que para que sean efectivos es necesario concienciar al paciente de la importancia de una correcta pauta de administración y un seguimiento exhaustivo del tratamiento. Además, es necesario que la mayoría de los tratamientos farmacológicos se compaginen con terapias psicológicas que permitan abordar el origen de la sintomatología para provocar cambios en el comportamiento del sujeto.

La terapia psicodinámica o psicoterapia

A partir del trabajo de Freud, que parte del concepto de pulsión como principio básico de la motivación de la conducta, el diagnóstico psicodinámico pretende ser único para el paciente individual. El psicoanálisis clásico consiste en hacer accesibles los conflictos inconscientes (traumas) a través de la asociación libre de pensamientos y la interpretación de los sueños. Se realizan sesiones semanales en el diván, con una periodicidad de entre tres y cinco sesiones y con una duración que oscila entre tres y diez años.

La psicoterapia dinámica, a diferencia del psicoanálisis clásico, reduce su intervención tanto en la frecuencia de sesiones como en la duración de esta, de uno a tres años. La psicoterapia varía en función si se orienta a la edad adulta o infantil (con la introducción de sesiones de juego en esta última), existiendo también la psicoterapia dinámica para grupos (entre seis y ocho pacientes), de pareja e institucional, también llamada *grupos Balint*, que se fundamenta en la importancia de la utilización por parte del personal médico de la emoción y el entendimiento como potencial terapéutico.

Por último, hay que mencionar que patologías como la **esquizofrenia**, los **trastornos afectivos**, los **trastornos de ansiedad** o **trastornos de la personalidad** son abordados por la psicodinámica con el objetivo de que el paciente pueda trabajar los mecanismos patológicos de defensa y buscar mecanismos más saludables.

Psicoterapia infantil

La **psicoterapia infantil**, introducida por Ana Freud y Melanie Klein, da al juego del niño el valor simbólico de las relaciones interpersonales del adulto. Se desarrolla la sesión con diversos objetos (animales, coches, plastilinas, etc.) que estimulan la expresión afectiva del niño o niña (Vallejo, 2011).

La terapia cognitivo-conductual

El objetivo de este tipo de tratamiento es el abordaje terapéutico para modificar conductas enfermizas o problemas mediante técnicas psicológicas que permitan sustituir estos comportamientos por otros más adaptativos y sanos.

El programa terapéutico consiste, inicialmente, en sesiones para detectar la posible conducta problema del paciente y analizar cómo esta afecta en su entorno habitual. Una vez identificada la sintomatología del trastorno, se expone al paciente a través de una serie de técnicas de exposición, como la exposición gradual, la desensibilización sistemática o la inundación, para facilitar la confrontación del paciente de forma real o imaginaria a la situación problema. A grandes rasgos, la terapia cognitivo-conductual se basa en tres postulados básicos (Vallejo, 2011):

- 1) Las cogniciones influyen tanto en nuestras emociones como en nuestra conducta.
- 2) La existencia de pensamientos irracionales genera la aparición de una conducta problema.
- 3) El objetivo de todo tratamiento cognitivo es eliminar o reducir las cogniciones irracionales que desencadenan la sintomatología manifiesta.

Este tipo de terapia requiere tener en cuenta el grado motivacional del paciente, su adhesión e implicación al tratamiento, así como la identificación y reconocimiento de todos los aspectos (síntomas) que intervienen en la conducta problema. Técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, autocontrol o modelado son algunas de las utilizadas en este tipo de tratamiento psicológico.

Esta corriente terapéutica es habitualmente utilizada en **cuadros depresivos, estados de ansiedad, trastornos fóbicos, adicciones a tóxicos** o relacionados con el **comportamiento** y la **personalidad**.

La terapia sistémica

El modelo sistémico nació juntamente con la terapia familiar, aunque hoy en día tiene muchas más aplicaciones. Este modelo cambia radicalmente los enfoques tradicionales centrados en el individuo, puesto que el objeto de análisis no es el ser individual sino el sistema. Esta terapia se basa en centrar toda la atención y observación en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja e, incluso, entre los componentes de un equipo laboral o de otra índole.

Reestructuración cognitiva

Introducida por Albert Ellis, se basa en la identificación y confrontación de los pensamientos negativos e irracionales, llamados *distorsiones cognitivas*, que afectan al pensamiento, la emoción y la conducta del paciente. Mediante el uso de técnicas de reestructuración (pensamientos alternativos) se abordan todos los síntomas con el objetivo de reducir o cambiar a pensamientos más adaptativos y saludables para este.

Este modelo propone que un comportamiento aparentemente patológico se ha de ubicar en un contexto, analizando a los individuos como componentes del sistema. En este caso, el sistema es el elemento principal explicativo de las conductas sintomáticas.

Esta terapia se compone de tres fases claves:

1) Recogida de información. Se observan y analizan todas las interconductas de los miembros del sistema para detectar las estructuras de las relaciones, las coaliciones, las exclusiones, las alianzas, etc.

2) Elaboración diagnóstica. Se detectan aquellas conductas sintomáticas del sujeto en la relación con los demás, la forma de insertarse en el sistema. En este sentido, las conductas de todos los miembros se influyen mutuamente.

3) Técnicas para la producción de cambios. A través del reencuadre de determinadas conductas, la intermediación en coaliciones o el bloqueo de determinadas pautas, entre otras, se busca la modificación de las pautas que mantienen los síntomas en los procesos de comunicación intrafamiliares.

Terapia familiar estructural

Salvador Minuchin (1921-2017), creador de la terapia familiar estructural, comprendía a la familia como un sistema que tiende a la defensa de su estabilidad ante los cambios de influencias externas. Se considera que la familia favorece el mantenimiento o disfuncionalidad del síntoma mediante mecanismos de mantenimiento del sufrimiento en la familia o de alguno de sus miembros. Abordando la definición de roles familiares, el reconocimiento y planteamiento de límites familiares claros, el restablecimiento de jerarquías o la disolución de alianzas o triangulaciones familiares, se puede conseguir regresar a una estructura familiar sana y funcional.

El sistema

La noción de **sistema** implica un todo organizado que es más que la suma de las partes, ubicándose en un orden lógico distinto al de sus componentes. El sistema es visto como un patrón interrelacional y característico de este, y no solo bajo el prisma del sujeto que lo sufre. El *feedback* o circuitos de retroalimentación y relaciones de interdependencia definen el sistema.

Ejercicios de autoevaluación

1. Según López y Castro (2007), una conducta de riesgo en la adolescencia puede aparecer con comportamientos persistentes, como podrían ser:

- a) Los que se derivan de la implicación en el uso de las redes sociales.
- b) La inserción del o de la adolescente en entornos prelaborales.
- c) Situaciones responsables en el consumo de tóxicos.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

2. ¿En qué etapa del ciclo vital es importante que el entorno familiar introduzca modificaciones en el proceso de supervisión, conceda mayor confianza y flexibilidad y facilite la autonomía e individualidad del sujeto?

- a) En la juventud: de los dieciocho años en adelante.
- b) En la primera infancia: de los dos/tres hasta los seis años.
- c) En la adolescencia: de los doce hasta los dieciocho años.
- d) En todas las anteriores, además de en la primera infancia: de los cero hasta los dos años.

3. En la definición de personalidad, G. Allport (1961) introdujo el concepto de organización dinámica refiriéndose a:

- a) La personalidad no se expresa de una sola forma, ya que se encuentra en diferentes áreas de la psique.
- b) Es una característica innata y relativamente estable de la personalidad.
- c) Hace referencia a la manera de organizar los elementos propuestos por Hipócrates (aire, agua, fuego y tierra) y la forma dinámica en su relación.
- d) Está relacionada con la pertenencia del individuo a un grupo de referencia y el constante movimiento.

4. En la primera infancia (de 0 a 2 años) y en relación con el desarrollo emocional, ¿qué efecto emocional se puede producir en el niño?

- a) Incorpora la lateralidad como predominio de uno de los dos lados del cuerpo frente al otro.
- b) La ansiedad por separación, el miedo que siente el niño cuando se aleja su cuidador.
- c) Integra el «no» como mecanismo de socialización y, a su vez, lo utiliza para imitar a las personas que le imponen restricciones.
- d) El funcionamiento egocéntrico e intuitivo.

5. Respecto de la perspectiva de aprendizaje social, Bandura:

- a) Introdujo el concepto de autoconcepto, como característica de cómo se ve uno mismo en relación con sus diferentes roles sociales.
- b) Defendió que el aprendizaje de valores y normas sociales aporta herramientas a la persona para socializarse.
- c) Establece la idea de locus de control, como la valoración subjetiva para analizar las consecuencias de su conducta.
- d) Define que el consciente, preconsciente e inconsciente configuran la psique o personalidad.

6. Dentro del campo de la criminología, el estudio de la personalidad permite:

- a) Describir y comparar la conducta delictiva.
- b) Explicar y comprender el comportamiento delictivo.
- c) Valorar aquellos rasgos como la impulsividad, la empatía, la indiferencia afectiva, etc. que pueden influir en la conducta delictiva.
- d) Todas las anteriores son correctas.

7. El estudio de las diferencias individuales en psicología tiene como objeto de estudio:

- a) Aquellos aspectos internos e innatos que configuran el carácter y la personalidad.
- b) La diversidad o diferencias personales que se producen de forma aleatoria o desordenada, sin seguir ningún patrón o perfil común de conducta.

- c) a) y b) son correctas.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

8. Respecto a la adquisición de hábitos saludables, los modelos cognitivos-conductuales aportan:

- a) Terapias que se basan en la identificación y modificación de pensamientos o sentimientos disfuncionales.
- b) Terapias que se basan en hacer accesibles los conflictos del inconsciente para así trabajar el posible trauma de forma positiva.
- c) Terapias que se basan en la identificación de los roles familiares y se aborda de forma integral a todos los miembros de la familia.
- d) Utiliza la desensibilización sistemática como técnica terapéutica para conseguir el desbloqueo emocional de todos los miembros del sistema.

9. ¿Qué terapia se basa en el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) y los efectos que ciertos componentes químicos pueden producir en la transmisión neuronal sináptica?

- a) La terapia psicoanalítica.
- b) La terapia sistémica.
- c) La terapia cognitivo-conductual.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

10. Un joven de diecinueve años que presenta un comportamiento confrontador y déspota ante las normas sociales, tendencia a conductas agresivas, menosprecio y planteamientos poco empáticos hacia los demás:

- a) Presenta sintomatología de posible trastorno de ansiedad.
- b) Presenta sintomatología de posible trastorno antisocial.
- c) Presenta sintomatología de posible trastorno de control de impulsos.
- d) Presenta sintomatología de trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

11. ¿Qué rasgos de la personalidad están relacionados con las conductas delincuenciales? Señala la respuesta más adecuada.

- a) La alta empatía, la introversión y la agresividad.
- b) La hostilidad, la búsqueda de sensaciones y el carácter.
- c) El psicoticismo, el autoconcepto y la baja empatía.
- d) La agresividad, la impulsividad y la tendencia antisocial.

12. De las situaciones siguientes ¿cuál puede generar un trastorno infantil relacionado con el apego?

- a) No superar la fase de asimilación y de acomodación propuestas por Eleanor y Jame Gibson.
- b) Quedarse bloqueado en una de las etapas iniciales del desarrollo sexual propuestas por Freud.
- c) Por negligencia o afecto positivo limitado por parte de la persona referente adulta.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

13. De los principales factores que intervienen en los procesos de cambio del individuo en el ciclo vital, señala el incorrecto.

- a) La extroversión.
- b) Los iguales.
- c) El entorno laboral.
- d) La influencia del ambiente.

14. Un individuo que presenta un comportamiento con sintomatología de pérdida de contacto con la realidad, describe alucinaciones visuales y auditivas e ideas delirantes:

- a) Estaría dentro de los trastornos del control de impulsos.
- b) Formaría parte de los trastornos psicóticos y esquizoides.

- c) Se trataría de un trastorno histriónico.
- d) Seguramente presenta un trastorno evitativo o dependiente.

15. Respecto a la psicología del desarrollo o psicología evolutiva, ¿qué autor desarrolló su teoría sobre la inteligencia al investigar las capacidades cognitivas de forma empírica?

- a) James M. Baldwin
- b) Sigmund Freud
- c) Jean Piaget
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

16. El primer autor que establece el modelo PEN (psicotismo, extraversión y neuroticismo) como las tres dimensiones más importantes de la personalidad en la perspectiva psicoanalítica es:

- a) Bowlby, pero desde la perspectiva del rasgo.
- b) Rogers, pero la perspectiva es la humanista.
- c) Eysenck, en la perspectiva psicoanalítica.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

17. Tal como establecen Alcalde y Laspeñas en su categorización sobre la edad, la edad psicológica es:

- a) La que hace referencia a la competencia o habilidad para realizar las demandas ligadas a la edad, que pueden depender de aspectos biológicos, sociales o personales.
- b) La que la persona obtiene en el test psicológico cuando se le hace una evaluación psicológica.
- c) La que comprende desde el nacimiento hasta la edad actual.
- d) La edad que define la vejez en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad.

18. La forma de actuar de un sujeto, entendida como la forma de exponer sus distintas facultades psicológicas en el entorno en el que interactúa, es la definición del:

- a) Carácter
- b) Temperamento
- c) Rasgo
- d) b) y c) son correctas.

19. Un test, como instrumento de evaluación de la personalidad, tiene la ventaja de que:

- a) No hay ningún tipo de influencia externa, ni del contexto ni de la persona examinadora.
- b) Los constructos (rasgos) utilizados en su construcción son inferidos e hipotéticos.
- c) Afecta poco el estado de la persona en el momento de cumplimentar el test.
- d) b) y c) son correctas.

20. ¿Qué área de la salud se centra en describir y categorizar los trastornos mentales, así como estudiar los mecanismos que inducen «estados no sanos» y las causas y naturaleza de las enfermedades mentales?

- a) La psicología del desarrollo.
- b) La psicología de la personalidad mental.
- c) La psicopatología.
- d) La psicología sistémica.

Solucionario

Ejercicios de autoevaluación

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

Bibliografía

Bibliografía básica

1) Psicología del desarrollo

Carretero, M., Palacios, J., y 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., y Hall, E. (2000). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill.

2) Psicología de la personalidad

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

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

3) Psicología clínica y de la salud

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.

Bibliografía complementaria

1) Psicología del desarrollo

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

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

2) Psicología de la personalidad

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

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

3) Psicología clínica y de la salud

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

Jarne, A. y Talarn, A. (2010). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Herder.

Referencias bibliográficas

Alcalde, I. y Laspeñas, M. (2005). Ocio en los mayores. En J. Giró (Coord.), *Envejecimiento, salud y dependencia* (pp. 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* (5.ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.

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

Belloch, A., Sandín, B., y 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*. Consultado 29 de diciembre de 2019, desde <https://webpace.ship.edu/cgboer/personalidad.html>

Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., y Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (4.ª ed.) (A. Ávila-Espada y F. Jiménez-Gómez, adaptadores). 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., y Marchesi, A. (1997). *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.
- Cattell, R. B., Cattell, K. S., y 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. Consultado 29 de diciembre de 2019, desde <https://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>
- Cordelia, P. y Siegel, L. (Eds.) (1996). *Readings in contemporary criminological theory*. Boston: Northeastern University Press.
- Cordero, J. R., García, S., Rodríguez, I., Santana, D., Fragoso, O., y 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. y McCrae, R. R. (1978). *Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI-R)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., y 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., y Redondo, S. (1999). *Principios de criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- González, E. (Coord.) (2002). *Psicología del ciclo vital*. Madrid: CCS.
- González, J. y 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* (Tesis doctoral). Universidad Complutense, Madrid. Consultado 29 de diciembre de 2019, desde <https://eprints.ucm.es/14431/>
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Hoffman, L., Paris, S., y Hall, E. (2000). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill.
- INE (2018). *Esperanza de vida*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Consultado 29 de diciembre de 2019, desde <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. y 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 mayo.
- Palacios, J., Marchesi, A., y 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. En G. Piédrola et al. (Eds.), *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Salvat.

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

Reina, M. C., Oliva, A., y 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., y 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. y 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.

