

39
2el.



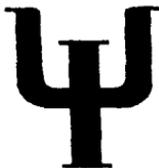
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“ LA GIMNASIA PSICOFISICA RELAJADORA
COMO ALTERNATIVA DE SALUD EN LA
TERCERA EDAD ”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N:
JUANA BUCIO FARFAN
Y
JOSE DE JESUS VEGA GARCIA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. REBECA PAZ PADILLA
REVISOR Y ASESOR METODOLOGICO:
MTRA. ROCIO AVENDAÑO SANDOVAL.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

MAYO DE 1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Esta tesis esta dedicada a todas las personas de la tercera edad,
principalmente a aquellas que participaron en esta investigación,
y a la clínica 46 del I.M.S.S.*

*También a todas aquellas personas que de alguna
u otra manera contribuyeron en la realización y culminación
de la misma.*

*Agradeciendo su apoyo en la realización del video de la Capsula de Gimnasia
Psicofísica relajadora al:*

*Lic. Jesús Antonio Ramírez Anaya,
Lic. Gustavo Adolfo Patiño Muñoz y a la
Lic. Margarita Castillo Arias.*

Dedico este trabajo con cariño, a la memoria de mi hermano José Luis Bucio Farfán, agradeciéndole el haber compartido conmigo, parte importante del tiempo que permaneció en el seno familiar, y el haber estado siempre al pendiente en su corto recorrer, de que no me faltara el apoyo tanto afectivo como emocional, del cual necesitaría más adelante, al dar inicio nuestra irremediable separación, donde éste sería también, el inicio de una realización personal definitiva en mi vida, gracias hermano no podías haberme dejado en mejores manos.

Gracias Señor.

*Dedico este trabajo con cariño a:
Ma. Teresa Farfán Ontiveros, por estar siempre de pie como un soldado ¡ahí!, en el momento justo, siempre disponible a brindarme y apoyarme, con su entusiasmo, alegría y motivación en la continuidad de mi vida, tu hija :*

Juana Bucio Farfán.

Gracias Madre.

A mi Padre:

***José Guadalupe Bucio G. y a mis
hermanos, Ismael, Rafael, Ma.
Guadalupe y Ma. del Rosario, quiero
decirles que como familia, ocupan un
lugar importante en mi vida.***

Juana Bucio Farfán.

***Al culminar esta obra, no nada más
culmina la investigación, si no que
da paso a la construcción de la obra
de nuestras vidas.***

Con todo el amor del mundo a Esther y Berenice porque ellas son la razón que me impulsa para continuar con mi superación laboral y profesional.

José de Jesús Vega García.

A todos mis amigos y compañeros, por sus estímulos y su amistad que constantemente me han manifestado.

José de Jesús Vega García.

A mi madre:

Con eterno agradecimiento porque gracias a ella he podido llegar hasta este momento tan importante de mi vida, porque sus sacrificios hoy se ven cumplidos en mi formación como profesional.

José de Jesús Vega García.

A mis hermanos: Lourdes, Juana, Vicente, Luis y Reyna, por su comprensión y apoyo moral que me han brindado en todo momento.

José de Jesús Vega García.

*La Capacidad de percibirse asimismo con una
actitud favorable no dependen de fuerza, juventud,
ni aceleración de movimientos incoordinados, sino de
experiencia, reflexión, madurez y juicio,
estas cualidades no estan carentes en la vejez,
sino que aumentan.*

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

GENERALIDADES DE LA TERCERA EDAD.

1.1 Aspecto Social del anciano.....	1
1.2 Aspecto Biológico del anciano.....	7
1.3 Aspecto Psicológico del anciano.....	13

CAPÍTULO II

II.1 El Autoconcepto.....	26
---------------------------	----

CAPÍTULO III

III.1 Programa de Gimnasia Psicofísica relajadora.....	41
--	----

CAPÍTULO IV
METODOLOGIA

IV.1 Planteamiento del Problema.....	52
IV.2 Sujetos.....	52
IV.3 Tipo de Estudio.....	53
IV.4 Diseño de Investigación.....	53
IV.5 Hipótesis Nula.....	53
IV.6 Hipótesis Alternativa.....	53
IV.7. Definición Conceptual de Variables.....	54
IV.7.1 Variable Dependiente.....	54
IV.7.2 Variable Independiente.....	54
IV.8 Instrumento.....	55
IV.9 Materiales.....	57
IV.10 Escenario.....	57
IV.11 Procedimiento.....	58
IV.12 Estadística.....	61

CAPÍTULO V

Resultados, Interpretación de Resultados y Conclusiones.....	62-69
Referencias Documentales.....	70-74

Anexos.

RESUMEN

Actualmente en nuestro país ha habido un incremento considerable de la población de la tercera edad, misma que se encuentra con carencias biopsicosociales significativas como son: mayor propensión a enfermedades, despidos laborales, relegaciones familiares, entre muchas otras, que ocasionan una pérdida de confianza en sí mismo, deterioro en su autoestima y en su autoconcepto.

Así surge la inquietud de conocer si existen cambios en el autoconcepto en un grupo de ancianos, mediante la aplicación de un programa de Gimnasia psicofísica relajadora.

Participaron en el estudio 60 ancianos afiliados a la clínica 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, utilizando la técnica de asignación aleatoria al concentrar sus nombres en una caja y elegir 30 de ellos al azar en la que tuvieron todos la misma oportunidad de salir sorteados, mismos que se dividieron en dos grupos de 30 cada uno, grupo control, y grupo experimental, de los cuales 48 eran mujeres y 12 hombres, con un rango de edad de 60 a 75 años, a ambos grupos se les aplicó la escala de Autoconcepto de La Rosa, al inicio y 10 meses después de iniciado el programa de salud preventivo.

Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes y correlacionadas, en pre-test y pos-test, encontrando en los resultados estadísticos que los ancianos que llevaron a cabo el programa de gimnasia psicofísica relajadora, mejoraron su autoconcepto, además se observó al grupo estudiado convivir más con personas de su edad, mencionando que ya no sentían tantos malestares en su cuerpo como antes, y sentir que ocupan un lugar importante, no nada más con su familia si no como personas dentro de la sociedad, todo esto al ser comparados con aquellos que no llevaron el programa de salud preventivo.

INTRODUCCIÓN.

En el siglo XX el promedio de vida del ser humano ha aumentado notablemente, en tal forma que no existe comparación con ninguna época pasada de la historia, la ciencia y la tecnología han logrado avances en el ámbito de la salud, logrando controlar enfermedades que hasta hace algunos años eran mortales, como la diabetes, hipertensión arterial, arteriosclerosis, artritis, tifoidea, etc. lo que ha implicado una disminución de la mortalidad y un incremento de la población de edades avanzadas, aumentando la esperanza de vida de la población mundial.

La población mexicana de la Tercera Edad, considerada como la de más de 60 años, ascendió en marzo de 1990 a casi 5 millones de personas que representan el 6.1% de la población total del país, proporción que supera la alcanzada en 1970, de 5.6%, en números absolutos, el aumento en ese período fue de 2.3 millones de personas, equivalente a una tasa de crecimiento anual de 3.1%, superior a la registrada por la población total en esos 20 años, de 2.6% (INEGI)

Lo anterior fundamenta que en México está ocurriendo el fenómeno de población creciente y que actualmente los grupos de mediana edad son los que dominan en cantidad, consecuentemente en un futuro próximo se contará con un número considerable de personas de la tercera edad y si actualmente se dice que México es un país de jóvenes, dentro de 30 ó 40 años nuestro país será de ancianos.

El individuo que envejece se encuentra acosado por diversos factores que influyen en esta etapa como son: problemas sociales y económicos; entre ellos desempleo, seguridad económica y sanitaria, decremento de la productividad en medios laborales donde se requiere de fuerza física.

Fisiológicamente existe mayor incidencia de trastornos degenerativos como: enfermedades cardiovasculares, diabetes, gota, cancer, afecciones artríticas etc. y psicológicamente; comprende una gran diversidad de problemas como son: el efecto del envejecimiento sobre determinadas necesidades e impulsos, el efecto de la experiencia anterior sobre el proceso del envejecimiento, la psicodinámica de la vida emocional del anciano, el efecto de la edad sobre el aprendizaje, el efecto de la edad sobre el funcionamiento psicomotor y los cambios sensoriales de la senectud, así como la adaptación al proceso de envejecimiento entre otros.

Todos estos factores redundan en una pérdida de confianza en si mismo, una reducción en su valía, una sensación cada vez mayor de inseguridad y una reducción en su sentido de autoestima y autoconcepto. (Geist, 1977).

Rosenberg (1973), dentro de su teoría de autoconcepto habla de la identidad social, en relación a las inclinaciones del sujeto así como de sus características físicas, mencionando que las categorías que la sociedad utiliza para clasificar a un individuo como pueden ser la religión, raza, sexo, nombre o nivel socioeconómico, conforman una parte real de lo que el individuo siente que es, lo que da como resultado el propio valer del anciano.

El presente trabajo de tesis tiene como tema principal la tercera edad, vejez, senectud ó ancianidad y su actividad física, así como la repercusión de un programa de ejercicios físicos y la relación de éste con el autoconcepto de las personas de la tercera edad. para ello, se propuso un programa de gimnasia psicofísica relajadora, inspirado por De la Ferriere (1989), que no sólo aborda el aspecto físico de la persona sino además trabaja el aspecto psíquico o mental. Lo físico, con los ejercicios y lo mental, con la práctica o ejercicios de la atención y concentración que la persona pondrá en el momento que realice los ejercicios y visualice mentalmente los beneficios que éstos le están proporcionando a nivel fisiológico como psicológico, esto como un probable

acercamiento a una manera preventiva de solución al problema, en cuanto a la disminución de autoconcepto, así como de los aspectos físicos que ya por ende beneficia dicha gimnasia. La relación entre el autoconcepto y la gimnasia psicofísica relajadora, (de la cual se hablará posteriormente en el capítulo III), se vió reflejada en una escala de Autoconcepto de La Rosa Jorge (1986), de lápiz y papel, validada y confiabilizada para la ciudad de México.

Otro de los aspectos importantes en el estudio de los ancianos y el autoconcepto es en cuanto a la Psicología de la Salud, que da al ser humano un enfoque biopsicosocial; en el que no puede existir una separación de la mente y el cuerpo, y considera que si existe un adecuado desarrollo físico y mental, paralelamente lo habrá también en el fisiológico. Davis (1985), afirma todo lo que hace el hombre forma parte de un conjunto interrelacionado y armónico, en el que todo se conjuga, se reúne y se liga, así el término psicofísico en esta investigación será considerado para nombrar al ser humano como un todo en el que existe una interrelación de lo físico con lo psíquico.

Dicha investigación se apoya en la Psicología de la Salud, que se caracteriza de otras disciplinas científicas, al considerar al ser humano como una unidad interdisciplinaria en la que no existe una separación de la mente y el cuerpo.

De acuerdo a esta concepción y de la relación de las investigaciones sobre la personalidad tipo "A" etc. han encontrado una probable relación entre el estilo de conducta o personalidad y la enfermedad que padece el individuo.

Así la personalidad tipo "A" (polifacética, poca tolerancia a la frustración, alta competitividad), probablemente presentará enfermedades como: la hiperactividad, hipertensión, infarto en miocardio, padecimientos cardiovasculares, donde esta investigación pretende promover

un programa de Gimnasia psicofísica relajadora para la salud de los ancianos como un programa preventivo.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE LA TERCERA EDAD

I. GENERALIDADES DE LA TERCERA EDAD.

1.1.- ASPECTO SOCIAL DEL ANCIANO.

En la antigüedad los ancianos, poco numerosos que rebasaban la edad de los 60 años eran respetados, dado que ellos habían resistido más batallas, eran el centro de las familias, del clan, de la tribu o del senado mismo, su experiencia enriquecida a lo largo de la vida, así como su juicio les permitía desempeñar el papel de consejero, arbitrar conflictos, instruir a los más jóvenes, transmitir tradiciones, presidir las ceremonias e interceder ante los dioses. Como se puede ver en el pasado la ancianidad era algo importante, pues la mayoría de los hombres morían jóvenes; así, la delgada capa de los grupos de ancianos era honrada y acatada. Por lo que se puede ver que el aspecto socio cultural ha tenido un papel importante en la valoración de esta edad, por ejemplo, el pueblo chino asocia a la vejez con la sabiduría y el anciano es venerado y respetado; esto hace que la llegada a esta edad sea esperada con ansia, por su reconocimiento y su valía social designada (González 1984).

Por otra parte se puede observar la enorme capacidad creadora de la mentalidad de algunos hombres importantes que ha dado la historia, y que han alcanzado una edad avanzada, como por ejemplo; Arquímedes a los 75 años descubrió los espejos luminosos; Zenón, Pitágoras y Demócrito daban clases a los 90 años; Platón compuso sus Diálogos a los 84 años el gran matemático, Langrange tenía 75 años cuando dio su fórmula definitiva a la mecánica cuántica; Cervantes, Voltaire, Meyerber, Verdi y Victor Hugo produjeron sus grandes obras hasta el final de sus largas vidas; pintores como Miguel Ángel, Tiziano, Marc Chagall, Picasso, Miro, músicos como Wagner, Pablo Casals, Arthur Rubinstein, etc, hombres de estado y líderes, como Churchill, Adenauer, y claro está podríamos recordar aquí innumerables nombres de escritores, artistas, científicos y

filósofos que se mantuvieron completamente activos entre los 80 y 90 años y que en muchos casos fueron más creadores después de rebasada la tercera etapa de su vida. (Bize, 1989).

Como se puede observar todos los hombres anteriores, por sólo nombrar algunos, son un ejemplo de vitalidad, que da al organismo físico el mantenimiento de una actividad mental intensa, y una motivación en lo que realiza. En el presente, la actitud que se toma hacia los ancianos se basa en la cultura o civilización en que se vive, existiendo algunas sociedades o pueblos donde los ancianos son respetados y tienen un lugar importante dentro de la sociedad y la familia.

En particular para México, que es un país con raíces culturales tan profundas, no se puede dejar de mencionar en esta investigación, la importancia que se tenía en el México Pre-Hispánico a la figura del anciano, ya que de él emanaba la sabiduría que las experiencias de la vida le habían dejado. "Huehmeteotl" Dios Viejo del Fuego, era la deidad que representaba la vejez. Inculcando su culto desde muy temprana edad, ya que todos sin distinción de clases llegarían a él. (Caso, 1978).

Dentro de todas las culturas de Meso América, siempre existió el consejo de ancianos, ya que siendo estos los que convivían directamente con la población podían orientarla a modo de mejorar sus actividades, ya fueran guerreras, sacerdotales, agrícolas, comerciales, hogareñas, etc, esto colocaba al anciano como el "Eata", una forma de reconocer reverenciar y alagar a alguien que posee mayores conocimientos.

Durante el reinado de "Moctezuma Xocoyotzín", siendo este un respetuoso de la vejez, decretó protección a los ancianos y dejó el pueblo de "Culhuacán" como sitio exclusivo para aquellos que no tuvieran lugar a donde ir, y se consideraba anciano a todo aquel que cumpliera los 52 años.

También en el aspecto religioso la figura del anciano era la más importante, siendo él, el que dirigía las ceremonias y el único autorizado a beber el pulque, bebida embriagante que se usaba durante los ritos ceremoniales.

Así mismo se observa la importancia de el anciano en la transmisión de valores culturales y sociales, empleando la narrativa para transmitir las tradiciones, leyendas, anécdotas, etc; a estas "pláticas" se les daba el nombre de "Huehuetlatolis" (León, 1959).

Las leyes de los antiguos mexicanos eran drásticas y severas para los infractores jóvenes, pero si se trataba de un anciano se reconsideraba su posición, se le pedía que hiciera un repaso de su vida anterior y se le incitaba a conciliarse con los Dioses ofendidos ya que pronto les rendiría cuentas a su muerte.

La población de México tiene una actitud de respeto hacia el anciano, sin embargo entre más se industrializa a la sociedad se deja de lado al anciano, y se resaltan valores como el dinero, prestigio, entre otras muchas de las necesidades secundarias, y se pone en duda los valores que antes eran importantes, disminuye la comprensión y la atención a este grupo social, debido a que se valora al ser humano en la medida que pueda ofrecer mano de obra, privilegio que incluso se le niega al forzarle a abandonar su empleo a una edad que aún es productivo.

El envejecimiento como fenómeno social y la pregunta del porqué se envejece, ha estado presente en todas las generaciones y en todas las épocas desde que el hombre desarrolló el poder de la reflexión, la vejez como tal; no es un concepto nuevo, el envejecimiento es tan antiguo como la vida misma y ha sido definido por diferentes disciplinas de acuerdo a su objetivo de estudio, así cada profesión o ciencia elige la mejor definición que más conviene a la prosecución de sus estudios específicos.

Las ciencias sociales parten del elemento de realidad de la decadencia biológica acarreada por el proceso de envejecimiento, que afecta más pronto ó más tarde a la participación social del individuo. (Laforest, 1991).

En el pasado, los jóvenes y ancianos empezaban a trabajar según su capacidad, los hombres empezaban ha trabajar tan pronto como podían hacerlo y la gente mayor durante el tiempo que les fuera posible, sin embargo hoy en día, tanto jóvenes como la gente mayor de 60 años son excluidos con mayor frecuencia del papel de productores, siendo más predominante en la vejez el despido laboral.

De esta manera las disciplinas que se han encargado del área social hablan de la vejez como el momento en que un individuo deja de ser productivo para la sociedad, con base al cumplimiento de cierto número de años, en la que se llega a una etapa de limitaciones que le impiden un ritmo normal de vida, catalogándolos como incompetentes para cualquier puesto de trabajo. Consideran que dicha población al llegar a los 60 años ó quizás antes aparece un decrecimiento en sus actividades físicas funcionales, lo que ocasiona que en las actuales sociedades industrializadas se les aisle, obligándolos a permanecer al margen, así la pérdida de estatus vinculada a la vejez afecta a todos los individuos sin distinción y es porque al anciano se le rechaza ya que ha dejado de producir y en la sociedad urbana el valor que más se maneja es el de la productividad, ya que es, el que se considera más importante. Muchos de los conflictos psicológicos se relacionan con la marginación, involucrada en ésta, la muerte social, en donde la sociedad confunde la productividad con la creatividad; estas situaciones sociales llevan al anciano a incrementar la dependencia con su familia, ya que no cuenta con los recursos económicos suficientes para subsistir, debido a que se les ha relegado y tachado como un sector improductivo

de la sociedad; y no se les ha dado una oportunidad para demostrar y trabajar las potencialidades que aún tienen.

Así estos cambios en la interacción con sus grupos de referencia social, familiar y de trabajo, generan una inadaptación en su nuevo entorno social. (Buendía,1994).

Simone de Beauvoir (1980), dice al respecto: El envejecimiento es a veces el efecto, no la causa de las desventajas que lo caracterizan. Las incapacidades crecientes y los supuestos naturales en las personas de edad resultan en cierta medida no del envejecimiento mismo de los individuos, sino de la inadaptación a su medio social e ideológico.

Visto de esta manera, como una situación en que el individuo adopta una nueva forma de vida, en la que es necesario llevar a cabo una readaptación para poder sobrellevar esta etapa que se torna un tanto difícil por lo que (Kutner en Motlis, 1985), gerontólogo social americano, expresa: "El envejecimiento social es un proceso de rediferenciación y reintegración de roles y funciones, que ocurre a medida que el individuo envejece cronológicamente, y aflora debido a cambios en el rol y estatus impuestos sobre él, tanto como por su sociedad, por mala suerte, ó deliberadamente aceptados por él". Por lo que es necesario implementar nuevas estrategias de salud, que logren que el anciano sea reincorporado en lo posible a sus roles establecidos, reforzando vínculos familiares y sociales, así como un mayor aprovechamiento de su experiencia laboral y existencial.

Maddos (1974 en Motlis 1985), en la teoría de la actividad establece, que para que un individuo logre aceptar y enfrentar las pérdidas asociadas a la vejez, debe conservar y aumentar su autoestima con cambios constantes de roles y actividades perdidas, asumiendo con esto que los ancianos, al igual que los adultos y jóvenes tienen las mismas necesidades sociales y psicológicas de mantenerse activos, de esta manera; las personas se mantendrán social y psicológicamente aptas.

Obviamente esto dependerá de la disponibilidad de roles ó actividades y de la capacidad de la persona para llevarlos a cabo. Según esta teoría, una vejez lograda supone el descubrimiento y redescubrimiento de otros roles, además la redefinición de conceptos y autoconcepto.

Por lo que se puede observar, la imposición que tiene la sociedad al grupo de ancianos; algunos sociólogos y antropólogos han dado una definición de vejez basada en la clasificación por edades, es decir el número de años que tiene un individuo, dividiendo a la población en jóvenes, adultos, y viejos, esta clasificación consiste en que la sociedad sigue un método alterno para clasificar a las personas según su edad y poner cierta distancia entre unos y otros, por los estereotipos negativos a los que las personas de la tercera edad se han visto sujetos, por parte de la sociedad, quien los conceptualiza como personas improductivas sin capacidad para funcionar, a causa de restricciones ambientales, que con frecuencia no son si no simples asuntos de control social, por ser considerada esta etapa; el período de la postrimeria de la vida en que las personas se tornan más susceptibles a enfermedades y/o a la muerte. (Kastembaum 1980).

La sociedad al intentar determinar el porqué la vejez, se ha convertido en un asunto de tanto interés en la época actual, los gerontólogos sociales han descubierto una serie de factores que parecen estar tomando lugar en diferentes sociedades, quizá la razón primordial para que el envejecer esté recibiendo tanta atención es el cambio substancial en la composición poblacional que está ocurriendo en diversas partes del mundo hoy en día, debido a los avances de la medicina.

Estos avances han logrado un incremento considerable de la población anciana, y por consiguiente un aumento en las necesidades y adecuados servicios que se deben proporcionar a este sector poblacional, considerando que estos avances no corresponden en las áreas social y psicológica, las que deben intensificarse, para lograr una mejor calidad de vida de este grupo social

I.2 ASPECTO BIOFISIOLÓGICO DEL ANCIANO.

Las disciplinas que se encargan del aspecto biofisiológico como son: la Medicina, la Biología y la Fisiología consideran que con el devenir del tiempo, aparece un proceso de deterioro en el organismo, presentándose cambios psicofisiológicos, como un resultado de la acción del paso del tiempo ejercida por factores extrínsecos e intrínsecos, los que abarcan la mayor parte de la vida, afectando la composición celular, disminución de la capacidad orgánica y declinación de energías.

Considerando al envejecimiento como un proceso de cambios del organismo que, con el tiempo, disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y adaptación a las demandas ambientales (Rothschild, 1987).

Por otra parte Busse (1969 en Carstensen 1989), nos habla del envejecimiento primario y secundario; definiendo al envejecimiento primario como el resultado de procesos biológicos hereditarios que dependen del tiempo, y el envejecimiento secundario, provocado por el declive de las funciones a causa de enfermedades.

El término Geriátría, del Griego geron = vejez y tria = curación, como parte de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades, tiene como base de vejez los siguientes conceptos:

- 1.- La vejez no es una enfermedad, ningún anciano esta enfermo sin causa justificada.
- 2.- Cada individuo debe de ser considerado en relación con el medio en el que se desenvuelve. En el caso del anciano enfermo, las circunstancias socioeconómicas influyen poderosamente en su salud.
- 3.- El anciano presenta patología múltiple, la que hay que saber valorar . la elección y estudio de sus necesidades será la base de su recuperación.

4.- El anciano tiene una capacidad de recuperación esencial, pero ésta va en función del interés que se ponga en lograrla.

5.- El Proceso de envejecimiento condiciona constantemente episodios de supuestas enfermedades, lo que ocasiona una sintomatología poco común y a la vez una evolución muy diferente a como sucede con una persona joven. (Lozano 1992).

Tomando en consideración lo anterior; se puede decir que no todos los organismos envejecen a la misma velocidad, un individuo puede tener 75 años cronológicamente y tener un corazón de 65 y un sistema gastrointestinal de 85, por lo que las diferencias individuales se incrementan con la edad, haciendo difíciles las generalizaciones en el envejecimiento normal. Sin embargo, siguiendo las definiciones anteriores, los cambios más obvios que se presentan en la vejez, son los de apariencia física: la piel se torna más pálida, delgada y seca, perdiendo flexibilidad y con la consecuente aparición de arrugas ocasionadas también por agentes externos y por la disminución de grasa que se acumula directamente debajo de la misma, no ofreciendo la adecuada protección contra enfermedades o infecciones, y aparecen manchas propias de la vejez.

El cabello se adelgaza, se pone cano y cae, la piel de los ojos se adelgaza, las fibras del músculo orbicular se atrofian, así como el músculo elevador del párpado produciendo un pliegue. Las pestañas se hacen delgadas y escasas, las cejas engruesan, alargan y encanecen, los dientes sufren cambios y caen modificando la configuración de la cara, acarreando problemas digestivos ya que la masticación no es la adecuada de los alimentos, con la edad, son normales ligeras modificaciones en la talla, debido a una alteración en la postura y una disminución en los discos vertebrales y los músculos que sostienen la postura erecta del cuerpo, por lo que el cuerpo tenderá a curvarse hacia adelante, siendo una ventaja de la gimnasia psicofísica relajadora la de mantener en buen estado la columna vertebral desde su flexibilidad y fortaleza. Los huesos tienden a perder calcio ocasionando la osteoporosis y tornándose delgados y quebradizos, existiendo un mayor

incremento en las fracturas. Los cartílagos se deshidratan favoreciendo la aparición de artrósis. El crecimiento de las uñas se ve afectado por la mala nutrición y mal funcionamiento de los sistemas endocrino y circulatorio. Sus movimientos se verán limitados, lo que determinará que sus reflejos, marcha y fuerza física se vean disminuidos.

Respecto a los cambios en el sistema cardiovascular el funcionamiento de todo el sistema cardiovascular, presenta diversos problemas con el paso de los años. El resultado es una disminución de flujo máximo de sangre que llega al corazón y que sale de él, existiendo mayor tiempo de recuperación después de cada contracción. El corazón cambia con la edad a medida que la lipofuscina se acumula en la víscera, existiendo acumulación de grasa, lo que en condiciones de estrés, un corazón envejecido puede ser menos eficaz. Existe disminución de calibre en las arterias, con lo que la presión arterial puede aumentar, haciéndose común las enfermedades arteriales.

Con la edad la función muscular es menos eficiente, si el sistema cardiovascular no aporta suficientes nutrientes o si no elimina todos los productos tóxicos de desecho. Los vasos sanguíneos pierden elasticidad y algunos se obturan, en consecuencia, hay menos capilares que suministran sangre a los músculos, y una deficiente función pulmonar reduce el aporte de oxígeno. (Rothschild 1987).

Referente al sistema respiratorio: a medida que la gente envejece, la caja torácica se vuelve cada vez más rígida, y las fibras musculares se hacen cada vez más pequeñas y disminuyen en cantidad, ocasionando una disminución en la expansión de cada respiración captando menos aire, disminuyendo de un 20 a 30%.(Lozano,1992).

A medida que los años pasan, se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler el aire de los pulmones. El movimiento de los mismos es menos completo, de tal manera que queda

más aire en su interior al respirar. Esto significa que la respiración es menos eficiente. Lo que contribuye a la creación de problemas en otras funciones vitales. (Pietro 1985).

En el sistema gastrointestinal, como ya se dijo anteriormente los dientes se gastan y se pierden, en la lengua decrece el número de papilas gustativas, el esófago muestra dilatación y relajación con disminución de su motilidad, en general; disminuye la secreción de enzimas digestivas del intestino, del hígado y del páncreas. Se presenta atrofia de la capa muscular, tanto del intestino delgado, como del grueso, disminuyendo por ello la peristalsis. El tono del esfínter anal se ve reducido; propiciando la incontinencia rectal. El hígado baja de peso y disminuye en su tamaño (Lozano, 1992).

El envejecimiento puede afectar al sistema endocrino en distintos niveles, podría conducir a una disminución en la secreción hormonal de las glándulas o, a una falta de respuesta a las hormonas en los receptores. No existe cambio significativo de tamaño y de peso en la glándula hipofisiaria. Existe un retraso en la liberación de la glucosa con posibles apariciones de enfermedades como la diabetes.

El sistema nervioso central sufre una progresiva pérdida de neuronas, afectando el encéfalo y la médula, lo que puede derivar deterioro del juicio y memoria, falta de concentración y menor tiempo de sueño, disminución de los reflejos y en la percepción de los sentidos.

De la Ferriere (1989), plantea que mediante la práctica de la gimnasia psicofísica relajadora, existen cambios importantes que mejoran el Sistema Cardiovascular, mejorando la Presión Arterial, el Sistema Respiratorio, el Sistema Gastrointestinal, el Sistema Nervioso y el Sistema Endocrino de los cuales se hablará en el capítulo III, y que tal vez pueden influir en un bienestar integral del individuo, desde la niñez hasta la ancianidad.

Por otra parte se debe distinguir el envejecimiento con las enfermedades, así pues, los cambios mencionados anteriormente no significan enfermedad; la pérdida y el encanecimiento del cabello, la disminución de la capacidad del ejercicio, la resistencia, la pérdida de memoria y cientos de otros decrementos aparecidos con la edad, no significan enfermedades, sin embargo, aumenta la vulnerabilidad a los cambios patológicos, por ejemplo; con la edad, las funciones del sistema inmune, incrementan la vulnerabilidad a las enfermedades, que en las personas jóvenes sería fácil de resolver.

Fuentes, L. y R. (1978), afirman: "La vejez (decadencia biológica) trae consigo una propensión de enfermedades, pero no es lo mismo admitir que en la vejez se presentan enfermedades que afirmar, que la vejez en sí misma sea una enfermedad" .

Dentro de las enfermedades que son más comunes en la vejez y poco frecuentes en la edad adulta son:

- 1.- Incontinencia urinaria.
- 2.- Osteoporosis.
- 3.- Fractura de cadera.
- 4.- Úlceras por decúbito.
- 5.- Problemas prostáticos (cáncer)
- 6.- Herpes Zoster.
- 7.- Accidentes cerebro-vasculares.
- 8.- Enfermedad de parkinson.
- 9.- Enfermedades demenciales.
- 10.-Cataratas.

Las enfermedades que existen tanto en la vejez como en la edad adulta pero que adquieren características peculiares y evolución muy distinta en la vejez, son las siguientes:

- 1.- Hipertiroidismo y mixedema.
- 2.- Infarto al miocardio sin dolor.
- 3.- Edema agudo de pulmón sin disnea.
- 4.- Neumonía afebril.
- 5.- Embolismo pulmonar silencioso.
- 6.- Depresión.
- 7.- Enfermedades malignas del colon y pulmón.
- 8.- Síndrome de abdomen agudo atípico.
- 9.- Disfunciones sexuales.
- 10.-Diatrogenia.

Enfermedades más frecuentes coexistentemente en la vejez; multipatologías, procesos de evolución crónica que interactúan, entorpece la evolución de tratamientos y hacen más difícil el diagnóstico:

- 1.- Insuficiencia cardiaca congestiva
- 2.- Angina de pecho
- 3.- Insuficiencia renal crónica.
- 4.- Insuficiencia venosa periférica.
- 5.- Constipación crónica.
- 6.- Osteoartritis y osteoporosis.
- 7.- Problemas urinarios diversos.
- 8.- Diabetes mellitus.
- 9.- Obesidad.

10.-Transtornos Psiquiátricos.
(Carnevali, 1988).

Finalmente se puede afirmar, que a pesar de todos los acontecimientos biofisiológico, que se presentan en la vejez, no se pretende hacer en esta investigación, un inventario completo de posibles enfermedades, pero sí el resaltar dos hechos: que lo importante de la enfermedad, son los antecedentes que propician y las consecuencias que limitan la independencia, y la autosuficiencia del anciano, procurando dar alternativas de salud para que este sector social continúe en lo posible con una calidad de vida digna y saludable.

1.3 ASPECTO PSICOLÓGICO DEL ANCIANO.

Dentro de las disciplinas que se encargan del aspecto conductual o del comportamiento, se encuentran la psiquiatría y la psicología, la psiquiatría define a la vejez, ancianidad, senectud o tercera edad, como la psicopatología de la última etapa de la vida. La mayoría de los cambios son graduales y progresivos.

Howard H. y Goldman (1989), dicen: "La Senectud es innegablemente un tiempo de pérdida, tanto psicológica como fisiológica, incluso del ambiente familiar, las relaciones sociales y personas importantes, también en una época en que se siente la proximidad de la muerte" considerando a la vejez como otra de las fases del desarrollo, mencionando que ésta es una fase estática, donde el individuo entra en una declinación mental, seguida de diversos trastornos como: déficit en la memoria, disminución de capacidades en cuanto a pensamiento, lenguaje y disminución del razonamiento, menciona que cada fase del ciclo vital humano tiene elementos traumáticos que son específicos y propios de cada grupo de edad.

Por su parte la psicología afirma, que la etapa conocida comúnmente como vejez, es sólo un estado mental del individuo mismo, y que si bien, el paso de los años trae cambios en cuanto a lo fisiológico, no sólo se debe dar una definición por medio de estos cambios, sino que se deben

tomar en cuenta los aspectos sociales, biológicos y psicológicos, así la psicología define al envejecimiento como un proceso complejo, altamente individualizado en el que las motivaciones y significados personales de las situaciones medio-ambientales influyen poderosamente en el comportamiento .

Birren (1959 en Carstensen,1989) dice: "Generalmente se creó que los cambios biológicos primarios, son la fuente de las modificaciones de las funciones psicológicas, aunque el papel de los factores psicológicos y sociológicos también deberían considerarse" .Así para estos autores la vejez es un período normal y satisfactorio de la vida, en el que pueden existir mayores riesgos de alteraciones físicas, sociales y económicas por ejemplo; el declinar de la salud física, la muerte del cónyuge o amigos, cambios a nivel económico y de prestigio, problemas sexuales, y la expectativa de vida y de muerte de uno mismo. La pérdida de interés por realizar el proyecto de vida o la reestructuración o redefinición de ese proyecto en todos los aspectos, hacen que los ancianos gasten una enorme cantidad de energía emocional y física, en la aplicación y resolución de la aflicción, en la adaptación a los cambios resultantes de las pérdidas y la recuperación del estrés producido por esta crisis.

Aguirre (1977), dice: "El niño cuando nace va consiguiendo logros y objetos. Su vida es una constante lucha por disfrutar la vida, y enfrentarse a retos con el medio, para conseguir objetos y logros, esta es la razón de su existencia del adulto el anciano vive con la esperanza de perder los menos posibles objetos y de conservar los más posibles".

Mottis (1985), Menciona que la vejez trae consigo sólo pérdidas, que comprenden: pérdida de seres queridos familiares o personas con las que trabajamos, lo que contribuye a la soledad, entre las pérdidas familiares se encuentra la del cónyuge, también se pierde posición en la sociedad en el momento de la jubilación, lo que contribuye a su vez en pérdidas económicas y materiales,

pérdida paulatina y progresiva de células, tejidos y líquidos que se suman a la deficiente función de los órganos y sistemas.

Así pues, dentro de los cambios o pérdidas que vive el anciano, una de sus luchas más frecuentes es la de perder su esquema corporal y aceptar el nuevo, con sus deformaciones, irregularidades, impotencias e incapacidades, lo que genera una crisis de identidad; justa y necesaria para adaptarse a un nuevo concepto de Sí mismo, nuevo esquema mental, nueva identidad etc.

La conducta cambia, sus reacciones son distintas, el comportamiento es otro, porque las posibilidades son otras, porque el mundo exterior lo vé de otra forma y él, interiormente comienza a verse de otra manera, (lo más importante es como se ve así mismo) aunque siga teniendo la misma energía, energía que trata de depositar en el mundo exterior, pero el mundo se le retira, como es el caso de la jubilación, así, si le resulta árdua la búsqueda de objetos diferentes donde depositar su energía, más árdua es la búsqueda de los mismos por las limitaciones que el medio le impone.

Dentro del área de las sensaciones y percepciones se puede ver, que los sentidos declinan con la vejez, encontrando que en etapas anteriores esta disminución de algún sentido podía ser compensada por otro, lo que hace más difícil esta posibilidad en la edad avanzada por el declive progresivo de los mismos.

La vista; es el primer sistema sensorial que muestra cambios significativos, aún en ausencia de alguna enfermedad en particular, el cristalino y la cornea se hacen menos transparentes, por lo que su vista cada día es más débil. Los ojos se adaptan más lentamente a los cambios de iluminación. La, sensibilidad del oído disminuye, afectándose la percepción auditiva con la

consecuente dificultad en la percepción del lenguaje, condicionando también a una distorsión en el habla. Existe dificultad para escuchar sonidos de alta frecuencia, especialmente cuando hay una interrelación de sonidos como de radio, televisión y personas hablando al mismo tiempo. (Aguirre, 1977).

La sensibilidad olfativa puede declinar con la edad, a medida que los bulbos olfatorios de la mucosa nasal se atrofian, tomando en cuenta que la sensibilidad olfativa puede ser una aptitud cultural o aprendida individualmente, relacionado con la percepción agradable o desagradable de un olor determinado. El olfato y el gusto, están íntimamente relacionados y aunque como se mencionó anteriormente, que existe una disminución en las papilas gustativas, no hay cambios significativos con la edad. (Kastenbaum, 1980).

Kare (1975 en Carstensen, 1989) en algunos estudios muestra, que para algunas personas por arriba de los 60 años, el gusto debe estar mucho más concentrado para poder ser discernido, considerando las diferencias individuales.

Respecto al dolor y contrariamente a creencias populares, no existen pruebas claras de que la sensibilidad al dolor disminuya con la edad, aunque si existe una disminución en cuanto al número de receptores, la sensibilidad disminuye en forma selectiva. Así los adultos mayores de 60 años parecen ser menos sensibles a una presión ligera sobre las palmas y los dedos, que personas más jóvenes. En ocasiones el tipo de respuesta en la sensibilidad de las personas senectas, dificulta y complica la valoración de dificultades sensoriales y perceptuales.

Todos los cambios o deterioros que se presentan en las personas van también influenciados por la ocupación o el estilo de vida que han desempeñado como son: la alimentación, ejercicio, deporte, tiempo libre, reacción y diversión, por nombrar algunos.

En lo referente a los cambios que ocurren a nivel cognoscitivo, que abarcan las áreas de inteligencia y memoria; los cambios en la inteligencia son las de mayor controversia en el área de la psicología. (Carstensen, 1989).

Para estudiar la inteligencia podemos situarla en dos niveles, la inteligencia cristalizada y la fluida; la inteligencia cristalizada, depende de la formación de la persona, así como de las experiencias acumuladas a lo largo de su vida y generalmente se cree que ésta habilidad continúa aumentando en el transcurso de la vida adulta. La inteligencia fluida, comprende la capacidad de aprender y dominar problemas nuevos y poco comunes. Siendo esta última la que se ve más afectada, pero iniciándose a partir de la adolescencia, después de que ha alcanzado su punto máximo de evolución, siendo en la senectud más notable su decremento. (Diane, 1994).

También el decremento puede ser ocasionada por la falta de irrigación sanguínea en el cerebro ó por la pérdida de atención y concentración en una nueva tarea o solución de problemas nuevos.

Respecto a la memoria; se puede decir que el recordar no sólo es un proceso, sino que intervienen un sistema complejo de procesos que son: memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

La memoria sensorial; utiliza un proceso donde se recibe la información inicial, se registra con rapidez extrema, conservando la percepción del estímulo solo el tiempo necesario, para poder ser considerado por el cerebro como posiblemente útil y avanzar, si es relevante a un proceso más largo ó a ser juzgado sin importancia y desecharlo.

En la memoria a corto plazo: la información que es considerada como valiosa es transferida a un segundo sistema de memoria, en esta etapa la información sufre un procesamiento más: se inspecciona, se selecciona, clasifica y se toma acción de ser necesario, y se hace otro juicio respecto a la necesidad de retenerla más tiempo. Con este sistema es el que los ancianos parecen tener mayor dificultad. Parece como si fueran vulnerables entre la percepción, su registro y recordar.

En el último proceso que es la memoria a largo plazo, la información recibida, es transferida de la memoria a corto plazo, para ser almacenada en el cerebro, siendo este último proceso el que prevalece en la tercera edad. así se puede ver que la mayoría de los senectos pueden recordar el pasado pero no recuerdan eventos recientes, cuando una persona dice que recuerda el ayer, se refiere a eventos importantes o significativos de su vida. (Carstensen, 1989).

Dentro del área sexual encontramos que existen socialmente muchos tabúes siendo uno de los estereotipos más comunes, el afirmar que los ancianos no tienen vida sexual o que no deberían tenerla. Contrariamente a esto Diane (1994), afirma: "los humanos son seres sexuales desde el nacimiento hasta la muerte". Así las personas mayores tienen las mismas necesidades de continuar en la intimación y expresión sexual que la gente joven Griggs (1978, en Diane 1985) manifiesta: "Las necesidades y el interés sexual continúan hasta los últimos años de la vida de un individuo, ameritando respeto y adaptación". En una investigación Masters y Johnson (1966-1981, en Dennis, 1987), encontraron que las personas mayores de 60 años y que habían llevado a cabo una vida sexual activa durante la juventud, tendían a continuar siendo activos en la vejez, encontrando que el factor importante para llevar a cabo una sexualidad activa en la vejez, es mantener una sexualidad sólida a través de los años.

Sin embargo, el sexo en la tercera edad está condicionado a factores sociales, físicos y psicológicos. Feltein (1970 en Harold, 1992), menciona cinco ideas principales que generalmente se tienen al respecto; la función sexual es puramente para la procreación, la tensión sexual se establece principalmente por la atracción de los sexos, y el mantenimiento de esta tensión se fortifica por la atracción física, la tensión sexual y la necesidad de canalización son siempre mayores en la juventud, y declinan rápidamente hacia la edad mediana, el amor romántico con sus delicias imaginativas y pasión psicofísica sólo puede ocurrir en la juventud y en los adultos jóvenes, los órganos corporales de la gente joven están en los niveles más altos de salud. Aclarando que estas cinco ideas no son las únicas en esta área, pudiendo encontrar diversidad, y similitudes de las mismas.

Los ancianos no sienten tanta tensión sexual, tienden a tener relaciones menos frecuentes, y experimentan alguna disminución en la intensidad de la relación. Un anciano saludable tiene niveles más bajos de testosterona que un hombre sano de 20 años, así un hombre de la tercera edad se toma más tiempo para lograr una erección y también para eyacular, las posibilidades de relación sexual del anciano van a estar determinadas por un lado, por su capacidad de adaptación psicológica, y por el otro por la manera en que el mismo se percibe conforme a ciertas características que socialmente se consideran deseables. Así pues, en la medida que el individuo se aleja de la sexualidad ocasionan que su autoconcepto y su imagen se vean deteriorados, rehusando los contactos sociales por temor a ser rechazado.

La sociedad debe reflexionar sobre las actitudes en relación con la sexualidad y otras áreas sociales y de salud del anciano, contribuyendo a eliminar los mitos y creencias existentes acerca de él, rescatando el valor y la autoimagen de este sector social de la población. Erickson (1985, en Diane 1985), en su teoría sobre el desarrollo de la personalidad, dice que, el anciano debe enfrentar y aceptar la forma de vida llevada, con el fin de admitir la cercanía de la muerte. Se debe de

alcanzar un sentido de integridad y de coherencia antes de dar paso a la desesperación, como parte de un orden social más amplio del pasado, presente y futuro, la virtud que se desarrolla durante este estado es la sabiduría, esto es un interés por informarse en detalle de la vida, a las puertas de la misma muerte.

Así, todos los mecanismos defensivos habituales observados en las personas de cualquier edad, se dan también en la vejez, pero algunos mecanismos son particularmente comunes, como son los siguientes:

Negación: Es la actitud de evadir situaciones reales y se utiliza este mecanismo como una forma de no aceptación a las situaciones que se están vivenciando.

Regresión: Es utilizado como un retroceso a estadios anteriores del desarrollo más gratificantes, y ubicándose generalmente en pautas defensivas infantiles.

Contra fobia: Utilizado como tendencia compulsiva a exponerse al peligro con el fin de demostrarse a ellos mismos que pueden superar el miedo.

Idealización: Es utilizado como una forma de exacerbar un estilo de vida, pasado que virtualmente lo conduce a un enclaustramiento.

Memoria selectiva: Este mecanismo tiene que ver con la memoria a corto y largo plazo, en la cual el individuo recrea eventos vividos más satisfactorios del pasado.

Exclusión de los estímulos: El individuo selecciona los estímulos que puede enfrentar, excluyendo aquellos para los que no está preparado.

Ganancia secundaria: Mecanismo utilizado como una forma de demanda placentera ante eventos que habitualmente no son necesarios, gozando así de una atención extra.

Valor adaptativo de la psicopatología: El individuo exagera su estructura de la personalidad, para verse aún menos adaptable con la edad, un individuo puede así intensificar sus rasgos paranoídes cuando desaparecen las pocas personas de su círculo en el que se encontraba inmerso, intensificando el aislamiento, pudiendo así adaptarse la persona al mundo de la jubilación.

Conducta restitutiva de sustitución y compensatoria: El individuo evoca recuerdos amortiguadores de diversos tipos para compensar una mala memoria.

Uso de la actividad: Este mecanismo es utilizado como defensa contra la depresión, ansiedad y condiciones penosas e inaceptables. Este último mecanismo será retornado posteriormente en esta investigación como parte fundamental de la misma. (Haroll - Kaplan, 1989).

Los trastornos mentales de la vejez se clasifican en: Neurósis, Psicosis y Demencias, el primer grupo se constituye por las neurosis más comunes: estados maníacos depresivos y estados delirantes de involución, evolucionando estos estados sin un decaimiento realmente notable. El segundo grupo comprende las demencias seniles de generativas, demencias atróficas de la personalidad y las demencias arteriopáticas (Haroll - Kaplan 1989).

En el primer grupo se encuentran los trastornos mentales como: Estados neuróticos de la menopausia, caracterizado con sintomatologías como cefaleas, sofocaciones, vértigos y zumbidos, inestabilidad en el humor, reacciones emotivas desproporcionadas e insomnio. Los trastornos psicóticos o neuróticos de involución se presentan como un sentimiento de depresión, angustia ante

el ocaso de la existencia, se observa también un sentimiento de culpabilidad, pudiéndose revertir en un sentimiento de persecución.

Los trastornos del humor y del carácter en el período de involución son frecuentes, mayormente los de tipo paranoico, manifestados como una excesiva desconfianza y agresividad ante el mundo circundante, existiendo actitudes de frustración, reindiviación, principalmente sobre temas hipocondríacos, así podemos ver que crean males imaginarios para que sus exigencias se vean satisfechas.

En los trastornos del humor de tipo ciclotímico se caracterizan por un erotismo emocional, crisis de angustia, insomnio y ráfagas de excitación próximas a la hipo manía. Los estados de depresión neurótica se caracterizan por ansiedades, hipocondriasis, reacciones depresivas a situaciones y dificultades que se presentan en la vida cotidiana.

Las neurosis histerohipocondríacas; se presentan como una afección orgánica como son parálisis, algias, enfermedades gástricas, las cuales se presentan como mecanismos defensivos neuróticos, ocasionando somatizaciones en el organismo y en las cuales se refugian. Las neurosis obsesivas y fóbicas, se presentan como trastornos poco comunes acompañados de fuertes tendencias depresivas y de ansiedad difusa, de las cuales las fóbicas representan una especie de sistematización, que se exacerba en esta edad.

Dentro de los estados demenciales se encuentran; la demencia senil, la presbiofrenia, enfermedad de Pick, enfermedad de Alzheimer y demencia arterioesclerótica.

La demencia senil se caracteriza por un síndrome de depresión, que va desde la simple depresión, preocupaciones hipocondriacas a crisis de melancolía ansiosa típico, con delirio de auto

acusación y persecución. observándose en sus inicios: olvidos, negligencias, indiferencias a intereses habituales, egoísmo e imperiosidad. Y en ocasiones fugas, estados confusionales y desorientaciones temporoespaciales y onirismo, en especial en vespertino y nocturno, presentándose fácilmente irritables y recriminadores, con afectividad disminuida y egoísmo.

La presbiofrenia caracterizada por la amnesia de fijación, desorientación temporal, fabulación y una deterioración mental, manifestándose por olvidos de hechos recientes, fabulaciones constantes, humor optimista. La mayoría son individuos verborreicos y alertas, sin embargo cuando se les habla se encuentra que están bastante desconectados de su ambiente.

Enfermedad de Pick.- Esta enfermedad es mas frecuente en mujeres, se caracterizan por un cambio en el comportamiento y la afectividad; el individuo pierde toda iniciativa, convirtiéndola en apatía. En algunos casos se observa agitación, logorrea y euforia pueril, con pobreza y tendencia a estereotipias del lenguaje y vocabulario. Sólo se concentra en dos o tres preocupaciones en forma obsesiva, cuentan siempre la misma historia, no comprende a los que le rodean y olvidan palabras.

La enfermedad de Alzheimer.- Generalmente se inicia entre los 50 y 60 años, se presenta rápidamente en unos cuantos meses un deterioro mental importante en diversos grados y combinaciones, presentando como características principales; desorientación, labilidad emocional, memoria muy alterada, desorientación temporoespacial en forma precoz y constante, existiendo pérdidas en lugares conocidos por él, presenta agitación motriz característica principal de esta enfermedad como una turbulencia diurna y nocturna de impaciencia, y necesidad de moverse sin cesar, en ocasiones en forma colérica y gritos, a menudo se observa dificultad en la marcha y la enfermedad evoluciona rápidamente hacia la muerte en un promedio de 6 a 7 años.

En la demencia arterioesclerótica, se observa que el enfermo tiene una conciencia del padecimiento, existe reducción en eficacia, sin iniciativa, se fatiga, su comprensión y sobre todo su memoria disminuyen, existen trastornos del carácter, irritable, fácilmente se deja llevar por la cólera y se conmueve por cualquier cosa. Se pierden los recuerdos recientes y posteriormente los remotos, existe una desorientación mayor en tiempo, que en espacio, existen alteraciones en la atención, con curso de pensamiento lento, con asociaciones de ideas difíciles, el enfermo ríe o llora por razones insignificantes pasando de la risa al llanto con facilidad.

Así pues, dentro del desarrollo normal del proceso de la vejez, pasando por estos estadios y como consecuencia de ellos las personas de la tercera edad, son encaminados súbitamente o progresivamente hacia una depresión, Spitz (en Aguirre 1977), señaló que en la depresión anaclítica del niño, después de haber tenido una buena relación con la madre o en los seis primeros meses, se le priva de esta. El hombre en la tercera edad puede sufrir un proceso idéntico ya que después de haber tenido y disfrutado de una buena relación objetal, de haber tenido la gratificación que necesitaba de los objetos, éstos se le retiran o los abandona él por incapacidad o importancia.

Los cuadros depresivos de los ancianos están en función del sustrato de la personalidad de cada individuo, ya que a lo largo de la historia de vida de cada anciano ha confrontado otro tipo de depresiones que le han llevado de alguna manera a buscar una solución, estos enfrentamientos han formado en cada anciano un estilo, una actitud, un carácter o un destino, por ejemplo una persona con una base maniáco-depresiva desarrollará una depresión más profunda que una persona con una base neurótica; pero sin duda alguna, se puede encontrar toda una gama de síntomas que van desde manifestaciones hipocondríacas, ansiedad, cefaleas, hipertensión, la tristeza, llanto, autodesprecio y autoacusación de conductas e imposibilidad de hacer una cosa bien. Como se observa la ancianidad pasa por un período difícil para no pocas personas, período que genera un sentimiento de inferioridad y pérdida de autoestima. Aunque se puede ver que la actitud del entorno hacia las

personas ancianas y el modo de tratarlas determinan en gran medida la valoración que éstas tienen de si mismas. (Henri Ei, 1978).

Siendo considerado en esta investigación el autoconcepto como uno de los cambios y pérdidas más significativos en la tercera edad, el tema se tratará de manera más profunda en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

EL AUTOCONCEPTO

2. EL AUTOCONCEPTO.

En el abordaje de este capítulo se realiza una breve revisión de los antecedentes históricos del término autoconcepto, posteriormente se explica como se fué llegando a este término, citando en forma breve el esquema del psicoanálisis expuesta por Freud, en donde se da inicio a los estudios entre cultura y personalidad. Revizándose también los enfoques expuestos por Sullivan y Erickson. Para después revisar las valiosas contribuciones de las teorías del Sí mismo, del Self y del autoconcepto expuestas por James, Horney, Allpor, Roger y Rosemberg.

Se iniciará por decir que: probablemente el origen del término de autoconcepto se ubica en los escritos de los antiguos griegos, quienes se hacían cuestionamientos como: ¿Quién soy? ¿Hacia donde me dirijo? ¿Qué camino he de tomar?. Se puede decir que el término de autoconcepto se inició con Platón, en el estudio del Self, entendido éste como alma. Por su parte Aristóteles hace una diferenciación entre los aspectos físicos y mentales, lo que da como resultado el concepto de Alá o espíritu, dando pauta para que posteriormente, Descartes (1937 en Oñate 1989), con su frase "Pienso, luego existo", colocara a su sí mismo o self, como base para poder hablar del sí mismo, dice: "Reconozco que soy sustancia cuya esencia o naturaleza es ser consciente, así, este self, es decir el alma, por lo que soy lo que soy, es completamente distinto del cuerpo e incluso es más fácilmente conocido, de esta manera Descartes crea la teoría del dualismo, que nos habla de la interacción de la mente y el cuerpo. Como se observa, René Descartes proporciona una pauta muy importante para que posteriormente filósofos como Berkeley, Hobbes, Hume y Jhon Stuart Mill retomaran más a fondo esa relación mente-cuerpo y el tan importante funcionamiento de la mente en general (Oñate 1989).

Así el hablar del autoconcepto desde una perspectiva aislada no es sencillo, puesto que el término ha sido de reciente aparición dentro de la literatura psicológica, aunque muchos autores

han escrito y aceptado que el término de autoconcepto tiene sus bases en 1890, no es sino hasta la década de 1940-1970, cuando hace su aparición en los escritos psicológicos, y se trabaja de forma más completa. Durante el tiempo transcurrido desde su aparición hasta nuestros días, se ha visto relacionado con otros conceptos que son el Yo y el Sí mismo, lo que ha causado innumerables controversias, pero con el paso del tiempo se ha logrado dar uniformidad al significado de los tres conceptos, entendiéndose que hablan de un mismo elemento o estructura de la personalidad del individuo. (Valdez, 1994).

Freud (1938), en el "Esquema del psicoanálisis" (explica el funcionamiento de la conducta del hombre), dice: que la estructura de la personalidad consiste en tres sistemas dinámicos e interactuantes y se les designa como: Ello, Yo y Super yo. El contenido del ello es todo lo heredado, lo que se trae de nacimiento y lo establecido constitucionalmente, esta instancia no establece una relación directa con el mundo exterior, por lo que se le conoce solo a través de la mediación de otra instancia (el Yo), el Ello opera de acuerdo al principio del placer, este principio no puede ser nulificado por otras instancias, pero sí modificado al registrar ciertas sensaciones de placer ó displacer. Así dentro del Ello, también ejercen influencia las pulsiones orgánicas (entendidas éstas como impulsos dinámicos y orgánicos que vienen y se generan en el interior del organismo) compuestas de dos fuerzas: El Eros o instinto a la vida y Tanatos o instinto de muerte, donde el fin de estas dos fuerzas, es alcanzar el placer y evitar el dolor, con la ayuda del mundo exterior.

La instancia del yo, se desarrolla a partir del ello y su función principal es mediar entre éste (el Ello) y la realidad objetiva; tiene la función de autoconservación y la realiza hacia el exterior, captando todos los estímulos que le rodean, almacenando experiencias, evitando estímulos muy intensos y enfrentándose a estímulos moderados como en la adaptación, y aprendiendo a alterar el mundo exterior de una manera adecuada para tomar ventaja como en la actividad. Interiormente el

Yo trata de ganar terreno sobre las exigencias pulsionales del ello y decidiendo si deben satisfacerse o no estas exigencias, tomando en cuenta las circunstancias de la realidad objetiva o en ocasiones nulificándolas por completo, por lo que al llevarse a cabo estas dos funciones en el presente, valorizando las experiencias pasadas, se dice que el Yo se rige por el principio de la realidad, así el Yo combate con dos frentes: defender su existencia entre el mundo exterior que amenaza con aniquilarlo y contra el mundo interior demasiado demandante.

Inicialmente la instancia del Super Yo se forma básicamente de la interiorización o asimilación de los sistemas, morales y éticos, propios de los padres, tradiciones, razas o pueblos y requerimientos del medio social al que pertenecen. Posteriormente el Super Yo acoge aportes de personas sustitutivas de los padres, como maestros o líderes, los que representan una figura de autoridad. Así, el Yo debe actuar cumpliendo al mismo tiempo los lineamientos del Ello, del Super yo y de la realidad objetiva, reconciliando entre sí, todas sus exigencias.

Por su parte Sullivan (1953 en Cueli 1981), dice: que cuando el niño nace a menudo siente ansiedad y para ello construye poco a poco un sistema del Yo, el cual le permite reducir esta ansiedad. A medida que el niño crece, va fortaleciendo este sistema, para poder conformarse con las reglas sociales que le son impuestas y poder evitar esta ansiedad. Cabe aclarar, que este sistema no es el Yo verdadero, ya que frecuentemente el Yo verdadero piensa lo opuesto de lo que el sistema del Yo hace para conformarse. Durante toda la vida el sistema del Yo se va reforzando, en especial para protegerlo de toda crítica que parte del yo verdadero. Pero puede surgir en un momento determinado una separación entre ambos, que poco a poco va a llevar al individuo a una situación esquizoide, donde el yo verdadero será incapaz de controlar al sistema del Yo, así Sullivan dice que para que el hombre moderno funcione adecuadamente dentro de un medio social, necesita usar de la mejor manera el sistema del Yo controlado a su vez, por el Yo verdadero.

A su vez Erickson (1959 en Cueli 1981). se ocupa del estudio del Yo. describe a la personalidad en términos de la resolución de crisis vitales, como un proceso progresivo de adaptación y resolución de conflictos y crisis, que aparecen en el ser humano desde el nacimiento hasta su muerte. Considera que el Yo, es el instrumento mediante el cual una persona organiza la información del exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planteamiento, también da lugar a un significado de identidad en un estado de elevado bienestar. Dice que para alcanzar un Yo integrado y completo, el individuo debe de pasar y resolver ocho etapas a lo largo de su vida, que son:

- 1.- Confianza básica vs. Desconfianza básica
- 2.- Autonomía vs. Vergüenza y duda
- 3.- Iniciativa vs. Culpa
- 4.- Industria vs. Inferioridad
- 5.- Identidad vs. Confusión del rol
- 6.- Intimidad vs. Aislamiento
- 7.- Generatividad vs. Estancamiento
- 8.- Integridad del Yo vs. Desesperación.

Sostiene que a lo largo de estas etapas existen figuras significativas para el individuo, como son: padres, hermanos, líderes, pareja, etc. los que van a jugar un papel muy importante en su formación, así, si las relaciones que ha sostenido con su medio son satisfactorias, puede lograr la integridad del Yo, es decir un intenso sentido de Si mismo. En caso contrario, la muerte se convierte en una preocupación diaria y el individuo vive desarrollando una serie de sentimientos cuya base es la desesperación. (Cueli 1981).

Después de revisar las contribuciones que hacen Freud, Sullivan y Erickson al concepto del Yo dentro del enfoque psicoanalítico, otros investigadores como James, Horney, Allport y Rogers entre otros, estudian y desarrollan diversas teorías afines, como son, las teorías del Sí mismo, del Self y finalmente del autoconcepto.

En el siglo XIX James (1890), en su obra " Principios de la Psicología", proporciona su definición de Sí mismo o Yo empírico, concibiéndolo como la suma total de todo lo que un ser humano puede llamar suyo: como su cuerpo, rasgos y aptitudes, posesiones materiales, familia, amigos, enemigos, vocación y ocupaciones entre otras cosas, identificando al Self como el agente de la conciencia y como parte del contenido de la conciencia, diciendo: " En cualquier cosa que esté pensando, yo estoy teniendo al mismo tiempo conciencia de mi mismo, de mi existencia personal". Menciona también que el Sí mismo o Self esta compuesto de tres factores, que son:

- 1.- Los elementos que lo constituyen.
- 2.- Los sentimientos del Sí mismo.
- 3.- Las acciones destinadas a la búsqueda y preservación del Sí mismo.

Dice que existen dos tipos de Sí mismo que constituyen al Sí mismo verdadero:

- El Sí mismo Social: Consiste en como es considerado el individuo por sus semejantes.
- El Sí mismo Espiritual: Comprende las facultades y disposiciones propias del individuo.

Posteriormente la Psicología moderna definiría el término de Sí mismo en dos significados distintos:

- 1.- Las actitudes y sentimientos de un individuo respecto a Sí mismo.
- 2.- Como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación. Refiriéndose el primer rubro al Sí mismo como objeto, ya que se refiere a las actitudes,

sentimientos, percepciones y evaluaciones del individuo, acerca de Sí mismo como objeto, más concretamente, de lo que una persona piensa de sí misma.

La segunda definición se refiere al Sí mismo como proceso psicológico es decir, la ejecución de procesos tales como: el pensar, recordar y percibir. Así James (1890), afirma que las imágenes que otros tienen se reflejan en uno, y esas imágenes se incorporan formando el autoconcepto Karen Horney (1962 en Cueli 1975), afirma que el hombre debe adaptarse a todos los cambios que se le presentan a lo largo de su vida y en donde juegan un papel muy importante las personas que le rodean. Ya que estas serán quienes moldearán y remodelarán su carácter hasta la muerte, sin embargo, el hombre debe y tiene la misma capacidad de autodirigirse para conocerse a sí mismo y esto le permitirá construir su estructura de carácter. Referente al Self dice: "cada individuo, partiendo de su self real o actual, desea lograr una realización completa de todas sus necesidades para alcanzar el máximo de su desarrollo, y esto es un sentimiento universal, para alcanzar una autorrealización, el hombre debe tener un self idealizado al cual podrá seguir como modelo".

Así cuando el hombre se preocupa más por su self ideal que por su self real, provoca que se vean frustradas sus metas y adopte conductas neuróticas que lo alejan cada vez más de su self real, produciéndose un self real enfermo.

Cabe hacer una mención en este punto, que desgraciadamente la población de la tercera edad, en ocasiones, su self ideal se ve frustrado, por los eventos biopsicosociales a que se encuentran expuestos, como los ya mencionados anteriormente, por lo que se deben proporcionar alternativas para que su Self ideal sea cubierto en lo posible, y lograr una mayor aceptación de su self real.

Allport (1952 en Bichof 1973), utilizaba los términos del Yo y Ego en forma indistinta, al hablar del Sí mismo, lo sustituye por el de propium diciendo: " El propium incluye todos los aspectos reunidos de la personalidad del individuo, que son exclusivamente suyos. Ellos, lo diferencian de todos los demás individuos y le dan cierta unidad interna. El propium no se desarrolla automáticamente, ni tampoco con mucha rapidez".

Con base en lo anterior Epstein (en Aranda 1987), en su artículo " La Revisión del Autoconcepto", describe los ocho atributos que Allport le asigna al prorium que son:

1. Conciencia de Sí mismo corporal.
2. Una sensación de continuidad sobre el tiempo.
3. Aumento del yo, o una necesidad de autoestima.
4. Extensión del yo, o la identificación del sí mismo más allá de los límites del cuerpo.
5. Procesos racionales o la síntesis de necesidades internas con la realidad externa.
6. Autoimágen o la percepción personal y la evaluación del Sí mismo como objeto de conocimiento.
7. El Sí mismo como conocedor o agente ejecutor.
8. Esfuerzo propio o la motivación para incrementar más que decrementar la atención y para expandir la conciencia y buscar cambios.

Retomando estos puntos, para esta investigación en la tercera edad, con la práctica de la Gimnasia psicofísica relajadora sería importante considerar lo siguiente:

1. Un conocimiento y aceptación de las limitantes de los factores físicos, y un aumento en la capacidad de movimiento y resistencia física.

2. **Un conocimiento real de la continuidad del tiempo y por ende un mayor aprovechamiento del mismo.**
3. **Un aumento en la capacidad de autoestimarse y por ende un mayor autocuidado en las necesidades del propio organismo.**
4. **Una identificación consigo mismo, con base al proceso de relajamiento, en la fusión de la mente con el cuerpo.**
5. **Una recapitulación de lo que serían las necesidades internas con la realidad externa, lo que daría una aceptación de lo que se desea y lo que se tiene.**
6. **Un aumento en la autoimagen y por ende una mayor autoevaluación al saberse concedores de las capacidades y autosuficiencia en relación a su edad.**
7. **Conocerse a sí mismo para retomar decisiones que en algún tiempo fueron relegadas.**
8. **Un incremento en el esfuerzo y motivación, para buscar alternativas de un bienestar generalizado, y promover la actitud positiva de la sociedad.**

Así el autoconcepto, que es una de las áreas de suma importancia dentro de la psicología, ha sido enfocado desde diferentes aspectos: para el psicoanálisis era el Yo como objeto, para la escuela norteamericana el Self, así, hasta llegar a la noción actual de autoconcepto, dada por Rogers (1950 en Moises 1987), quien lo define como " Una fotografía organizada" y una Gestalt organizacional del Sí mismo.

Para Davis (1981 en García 1987), el autoconcepto es una configuración organizada de percepción de Sí mismo y es parcialmente consciente, está compuesto de percepciones propias, habilidades y concepto de Sí mismo en relación a los otros y al ambiente, también, se relaciona con los valores, experiencias y mitos que se persiguen. Toda persona tiene un concepto de Sí mismo como única y diferente a cualquier otra.

Dentro de la diversidad de autores que define al autoconcepto se encuentra Rubins (1965 en García 1987), dice: que el autoconcepto es una imagen total de *Si mismo* que incluye tanto atributos físicos como necesidades biológicas, los rasgos y las actitudes de la personalidad y también los roles familiares y sociales. Por otro lado el autoconcepto incluye una identidad variable que se encuentra en constante transformación durante toda la vida y se va desarrollando con las concepciones que tienen los demás acerca de él mismo, y a la vez va asimilando todos los valores que constituyen el medio ambiente social, como una verdadera experiencia de autoconocimiento.

El diccionario define al autoconcepto como criterio que tiene una persona de sí misma. La descripción más completa que una persona es capaz de dar de sí misma, en un momento dado. El énfasis recae en la persona como objeto de autoconocimiento, pero por lo general incluye el sentimiento que la persona concibe como es el mismo (Dörsch, 1985).

Cualquier definición de autoconcepto tiene problemas porque tal noción es utilizada en muchos sentidos, por autores de las más diversas teorías, y a veces, en el contexto de una misma teoría, sin embargo la mayoría de los autores coinciden que el autoconcepto que el individuo tienen de sí mismo, influye fuertemente en su comportamiento.

En su teoría Rosenberg (1973), define al autoconcepto como " la totalidad de actitudes, que incluyen pensamientos y sentimientos" que el sujeto tiene sobre sí mismo como objeto, dividiendo al autoconcepto en tres componentes: El *Si mismo* , el *Si mismo deseado* y el *Si mismo presentado*, que traducido a esta investigación sería:

1. Como el anciano se ve a *Si mismo*.
2. Como le gustaría al anciano verse a *Si mismo*.
3. Como el anciano muestra su *Si mismo* a otros.

A continuación se procederá a explicar en forma detallada en que consiste cada uno de estos componentes que se encuentran relacionados con los enfoques social, biológico y psicológico, los cuales fueron manejados respectivamente en esta investigación.

1.- El Si mismo, este componente esta formado a su vez por cuatro áreas que se describen a continuación:

1.-Contenido del autoconcepto: Dicha área se compone de la identidad social en relación a las inclinaciones del sujeto, así como a sus características físicas.

La identidad social se refiere a las categorías que la sociedad utiliza para clasificar a un individuo como raza, sexo, nombre, nacionalidad, nivel socioeconómico, religión, etc., todas ellas conforman una parte real de lo que el individuo siente que es. Por lo tanto esta clasificación da valor al anciano o influye en su propio valor, es donde la identidad social adquiere importancia ya que si el anciano no cumple con este rol, sentirá culpa y vergüenza, así los factores que componen este rol son las conductas, valores y normas.

En lo referente a las características físicas, se pone énfasis al yo físico como objeto, este rubro nos habla de como se percibe a Si mismo el anciano físicamente.

2.- Estructura del autoconcepto: Rosenberg divide a esta estructura en tres puntos principales que son:

a) Centralidad Psicológica: es la que concierne a la individualidad de cada sujeto y esta jerárquicamente organizada de acuerdo a un sistema de valores, esto quiere decir, que la significación de un componente particular depende de su localización en la estructura del autoconcepto; es decir, si es central o periférica. Así la autoestima global del anciano estaría

basada en la valoración de sus propias cualidades constitutivas (central), pero también toma en cuenta la valoración de otras cualidades que son significativas para él (periférica).

- b) Nivel específico y global: estos niveles plantean en primer lugar que existe una inconsistencia entre los componentes de la estructura; es decir, que el anciano puede estar orgulloso de su clase social, mientras que se siente apenado por su raza. En segundo lugar se plantea que la variabilidad situacional del autoconcepto también es importante dado que en ocasiones el sujeto siente auto satisfacción y en otras puede sentir mucha insatisfacción.
- c) Interior psicológico y exterior social: nos permite a la conceptualización del Sí mismo en términos de un exterior social considerando un Self visible que incluye las características físicas y la identidad social y un interior psicológico, que es un mundo privado donde el anciano experimenta emociones deseos y secretos.

3.- Dimensiones del autoconcepto: existen ocho dimensiones que nos permiten tener una descripción, aunque un tanto incompleta del autoconcepto de un individuo.

- a) Dirección: si es que el anciano tienen una opinión favorable o desfavorable de Sí mismo.
- b) Intensidad: en que grado es favorable o desfavorable dicha unión de Sí mismo.
- c) Relevancia: si el sujeto está consciente de sus conductas, o si está envuelto en tareas o propósitos ajenos.
- e) Estabilidad: si las actitudes hacia el Sí mismo, varían constantemente o si permanecen firmes y estables.
- f) Claridad: si tiene una imagen clara y nítida de Sí mismo, o está vaga y confusa.
- g) Precisión: si dicha autoimagen es considerada correcta o falsa.
- h) Verificación: si los componentes de la imagen son factibles de confirmación objetiva.

4.- Extensiones del Yo: Coley (1912 en Rosenberg 1973), define a la apropiación de objetos exteriores por el Sí mismo a través de tres características:

1. **La experiencia subjetiva del Mi o Mío**, lo que quiere decir que la incorporación de elementos externos en el Sí mismo es una experiencia totalmente subjetiva, que varía de acuerdo con la edad. Dicha experiencia puede ser una etapa de la vida, una parte central del sujeto, pero en otra etapa posterior, principalmente en la vejez, pasa a ser una parte periférica.
2. **La presencia de emociones de orgullo o vergüenza** que tienen que ver con el Sí mismo, como admirar a un artista, pero no sentirse orgulloso de él.
3. **La introyección**, donde el sujeto se siente personalmente afectado por lo sucedido a personas u objetos que considera como parte de él mismo, así pues, se considera que algunas extensiones del Yo son más centrales al Sí mismo existente, y otras más periféricas. Algunos objetos son juzgados tan centrales a Sí mismo, como aquellos que son el resultado de nuestro propio esfuerzo, así el anciano tiene mayor significancia a la incorporación de elementos externos significativos que logró durante toda su vida.

II.- **El Sí mismo deseado**: este componente se puede definir como una fuerza motivadora que da lugar a juzgar al Sí mismo existente. Se distingue a su vez en tres partes:

- a) **Imagen ideal**: este término como ya se vió anteriormente fué introducido por Horney (1945), y menciona que cuando el niño no se desarrolla en condiciones favorables, crea " la ansiedad básica". Para sobrellevar esta ansiedad, el niño forma una imagen de lo que le gustaría ser. Cabe enfatizar que esta idealización es un mecanismo neurótico para evitar dicha ansiedad y sentimientos que generalmente le acompañan, lo que provoca algunas consecuencias en la vida adulta y vejez como:
 1. Exceso de tensión por los altos estándares de su vida.
 2. Una hipersensibilidad a la crítica.

3. **Una extrema vulnerabilidad si no se logra lo que se exige.**
4. **Odio hacia Sí mismo.**

Cabe aclarar que Horney planteó la imagen ideal como un mecanismo de defensa en sujetos neuróticos, pero la idealización es una parte esencial del Sí mismo deseado en el autoconcepto de un sujeto normal, lo que lo ayudaría a la superación.

- b) **Imagen de compromiso:** esta imagen es la que forma un individuo de como le gustaría ser. Es decir es una imagen realista a la que el sujeto se ha comprometido alcanzar, y cuando es alcanzada brinda sentimientos de bienestar. Mientras que por el contrario la imagen ideal es vanidosa triunfante y glorificante y cuando domina los pensamientos del sujeto es muy probable que aparezca una psicopatología.
- c) **La Imagen Corporal:** está imagen es el conjunto de reglas que impone la sociedad del "debes o no debes". Se distinguen tres aspectos que la constituyen; La conciencia. Las demandas del Rol y las propias demandas de la idiosincrasia.
 1. La Conciencia o Super yo, que se forma poco a poco por las normas convencionales, y basadas en prohibiciones de la acción. dichas reglas son enseñadas y reforzadas por la familia, escuela y religión principalmente, y la violación a estas reglas y principios causan culpa y odio hacia sí mismo.
 2. La Estructura de Demandas del Rol, que es el conjunto de prescripciones asociadas a las conductas requeridas o prohibidas al estatus implicado del individuo.
 3. A lo largo de la vida, se desarrolla un sistema de demandas de idiosincrasia o personales, que son tan importantes como las demandas sociales. Cuando las demandas de la idiosincrasia se

violan, se experimenta también condenación al sí mismo, con la aparición de culpa y vergüenza que influyen en la autoestima del individuo.

III.- El Sí mismo Presentado: (Rosenberg, 1973), plantea que esté componente es la imagen característica que el sujeto proyecta a los demás.

El Sí mismo presentado, es el principal instrumento a través del cual el sujeto va a cumplir sus metas y objetivos personales que impliquen a otra persona, es decir, que debe actuar para impresionar a otra persona como un buen candidato para desempeñar una función determinada, una de las metas del ser humano es la aprobación social, pero en ocasiones dicha aprobación se lleva a cabo con el fin de presentar una cierta imagen a la gente, por lo que deja de ser un sentimiento relevante para el sujeto, así, esté sujeto presenta una parte de su sí mismo presentado a su familia, otra parte a sus amigos y otra a su pareja etc.

Dada esta variación de la conducta, se puede dudar de que el autoconcepto sea estable y constante, pero existe un sí mismo consistente que elegimos para presentarnos ante el mundo, esto es, que ciertas características se presentarán en una situación y otras en circunstancias diferentes, pero más o menos permanecen estables. Generalmente, cuando se quiere que la gente se forme una idea de nosotros como cierto tipo de persona, hacemos esfuerzos para asegurarnos de que se haga.

El Sí mismo deseado; se asocia con el aspecto psicológico del anciano en el que debe presentar una imagen de compromiso en el que el anciano se forme la imagen realista, de como le gustaría ser, y el Sí mismo presentado; será la imagen que el anciano presentará ante su grupo social, presentando una imagen acorde al rol que desempeñe dentro de su sociedad.

Como se ha visto el autoconcepto es un factor determinante en la vejez, así como el individuo tiene un alto concepto de sí mismo, va a luchar para que su conducta se adecue a esa buena imagen y sus relaciones con los otros irán en una línea constructiva, mientras que una baja autoestima provoca los efectos contrarios. La propia autoestima va a ser un elemento decisivo que determine la imagen y las relaciones que se mantienen con las demás personas, teniendo efectos decisivos en la forma de pensar, en las propias emociones, y sobre los deseos, valores y objetivos de cada persona. (Buendía 1994).

Así cuando las metas que se forja el anciano son alcanzadas en forma armónica, le permite reafirmar su autoconcepto, fortaleciendo así, su adaptación en esta etapa de su vida, la que va a ser acompañada de sentimiento de bienestar y libertad de tensión.

Así los autores de esta investigación derivan que es necesario reforzar con alternativas para lograr un autoconcepto adecuado en el anciano en su entorno social, para lo cual se propusieron realizar esta investigación proponiendo la técnica de la gimnasia psicofísica relajadora expuesta por De la Ferriere (1978), la cual menciona que produce diversidad de cambios a nivel psicofísico, la cual se abordará en el siguiente capítulo.

CAPITULO III

PROGRAMA DE GIMNASIA

PSICOFISICA RELAJADORA

3.GIMNASIA PSICOFISICA RELAJADORA.

En años recientes la psicología, como disciplina científica y como campo de aplicación profesional ha logrado ampliar sus fronteras y fortalecer sus vínculos con otras disciplinas como las ciencias sociales, la medicina, la informática y computación entre otras, proyectando así sus múltiples y diferenciados métodos de estudio hacia fenómenos y problemas de las sociedades de la actualidad.

Dentro de los campos que han logrado un mayor avance, se encuentra la psicología de la salud, la que aunque es considerada una rama disciplinaria nueva, ya era conocida en épocas anteriores como psicología médica, medicina psicosomática o medicina conductual.

La psicología de la salud, se ha convertido en uno de los campos más fuertes y promisorios, al promover cursos profesionales y de posgrado, y difundir trabajos de investigación a nivel mundial.

En el Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud, que se llevó a cabo en la ciudad de México, en la Facultad de Psicología en el año de 1993, pudo observarse un determinante desarrollo que tiene y tendrá en un futuro inmediato esta área de la psicología.

Uno de los factores fundamentales de la Psicología de la Salud que la caracteriza de otras disciplinas científicas, es la de considerar al ser humano como una unidad interdisciplinaria en la que no existe una separación de la mente y el cuerpo.

Por lo tanto, un aspecto de apoyo a la presente investigación, es éste aspecto de la Psicología de la Salud, que enfatiza la importancia de la relación entre el cuerpo y la mente. Así

esta investigación sobre la gimnasia psicofísica relajadora, inspirada en De la Ferriere (1989), es posible enmarcarla dentro de esta área, por estar fundamentada con el mismo enfoque que da la Psicología de la Salud al ser humano, como una unidad interrelacionada mente-cuerpo.

La gimnasia en la historia, era un honor entre los antiguos: fue practicada en Asia y más tarde entre los Egipcios y los Griegos. En Europa fueron los Escandinavos los primeros en incorporar un sistema de cultura física dentro del plan de organización educacional. Sin embargo fue hasta el siglo XIX cuando hizo su aparición oficial en Suecia, Alemania, Suiza y en Francia, donde la Gimnasia Sueca tomó un positivo auge, penetrando en los Liceos y Colegios en 1868.

La gimnasia comparada con otro tipo de actividades física dice Dennis (1987), esta encaminada esencialmente a la perfección de los movimientos y la capacidad motriz para lograr grandes rendimientos.

Schultz (1975, en Castillo 1992), opinan, que dentro de los deportes como el fútbol, ciclismo, tenis, esgrima, etc. se realiza el esfuerzo muscular de una manera inarmónica, predominando el de los miembros inferiores sobre los superiores o viceversa. Existen otros que se pueden denominar completos como volibol, lucha, judo, natación, etc., cuya práctica es mucho más beneficiosa al organismo, por estar el trabajo repartido entre brazos, piernas, cuello y tronco, es decir, siendo su trabajo armónico. Sin embargo, la práctica del deporte que representa mayor armonía del organismo corresponde a la gimnasia olímpica.

Langlade (1970 en Castillo 1992), dice; que en los tiempos modernos y contemporáneos, en el deporte, el hombre es considerado como una unidad biopsicosocial, atendida en sus aspectos físico, psíquico y social. Por lo tanto, existe la necesidad de que las actividades gimnásticas

signifiquen la intervención vivencial del ser biológico, del ser psíquico y del ser social, en situación de unidad indivisible.

Como ya se mencionó existen relativamente pocos deportes completos, susceptibles de asegurar por sí mismos la armonía del individuo, además para poder realizar un deporte determinado, se debe tomar en cuenta lo siguiente: debe de haber una preparación general anterior, una iniciación variada que permita validar las cualidades físicas, las características fisiológicas y psicológicas, teniendo igualmente la opinión del médico, debiendo orientar hacia el tipo de deporte adecuado de acuerdo a las características individuales.

La gimnasia psicofísica relajadora proporciona beneficios no solo a los músculos y articulaciones, sino al organismo en su totalidad, favorece la función de los órganos, aumenta su resistencia y mejora todo el sistema funcional del organismo, manteniendo a las personas que la practican con una capacidad de reacción ante posibles enfermedades ya que actualmente los criterios médicos respecto al descanso físico se han modificado notoriamente, en los últimos años, no hace mucho, tras un infarto de miocardio o una intervención quirúrgica, el médico recomendaba descanso y reposo absoluto, en la actualidad se tiende a movilizar lo antes posible al organismo. Se ha observado que con ello, se evitan fundamentalmente los accidentes vasculares y problemas circulatorios, consiguiendo a la vez mantener un adecuado funcionamiento en general, por lo que en la actualidad, puede tomarse a la actividad y en particular a la gimnasia como una alternativa de medicina preventiva.

También contribuye al equilibrio psíquico y afectivo, porque ofrece un mayor estímulo al fomentarse la relación social, aumentando éste, si se lleva a cabo con individuos de las mismas características y aptitudes, lo que hace agradable el esfuerzo físico, y proporciona seguridad al conocer las propias capacidades y habilidades individuales.

Por lo que otro de los objetivos alternos en esta investigación, está el evitar el sedentarismo, y fomentar la realización de actividades físicas, e impulsar el desarrollo de actividades como la realización de ejercicios físicos controlados y adaptados al estado físico y psíquico del anciano, observando que la edad no contraindica la actividad física.

De la Ferriere (1989), con base en los métodos de la yoga, mantuvo y preparó en Caracas Venezuela en la UNITED. (donde fueron constituidos como un Organismo de la Universidad Internacional), de manera adecuada y sana a varios grupos de individuos, generando así la importancia de dicha gimnasia psicofísica relajadora, y constituyó un método con las siguientes características:

- a) Representar un nivel de capacitación especializada.
- b) Enseñar la yoga impartida desde un punto de vista científico y filosófico.
- c) Los objetivos a desarrollar fueron una educación intelectual y espiritual.
- d) Preparar hombres que funcionen socialmente dentro de la comunidad.
- e) Mantener relaciones culturales y académicas con otras organizaciones e instituciones educativas.

Las actividades desarrolladas en la Ciudad de México, han sido mínimas, dentro de los objetivos antes traducidos, el de mayor alcance es la capacitación, sus miembros activos en la práctica de la gimnasia psicofísica relajadora de manera privada, faltando difusión y realización de investigaciones, como la que presenta este estudio.

A continuación, se procederá a explicar detalladamente en que consiste la gimnasia psicofísica relajadora, abordando los beneficios y características en los aspectos fisiológico, social y psicológico, revisados en esta investigación, para posteriormente exponer gráficamente cada

ejercicio, comentando para su comprensión la respiración, tipo de movimiento y efectos que se producen respectivamente en cada uno de ellos.

En el aspecto fisiológico, este tipo de Gimnasia, está basada en su mayor parte en flexibilizaciones, automasajes y respiración. El automasaje es una de las características importantes de este tipo de gimnasia ya que al practicarse, no se necesita ayuda de ningún agente externo para que se le proporcione, siendo gratificante en áreas importantes del cuerpo como la columna vertebral, el cuello, cintura y áreas específicas del cuerpo, surgiendo a la vez, en el momento socio cultural en el que se vive en la ciudad de México, dando mayor importancia a los gimnasios y aparatos comerciales.

El proceso de respiración está sincronizado de forma natural con la actividad física; de manera que las extensiones del tronco y expansiones torácicas son acompañadas de inhalaciones, mientras que las flexiones corresponden a exhalaciones, aunque se trate de movimientos naturales.

El proceso respiratorio de la "Gimnasia psicofísica relajadora", comprende dos aspectos fundamentales que son: la respiración nasal y la respiración completa: la respiración nasal, es un método que consiste en inhalar y exhalar el aire a través de las fosas nasales, es sorprendente muchas de las enfermedades, a las cuales esta sujeto el hombre moderno, que son ocasionadas por el hábito común de respirar por la boca, a lo cual muchos médicos actuales están de acuerdo.

Dentro de los principales beneficios de la respiración nasal están:

A.- En la Inhalación :

1. El aire es filtrado en las fosas nasales, en donde queda retenida gran parte de las partículas en suspensión.

2. Los gérmenes y virus contenidos en el aire, son igualmente retenidos en las fosas nasales, donde sufren la acción antiséptica del mucus ahí existente.
3. Cuando la cantidad de partículas en suspensión en el aire fueren excesivos, se produce un estímulo del que resulta el estornudo, el que expulsa energicamente las partículas irritantes.
4. El aire es previamente calentado, recibiendo una regulación térmica antes de llegar a los tejidos delicados de los pulmones a una temperatura adecuada, previniendo así un sin número de enfermedades pulmonares.

B.- En la exhalación:

1. El aire ayuda a expeler las partículas y gérmenes que eventualmente hayan sido retenidos en las fosas nasales, ayudando a mantenerlas limpias.
2. El aire expelido devuelve a las fosas nasales, la temperatura prestada para su precalentamiento, manteniéndolas templadas, lo que favorece la perfecta irrigación sanguínea local para el buen desempeño de sus funciones protectoras.
3. El aire proveniente de los pulmones devuelve, la humedad prestada durante la inhalación.

C) En la respiración completa es importante mencionar que el principal músculo respiratorio es el diafragma, el cual con un movimiento continuo y rítmico de vaivén, funciona como una bomba de succión-compresión, para la circulación venosa de la porción inferior del cuerpo humano, funcionando de la siguiente manera: La vena cava inferior que recoge del lado derecho del corazón toda la sangre proveniente de la región abdominal, y de los miembros inferiores, cruza el diafragma antes de llegar al corazón, cuando el diafragma se contrae, durante la inhalación su movimiento descendente provoca tensiones en las paredes de la vena cava inferior, impulsando la sangre al

corazón. Durante la exhalación el diafragma sube y las paredes de la vena se relajan, permitiendo que se llene nuevamente de sangre, y la sangre venosa es succionada de las vísceras abdominales, previniendo así su congestión. Por este motivo algunos autores de medicina denominan al diafragma el corazón de la circulación sanguínea.

Como es sabido, para la conservación de la salud de los tejidos es de vital importancia el constante suministro de nutrientes, los cuales provienen de tres fuentes: El aire atmosférico, la superficie intestinal y las glándulas endocrinas. Este suministro de nutrientes lo realiza el corazón en conjunto con arterias, venas y vasos capilares.

La Gimnasia psicofísica relajadora, asegura la salud del corazón y vasos, aumentando y disminuyendo la presión sobre ellos, el flujo y el reflujo ocasionados por la contracción y estiramiento muscular proporcionan una activación en la circulación sanguínea intensificando los cambios a nivel celular. A través de sus secreciones internas, las glándulas endocrinas alcanzan las más diversas partes del cuerpo, promoviendo conjuntamente con el sistema nervioso, la homeostasis y la unidad orgánica. El objetivo así, es alcanzar por medio de los ejercicios psicofísicos el restablecimiento glandular.

Al respecto, De la Ferriere (1989), comenta, " Que todo lo referente a las posiciones del cuerpo, esta basado en el hecho de que las glándulas necesitan ser puestas en movimiento para que tengan un perfecto equilibrio que se manifiesta en primer lugar en la salud y posteriormente en el plano psíquico".

Otro de los requisitos indispensables para tener salud, es el perfecto funcionamiento del sistema nervioso, el cual se divide en central y periférico; siendo su función principal, la

coordinación y control de todo el organismo, manteniendo la integración de todos los sistemas, el factor más importante de este sistema es el encéfalo que conjuntamente con la médula espinal conforma el neuroeje.

En el terreno médico, específicamente, el sistema nervioso central, actúa a través de la "Gimnasia Psicofísica Relajadora" de la siguiente manera:

- A). Proporciona mayor irrigación sanguínea al sistema nervioso a través de ejercicios de flexión y extensión del tronco y de ejercicios de inversión, donde el encéfalo, la médula y los nervios espinales y autónomos reciben una mayor aportación sanguínea.
- B). Proporciona aumento de elasticidad en la musculatura dorsal, la columna vertebral que es el eje de sostenimiento y de equilibrio del cuerpo, es trabajada durante la gimnasia en su máxima posibilidad de amplitud y movimiento en flexiones, hipertensión, inclinación lateral y rotaciones, y donde se procura siempre un aumento de elasticidad y relajación constante.

En el aspecto social la gimnasia ayuda a elevar la calidad de vida al encontrarse el individuo que la practica con mayor salud, lo que consecuentemente le ayudará a laborar más eficazmente y contribuyendo a una mayor sociabilización dentro de su medio social.

En el aspecto psicológico, este tipo de gimnasia tiene una concentración en la atención de cada movimiento, lo que permite una sensación de equilibrio psico-físico y de autodominio. De la Ferriere (1989), dice que "El pensamiento es el maestro de los sentidos, y el movimiento respiratorio es el maestro del pensamiento". Por lo que se hace hincapié en el proceso de relajación, base fundamental de esta investigación, el cual consiste: en alcanzar un estado de tranquilidad, serenidad y dominio de sí, a través de la concentración consciente y sectorizada del cuerpo, unida a

una actividad de paz. La relajación es un proceso dinámico que el hombre domina en sus primeros años de vida, sin embargo, debido a la complicación y agitación de la vida moderna, se va perdiendo paulatinamente esta capacidad, volviendo al individuo en un ser saturado de ansiedad y nerviosidad, tensiones, problemas emocionales y neurosis. Así el hombre de la actualidad no descansa ni siquiera cuando duerme, porque ignora los principios fundamentales que le permitan liberarse de toda preocupación y para suplir esta carga, busca ayuda en la industria farmacéutica, usando una serie de drogas y calmantes que le proporcionan un descanso engañoso.

De la Ferriere (1989), ha dicho que existen actos físicos que repercuten sobre el psiquismo y viceversa, porque el hombre es un ser inseparablemente psico-somático. Así la gimnasia psicofísica relajadora da un énfasis en la respiración, con un trabajo dado a la elasticidad muscular, que es inherente a la tensión y relajación, que es propio de estos ejercicios, el cuerpo entero se estabiliza y se fortalece, reflejándose tal proceso sobre la voluntad y la mente, de ahí el nombre de Gimnasia psicofísica.

Así, resumiendo lo anterior se dice: que la práctica de esta gimnasia propicia un estado de bienestar ya que genera efectos físicos, sociales y psíquicos; A nivel físico: mejora la condición de los músculos, aumentando elasticidad, resistencia y tonicidad, aumenta la capacidad pulmonar, beneficia las funciones digestivas y de asimilación, intensifica la circulación sanguínea, propicia un equilibrio glandular y flexibiliza la columna vertebral. A nivel social, fomenta la sociabilización al llevarse a cabo en grupo, aunque se pueda realizar también individualmente, beneficia la vida al disminuir los índices del sedentarismo. Y dentro de los efectos psíquicos; permite el desarrollo de las facultades mentales, como la atención, concentración y equilibrio emocional.

Así pues, la gimnasia psicofísica relajadora está dirigida hacia la salud integral del individuo de todas las edades, desde los 4 años hasta los 80 años, sin embargo, es inquietud

fundamental de los autores de este estudio, el llevar a cabo ésta investigación con los ancianos, con un rango de edad de 60 a 70 años, por considerarse a este grupo social con significativas características biopsicosociales como son: pérdidas de reconocimiento social, desplazamientos de núcleos familiares y laborales y mayor propensión a diversas enfermedades, entre muchas otras como ya fue mencionado en los capítulos anteriores.

Se consideró este tipo de gimnasia, precisamente para los ancianos, por presentar características acordes y completas para ellos que muy difícilmente otro tipo de deporte o ejercicio pueden proporcionar en su totalidad; considerando los beneficios que De la Ferriere (1989), menciona y que en esta investigación serían las siguientes:

a) A nivel fisiológico:

1. Movimientos lentos acordes a las capacidades físicas del anciano.
2. Movimientos que estimulan áreas específicas del organismo en el anciano, como son: brazos, cuello, piernas cintura, rodillas, tobillos etc., mejora la condición de los músculos, aumenta su elasticidad, resistencia y tonicidad; aumenta la capacidad pulmonar, beneficia las funciones digestivas y de asimilación, intensifica la circulación sanguínea, propicia un equilibrio glandular y flexibiliza la columna vertebral.
3. Movimientos de automasaje al organismo.
4. Método adecuado de respiración que proporciona mayor oxigenación al organismo del anciano.

b) A nivel Social:

1. Mayor confianza al conocer las propias habilidades, las cuales tal vez algunos desconocían.
2. Mejor sociabilidad al llevarse a cabo en grupo.

3. Mejor calidad de vida al llevar a cabo actividades de auto ayuda en necesidades básicas.

c) A nivel psicológico:

- 1. Atención y concentración de cada movimiento, que proporciona una sensación de equilibrio psicofísico al organismo del anciano, promoviendo la ejercitación de la memoria.**
- 2. Proceso de relajación, condicionado a una fusión de la mente con el cuerpo por la manera y forma en que van ejecutando las indicaciones, indicando con esto que si hay atención y concentración en lo que están escuchando y.**
- 3. Probable aumento en el autoconcepto del anciano, objetivo fundamental de esta investigación, al considerar las características biopsicosociales por las que atraviesa este sector de la población mexicana.**

CAPITULO IV

METODOLOGIA

En este estudio el objetivo fue medir el autoconcepto de los ancianos y comprobar si este puede ser modificado a través de un programa de gimnasia psicofísica relajadora; hasta donde se sabe y al no encontrar bibliografía, se piensa que es la primera vez que se realiza esta exploración del autoconcepto del anciano con este tipo de programa a nivel mundial.

4.1 -PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Modifica la gimnasia psicofísica relajadora el autoconcepto del anciano.?

4.2.- SUJETOS

Se trabajó con un grupo de 60 sujetos de ambos sexos (48 femeninos y 12 masculinos), con un rango de edad entre 60 a 75 años y una media de 62.5 años, caracterizados por estar integrados con sus familias, ninguno se encuentra incapacitado física ni mentalmente, con un mínimo de escolaridad primaria y con consentimiento médico, basado en el expediente clínico de la instalación médica y con disposición a trabajar en la investigación comprometiéndose a no faltar a las sesiones de gimnasia psicofísica relajadora, acudiendo vestidos de pants blancos.

Para la asignación de los dos grupos; grupo control y grupo experimental, se utilizó la técnica de asignación aleatoria, al concentrar sus nombres en una caja y elegir 30 de ellos al azar, en la que tuvieron todos la misma oportunidad de salir sorteados, inicialmente se contó con una población de 70 ancianos que rebazaban los 60 años, de ambos sexos, afiliados a la clínica 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de los mismos sujetos, 7 no pudieron participar por diferentes motivos; vivir retirados del lugar de reunión, actividades y quehaceres domésticos, y 3 deserciones ignorándose el motivo, posteriormente uno de estos últimos nos informó que por prescripción médica debería de guardar reposo absoluto, motivo por el cual dejó de asistir

4.3.- TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio de campo, porque " estos estudios son investigaciones científicas ex-post-facto, tendientes a descubrir las relaciones e interacciones entre las variables de carácter sociológico, psicológico y pedagógico en las estructuras sociales reales. Se considerarán estudios de campo a todos los trabajos científicos, grandes o pequeños, que en forma sistemática busquen relaciones y prueben hipótesis de tipo ex-post-facto, que se lleven a cabo en situaciones vitales, como en comunidades, escuelas, fábricas, organizaciones e instituciones" (Kerlinger, 1987 pag. 285).

4.4.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Es un diseño llamado experimental, prospectivo, longitudinal y observacional. Porque se contó con un grupo control (X) y grupo experimental (Y); prospectivo porque se esperan resultados a futuro, y longitudinal porque se realizaron mediciones en diferentes tiempos.

4.5.- HIPÓTESIS NULA .

La práctica del programa de gimnasia psicofísica relajadora no modifica el autoconcepto de los ancianos.

4.6 -HIPÓTESIS ALTERNA.

La práctica del programa de gimnasia psicofísica relajadora sí modifica el autoconcepto de los ancianos.

4.7 -DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.

4.7.1.- VARIABLE DEPENDIENTE.

Autoconcepto: Es una actitud hacia un objeto, empleando a la "actitud" para designar hechos, opiniones, valores y orientaciones favorables o desfavorables respecto de Si mismo, así partiendo del supuesto de que la gente tienen actitudes hacia los objetos y que el Si mismo es uno de los objetos hacia el cual se tienen actitudes. (Rosemberg, 1973)

Así en esta investigación se definió al autoconcepto como la percepción que se tiene de si mismo, específicamente son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

4.7.2.- VARIABLE INDEPENDIENTE.

Programa de Gimnasia psicofísica relajadora: es una técnica de ejercicios que consta de tres series de ejercicios, cada serie comprende 11, 17 y 25 ejercicios con movimientos basados principalmente en flexibilizaciones, automasajes, respiración y atención de forma sincronizada. Cabe mencionar que por las características de la población se, omitieron 2 ejercicios de la primera serie, 3 de la segunda serie, y la tercera serie fue sustituida por la técnica de relajación, debido a que la última serie, ofrece un alto grado de dificultad para los ancianos (ver anexos 1, 2 y 3).

4.8.- INSTRUMENTO.

Se aplicó la escala de Autoconcepto de La Rosa (1986), de lápiz y papel, validada y confiabilizada para la Ciudad de México, dicha escala esta constituida por 72 reactivos, en cada reactivo se dan respuestas en un continuo de 1 al 7, las cuales describen al Sí mismo en un instrumento tipo Likert. La escala de autoconcepto en su forma definitiva es el resultado de cinco estudios piloto y una aplicación final, involucrando, un total de 2,626 sujetos de ambos sexos. La estructura factorial de la escala encontró apoyo en dos investigaciones: la del estudio piloto 6 (599 sujetos) y la aplicación final del instrumento (1,083 sujetos). Los factores fueron básicamente los mismos: social, emocional, ocupacional, ético y un nuevo factor encontrado en el estudio final, iniciativa. Se observa que la dimensión social está constituida por los factores 1 (social 1: sociabilidad afiliativa), 3 (social 2: sociabilidad expresiva) y 9 (social 3: accesibilidad). Así mismo, la dimensión emocional está configurada por los factores 2 (emocional 1: estados de ánimo, 4 (emocional 2: afectividad o sentimientos interindividuales) y 6 (emocional 3: salud emocional).

Los nueve primeros factores explican 48.9% de la varianza total de la prueba, lo que indica un porcentaje bastante satisfactorio.

Se hace notar, también, que la prueba está midiendo un constructo global, dado que en el factor 1 de la matriz de los factores principales cargaron prácticamente todos los reactivos y la confiabilidad (alpha de Cronbach) de la escala total fue .94. Se obtiene así un puntaje para el individuo en cada una de las dimensiones y también un puntaje global en el autoconcepto.

Para la aplicación del instrumento las instrucciones fueron las siguientes:

CUESTIONARIO (DS)

A continuación encontrará un conjunto de adjetivos que sirven para describirle. Ejemplo:

Flaco(s)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Obeso(a)
	Muy	bastante	poco	ni flaco	poco	bastante	muy
	flaco	flaco	flaco	ni obeso	obeso	obeso	obeso

En el ejemplo de arriba se puede verificar como hay siete espacios entre "flaco" y "obeso".

El espacio, cuanto más cerca está de un adjetivo, indica un grado mayor en que se posee dicha característica. El espacio central indica que el individuo no es flaco ni obeso.

Si usted se cree muy obeso, pondrá una "X" en el espacio más cercano de la palabra obeso; si se percibe como "bastante flaco", pondrá la "X" en el espacio correspondiente; si no se percibe flaco ni obeso pondrá la "X" en el espacio de enmedio o, si es el caso, en otro espacio.

Conteste en los renglones de abajo, como en el ejemplo de arriba, tan rápido como le sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión.

Conteste en todos los renglones, dando una ÚNICA respuesta en cada renglón.

Acuérdese que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser. conteste, aquí, como usted es y no como le gustaría ser. Gracias.

4.9.-MATERIALES:

Grabadora,

Casete (música Orquesta de Cámara amigos de la Música Dos Suites, Jaime Chaparro G.México)

Lápices,

Pruebas (Escala de autoconcepto De la Rosa 1986.)

Gafetes y

Colchonetas.

4.10.- ESCENARIO.

Inicialmente se utilizó el auditorio de la clínica 46 del I.M.S.S., posteriormente para la práctica de la gimnasia psicofísica relajadora se llevo a cabo en la explanada de Rectoría de Ciudad Universitaria, por considerarla los autores de éste estudio, como una área idónea para este tipo de investigación, al aire libre y con música, las sesiones se llevaron a cabo los días lunes, miércoles y viernes de 17:00 hrs. a 18:00 hrs, los reuníamos en la clínica 46 y de ahí se partía en transporte que los autores proporcionaron, regresando a la misma clínica, una vez concluida la sesión, para la aplicación final de la prueba de autoconcepto se utilizó nuevamente el auditorio. (Ver video).

4.11- PROCEDIMIENTO:

La captación y selección de la muestra, se llevó a cabo en 3 sesiones iniciales en la clínica 46 de la siguiente manera:

En la primera sesión, se les invitó al grupo de ancianos a participar sin pagar, a formar un grupo para tomar el programa de gimnasia psicofísica relajadora . con duración de 10 meses, dando una plática introductoria de como y en que consiste dicho programa y los posibles cambios que se generarían en su salud. Además se les explicó que con esta investigación se titularían dos psicólogos. Iniciarón dicha investigación 70 ancianos y terminaron 60 de los cuales, la muestra final experimental fué de 30.

En la segunda sesión se seleccionó al grupo control y grupo experimental (30 y 30), y se aplicó el Instrumento Psicologico.

En la tercera sesión se proporcionó una introducción general y detallada de cada uno de los ejercicios, el programa duro 10 meses con 131 sesiones, en el que se llevaba una lista de registro con el nombre del participante, (cuyos nombres no aparecen en este estudio), se les preguntaba como se sentían al final de cada sesión a lo que se observó que todos terminaban contentos. Después de finalizado el programa, se aplicó nuevamente la escala de autoconcepto de La Rosa, (1986).

En la cuarta sesión se da inicio con la aplicación del programa de Gimnasia Psicofísica relajadora, en Ciudad Universitaria.

Siendo las instrucciones diarias para cada sesión las siguientes:

Al llegar a la zona verde frente a Rectoría de U.N.A.M. a las 16:50 , se procedía a saludar a los ancianos participantes y a pasarles lista de asistencia, poniéndoles el gafete con su nombre, para lo cual se contó con un registro individual que contenía: nombre, edad, peso, resultado de su chequeo médico inicial y mensual que realizaba la Clínica 46, así como su dirección y teléfono, esto inicialmente, posteriormente tuvo que ser modificado ya que la clínica nos retiró el acceso a la información en cuanto al chequeo médico argumentando que era para uso interno y exclusivo de la misma.

Al ser modificado el procedimiento se repartían solamente los gafetes con sus nombres, comentando con ellos al mismo tiempo acerca de la opinión que sus familiares tenían respecto a la práctica de los ejercicios, así como sobre los posibles beneficios y cambios que se generaban en su organismo, comentándoles los familiares que desde que empezaron sus ejercicios en la clínica ya no gritaban, se enojaban, y los regañaban tanto como antes, que ya los veían sonreír, y sobre todo los veían convivir más con la mayoría de las personas; y cuando los veían que no estaban vestidos con su pants blanco inmediatamente les preguntaban si iban a ir a la clínica a tomar la clase de sus ejercicios mandándolos a que se cambiaran y si querían les iban a dejar, esto se hacía con la finalidad de que se completara el grupo. Se iniciaba la sesión a las 17:00 horas, para lo cual se distribuía a la gente ubicándolos en su área personal y librando de obstáculos sus movimientos. A continuación se les invitaba a sentarse en el área verde para dar inicio a los ejercicios de respiración, en donde al inicio del programa se les dio una explicación de una adecuada respiración en la que deberían de tomar aire lo mas que pudieran ensanchando el estómago para estimular al diafragma y lograr una mayor oxigenación, haciéndoles la siguiente indicación: "Adopten una posición cómoda y suelten su cuerpo, ahora, tomen aireretengan el aire.....suelten el aire", este ejercicio de precalentamiento se llevaba a cabo por tres minutos.

Posteriormente se proporcionaba ejercicio de calentamiento físico, para lo cual se procedía de la siguiente manera:

"Van a girar su cabeza: primero hacia la derecha y posteriormente hacia la izquierda, con movimientos lentos a la indicación de ¡ Muévase !" . Iniciando con tres series de ejercicios y aumentando paulatinamente conforme se avanzaba en cada sesión, para finalizar con diez series. Continuamos con las manos hacia el frente, abriendo y cerrando los puños, de cada ejercicio de calentamiento, se les pedía que dieran pequeños giros con la cintura hacia ambos lados, softando al mismo tiempo los brazos. Ahora a continuación, van a levantar su pierna izquierda para tocar su rodilla con la mano derecha y posteriormente van a levantar su pierna derecha para tocar su rodilla con su mano izquierda, vamos a iniciar éste ejercicio a la voz de ¡ Muévase !."Ahora van a tomar sus rodillas y ligeramente van a a realizar círculos hacia el lado derecho y posteriormente hacia el lado izquierdo, a la indicación de ¡ Muévase !" . Misma serie que ejercicio anterior.

"Estiren

Posteriormente se principiaba el programa de gimnasia psicofísica relajadora, en donde se comenzaba con la primera serie , luego segunda serie y concluyendo con el ejercicio de relajación, todo esto se llevaba a cabo con música instrumental. La primera y segunda serie se iniciaron con tres fases de cada posición, mismas que fueron dominadas por los participantes aproximadamente en quince días, a partir de este lapso se les fué incrementando sucesivamente hasta llegar a diez fases de cada posición finalizándose con la tercera serie de relajación al término de cada sesión.

Al grupo control, se le aplicó el instrumento psicológico de autoconcepto antes y al final del estudio, además se les explicó que al final se les integraría con el grupo experimental para formar un nuevo grupo y pudieran participar también en los ejercicios.

Durante todo el proceso del estudio, el grupo control continuó con con las pláticas que la trabajadora social de la clínica 46 les programaba semanalmente, no teniendo contacto con ellos, si no hasta el final del estudio, para la última aplicación de la prueba psicológica e integración al nuevo grupo como se les había mencionado al inicio de éste, en donde se trabajo por más de 6 meses.

4.12.-ESTADISTICA:

La prueba estadística utilizada fue la prueba t de Student para muestras independientes y para muestras correlacionadas de tipo ex-pos-facto, con un nivel de significancia de .01 para intentar conocer si existen diferencias significativas entre:

- | | | | |
|----|--|----|--|
| A) | X ₁ Grupo control antes y
Y ₁ Grupo experimental antes. | C) | X ₁ Grupo control antes y
X ₂ Grupo control despues |
| B) | X ₂ Grupo control despues
Y ₂ Grupo experimental despues y. | D) | Y ₁ Grupo experimental antes y
Y ₂ Grupo experimental después |

CAPITULO V
RESULTADOS,
INTERPRETACION DE RESULTADOS
Y CONCLUSIONES

RESULTADOS.

Se realizó éste estudio con la participación de 60 sujetos, con un rango de edad de 60 a 75 y una media de 62.5 años, de los cuales se formaron dos grupos: Grupo Control (X) y Grupo Expetimental (Y); a ambos grupos se les aplicó la prueba de Autoconcepto La Rosa (1986), al inicio y al final del tratamiento (131 sesiones), para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, encontrándose los siguientes resultados:

A) En Grupo Control (X_1) VS. Grupo Experimental (Y_1), antes del tratamiento, se encontró una t obtenida de .27 y una t de tablas de 2.756, con 29 gl. y un nivel de significancia de .01, por lo tanto se acepta la hipótesis nula, que dice que no hay diferencias significativas entre los grupos (X_1) y (Y_1).

B) En Grupo Control (X_2) VS. Grupo Experimental (Y_2), después del tratamiento, se encontro una t obtenida de 7.81 y una t de tablas de 2.756, con 29 gl. y un nivel de significancia de .01, rechazando la hipótesis nula. Por lo tanto se dice que si existen diferencias significativas entre los grupos (X_2) y (Y_2).

C) En Grupo Control (X_1) VS. Grupo Control (X_2), antes y después del tratamiento, se encontró una t obtenida de 1.19 y una t de tablas de 2.660, con 58 gl. y un nivel de significancia de .01, por lo tanto se acepta la hipótesis nula, que dice que no hay diferencias significativas entre los grupos (X_1) y (X_2).

D) En Grupo Experimental (Y_1) VS. Grupo Experimental (Y_2), antes y después del tratamiento, se encontró una t obtenida de 6.50 y una t de tablas de 2.660, con 58 gl. y un nivel de significancia de .01, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna, que dice que si hay diferencias significativas entre los grupos (Y_1) y (Y_2).

A continuación se ejemplifica la comparación entre si de los grupos control, y experimental antes y después del tratamiento, donde se utilizó la prueba t de Student, para muestras correlacionadas.

<i>GRUPO</i>	<i>NIVEL DE SIGNIFICANCIA</i>	<i>GL.</i>	<i>t OBTENIDA</i>	<i>t TABLAS</i>	<i>H0.</i>
CONTROL	.01	58	1.19	2.660	ACEPTA
EXPERIMENTAL	.01	58	6.50	2.660	RECHAZA

A continuación se ejemplifica la comparación de los grupos control y experimental de antes y después del tratamiento donde se utilizó la prueba t de Student, para muestras independientes.

<i>CONDICION</i>	<i>NIVEL DE SIGNIFICANCIA</i>	<i>GL</i>	<i>T OBTENIDA</i>	<i>T DE TABLAS</i>	<i>H0.</i>
ANTES	.01	29	.27	2.756	ACEPTA
DESPUES	.01	29	7.81	2.756	RECHAZA

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados estadísticos muestran de manera parcial los efectos que tuvo el programa de Gimnasia Psicofísica Relajadora, se dice de forma parcial porque a través del estudio se han considerado también la posibilidad de la intervención de otras causas, como los aspectos sociales y de afiliación que se fueron dando lo largo de diez meses que duró este programa.

Los datos finales llevan a establecer una diferencia importante en el autoconcepto, entre el grupo control y el experimental, que puede ser atribuida al programa de Gimnasia psicofísica relajadora, ya que como muchos autores (Jacobson, 1929 en Motlis1985) Ader y Cohen, 1985,1993; (en Shelley,1995). De la Ferriere, 1989; Aretz, 1987; Fawzy y. Kemeny, 1990;en (Shelley 1995), Galán, 1995) entre otros, hablan de la importancia de los síntomas sobre los que actúa la relajación y de los excelentes resultados que estos autores mencionan sobre la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, la depresión, la fatiga, el colon irritable, los espasmos musculares, dolores de cuello y espalda, hipertensión, tartamudeo, etc.

Es imposible que coexistan la sensación de bienestar corporal y la de estrés mental, la relajación progresiva de los músculos reduce la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, así como el grado de transpiración y frecuencia respiratoria, y cuando se realiza de modo correcto puede llegar a tener el mismo efecto que un fármaco que actúe reduciendo la ansiedad. (Davis 1985).

Jacobson (1929 en Davis - Robbin 1985), al describir su técnica de relajación muscular profunda, menciona que esta técnica está basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan tensión muscular, esta tensión fisiológica, a su vez, aumenta la sensación

subjetiva de ansiedad. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad: el hábito de responder de una forma anula el hábito de responder de la otra.

En una investigación que realizaron Fawzy y Kemeny (1990 en Shelley, 1995), con un grupo de pacientes con melanoma maligno (cancer en la piel), asignaron un programa que contenía relajación, tareas de resolver problemas y estrategias de afrontamiento afectivo, mostraron gran cantidad de células NK (natural killer), es decir grandes porcentajes de células, NK y menores porcentajes de células T.H. (células del timo, defensas del organismo en la sangre), así como una alta interferencia sobre el aumento de la actividad celular citotóxica de NK, en comparación a aquellos sujetos que seis meses después que la intervención fue completada. También encontraron aquellos que recibieron el programa de relajación, tuvieron menor recurrencia al melanoma.

Desafortunadamente en México existen pocos estudios en este campo como son: los de, Díaz N., Galán, C. y Fernández. (citado en Palacios 1993), que abren una brecha en el amplio campo de la Psicología y permiten observar la extrema relación que existe entre los eventos psicológicos y fisiológicos.

Así, no sería la primera vez que un programa de ejercicios y de relajación beneficia al sistema inmune, despertando en los participantes una sensación de bienestar. Al término de este estudio se observaron los siguientes cambios en el grupo de ancianos que llevó a cabo el tratamiento psicofísico:

Un aumento considerable en la capacidad de flexión de cintura, al inicio del estudio la gente no podía inclinarse para tocar con sus manos sus pies. al final, la mayoría lograba hacerlo., mejoró su flexión rotatoria de cintura, mayor agilidad al realizar los movimientos, mayor

resistencia física en el trote que se llevó a cabo por dos ocasiones, con mejor energía y disponibilidad para realizar las tareas físicas realizándolas con mayor entusiasmo, se observó que los ancianos se esmeraban más por su arreglo personal, presentándose aseados, y las mujeres aseadas y maquilladas, mayor preocupación por llegar a tiempo a sus ejercicios, mejoró su coordinación motora gruesa; al inicio se observó bastante incoordinación en cuanto a lateralidad (izquierda-derecha), al final todos lograban una mejor coordinación de movimientos, mejoró su atención y concentración en los ejercicios respiratorios y de relajamiento, logrando llegar con mayor facilidad a estados de relajación muscular y mental, manifestando encontrarse sin cansancio físico al término de los ejercicios, con mayor aceptación de sí mismo al conocer sus capacidades físicas, mejoró su capacidad para avanzar en los ejercicios que requerían de mayor dificultad, mayor participación; al inicio no todos los ancianos participaban, y al final la mayoría deseaban ser monitor

Algunos mencionaron que mejoraron sus relaciones interfamiliares, otros que aumentó su apetito, mayor preocupación y motivación por encontrar nuevas alternativas para su bienestar, se observó también mejoramiento en su estado de ánimo, percibiéndose más felices y contentos al efectuar los ejercicios, se observó un aumento en la sociabilidad, integración y cohesión grupal estaban más contentos y felices conforme se avanzaba en el tratamiento psicofísico, otros mencionaron haber dejado de ingerir medicamentos (bajo prescripción médica) ya que al inicio sufrían de dolores de cuello, espalda y cintura, que fueron desapareciendo conforme se avanzaba en la investigación.

Considerando que los datos estadísticos no dejan lugar a dudas sobre el hecho que la reacción de los ancianos fue positiva, encontrándose el grupo que llevó a cabo el programa, con un mejor autoconcepto, mostrando así que la capacidad del individuo no decrementa con la edad.

Por razones de ética, al final de la investigación, se invitó a los dos grupos, control y experimental, a formar un nuevo grupo, con el cual se trabajó durante 5 meses más, en casa de una de las participantes, durante ese tiempo se capacitó a dos personas, para que fungieran como instructores y continuaran con la práctica de la Gimnasia Psicofísica Relajadora, también fue incluida en la clínica 46 donde se llevó a cabo dicho estudio, como una más de las actividades que ofrecen a los grupos de la tercera edad.

CONCLUSIONES

Al plantear el problema de trabajo de esta investigación, inicialmente se encontró que tanto el grupo de ancianos que llevó a cabo el programa de gimnasia psicofísica relajadora, como el que no lo llevó, se encontraban con similar autoconcepto, de acuerdo a la prueba psicológica de La Rosa (1986). Posteriormente al final del estudio y al realizar el análisis estadístico, se encontró con un mayor autoconcepto a los ancianos que efectuaron el tratamiento.

Los resultados de este trabajo nos permiten observar el efecto de un programa diseñado para unir la gimnasia con la relajación, al considerar al ser humano como una unidad interdisciplinaria y constatar que de acuerdo a De la Ferriere (1989), proporciona diversos beneficios tanto a nivel psíquico como físico.

Así, este trabajo de tesis contribuye con un granito de arena en la amplia gama de estudios de la psicología de la Salud, al permitir observar la extrema relación que existe entre la mente y el cuerpo y rechazar la vieja idea de estudiar al ser humano dividido, esto es: separar su estructura orgánica de aquella que le permite comunicarse con el medio externo.

Por lo que se piensa que existe evidencia estadística para considerar que el efecto del programa de gimnasia psicofísica relajadora fué positivo en el autoconcepto de los ancianos.

Sin embargo se deben considerar en futuras investigaciones, aspectos como la afiliación o la pertenencia grupal, como el sentirse integrado en un grupo con características similares, la motivación por parte de los instructores que pudo haber influido en los resultados finales, la responsabilidad adquirida al sentirse integrados en un contexto experimental, o la emotividad de

festejos que se les llevaron a cabo: como el día de las madres y la clausura del tratamiento preventivo psicofísico, factores que son considerados por los autores de esta investigación como importantes y que pudieren haber influido en los resultados obtenidos.

Así, se desea que este trabajo sea considerado como una invitación a todos aquellos investigadores que se encuentren interesados en la salud de las personas de la tercera edad y en el ejercicio psicofísico y puedan ser utilizados como una alternativa de salud en diferentes grupos sociales, desde la niñez, hasta la edad madura, ya que el fomentar este terreno es una auténtica prioridad social.

REFERENCIAS DOCUMENTALES.

- Aguirre J. (1977), Tercera Edad; Madrid:Edit. Karpos,S.A..**
- Aranda A. y García F. (1987). Estudio Correlacional entre autoccepto y Rendimiento Escolar; en alumnos de nivel Licenciatura de U.P.I.I.C.S.A. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología U.N.A.M.**
- Arriaga A., Rodríguez C.(1984), Nivel de Adaptación y Rendimiento Académico de niños Invidentes Integrados a escuelas Regulares; Tesis de Lic. en Psicología, Facultad de Psicología UNAM.**
- Beaviur S.(1980), La Vejez; Buenos Aires: Edit. Hérmes Sudamericana.**
- Bischof L.(1973). Interpretación de las Teorías de la Personalidad; México: Edit. Trillas,**
- Bize U. (1989), La Tercera Edad; España: Edit. Mensajero.**
- Buendía J. (1994). Envejecimiento y Psicología de la Salud; España: Edit. Siglo XXI,**
- Carnevali D.(1988). Tratado de enfermería Geriátrica; México:2da. Edic. Edit. Interamericana Mc Graw-Hill.**
- Carstensen L. y Barry A. (1989). El envejecimiento y sus Trastornos; México: Edit. Martínez Roca.**

- Castillo C.M.P., González G. (1992). Influencia en la práctica de la Gimnasia y de las Diferencias Sexuales en el Desarrollo de la madurez conceptual; Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología UNAM.
- Caso, A. (1978). El Pueblo del Sol; México: Fondo de Cultura Económica.
- Cueli J., Reil. L.(1981). Teorías de la Personalidad; México: Edit. Trillas.
- Davis H. (1989). El Pensamiento y la Salud; México I. D.F.: Edit. Mexicanos Unidos, S.A.
- Davis M., Robbin S.(1985). Técnicas de autogestión emocional: México D.F.: Edit. Martínez Roca.
- De la Ferriere S.(1978). Cultura Psicofísica; México, D.F.: Edit. Diana.
- De la Ferriere S.(1989). Gimnasia Psicofísica; Caracas Venezuela: Edit. GFU.
- Dennis-Hassol, (1987). Psicología Evolutiva; México: Nueva Edit. Interamericana, S.A. de C.V.
- Diane E. (1994). Desarrollo Humano; México, D.F.: Edit. Mc. Graw-Hill.
- Dorsch F.(1985). Diccionario de Psicología;México: Edit. Herder.
- Freud S. (1938). Esquema del Psicoanálisis; México: Edit. Paidós.
- Fuentes L: y R. (1978). Salud y Vejez: México, D.E.: Edit. el Caballito.

- García M. (1987). Características de Personalidad y Autoconcepto; Tesis de Licenciatura en Psicología Facultad de Psicología UNAM.
- Geist H. (1977). Psicología y Psicopatología del Envejecimiento; Buenos Aires: Edit. Paidós.
- González H. (1984). La actividad como Terapia en la Vejez, Tesis de Licenciatura en Psicología Facultad de Psicología UNAM.
- Harold H. (1992). Tratado de Psiquiatría, 2da. Edición Tomo II: Edit. Masson.
- Harold I., Kaplan M. (1989). Tratado de Psiquiatría, México: Salvat Editores, S.A.
- Henri E. (1978). Tratado de Psiquiatría: 2da. Edición Tomo II México: Edit. Masson.
- Horney K. (1957). El Autoanálisis; Buenos Aires: Edit. Psique.
- Howard H., Goldman. (1989). Psiquiatría General, México: Edit. M. Moderno.
- INEGI. (1990). La Tercera Edad en México; Publicaciones INEGI.
- James W. (1909). Principios de Psicología Volumen I; Madrid: Daniel Jarro, Editor.
- Kastenbaum R. (1980). Vejez años de Plenitud; México; Edit. Harper & Row Latinoamericana, S.A. de C.V.

- Kerlinger F.(1978). Investigación del Comportamiento; México 4 D.F.:2da. Edición Nueva.
Editorial Interamericana S.A. de C.V.
- Laforest J.(1991). Introducción a la Gerontología; México: Edit. Hearder.
- La Rosa J. (1986). Escala de Locus de Control y Autoconcepto; Tesis de Doctorado
en Psicología Social, Facultad de Psicología UNAM.
- León M.(1959). La Filosofía Nahuatl. Inst. de Historia; Seminario de la Cultura Nahuatl, UNAM.
- Lozano C.(1992). Introducción a la Geriatria; México; Méndez Editores., S.A. de C.V.
- Motlis J. (1985). El Dado de la Vejez y sus seis caras; Edit. Altalena-España.
- Oñate, P.(1989). El Autoconcepto; Madrid; Ediciones Narcea. S.A.
- Palacios J.(1993). Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud;
Facultad de Psicología U.N.A.M.; Sociedad médica del hospital general de México.
- Pietro de N. (1985). Geriatría. Inst. de Gerontología. México. D.F.; Edit. El Manual Moderno.S.A.
de C.V.
- Rosemberg M. (1973). La Autoimagen del Adolescente y la Sociedad; Buenos Aires: Edit.Paidós.
- Rothschild H. (1987). Factores de Riesgo en la Edad Avanzada; La prensa Médica Mexicana. S.A.:
Ediciones Científicas.

Shelley T. (1995), Health Psychology U.S.A.; Mc. Graw-Hill.

Sigmund F. (S.F.), Esquema del Psicoanálisis. Buenos Aires: Edit. Paidós.

Valdez M. L. (1994), El Autoconcepto del Mexicano Estudios de Validación; Tesis de Posgrado en Psicología Social Facultad de Psicología UNAM.

Shelley T. (1995), Health Psychology U.S.A.; Mc. Graw-Hill.

Sigmund F. (S.F.). Esquema del Psicoanálisis. Buenos Aires: Edit. Paidós.

Valdez M. L. (1994). El Autoconcepto del Mexicano Estudios de Validación; Tesis de Posgrado en Psicología Social Facultad de Psicología UNAM.

OTRAS BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

- Acuña, M. y Bruner, C. (1992) Autoconcepto en función de elecciones vocacionales: La Psicología Social en México, Vol. IV. México. Edit. Elpac-Amepso.**
- Alatorre J.(1996). Criterios para la elaboración de documentos Psicológicos: Centro de Documentación UNAM**
- Andrade P., (1984). Influencia de los padres en el locus de Control de los hijos: Tesis de Maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología UNAM.**
- Calvin H.(1974). La Teoría del Sí Mismo y la Personalidad; Buenos Aires: Edit. Paidós.**
- Carl R. (1989). La Persona como Centro; México: Edit. Herder..**
- Castro L.(1992). Diseño Experimental sin Estadística; México: Edit. Trillas.**
- Cohen, T. (1990). Autoconcepto una revisión de Empíricos: Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología UNAM.**
- Dawnie N., Heart R.(1973). Métodos Estadísticos aplicados; México 4.D.F.: Edit. Harla, S.A.,**
- Deepak Ch.(1994). Cuerpo sin edad, mente sin cuerpo; Buenos Aires-Argentina: Javier Vergara Editor, S.A.**

- Díaz R.(1980), La Psicología Social en México; Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Díaz R. (1984), Psicología del Mexicano; México: Edit. Trillas.
- Diccionario de Psicología y Psicoanálisis; (1977). Buenos Aires: Edit. Paidós.
- Ecuyer. R.(1985).EL concepto de Si mismo; España; Edit. Oikostau.
- Fediegla J. (1992). Envejecer. Una Antropología de la ancianidad; Cd. España: Edit. del Hombre.
- Fernández B., Izal M., Montario I., González J., Díaz O..(1992).Evaluación e Intervención Psicológica de la Vejez; Barcelona: Edit. Martínez Roca. S.A. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.
- Ferrey G., Legoves G., Bobes J; (1994). Psicopatología del Anciano, Barcelona España: Masson,S.A..
- Fred N. (1987). Investigación del Comportamiento Técnicas y Metodología. México,D.F
- Freedman A.(1980).Compendio de Psiquiatría; Barcelona España: Salvat Editores.
- Galán C. (1995). Modificación de la Función Inmune en una Población Senecta; Tesis de Maestría en Psicología General Experimental, Facultad de Psicología, UNAM.
- Galván F. (1979), Geriatría; México: Universidad del Ejercito y Fza. Aérea

- García E.(1978), Características de personalidad y Autoconcepto; Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología UNAM.
- Goler. H. (1975), La sexualidad después de los 50 años A.T.C; Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología UNAM.
- González H. (1984), La Actividad como terapia en la Vejez; Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología UNAM.
- Grace J. (1994), Desarrollo Psicológico : México: 2da. Edición Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.
- Harol G.(1977), Psicología y Psicopatología del Envejecimiento; Buenos Aires Argentina: Edit. Paidós.
- Jacques L. (1991), Introducción a la Gerontología, El Arte de Envejecer; México: Edit. Herder. S.A.
- James P. (1980), En: Gómez S. (1976), Productividad del anciano; Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- Josep M. (1992), Envejecer, Una antropología de la Ancianidad;Cd. España; Edit. Del Hombre.
- Jum C. (1987), Teoría Psicométrica; México: Edit. Trillas.

Kaufman I., Zinberg E. (1987). Psicología Normal de la Vejez. Buenos Aires Barcelona; Edit. Paidós.

Lagues L. (1991), Introducción a la Gerontología; México; Edit. Hearder.

La Psicología Social en México, Vol. I, (1986). Asociación Mexicana de la Psicología Social; Facultad de Psicología UNAM.

La Psicología Social en México, Vol. II. (1989). Asociación Mexicana de la Psicología Social; Facultad de Psicología UNAM.

La Psicología Social en México, Vol. III. (1990), Asociación Mexicana de la Psicología Social; Facultad de Psicología UNAM.

Linton, M. , Galld, P. (1975). The Practicial Statistician. California; Brooksteete Publishing.

Norville M. D, Heath W. (1983). Métodos Estadísticos Aplicados; México: Quinta Edición, Impresora y Editora Latinoamericana,

Ochoa, B.A. (1987). Factores que Influyen en el Desarrollo del Autoconcepto durante la Adolescencia. Tesis no publicada. Maestría, UNAM.

Rivera A. y Díaz L. (1992). Autoconcepto y Empatía; México; Cárdenas Editores.

Rogers, C. (1989). La Persona como Centro; México; Edit. Fondo de Cultura Económica.-

- Rubins N. (1965), En: Gómez S. (1976), Productividad en el Anciano; Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología UNAM.
- Sánchez, S. (1980), Trabajo Social y Vejez; México: Nueva Edit. Interamericana, S.A. de C.V.
- Servin, T. (1992), Las Expectativas como Explicaciones del Autoconcepto; La Psicología Social en México, Vol. IV. Elpac-Amepso.
- Skinner B., Vaughan M. (1986). Disfrutar la Vejez; México: Edit. Martínez Roca.
- Washburn L. (1995), La formación del Autoconcepto; Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología UNAM.
- Webster, M. y Sosobiezech B. (1978). Teorías de la Autoevaluación; Edit Mc. Graw-Hill.
- Xirau, R. (1964), Introducción a la Historia de la Filosofía; México: Textos Universitarios UNAM.
- Zinberg N., Kaufman I. (1987) Psicología Normal de la vejez; Buenos Aires; Edit. Paidós.

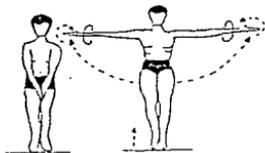
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

A N E X O S

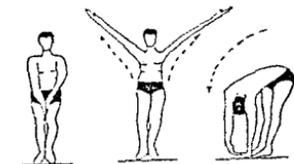
PRIMERA SERIE

Inhalar al elevar los talones, retener al girar las palmas de las manos hacia arriba y exhalar al bajar las manos y los talones.

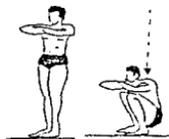
(Anexo número 1)



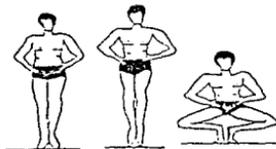
Inhalar al elevar los brazos y exhalar en tres tiempos coordinados con los movimientos de las manos.



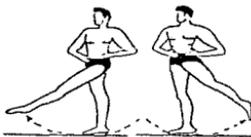
Inhalar al elevar los brazos, retener durante la flexión y exhalar al bajarlos.



Inhalar al elevar los talones, retener durante la flexión y extensión y exhalar al volver a la posición inicial.



Inhalar al inicio del semi-círculo y exhalar al final, cuando la pierna es traída hacia adelante.



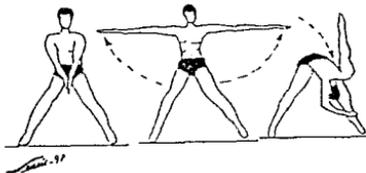
Inhalar al elevar el tronco acercando el mentón al pecho y exhalar al flexionarlo.



Inhalar al elevar el tronco, retener al girar y exhalar durante la flexión.



Inhalar al elevar el tronco, retener en la rotación y exhalar en la flexión.



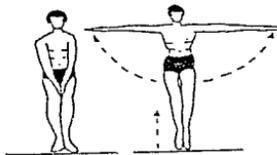
Inhalar al elevar los brazos arriba de la cabeza y exhalar en tres tiempos durante la flexión.



Respiración natural



Inhalar al elevar los talones y los brazos y exhalar al descenderlos.



97

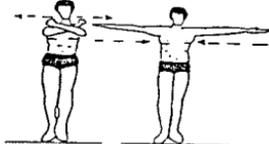
(Anexo número 2)

SEGUNDA SERIE

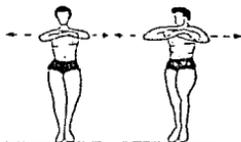
Inhalar al elevar el brazo hacia atrás y exhalar al traerlo nuevamente hacia adelante.



Inhalar al separar los brazos y exhalar al cruzarlos frente al pecho.



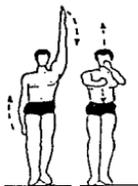
Respiración natural.



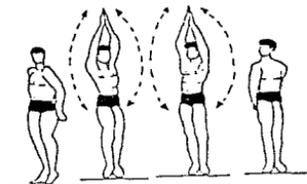
Respiración natural.



Respiración natural.



Inspirar al elevar los brazos, retener al girar el tronco y exhalar al bajarlos.



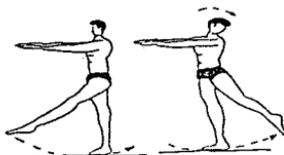
Respiración natural.



Respiración natural.



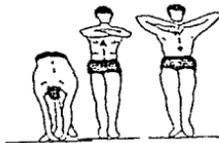
Inhalar al llevar el pie hacia adelante, retener al llevarlo hacia atrás, exhalar al volver a la posición inicial.



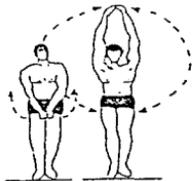
Inspirar al elevar la pierna hacia atrás, retener en la posición y exhalar al volver a la posición inicial.



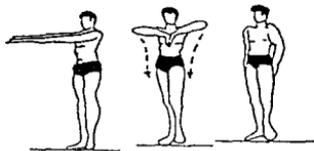
Inhalar al extender el tronco y exhalar al flexionarlo.



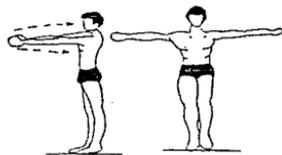
Inspirar al elevar los brazos, retener en la flexión y expirar al bajarlos.



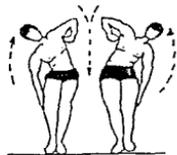
Inspirar al elevar los brazos y expirar por la boca energicamente al bajarlos.



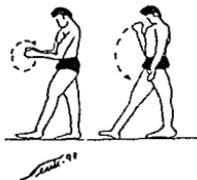
Inspirar al separar los brazos y exhalar al unirlos adelante.



Respiración natural.



Respiración rítmica, acorde a los movimientos.



Respiración natural.



Respiración natural.



Inhalar en la posición inicial y exhalar flexionando el tronco y con la lengua hacia afuera.



Exhalar completamente el aire antes de iniciar el movimiento. Permanecer sin aire durante las contracciones e inspirar al volver a la posición inicial.



91

TERCERA SERIE.

Como ya se mencionó anteriormente la tercera serie no fué aplicada ya que las características de los ancianos no se prestan para hacer un tipo de ejercicio con mayor grado de dificultad, sustituyendo así mismo esta serie por el ejercicio de relajación. Donde los participantes se acostaban en una colchoneta en la posición más confortable posible para ellos; procediendo a poner un cassette de música que produjera el efecto de relajación, acompañada de una historia que se les iba narrando, dicha historia consistía en que fueran reconociendo y sintiendo todas y cada una de las partes de su cuerpo; al mismo tiempo que las dejarán totalmente sueltas, sin dejar de escuchar la música, y dejando llevar su cuerpo al ritmo de la misma.

Cuando se terminaba de reconocer todo su cuerpo, se les dejaba de 3 a 5 minutos escuchando la música diciéndoles que después de éste tiempo mencionaríamos nuevamente todas las partes de su cuerpo, pero esta vez sería de abajo hacia arriba hasta llegar a su cabeza; al mismo tiempo que recorrerían su cuerpo irían abriendo los ojos, dándose un tiempo para incorporarse y estirar su cuerpo como si acabarán de levantarse, al terminar éste ejercicio se les preguntaba como se sentían.

TERCERA SERIE

RELAJACION
(Anexo número 3)

