

**INCIDENCIA DE LOS CAMBIOS FÍSICOS SOBRE EL AUTOCONCEPTO DEL  
INDIVIDUO EN LA TRANSICIÓN DE LA EDAD ADULTA INTERMEDIA A LA  
VEJEZ, EN UN GRUPO DE INTERNOS ENTRE LOS 48 Y 58 AÑOS DE EDAD, DEL  
HOGAR DEL DESVALIDADO DEL MUNICIPIO DE BELLO (ANTIOQUIA)**

**HUGO ANDRÉS CÓRDOBA**

**URIEL ANTONIO SUÁREZ Q.**

**JAIME DE JESÚS ALZATE LONDOÑO**

**JAMES DÍEZ**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**FACULTAD CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS**

**SECCIONAL BELLO - ANTIOQUIA**

**2015**

## Tabla de contenido

<b>Lista de figuras.....</b>	<b>6</b>
<b>Lista de tablas.....</b>	<b>7</b>
<b>Planteamiento del problema .....</b>	<b>8</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>16</b>
<b>Objetivo general .....</b>	<b>16</b>
<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>16</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>17</b>
<b>Marco Referencial.....</b>	<b>20</b>
<b>Concepto de vejez .....</b>	<b>20</b>
<b>Etapas del desarrollo.....</b>	<b>24</b>
<b>Adultez Intermedia .....</b>	<b>28</b>
Cambios físicos en la edad adulta intermedia. ....	30
Características específicas del desarrollo evolutivo y condiciones de vida en adultos mayores.....	32
<b>Autoesquemas.....</b>	<b>35</b>
Aaron Beck: Esquemas.....	41
<b>El autoconcepto .....</b>	<b>47</b>
<b>El autoconcepto en el adulto mayor .....</b>	<b>48</b>
Goñi. A. ....	50
Cuestionario (CAF): Goñi, Ruiz de Azúa y Liberal (2004). ....	54
<b>Autoimagen.....</b>	<b>55</b>
<b>Autoestima .....</b>	<b>58</b>

Teóricos que dieron inicio a la terapia cognitiva y sus diferencias metódicas.....	59
<b>Marco contextual .....</b>	<b>67</b>
<b>Nombre y descripción de la institución .....</b>	<b>67</b>
Visión .....	71
Misión.....	71
Principios institucionales.....	71
Políticas institucionales .....	72
<b>Diseño metodológico .....</b>	<b>73</b>
<b>Tipo de investigación.....</b>	<b>74</b>
<b>Técnicas e instrumentos de recolección de información.....</b>	<b>74</b>
<b>Categorías de análisis.....</b>	<b>76</b>
<b>Población.....</b>	<b>77</b>
<b>Descripción de la Muestra .....</b>	<b>78</b>
<b>Análisis e interpretación de la información.....</b>	<b>80</b>
<b>Tabulación Test. Tabla A1 .....</b>	<b>80</b>
<b>Discusión e interpretación de los datos, con referencia a los cambios físicos frente al autoconcepto, a la luz de los teóricos.....</b>	<b>95</b>
<b>Aaron Beck .....</b>	<b>95</b>
<b>Walter Riso .....</b>	<b>98</b>
<b>Goñi .....</b>	<b>100</b>
<b>Interpretación y relación de los datos arrojados en la entrevista y el test CIE.....</b>	<b>103</b>
Atractivo físico .....	104
Habilidades físicas.....	106
Condición física o fuerza.....	107
<b>Autoconcepto. ....</b>	<b>109</b>
<b>Síntesis general .....</b>	<b>111</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>113</b>

<b>Recomendaciones .....</b>	<b>116</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>122</b>
<b>Cibergrafía.....</b>	<b>127</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>128</b>

**Lista de anexos**

	Pág.
Anexo A. CIE test de autoconcepto y autoimagen.....	128
Anexo B. Entrevista 1.....	131
Anexo C. Entrevista 2.....	135
Anexo D. Entrevista 3 .....	139
Anexo E. Entrevista 4.....	143
Anexo F. Entrevista 5 .....	147
Anexo G. Entrevista 6 .....	151
Anexo H. Entrevista 7 .....	155
Anexo I. Entrevista 8.....	159
Anexo J. Entrevista 9.....	163

## Lista de figuras

Figura 1. Relación entre los sistemas de creencias.....	46
Figura 2. Tipos de esquemas. ....	47
Figura 3. Representación de la estructura jerárquica del autoconcepto. ....	53
Figura 4. El Modelo de la ecuación informacional en la Terapia Cognitiva.....	63
Figura 5. Relación estímulo-respuesta-consecuencia en el modelo de Riso. ....	64
Figura 6. Modelo de Riso. ....	65
Figura 7. Luzmila Marulanda Álvarez. ....	67

## Lista de tablas

Tabla 1. Recopilación histórica de la evolución de la psicología cognitiva.....	60
Tabla 2. Categorías de análisis.....	76
Tabla 3. Tabla A1: cruce de variables para autoconcepto.....	81
Tabla 4. Tabla B2: tabulación de resultados para autoimagen.....	83
Tabla 5. Relación entre las puntuaciones de autoconcepto y autoimagen. ....	84
Tabla 6. Correlación categorías y entrevistas, sujeto 1. ....	85
Tabla 7. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 2 y 3.....	86
Tabla 8. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 4 y 5.....	88
Tabla 9. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 6 y 7.....	89
Tabla 10. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 8 y 9.....	90
Tabla 11. Correlación categorías y entrevistas, sujeto 1. ....	91
Tabla 12. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 2 y 3.....	91
Tabla 13. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 4 y 5.....	92
Tabla 14. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 6 y 7.....	93
Tabla 15. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 8 y 9.....	94

## **Planteamiento del problema**

A través del tiempo, la psicología del desarrollo se ha preocupado por investigar, desde lo bio-psico-social, el paso de la adultez a la vejez, etapas que se reconocen como difíciles de transitar por los cambios que surgen desde lo cognitivo, lo emocional, lo psicológico y, especialmente, el concepto que el sujeto tiene de sí mismo. Estas etapas del ciclo vital, como son la adultez y la vejez, traen a colación para el individuo un sinnúmero de acontecimientos que pueden ser positivos o negativos. En una de las investigaciones de Miranda (2011) sobre la psicología del desarrollo dice que, para algunos individuos, la transición de la adultez a la vejez se convierte en un proceso perturbador y, a menudo, el individuo se dedica a la revisión de la vida, recordando el pasado y pensando qué hacer en el futuro; pero, a consecuencia de ello, algunas veces se imagina que modificando la conducta (y su aspecto físico) durante los años que le quedan de vida, podría mejorar su estilo de vida y concluirla de una manera aceptable y sana.

El ser humano, al pasar por algunas etapas en su vida y mirándolo desde lo bio-psico-social, se enfrenta a procesos de cambio, tanto a nivel físico como psicológico, los cuales pueden ser aceptados o también vistos como perturbadores, dañinos y que, además, generan tensiones y miedos en las personas. Estas son situaciones que modifican la forma de encarar su vida y la relación entre su aspecto físico y su estilo de vida. Por lo tanto, estas conductas le permiten a la psicología evaluar, comparar y comprender la evolución y los cambios que se generan en esta etapa del desarrollo del individuo. (Asociación de Psicólogos Argentinos, s.f.)

Desde diferentes conceptos y perspectivas de la psicología, la transición de la edad adulta a la vejez se convierte en un proceso de replanteamiento de la vida y duelo por varias pérdidas, entre ellas la juventud y la condición física. Esta transición constituye una etapa estresante para la mayoría de las personas, pero llena de oportunidades para seguir creciendo y desarrollándose. Se considera que en esta edad se alcanza la cumbre vital porque se cuenta con una gran cuota de sabiduría, poder y madurez.

Según la Asociación de Psicólogos Argentinos a través de su página web, en un artículo sobre el ciclo de vida:

En esta transición, se genera en el individuo un tiempo de búsqueda dentro del sí mismo, de cuestionamiento y evaluación de los logros alcanzados a lo largo de la vida. Una vez que se ha hecho el balance acerca del tiempo vivido, nuevamente se realizan elecciones. Muchas veces, éstas están definidas por eventos más o menos traumáticos como: los cambios físicos, enfermedad, y los cambios en la imagen corporal. Se desarrolla un sentido de urgencia, donde se cree que el tiempo se está acabando, y al mismo tiempo, se toma conciencia de la propia mortalidad. De manera que el “cómo” y “en qué” se invierte el tiempo, se convierte en un asunto de gran importancia. En el plano biológico, se produce un estancamiento en el desarrollo y la capacidad funcional. El cuerpo está más cansado y los cambios fisiológicos que se empiezan a manifestar pueden tener efectos dramáticos sobre el sentido que la persona tiene de sí misma. Muchas personas no pueden ver el paso del tiempo con naturalidad y hacen esfuerzos dramáticos para verse jóvenes (Asociación de Psicólogos Argentinos, s.f.).

Peck (1968) plantea en su teoría, que se basa en la aceptación, la autodefinición y la trascendencia, que es la vejez o edad tardía en la que se reconoce la preocupación por el papel que se ocupa en la sociedad, así como la importancia por el mantenimiento del cuerpo, buscando su identidad y autodefinición.

De la Puente Herrera (2011) explica cómo, desde hace más de 50 años, los modelos imperativos de relación industrial en Occidente han determinado los paradigmas de relación social, económica, de moda, salud, cultura y religión, que se convierten en valores, hábitos y costumbres; valores esencialmente incorporados en las sociedades occidentalizadas y que, orientados a un modelo de consumo, han llevado a los extremos hábitos, lo que, desde la antropología, permite determinar las estéticas visuales y ciertos códigos como la belleza, la moda, la alimentación, el ejercicio, la cosmetología, la salud, la eterna juventud, entre otros, modelos que prevalecen actualmente.

En una investigación hecha en la Facultad de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma de México por Herrera y González (2013), cuyo tema principal lo constituyeron los cambios psicológicos en el adulto mayor, se pudo observar que se hace énfasis en la alteración de los rasgos físicos, en el aspecto externo y en la fragilidad física y biológica. También afirman los investigadores que, al llegar a la vejez, se cambia el estatus en las personas que han alcanzado esta etapa, por los factores que configuran la posición social del anciano; así, el estatus se define en parte por comparaciones entre grupos: edad, sexo, profesión, etc. La imagen desvalorizada y negativa que la sociedad tiene acerca de la vejez influye poderosamente en la percepción que el adulto mayor tiene de sí mismo, de su autoconcepto y de su autoimagen.

Según Kornfeld (2004), para el modelo médico tradicional, la vejez es sinónimo de incapacidad, lo que proyecta sobre los mayores una imagen de inutilidad social, de resignación, de apatía y de temor a la participación social activa. Las características discriminatorias de la sociedad hacia las personas mayores dificultan su tarea de enfrentar el envejecimiento exitosamente. De esta manera, el ser anciano determina asumir un rol estigmatizado y asignado arbitrariamente por la sociedad. Bandera y Kornfeld (2004) mencionan que la autoimagen

desvalorizada repercute en los propios adultos mayores, quienes, al hacer suyas estas ideas, llegan a percibirse a sí mismos en tales términos: asumen cualquier deterioro como negativo, tienden a asumir una actitud de apatía y resignación, lo que no les permite crear las oportunidades que la sociedad no les ofrece.

En este mismo sentido, se podría decir que la autoimagen desvalorizada se refiere a estereotipos sociales en torno a la tercera edad. La imagen desvalorizada y negativa de la vejez es la internalización, por parte de los adultos mayores, de una imagen negativa y de una baja capacidad o efectividad en el comportamiento social. Parafraseando a Erikson y Peck (1968), el desarrollo de la edad adulta es cualitativamente distinto de las etapas anteriores, por su alto grado de variabilidad frente a las condiciones sociales y personales experimentadas por las personas mayores. La etapa de la adultez mayor es la menos estudiada por la psicología evolutiva (Herrera y González, 2013).

Es esencial e importante enfatizar, en esta investigación, sobre la importancia del autoconcepto y la autoimagen en estas etapas de transición del individuo, reconociendo que estos autoesquemas pueden variar en cuanto a su concepto y hacer que el individuo se preocupe por su aspecto físico y por su fortaleza física, más en estas edades que en otros momentos de su vida.

De acuerdo con lo que plantea Schroots (1996), el individuo, en la etapa de la adultez, hace un 'pare' para reflexionar sobre su vida; y es que todos los individuos poseen la cualidad de controlar su propia personalidad y poder cambiarla en cualquier época o instante de la vida, incluso en la vejez, por lo cual se ve en la necesidad de recordar acciones importantes, para sentir que se ha vivido plenamente. Continuando con Schroots (1996), se puede plantear que el individuo reconoce y evalúa su autoconcepto desde la dimensión del tiempo y el estado en que se encuentra efectuando reflexiones para enfrentar su próxima etapa. A un nivel general, en la

sociedad se reconoce someramente el tema del autoconcepto en las diferentes etapas de la vida. Esto plantea un vacío de conocimiento sobre los fenómenos del autoconcepto referidos a la tercera edad.

La falta de comprensión y aceptación del autoconcepto en la vejez lleva a las personas a no contar con herramientas vitales para enfrentar la vida con mayor control del estrés, sin amarguras, sin culpabilidad o inestabilidad. De George Vailant (1977) habla de una serie de esquemas adaptativos que sirven de defensa a los problemas. La personalidad de un individuo en edad adulta intermedia, y que carece de este tipo de defensas adaptativas para enfrentar las características de dicha etapa, acarrea lo que se denomina como problemas de autoconcepto y autoimagen.

En algunas investigaciones del ámbito mundial, como la del psicólogo clínico Levinson (1986), se señala que el cambio que se presenta en la madurez dura unos cinco años entre los 40 y los 45 años de edad, periodo en el cual el individuo se enfrenta a cuatro conflictos que han existido en su vida desde la adolescencia: 1) ser joven frente a ser viejo; 2) ser destructivo a ser constructivo; 3) ser masculino frente a ser femenino; y, por último, 4) sentirse unido a otros frente a sentirse separado de los demás.

Retomando a Schroots (1996), se puede plantear que no existen unos rangos establecidos o unos linderos generalizados que permitan, en términos investigativos, establecer una relación estándar entre los cambios físicos, el cambio de edad, el proceso de envejecimiento y los cambios de comportamiento.

En algunas revistas que hablan del desarrollo del individuo, se ha dicho que el comienzo de la adultez se retrasa debido a los estilos de vida saludable, que caracterizan cada vez a más

personas, y a los avances médicos, que retrasan el proceso de envejecimiento. Parece que la adultez se extiende durante más años, en los individuos activos, sanos y productivos.

Desde la antropología, en particular desde Harris (1990), se puede afirmar que los conceptos, las categorías y los rangos de edad se ven alterados por las prácticas sociales y culturales; de ahí que sea difusa la línea de tiempo para las etapas evolutivas del ser humano y, aún más complejo, determinar la relación conducta-desarrollo.

Hoy se habla, desde la Constitución Política de Colombia, de que las personas, al cumplir sus 18 años, ya son adultas, pero eso no quiere decir que hayan logrado madurez psicológica e independencia económica, más ahora cuando algunos jóvenes continúan sus estudios sin ingresar aún al mercado laboral, extendiendo, por así decirlo, su ‘salida de casa’. Todos estos fenómenos de carácter social dificultan el estudio de estas etapas del desarrollo y crean nuevos interrogantes para poder abordar dichas categorías en el sujeto.

En una investigación hecha en la Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte de la Universidad Tecnológica de Pereira, en el año 2008, con el objetivo de caracterizar el nivel de funcionalidad cotidiana de un grupo de 30 adultos mayores en edades entre los 40 y 60 años, pertenecientes al club de salud Añoranzas de Coeducar-Comcaja (Arboleda, Vargas y Galicia, 2008), se pudo deducir que la actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción de la ejecución motora, la lentitud de los reflejos y el descenso del tono muscular, entre otros factores, provocan incoordinación y torpeza motriz. Se puede determinar el nivel de funcionalidad del adulto mayor teniendo en cuenta, como factores agravantes del envejecimiento, la dependencia funcional y la incapacidad de realizar funciones de tipo cotidiano como vestirse, comer con eficiencia, pararse y sentarse en muebles, caminar con firmeza y

seguridad, sostener objetos, entre otros; estas dificultades conllevan a que los adultos mayores se conviertan en una carga para quien se encuentra en su entorno social y principalmente familiar.

Se puede deducir, entonces, que en la transición de la edad adulta intermedia a la vejez, también se manifiestan estos mismos factores, que van afectando al individuo en esta etapa; en este mismo sentido, se hace alusión a los cambios físicos que se presentan en esta transición, la pérdida de las habilidades físicas, de la capacidad física o fuerza, y un concepto no muy claro en el individuo de su propio autoconcepto o atractivo físico (autoimagen).

Según la página web Plan B, sobre el desarrollo psicológico en el ciclo vital de la vida:

No existe una línea divisoria que determine cuando empieza la vejez, ya que, va a depender de cada persona y su actitud, ante su apariencia física e ilusiones en la vida. La vejez, es el periodo de la vida en que la persona pasa a ser anciana. La transición de la edad adulta intermedia a la vejez, es el paso de los 45 a los 65 años, es decir, cuando el individuo está en esta transición, se puede presentar una serie de dificultades frente al autoconcepto de vejez, que no todos los individuos, están preparados para afrontar y ser capaces de auto regular (Plan B, 2011).

Hay que recalcar que ser anciano no significa estar enfermo o incapacitado, ya que muchas personas mayores tienen un buen estado de salud, cognitivo y psicológico.

Según el último estudio de 'Envejecimiento y vejez' en Colombia, basado en las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010, publicado en el 2013, Elisa Dulcey-Ruiz, investigadora principal, hace un análisis estadístico de la población de la edad adulta en Colombia. Es significativo el aumento de este grupo poblacional; adicionalmente, aunque las variables de dicho informe son estadísticas desde salud, vivienda, educación, trabajo, acceso a servicios y relaciones familiares, se logra visibilizar una problemática que está latente y que requiere medidas urgentes. Este estudio también tuvo incidencia para determinar políticas de atención, prevención y promoción.

De ahí la importancia de que se continúen haciendo esfuerzos investigativos, que lleven a profundizar los conocimientos psicológicos que se tienen en torno a las problemáticas de las personas que llegan a esta etapa de la vida. Por ejemplo, se sabe que en la población a intervenir en el municipio de Bello, Antioquia, a 2014, según el Plan de Desarrollo 2014-2018, existen políticas de acompañamiento a la población en edad adulta tardía o vejez, que no son significativas para la realidad de los beneficiarios en dicha localidad. Tales acompañamientos son asistencialistas por la escasez de los recursos, faltando programas que apunten a estudios de personalidad, conducta y desarrollo cognitivo. Hasta el momento no se han realizado, en el municipio de Bello, investigaciones de salud pública de alto impacto, como en el caso del adulto mayor. No se han implementado tampoco talleres o intervenciones en esta vía.

Ante la situación planteada, se decidió buscar la muestra en el Hogar del Desvalido en el municipio de Bello, Antioquia, institución geriátrica que cuenta aproximadamente con treinta internos, quienes no cuentan con este tipo de investigaciones psicológicas ni con herramientas diagnósticas para mejorar su calidad de vida.

De conformidad con los anteriores planteamientos, la presente investigación pretende dar respuesta al siguiente interrogante: ¿cómo inciden los cambios físicos sobre el autoconcepto del individuo, en la transición de la edad adulta intermedia a la vejez, en un grupo de internos entre los 48 y 58 años de edad, en el Hogar del Desvalido del municipio de Bello (Antioquia)?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar la incidencia de los cambios físicos sobre el autoconcepto del individuo, en la transición de la edad adulta intermedia a la vejez, en un grupo de internos entre los 48 y 58 años de edad, en el Hogar del Desvalido en el municipio de Bello, Antioquia.

### **Objetivos específicos**

- Describir los principales cambios físicos, que presentan los adultos entre los 48 y 58 años de edad, del Hogar del Desvalido del municipio de Bello (Antioquia).
- Detectar los niveles de autoconcepto que muestran los adultos entre los 48 y 58 años de edad, del Hogar del Desvalido del municipio de Bello (Antioquia).
- Establecer la relación entre los cambios físicos y el autoconcepto, que presentan los adultos entre los 48 y 58 años de edad, del Hogar del Desvalido del municipio de Bello (Antioquia).

## **Justificación**

A través de la historia del siglo XX, parafraseando a Thomae (1993), la psicología del envejecimiento y la vejez ha dado luces para entender la totalidad de la vida. Sus objetivos, primordialmente, han estado guiados a entender los cambios que se generan en esta edad, en lo físico, lo psicológico, lo fisiológico y lo psico-social, para ayudar al individuo a desarrollar una vida sana, íntegra, reconfortante, coherente y digna.

Como equipo investigador de la presente tesis, de las múltiples lecturas encontradas sobre la vejez, de una manera atrevida y desde una mirada contemporánea, se extrae que no hay un concepto o definición fija de la palabra vejez; es más, ni siquiera existe una delimitación clara para conceptualizarla, ya que el término varía desde lo cultural, desde su definición, su contexto, el concepto personal y los valores sociales. Ahora, se hace una mirada del fenómeno, y con mayor razón sobre el impacto que se genera en los individuos, al momento de hacer un 'pare' para reflexionar o cuestionar algunos cambios físicos y psicológicos que se manifiestan en esta etapa de desarrollo y del ciclo vital.

Con referencia a lo anterior, el grupo de investigación ve importante determinar, abordar y describir esta transición, ya que, en la edad adulta intermedia a la vejez, se presentan muchos interrogantes en los individuos, los cuales, sin un buen abordaje o conocimiento, pueden modificar el autoconcepto y la autoimagen, colocándolos en desventaja con la sociedad, el entorno familiar e, incluso, en ellos mismos como tales.

Dadas las condiciones que anteceden, el tema psico-social que justifica la ejecución de esta investigación en el municipio de Bello, y principalmente en el Hogar del Desvalido, es la difusión y la sensibilización ante los internos objeto de estudio del Hogar. Se espera que ellos acepten y reconozcan estos procesos, o estados del sujeto, como etapas naturales del ciclo vital. Es importante que estos individuos, como personas en la transición entre estas edades, puedan tener respuesta a sus interrogantes con relación a sus cambios físicos, su autoconcepto personal, y que consideren que el envejecimiento es un ciclo normal en todo individuo.

Cabe agregar que la pregunta de investigación sobre la transición de la adultez intermedia a la vejez, ha sido un tema que el grupo de investigación ha cuestionado desde semestres anteriores, dándole una trayectoria y un seguimiento académico como tema relevante desde la psicología evolutiva, convirtiéndose, además, en pregunta de investigación para el proyecto de grado.

Es importante tener en cuenta, en esta investigación, las tendencias existentes en la sociedad actual de culto a los cánones de belleza y que, día a día, se encaminan hacia la búsqueda de la eterna juventud. Este fenómeno afecta la realidad del sujeto, incitándolo a la experimentación de todo tipo de modas, cirugías, dietas, fármacos y deportes, para ‘retroceder’ la edad.

Es justificable y oportuna, en esta investigación, la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación profesional del grupo investigador, haciendo relevancia al momento de abordar los temas principales de estas etapas de desarrollo evolutivo del individuo, y hacer un acercamiento teórico, ahondando en los conceptos de autores cognitivos que aporten al tema de foco central: los cambios físicos y el autoconcepto. Las diferentes herramientas

metodológicas e instrumentos, como la entrevista semiestructurada y el test, permiten extraer información relevante para el proceso de ejecución de dicha investigación.

Después de lo anteriormente expuesto surgen, en el equipo de investigación, las inquietudes que han permitido formular la pregunta de investigación sobre la incidencia de los cambios físicos sobre el autoconcepto del individuo, en la transición de la edad adulta intermedia a la vejez, en un grupo de internos entre los 48 y 58 años de edad, del Hogar del Desvalido del municipio de Bello, Antioquia.

A los efectos finales de esta investigación, se espera que el concepto de cambios físicos y el autoconcepto de los individuos en dicha transición y, en especial, en los internos del Hogar del Desvalido o en poblaciones futuras, se tenga un buen conocimiento y mejores conceptos sobre estos factores que van emergiendo durante la transición a la vejez, y que los primeros sean incorporados a la cognición del individuo para que, de esta manera, adquiera una buena salud mental, así como un buen proceso evolutivo y psicológico, porque ignorar estos procesos de desarrollo del individuo solo conlleva a una inestabilidad emocional, debido al concepto propio y erróneo de su autoconcepto y autoimagen. En efecto, el apartar o marginar a los individuos que transitan por estas edades, no aporta al desconocimiento de su realidad biológica.

Finalmente, se espera invitar y sensibilizar a los individuos del Hogar del Desvalido para lograr adquirir un autoconcepto más claro, fortaleciendo así su calidad de vida. Con los hallazgos y recomendaciones finales, se espera que esta investigación pueda contribuir con información valiosa y pionera, al momento de una descentralización, y que sea material de trabajo para fundaciones, hogares geriátricos, personal de la salud que trabajen con ancianos e, incluso, para la misma integridad del individuo que está viviendo la transición de estas etapas.

## **Marco Referencial**

En el presente marco teórico se expone un cruce de términos y autores que, desde la psicología, entrelazan lo cognitivo, el desarrollo evolutivo, el comportamiento, la autoimagen, el autoconcepto, la adultez y la vejez. Autores como Goní, Walter Riso, Aaron Beck y Martínez serán exponentes centrales para reforzar los planteamientos investigativos.

### **Concepto de vejez**

De acuerdo con Ibeas (2006), sobre los mecanismos biológicos del envejecimiento se han propuesto más de trescientas teorías a lo largo de la historia y la mayoría se complementan o, por lo menos, no se excluyen mutuamente. Esta multiplicidad de teorías conlleva a que el envejecimiento pueda entenderse como un proceso universal, que resulta intrínseco y paulatino, el cual se desarrolla a lo largo de la vida, tendiendo hacia él todo ser vivo; existe, por tanto, una relación e interacción entre el medio ambiente y el programa genético del individuo.

Ibeas afirma:

El envejecimiento es un fenómeno universal y al que todas las especies están sometidas y, por lo menos, en los animales superiores, no se originan igualen dos individuos de la misma especie. No es el envejecimiento fruto de un solo factor. Evidente que todos los agentes (...) tienen relación con una parte del proceso. Es el envejecimiento un proceso en el cual inciden numerosos factores, intrínsecos, extrínsecos, genéticos, circunstanciales, entre otros. (2006, p. 49).

Tradicionalmente la vejez se asociaba con enfermedades, con dependencia y con falta de productividad; sin embargo, en la actualidad, la realidad no coincide con esta opinión. Con la edad, la mayoría de las personas se adaptan al cambio y se convierten en recursos potenciales para la comunidad, a la cual contribuyen a través de actividades tanto remuneradas como voluntarias (OMS, 2011).

No existe una línea divisoria que determine cuándo empieza la vejez, ya que esto va a depender de cada persona y de su actitud ante su apariencia física y sus ilusiones en la vida. Sin embargo, diferentes autores de tendencia evolutiva identifican distintas fases de la adultez y, por ende, establecen límites diversos para el inicio de la vejez. En este sentido, Havighurst (1953) propone cinco períodos en el desarrollo evolutivo del individuo. Tales periodos son: en primer lugar, la adultez temprana (de los 30 a los 40 años), donde las principales características o ‘intereses dominantes’ son de tipo social, profesional y familiar; en segundo lugar, se afianzan los tres ‘intereses dominantes’ del periodo anterior en la madurez (de los 40 a los 50 años) y se hace patente la generatividad, la aspiración y el compromiso de educar a la sucesiva generación; en tercer lugar, se confirman las constantes del periodo anterior pero dándose una corrección de conductas, ya en el periodo final de la madurez (de los 50 a los 60); en cuarto lugar, la jubilación induce al retiro (la década de los sesenta años), por lo cual deben fomentarse nuevos roles, nuevas amistades, nuevos grupos de edad, otras aficiones, etc.; y, por último, la aceptación del retiro (década de los setenta y más), que implica buscar la manera de conservarse lo más ágil y saludable posible, acomodándose a los límites físicos propios de la edad.

Por su parte, Gould (citado por Ibeas, 2006) afirma que el desarrollo del individuo se estructura en siete transiciones y en cada una de ellas se dan determinadas ‘transformaciones’. Las referencias de la edad no implican un modelo estricto, sino que ello depende de los

individuos o, incluso, del grupo social al que pertenecen. Estos factores actúan de manera fluctuante en las transiciones. La primera transición va de los 16 a 18 años, cuando termina el dominio paterno y, por consiguiente, se obtiene la libertad personal y social; la segunda transición va de los 18 a 22 años, en la cual el individuo forma su grupo social, compuesto por sus amigos o iguales, que sustituye a la familia; la tercera transición va de los 22 a 29 años y se constituye en los últimos años de dependencia psicológica paternal; la cuarta transición comprende de los 29 a 35 años, en la cual aparece la madurez psicológica y mental; la quinta transición comprende de los 35 a 43 años, cuando la autoridad de los padres es inexistente y los hijos todavía no cuestionan la de sus mayores en el grupo; en la sexta transición, que va de los 43 a los 50 años, se comprende una etapa preparatoria para afrontar las siguiente y definitiva; por último, en la séptima transición, que va de los 50 a 60 años, la vida se concibe diferente en valores, necesidades y propósitos, hay más comprensión con el pasado y el presente, aumentan los afectos hacia la familia, aumenta el interés por la nueva generación que sube y a la que se pretende trasladar la experiencia y los conocimientos. En otras palabras, se asume que la vida es finita.

Por último, Levinson (1986) realizó un estudio en la universidad de Yale, planteando la existencia de un sistema de relaciones del individuo que evoluciona a lo largo de su vida, al que llamó 'estructura de la vida'. Lo define como "la pauta que subyace o diseña la vida de un sujeto en un momento de terminado" (Levinson, 1986). Dicha 'estructura de vida' se basa esencialmente en la familia y en el trabajo, aunque se incluyen también otros factores como la religión, la raza o el entorno. Las etapas o fases son:

1) Pre-adultez: es una fase intermedia que llama a la transición a la adultez temprana y va de los 17 a los 22 años; en este periodo se inician las primeras relaciones, la formación

académica y el inicio de la independencia económica y paternal. Es el periodo de formación de la persona que avanza hacia la adultez.

2) Adultez temprana (17 a 45 años): se caracteriza por el ingreso en el mundo adulto (de los 22 a los 28 años); este período se caracteriza porque la persona comienza a plantearse un objetivo (sueño) y porque aparece la ‘escisión de género’, pues parece ser que varían los objetivos en cuanto a la relación hombre-mujer, que ya no son los mismos.

María Victoria Hernando, abordando las teorías sobre el fenómeno del envejecimiento, dice:

Muchas veces el sueño, el ideal, en esta fase es el trabajo o profesión al que dedicarse. a)

Dependiendo de los valores que priman en la sociedad en un momento determinado, los jóvenes se decantan por una profesión u otra. Si predominan los valores de tipo social, tienden a ser periodistas o educadores, en el caso que sean los valores técnicos los que primen, serán las carreras técnicas, ingenieros, informáticos, matemáticos, las más interesantes. b) Tener una referencia (o mentor), no exclusivamente en campos de estudio, sino también en la profesión, instrucción, dirección, control etc., en cualquier campo. c) Profesión. No se plantea la elección de carrera sino el impacto que se produce en el individuo cuando entra a formar parte del mundo laboral. El inicio no es en la mayoría de las ocasiones como han soñado, debe afrontar la realidad y las circunstancias reales que él había idealizado en demasía. d) Intimidad. Aparte de la intimidad sexual, alude a la intimidad afectiva de la pareja y al logro común del sueño u objetivo planteado en común. - Segunda transición, de los 28 a los 33: Es una etapa de recapitular todos las responsabilidades adquiridas y afrontarlas, a todos los niveles: familiar, profesional y social. Culminación de la edad temprana, 33 a 40 años (Hernando, 2006).

De esta manera, la persona tiene su vida encarrilada y ahora debe asegurar los logros y fortalecer la posición familiar y social. Se prepara en esta fase para la ‘crisis de la mitad de vida’, desapareciendo el mentor y afrontándolo todo por sí solo.

3) Adulthood intermedia (40 a 65 años): comprende el ingreso en la edad adulta intermedia (45 a 50 años), en el cual el individuo tiende a buscar nuevas opciones en la familia, en el trabajo y en el ámbito social, y es por ello una etapa de transición; luego adviene la culminación de la adultez intermedia (55 a 60 años), cuando el individuo tiene una situación sólida en sus intereses pero aparece una crisis debido al paso a la vejez.

4) Adulthood tardía (60 en adelante): es una etapa de evocaciones al pasado, en la cual ya no hay expectativas ni ideales; es tiempo de paz espiritual y de examen de lo que ha sido la vida, en espera de una muerte cada vez más próxima. La ancianidad es una quinta etapa que se da a partir de los 80 años, pero no ha sido estudiada suficientemente, a criterio de los investigadores.

### **Etapas del desarrollo**

Para Martínez (2004), la etapa adulta supone también un conjunto de tareas que varían de acuerdo con la edad. El crecimiento adulto se define a partir de ciertos logros sociales, muy influidos también por la cultura. En general, existe un consenso en cuanto a considerar tres etapas básicas en el desarrollo adulto, aunque con ciertas discrepancias con respecto a la duración de cada una de ellas y a su denominación. Así, la adultez temprana o juventud se extiende de los 20 a los 40 años aproximadamente; la adultez media o madurez, de los 40 a los 60; y la adultez tardía o vejez, de los 60 o 65 en adelante.

Los inicios de la adultez temprana generalmente se asocian al logro de la independencia, tanto económica como emocional, lo que supone la inserción en el mundo laboral. De este modo, el trabajo resulta ser uno de los ejes fundamentales de desarrollo; el otro eje lo constituyen los vínculos que el adulto establece con los demás. Uno de los objetivos más importantes de esta

etapa es conseguir un equilibrio entre situarse y prosperar, cumplir con las nuevas obligaciones, establecer vínculos más profundos y conseguir reconocimiento. La adultez media corresponde a una de las etapas más productivas de la vida, tanto en el ámbito laboral como en el social. Las tareas fundamentales de esta etapa tienen que ver con la perpetuación de la cultura y la aceptación de los cambios físicos. Esta es la etapa que muchos describen como la de la crisis media de la vida, en la que surge una suerte de evaluación de todo lo pasado; la percepción y valoración del tiempo presentan, así, cambios importantes con respecto a la etapa anterior. Aquí aparecen los primeros signos de envejecimiento y la necesidad de adaptarse a ellos (Martínez, 2004).

Al respecto de la adultez intermedia, Álvarez, León y Espinoza (2008) sostienen que se trata de la etapa comprendida entre los 40 y los 55 años aproximadamente. En esta fase, las personas participan plenamente de las actividades sociales y muchas comienzan sus vidas profesionales. Algunas preocupaciones que se presentan en esta etapa son mantener un empleo fijo o permanente y encontrar una pareja estable para formar un hogar; se consolidan los roles sociales, a la vez que se genera un descenso en las habilidades sensoriales y capacidades físicas; es un periodo fructífero en cuanto al trabajo profesional y creativo, en el cual las tensiones laborales empiezan a afectar el bienestar físico y emocional; finalmente, en esta etapa a algunos adultos les corresponde estar al cuidado de sus hijos adolescentes, si la persona está casada o tiene un compañero permanente.

Con respecto a aspectos emocionales y personales, señalan Álvarez et al. (2008) que el cambio por el lado sexual conduce a manifestaciones más afiliativas y afectivas en los hombres, incorporando características femeninas a su personalidad, mientras que las mujeres se muestran más agresivas y asertivas.

Por su parte, en las mujeres se vive la menopausia (45-50 años), periodo en el que se da la pérdida de la capacidad reproductora; a ello se suman el mal genio, la labilidad, la falta de energía y el desajuste en relación al equilibrio anterior; además, se perciben cambios a nivel físico y psicológico, del tipo ‘me estoy poniendo vieja, ya no puedo tener más hijos’.

Finalmente, señala Martínez (2004) que la adultez tardía se encuentra asociada al envejecimiento físico, el cual resulta de una combinación de factores genéticos y ambientales. Son muchos los prejuicios y estereotipos sobre la vejez. Desde esta perspectiva, se puede hablar de viejos-jóvenes para referirse a las personas entre los 55 y los 85 años que cuentan con buena salud, están bien integrados a la vida familiar y a la comunidad e incluso son políticamente activos. Como contraste, los viejos-viejos, mayores de 85 años, son más vulnerables y requieren de cuidado y ayuda especial.

Desde el punto de vista cronológico, según Moragas (1991), la vejez implica haber cumplido 55 años en las mujeres y 62 años en los hombres, tomando como referencia a Colombia, donde estas son las edades retiro tradicional. La edad cronológica se agrupa en años, lustros y décadas; empero, se debe analizar individualmente, por ejemplo, que un trabajador manual de un país en vía de desarrollo puede morir por exceso de trabajo y falta de alimentación a los 40 años, mientras que, a la misma edad cronológica, un ciudadano de una nación desarrollada está casi comenzando su vida profesional.

Desde una perspectiva funcional, la vejez puede ser tomada como sinónimo de incapacidad o limitación y refleja la asimilación tradicional de la vejez y las diferentes limitaciones. Se trata de un concepto erróneo, pues la vejez no representa necesariamente incapacidad y, por lo , el viejo no es funcionalmente limitado; antes bien, las barreras frente a la funcionalidad de los

ancianos son con frecuencia fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez, y no se deben a deficiencias reales.

Según Álvarez et al. (2008), en esta edad aparecen canas, calvicie, sequedad cutánea (arrugas), disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de reacción, acumulación de tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo, andropausia (disminución de la hormona masculina: la testosterona), disminución en la cantidad de espermatozoides y su velocidad, y disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales. Con la pérdida de la testosterona se da una cierta inestabilidad sexual, frente a lo cual se requiere más estimulación y apoyo de parte de la pareja.

Todos estos cambios generan mucha angustia y un duelo por el cuerpo joven, a la vez que refuerzan la conciencia de la vejez y la muerte próxima. En esta etapa se debe generar un proceso de aceptación de la nueva imagen física, para que los cambios sean integrados a la personalidad. Estos cambios no implican una pérdida de las funciones, sino que estas disminuciones conllevan la generación de cambios en los hábitos de vida.

Levinson (1986) hace referencia a la denominada adultez tardía, la cual comprende la edad de los 60 años en adelante; se trata, básicamente de una etapa de evocaciones al pasado; el autor plantea que en este periodo desaparecen las expectativas y los ideales y, por ende, el individuo entra en una etapa de paz espiritual y de autoexamen de lo que ha sido su vida, ya que la persona asume la muerte como un evento propio y cercano.

La vejez, o senectud, es el periodo de la vida en que la persona pasa a ser anciana. Este periodo inicia a los 65 años, que es justamente cuando el individuo es obligado a jubilarse y puede recibir su pensión por parte de la seguridad social. Empero, como hay muchas personas que continúan vigorosas y con mucha capacidad cognitiva hasta edades más avanzadas, esto replantea la definición de vejez y hace que la jubilación forzosa no pueda aplicarse en muchos

trabajos hasta los 70 años. Esto trae consigo repercusiones en las políticas sociales, los ciclos políticos, la estabilidad fiscal y los modelos de familia en la sociedad, puesto que la población anciana es un sector importante en la demografía.

Las afecciones crónicas son los problemas de salud más comunes en personas de 65 años. Las más frecuentes son: artritis, reumatismo, problemas cardíacos, hipertensión y deterioro de las extremidades inferiores, caderas, espalda y espina dorsal. Las afecciones agudas como resfriados y gripes son menos comunes en la vejez.

Por último, desde una óptica evolutiva y del desarrollo, la vejez resulta ser el periodo más equilibrado y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa de valoración de periodos anteriores. La vejez constituye otra etapa de la vida, como la niñez o la adolescencia, y se distingue por su serenidad de juicio, la experiencia, la madurez vital y una nueva perspectiva de la historia personal y social.

### **Adulter Intermedia**

Según Troll (1989), la adulter intermedia se define como el periodo de tiempo comprendido entre los 40 y los 65 años de edad. Sin embargo, también es posible definirla desde el punto de vista contextual. Uno de los contextos es la situación familiar: puede definirse a una persona de edad adulta intermedia como aquella que ya tiene hijos mayores o padres entrados en años.

Diane Papalia (1997), en su libro *Desarrollo Humano*, dice que muchas personas sienten que están en la edad adulta intermedia cuando están arribando a los 50 años de edad, momento tan crucial como la adolescencia, cuando los colegas más jóvenes los llaman ‘señora’ o ‘señor’, y

se experimentan problemas de artritis, de la próstata o algunas otras dolencias físicas asociadas con la edad. Los hijos se quedan calvos, las hijas les dan nietos, se dan cuenta de que son los de más edad en la oficina y reconocen muchos nombres en el obituario. Sin embargo, es de reconocer que estos años son los mejores de la vida. En general, las personas en la edad adulta intermedia mantienen buenas condiciones físicas y psicológicas, así como una situación financiera estable. Se puede decir que las condiciones de salud son buenas, gracias a los avances médicos y a los cuidados preventivos. Una de las mayores prerrogativas que alcanzan las personas en esta etapa surge del hecho de haber vivido suficientes años para adquirir reconocimiento social y experiencia profesional, y de tener la oportunidad de poner en práctica esas experiencias.

No obstante, es de aceptar que en esta etapa también se dan tensiones. Las personas en la edad adulta intermedia se dan cuenta que su cuerpo ha cambiado. En una sociedad como la actual, que privilegia la juventud y las buenas condiciones físicas, las arrugas, la flacidez y los músculos débiles son signos molestos de envejecimiento; además, estas señales pueden perjudicar a quienes buscan empleo. Este último aspecto es muy importante porque el trabajo y la ocupación influyen en la manera como las personas se sienten en la edad adulta intermedia. En esta etapa se hace un 'pare', para reevaluar y analizar si definitivamente se han cumplido las metas propuestas.

### **Cambios físicos en la edad adulta intermedia.**

Los cambios que se presentan en las capacidades psicomotora y sensorial son bastantes pequeños, y la mayoría de las personas los compensa con éxito. No obstante, estos cambios son reales y afectan el autoconcepto de las personas y su interacción con los demás.

*Vista, oído, gusto y olfato.* En el transcurso de la vida del ojo, el cristalino pierde flexibilidad y disminuye la capacidad de enfocar los objetos. Este fenómeno se descubre en la primera época de la edad intermedia. Muchas personas necesitan de anteojos para leer debido a la presbicia (hipermetropía asociada a la vejez). De acuerdo con Troll (1985), en esta edad también se presenta la pérdida de la agudeza visual. En la adultez intermedia se presenta, además, una pérdida auditiva, siendo mayor en los hombres que en las mujeres después de los 55 años. Sin embargo, esta pérdida casi no se percibe, pues se limita a los niveles de sonidos que no revisten importancia para el comportamiento.

Evidencias recientes señalan que la sensibilidad del olfato y del gusto se reduce en la edad adulta intermedia. Cain, Reid y Stevens (1990) mencionan que las papilas gustativas pierden sensibilidad; así, las personas de edad adulta intermedia pueden sentir el sabor insípido de los alimentos, que pueden verse muy apetitosos para una persona joven.

*Fuerza, coordinación y reacción.* ‘Úsalo o piérdelo’ es el lema de muchas personas de edad adulta intermedia que trotan, juegan basquetbol o tenis, practican aeróbicos y otras formas de ejercicios físicos que las mantienen en mejor condición, con mayor fortaleza y vigor que en la juventud.

Siguiendo a Spirduso y Mac Rae (1990), la fuerza y la coordinación disminuyen de modo gradual en la edad adulta intermedia. Un 10% de la reducción de la fuerza física, con respecto a

la que se tenía a los 20 años, es insignificante para las personas que rara vez, si es que alguna vez lo hacen, ejercitan su fuerza en la vida cotidiana.

Cuanto más se esfuerzan las personas, más pueden lograr y viceversa. Las personas que son activas desde tempranas épocas de la vida tienen mayor vigor y resistencia después de los 60 años. De acuerdo con Spirduso y Mac Rae (1990), las personas que llevan una vida sedentaria pierden la tonicidad y la energía muscular, y se vuelven menos inclinadas a realizar ejercicios físicos. Se ha encontrado que un estilo de vida sedentario está más relacionado a la muerte causada por ataques al corazón (Brody, 1990).

*Cambios fisiológicos.* Algunos cambios fisiológicos que se presentan en esta edad son producto del envejecimiento; sin embargo, los factores de comportamiento y estilo de vida –que datan de la juventud– afectan con frecuencia el ritmo y el alcance de dichos cambios. Cada persona tiene su propio ritmo de envejecimiento y el deterioro del sistema corporal es gradual. Los cambios más comunes son la disminución de la capacidad de bombeo de sangre, la disminución en el funcionamiento renal, una menor secreción de enzimas en el sistema gastrointestinal –lo cual origina indigestión o estreñimiento–, un debilitamiento del diafragma y, en los hombres, agrandamiento de la próstata –el órgano que rodea el cuello de la vejiga urinaria–, lo cual puede causar problemas renales o sexuales, ya que, en su estado delicado, causa dolor y algo de sangrado.

## **Características específicas del desarrollo evolutivo y condiciones de vida en adultos mayores.**

Álvarez y Martínez (2008) afirman que en las sociedades urbanas contemporáneas se revisan continuamente los límites cronológicos para definir las etapas del ciclo vital, a medida que los avances médicos y sociales extiendan la vitalidad y productividad de las personas. Los cambios psicológicos y biológicos usualmente ocurren de forma gradual: para evitar tomar una edad cronológica como única referencia, es útil pensar que cada persona puede tener diferentes edades (biológica y psicológica) y reconocer que un individuo puede ser joven en un aspecto y viejo en otro.

Las emociones y las habilidades cognitivas no están exentas de sufrir variaciones con la edad y es por eso que se debe conocer qué pasa en el envejecimiento normal con aspectos del ser humano. Así por ejemplo, como los trastornos en las funciones cognitivas son muy comunes en esta época de la vida, es importante entender los efectos del envejecimiento normal en el desempeño cognitivo.

*Inteligencia.* Siguiendo a Álvarez y Martínez (2008), la inteligencia se puede definir como la habilidad de aprender de la experiencia y adaptarse a las circunstancias cambiantes de la vida. Los estudios sugieren que ciertos aspectos de la inteligencia permanecen estables durante toda la vida, pero que otros declinan en las últimas etapas. A los primeros se les conoce como inteligencia cristalizada, e incluyen la habilidad para definir y usar palabras (vocabulario), para acceder al conocimiento cultural (información) y para el razonamiento práctico (comprensión). A los que declinan se les nombra como inteligencia fluida y tienen que ver con la adquisición de

nuevos conocimientos y con la realización rápida de tareas (esto tal vez es un reflejo de la función neurobiológica, que está lentificada en los ancianos).

*Personalidad.* Envejecer es parecerse cada vez a uno mismo. De acuerdo con Álvarez y Martínez (2008), se ha encontrado que con el tiempo hay prominencia de algunas cualidades como asertividad y remembranza, pero la mayoría de las otras características retienen su grado original de importancia en este aspecto.

Como noción del grupo investigativo, se entiende la personalidad es un término descriptivo, abordado por la psicología para dar una explicación de la conducta y para dar nociones, referencias y descripciones fijas y dinámicas del individuo, que le dan ese carácter único e irrepetible a cada ser humano.

Existen algunos factores que determinan la personalidad, tales como los biológicos, los bio-ambientales y los ambientales. Factores como la herencia, las predisposiciones genéticas, los factores maternos y paternos, los aspectos prenatales, la emoción y el estado nutricional estimulan el desarrollo neuropsicológico del individuo. A estos factores hay que sumarles los aprendizajes morales, emocionales, técnicos y del entorno.

Boeree (2003), abordando las teorías de la personalidad de Abraham Maslow, explica que, para poder entender estos aprendizajes de la personalidad, hay que darle una escala o unos niveles que jerarquizan y afectan la personalidad. En el nivel bajo ascendente piramidal se encuentra el nivel cuerpo, que es la estructura física; le sigue el nivel instintivo, que son las necesidades básicas de energía vital; en otro peldaño hacia arriba está el nivel afectivo, conformado por los afectos y las emociones; en el siguiente nivel, mental-personal, sucede el control del yo; continúa el nivel mental superior, en el cual aparece la noción de 'nosotros', de comunidad; los últimos niveles del triángulo son el nivel afectivo superior, que comparte las

relaciones amorosas, y por último el nivel de voluntad, en el que aparecen los rasgos de responsabilidad en la personalidad.

Desde una mirada integral, las diferentes posturas de la psicología se proponen abordar la personalidad desde varios aspectos fundamentales para ofrecer una lectura teórica. Sus unidades de análisis y explicaciones de la conducta están relacionadas desde una postura internalista, que son los determinantes que causan las variables personales; situacionista, en el que existe una multiplicidad de variables situacionales que afectan su desarrollo personal; e interaccionista, para el cual las características conductuales están determinadas por variables personales y su interacción con un contexto determinado.

*Aprendizaje y memoria.* En general, como lo plantean Álvarez y Martínez (2008), la pérdida de la memoria es una de las principales quejas que tienen los ancianos y éste es uno de los mitos relacionados con el envejecimiento; en realidad, los cambios fundamentales se observan en la llamada memoria intermedia (las últimas 24 horas); empero, también se ha encontrado que, cuando se usan herramientas nemotécnicas, esta capacidad mejora de una manera dramática. El problema es que el uso de estas herramientas nemotécnicas requiere un gran despliegue de esfuerzo y energías, que muchos ancianos no están dispuestos a realizar. Alternativamente, estos procesos de cambio se pueden ver como una respuesta adaptada para la disminución de las demandas que implica la vida en sus últimas etapas.

*Razonamiento y toma de decisiones.* Cuando los ancianos se enfrentan a problemas y deben plantear soluciones, muchas veces son vistos como sabios y prudentes y otras veces como obstinados e incompetentes; paradójicamente, ambas visiones son ciertas pues, por una parte, identifican los conceptos más lentamente y a menudo son menos organizados al formular cuestionamientos o evaluar diferentes alternativas de solución a los problemas; pero, por otro

lado, y según señalan Álvarez y Martínez (2008), el bagaje de conocimientos y la experiencia en el complejo “ arte de vivir” les dan capacidades especiales para resolver problemas de índole práctica.

*Manejo del estrés.* Las pérdidas específicas que acompañan a la vejez pueden afectar la moral y el bienestar personal. El anciano es particularmente vulnerable a dichas pérdidas a causa de los estereotipos negativos que son internalizados y afloran en los momentos de gran tensión. Los ancianos tienden a usar el pensamiento emocional en una aproximación activa hacia los problemas, lo que lleva a que su conducta sea más pasiva que confrontatoria, y ven las dificultades como menos susceptibles de modificación.

*Contexto social.* En los extremos de la vida, según explican Álvarez y Martínez (2008), el apoyo social es básico para la supervivencia del individuo. En la vejez, los nexos que se hicieron se van perdiendo lentamente y es cada vez más difícil hacer nuevos lazos; es importante brindar un apoyo predecible y confiable, que promueva la reciprocidad intergeneracional, y no solo limitarse a ofrecer ‘asilo’ a los ancianos, quienes entonces adoptan un papel pasivo, perdiéndose la gran oportunidad de aprender de su experiencia en el complejo arte de vivir.

### **Autoesquemas**

Sobre este tema, Páez (1994) argumenta que el hombre es capaz de crear, a través de sus experiencias y conocimientos, representaciones de sí mismo y del otro, para de este modo facilitar la convivencia; el hombre tiene la gran capacidad de crear imágenes internas sobre sí mismo que le permiten adaptarse al medio, al igual que hace representaciones internas acerca del mundo con la misma finalidad. Estas representaciones permiten que se enfrente a situaciones del

diario vivir, que se enfrente a problemas, a fracasos o al éxito. Es así como el sujeto almacena y conoce toda esta información para procesarla y, de allí, considerar cuál es importante y de utilidad para su vida; es así como va integrando conocimientos que después reafianzará para su diario vivir, según sea su necesidad.

Existen diferentes tipos de esquemas con una función particular, entre ellos los autoesquemas, los cuales poseen diversos aspectos esenciales que se agrupan en un todo integral. De acuerdo con Riso (1992), los autoesquemas son categorizados en autoconcepto, autoestima, autoeficacia y autoimagen. Bandura (citado por Santrock, 2003) planteó el autoesquema como parte importante para el conocimiento autorreferencial, para lo cual toma como punto central la autoeficacia.

Estos autoesquemas son integraciones de conocimientos que el ser humano va teniendo sobre sí mismo. No son estables; por el contrario, tienen por característica ser cambiantes, ya que el sujeto se va relacionando con el mundo y al mismo tiempo puede modificarse a sí mismo.

Las relaciones familiares y sociales moldean y regulan el conocimiento del sujeto; así, la información personal que contienen los autoesquemas facilita o dificulta al sujeto la relación con el medio ambiente, por medio de la toma de decisiones y la adaptación a situaciones nuevas.

El autoesquema se aprende primordialmente en la niñez y se enriquece a través de la vida hasta la vejez, a la par que ignora la información contradictoria con la visión de sí mismo y tiene la característica de que se puede ir modificando, se puede adaptar cuando existe un conocimiento del mismo. En el caso contrario, si hay un desconocimiento puede nacer una distorsión de la información y, con ello, la patología. En algunos estados patológicos se inutilizan algunos autoesquemas.

Pérez y González (1985) afirman que la función de los autoesquemas es que permiten el control sobre la vida y la conducta de la persona. Es importante que cada persona se dé cuenta de hasta qué punto tiene dominio de su yo, de su conducta pasada y de la conducta que está por venir.

Precisamente, el término ‘autoesquema’ aparece en el tercer decenio del siglo XX con Barlett y Piaget (1958), aunque con una definición poco avanzada, como lo constatan Riso y Beck (citados por Urrea y Velásquez, 2001). En la actualidad, se considera que el autoesquema tiene la función de designar estructuras que integran y adscriben significado a los hechos, como el denotar las actitudes que se tienen de uno mismo y de los demás, o con contenidos de objetos o características impersonales, concretas o abstractas.

El esquema es una entidad cognitiva que contiene conocimientos de uno mismo y del mundo, que se adquiere a lo largo de la vida y de las experiencias o hechos pasados. Los esquemas orientan la percepción, la codificación, la organización, el almacenamiento y la recuperación de la información. La información que es inconsistente es ignorada y olvidada.

De acuerdo con Beck y Freeman (1995), las estructuras internas del esquema se van fortaleciendo si aparecen informaciones que son similares a la almacenada; esto tiene como consecuencia el procesamiento y la organización de la información en el mismo esquema, así como la resistencia al cambio del esquema –si se han manejado en muchas ocasiones–. Existen esquemas que se interrelacionan o que pertenecen a un grupo de esquemas que, al mismo tiempo, pueden ser parte de un esquema más general.

Existen diversas características que pertenecen a los esquemas, explicadas por Beck (1967) como cualidades estructurales adicionales. Entre ellas están la amplitud, la cual busca saber si un esquema puede abarcar cierta cantidad de información de forma amplia o reducida; la

flexibilidad o rigidez, que determina si el esquema puede o ser flexible en la medida de sus capacidades de modificación; la densidad, que indica si existe una organización cognitiva que sea primordial en un esquema; el nivel de activación, consistente en una cualidad que adiciona Beck (1967) a las estructuras del esquema, en la cual explica que puede haber una valencia que puede ser latente o hipervalente –el esquema puede estar latente, lo cual quiere decir que no va a participar en el procesamiento de la información, o también puede ser hipervalente cuando el esquema está activado, caso en el que puede procesar la información y recibirla para sí mismo–.

Existen diferentes tipos de esquemas con una función particular. Entre ellos figuran los autoesquemas, que contienen varios aspectos fundamentales que se agrupan en un todo integral. Los autoesquemas son definidos en autoconcepto, autoestima, autoeficacia y autoimagen (Riso, 1992). Bandura (citado por Santrock, 2003) planteó el autoesquema como una parte importante para el conocimiento autorreferencial, tomando como punto central la autoeficacia.

Estos autoesquemas son integraciones de conocimientos que el ser humano va teniendo sobre sí mismo. No son estables; al contrario, tienen por característica ser cambiantes, puesto que el sujeto se va relacionando con el mundo y al mismo tiempo puede modificarse a sí mismo. Las relaciones familiares y sociales moldean y regulan el conocimiento del sujeto; así, la información personal que contienen los autoesquemas facilita o dificulta al sujeto la relación con el medio ambiente, por medio de la toma de decisiones y la adaptación a situaciones nuevas.

El autoesquema se aprende primordialmente en la niñez y se enriquece a través de la vida, ignora la información contradictoria con la visión de sí mismo y se puede ir modificando. El autoesquema se puede adaptar cuando existe un conocimiento del mismo. Si hay un desconocimiento puede nacer una distorsión de la información y, en consecuencia, la patología. En algunos estados patológicos se inutilizan algunos autoesquemas.

Una de las categorías más importantes dentro del ámbito de los autoesquemas es la noción de autoconcepto, el cual se refiere al concepto o pensamiento que la persona tiene de sí misma, relacionado con la forma como autoevalúa su actuar en el mundo.

De acuerdo con Riso (1992), los seres humanos se autoevalúan por medio de estándares internos, es decir, de metas y criterios internalizados, surgidos por las creencias, valores y necesidades que el sujeto tiene. La rigidez de la autoexigencia es primordial para que la persona tenga un concepto de sí mismo, de que debe ser perfecto o imperfecto en la mayoría de los aspectos de su vida. El nivel alto de autoexigencia puede llevar a que surjan en el sujeto ideas irracionales acerca de sí mismo. La autoexigencia de metas altas no es mala en sí misma, sino que depende de cómo se utilice y hacia dónde esté dirigida. Mal utilizada, de manera rígida, dura, destructiva y compulsiva, afecta el autoconcepto. Utilizada adecuadamente sirve como una guía alentadora (Riso, 1992).

En cuanto a la autoimagen, ésta hace referencia a “la imagen que el ser humano tiene de sí mismo, representado a partir de las experiencias que el sujeto va obteniendo en cuanto a su cuerpo, la apariencia física, la expresión facial y corporal” (Riso, 1992, p. 38). Se da gracias al medio social en que se encuentra y gracias a los medios de comunicación. Las experiencias que el sujeto tiene en sus primeros años en el ambiente social acerca de su imagen, y después de un tiempo, las comparaciones con otras personas, se guardan en la memoria para que el sujeto tienda a crear su propia imagen. La construcción de una autoimagen positiva o negativa en el sujeto depende de las relaciones que se establecen con otras personas y de la interpretación que les dé: la burla de otros sujetos hacia una persona es un factor para una autoimagen negativa; en cambio, el reconocimiento de valores que no tienen que estar relacionados con la imagen del

sujeto es un factor positivo para su imagen. Es posible que sea el primer autoesquema que se va desarrollando en el sujeto.

Por su parte, la autoestima, señala Riso (1992), consiste en la capacidad que tiene una persona para amarse y apreciarse como ser humano. Por ella siente emociones positivas hacia sí misma, y esto lleva a que se sienta satisfecha, a gusto y capaz de expresar esas emociones.

Un adecuado nivel de autoestima es la base de la salud mental y física del organismo. El concepto que se tiene de las propias capacidades y del propio potencial no se basa solo en la forma de ser, sino también en las experiencias a lo largo de la vida. Lo que ha pasado, las relaciones con los demás (familia, amigos, entre otros), las sensaciones experimentadas y cómo se han asimilado; todo influye en el carácter y, por tanto, en la imagen que se tiene de sí mismo.

Dado que en nuestra cultura no se fomentan las autoexpresiones de afecto sino que se tiene la tendencia a regatearlas, economizarlas y medirlas, es común que se vea un nivel de autoestima bajo. Con este autoesquema se plantea la importancia de la autoexpresión de amor, para que la persona sea segura de sí misma y sea capaz de valorar y amar bien a otros.

Por último, “la autoeficacia se refiere a la confianza y convicción de que es posible alcanzar los resultados esperados” (Santrock, 2003, p. 353). También expresa este autor que es necesario que la persona no solo piense que tiene las capacidades y habilidades para enfrentar una situación, sino que también es necesario que el individuo tenga confianza en sí mismo, lo cual se observa en sus comportamientos.

El esquema de autoeficacia organiza la información acerca de las capacidades que cree tener el sujeto para enfrentarse exitosamente a diversas situaciones.

Algunos aspectos para determinar una baja autoeficacia son: que generalmente el sujeto vivencia situaciones incontrolables, que limita el desarrollo de actividades propias, que cree que

las conductas son reguladas por factores externos, que exagera y acentúa deficiencias y dificultades personales, y que se responsabiliza de lo malo que pasa con más frecuencia que de lo bueno.

Una persona con autoeficacia alta se arriesga, se impone retos, se enfrenta a los problemas de manera adecuada y, en muchas ocasiones, alcanza buen rendimiento en sus ejecuciones.

En conclusión, es indudable que los autoesquemas juegan un papel fundamental en la vida personal del sujeto porque, dependiendo de su calidad, se definen tanto el logro de los objetivos individuales como el éxito en las relaciones con otras personas.

### **Aaron Beck: Esquemas.**

Alrededor de mediados de los años 50, las investigaciones de Beck en varios campos de la psicología empezó a despertar el interés del público. A través de sus evidencias acerca de la experimentación con pacientes con diferentes psicopatologías, encontró elementos nocivos que afectan al sujeto en sí mismo en su forma de proceder, al cual trató de darle una dimensionalidad o modelizarlos para poder comprender su funcionamiento y el accionar en el sujeto.

Los apuntes de dicha información estaban orientados a identificar en los pacientes ciertos patrones negativos que afectaban la forma de percibirse. Beck seguía comprobando e indagando por los escasos resultados que se aportaban desde otros campos de la psicología. Esto lo llevó a dar una mirada reflexiva al manejo cognitivo de las psicopatologías y la psicoterapia frente a diferentes manifestaciones en el sujeto y las estructuras o esquemas que aquellas consolidan en éste.

En la década de los años 60, generaron gran aceptación varias investigaciones acerca de cómo los individuos se plantean una estructura cognitiva (Beck, 1967), obra que lo llevó a tener una vida pública agitada. En estas líneas, su aporte editorial dio pie a nuevos abordajes de la psicopatología y de la psicoterapia. Estos aportes frente a cómo se procesa la información y se crean esquemas (1979) hace grandes aportes terapéuticos en el contexto clínico gracias a sus detalladas y descriptivas técnicas para diferentes tratamientos. En el caso de los años 70, indaga por esa naturaleza cognitiva, por cómo se modeliza la información y por cómo se generan estímulos y respuestas dependiendo de esas estructuras. Estos resultados dieron paso a la implementación de una serie procedimientos, que se convertirían en manuales aplicativos en varios campos de la psicología.

Para Beck, su experiencia investigativa, teórica y experimental se convierte en un insumo, ya que las diferentes facetas se fusionan y se utilizan en diferentes técnicas de terapia, estudios clínicos, etc., para dar explicaciones y así entender las relaciones que se dan en el sujeto en cuanto a lo individual, los sentimientos y la conducta. Aparecen nociones para dar una interpretación a esas estructuras personales y *esquemas cognitivos*.

Estos nuevos abordajes para las estructuras cognitivas ofrecen alternativas para entender el pensamiento de las personas y cómo funciona los patrones cognitivos de acuerdo con unas experiencias previas del sujeto. Es decir, que la conformación de esa organización conceptual de valores, sistemas sociales, creencias, hábitos, metas y costumbres es lo que determina el rol consciente y los niveles de percepción de esos esquemas. Estas estructuras cognitivas son una forma de crear patrones conceptuales para interpretar y elaborar terapias para atender al sujeto.

Lo importante de la propuesta de Beck es entender esa capacidad de dimensionar los esquemas, no como modelos fijos, sino estructuras en las cuales los componentes psicosociales,

biológicos y físicos determinan situaciones temporales desencadenantes de comportamientos imprevistos, que se pueden distorsionar de acuerdo con los procesos de información aprendidos y con la capacidad cognitiva para referenciar dichos datos.

Para entender la valoración que hace el sujeto de dicha información, es necesario entender la suma histórica de las eventualidades temporales desde el pasado, el presente y el futuro, que determina sus procesos cognitivos de manera consciente e inconsciente. Entender el proceso de cognición requiere identificar un sistema de valores biológicos, sociales y culturales que determinan sus conductas en una relación espacio-tiempo determinada.

Beck (1979) plantea un proceso que permite identificar cómo se pueden valorar los procesos conductuales de acuerdo con la distorsión cognitiva. Cuando existen algunos errores en la forma como el sujeto realiza el proceso de información, se acuñan términos como ‘distorsión’ para dar explicación a esos procesos cognitivos particulares. Este autor elabora, a partir de ahí, una escala para entender psicopatías como la depresión.

Beck categoriza esos niveles o formas de identificar tales estados de distorsión de acuerdo con una *inferencia arbitraria*, que hace relación a adelantarse a conclusiones sin tener evidencias; con la *abstracción selecta*, que se entiende por centrarse en experiencias o información fuera de contexto, ignorando características relevantes de una situación, asociando y valorando la situación de acuerdo con ese elemento que privilegia; con la *sobregeneralización*, la cual se refiere a la capacidad de argumentar y sacar aseveraciones de hechos aislados y hasta disímiles para integrarlos en un relato coherente; con la *maximización* y la *minimización*, que consisten en la valoración que se hace más allá del suceso como tal, otorgándole características superiores o inferiores a lo que realmente se plantea; con la *personalización*, que es una tendencia que atribuye sucesos al sujeto y otorga características que no son propias y se

incorporan como propias; y con el *pensamiento dicotómico* o *polarización*, que es la apreciación que se da de los sucesos en niveles extremos para dar explicación a la realidad, sin contextos intermedios, del tipo ‘es o no es’.

*Concepto de esquema según Beck.* Se aborda el concepto de esquema de Beck para dar una mirada dimensional y estructurante, que permita comprender las competencias personales. En sí mismo, se convierte en un entramado cognitivo, emocional, psicosocial y biológico que determina al sujeto como una configuración psicológica.

Los esquemas, según Beck (1967), responden a una serie de manifestaciones particulares que el paciente afronta al momento de la depresión, que lo alteran, lo hacen sufrir y se convierten en evidencias de variables que afectan su vida, que permiten relacionar su cognición, su patología, su biología, su entorno sociocultural, etc. Este tipo de hechos, actividades, datos, situaciones y variables se conforman en un cuerpo de estímulos, que el individuo o sujeto elabora selectivamente, pudiendo alterarlos, combinarlos y darles un sentido para conceptualizar cualquier racionalidad que permita interpretar un hecho. El esquema permite designar patrones cognitivos que, con una habitualidad, consolidan la base de sus interpretaciones ante cualquier hecho o situación.

Para el equipo investigador del presente trabajo de grado, existe una interpretación somera de lo que se entiende por esquemas desde las teorías de Beck, por lo cual se propone una lectura propia:

*“Los esquemas permiten dimensionar la capacidad del sujeto para elaborar estructuras cognitivas con base en una experiencia significativa, que se pueden motivar o no, de acuerdo con un estado de espacio-tiempo que se estimula de acuerdo con las necesidades temporales. Existen distintos niveles de depresión que disparan diferentes estímulos que van desde lo más*

*leve hasta un grado alto de gravedad. Los pensamientos negativos y repetitivos varían de acuerdo con la intensidad de estos estímulos en el sujeto.*

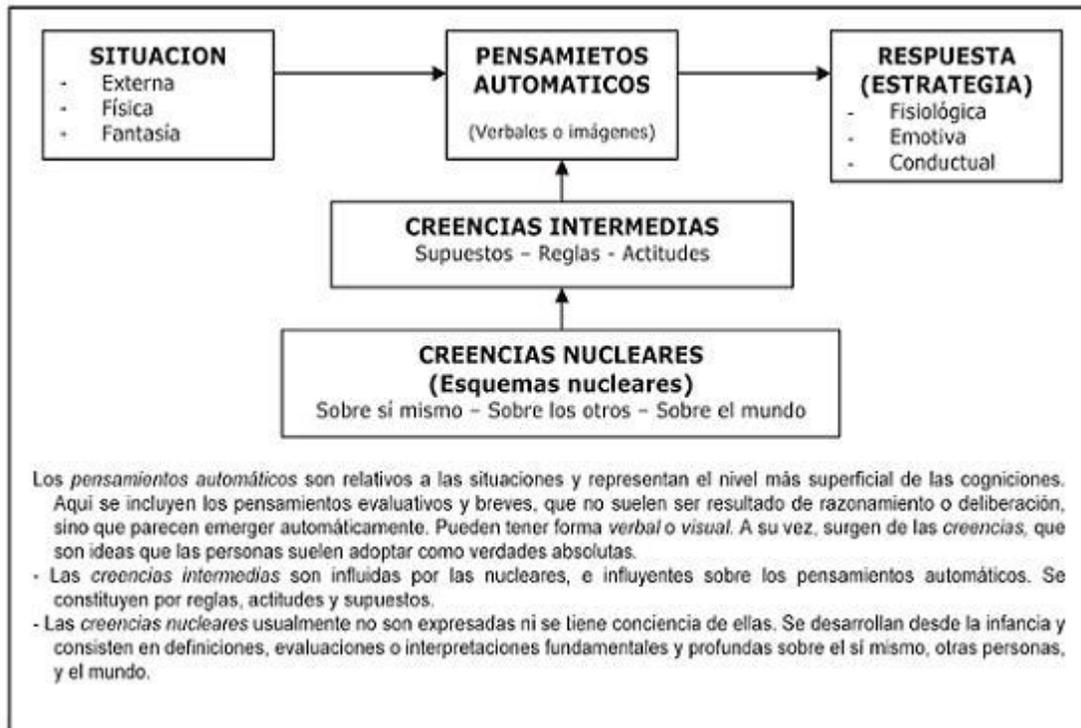
*Este modelo cognitivo permite plantear una teoría que se convierte en la base para la construcción y el entendimiento de los esquemas, que dan, a su vez, una ruta crítica para visibilizar cómo se estructuran y organizan los patrones y para crear terapias efectivas, procedimientos que desde un paradigma colaborativo fortalecen a esta teoría cognitiva.*

*Entender esta óptica implica dimensionar que las terapias deben ser concebidas bajo la apreciación de modelos de co-creación y co-construcción bajo metodologías investigativas colaborativas desde la terapia cognitiva. Desde esta perspectiva psicológica se encuentra el empirismo colaborativo y la autoterapia. La perspectiva teórica cognitiva permite establecer que los objetivos, metas, proyectos y métodos planteados solo cobran validez en la medida que se planteen estrategias de aceptación, actitud emocional positiva, empatía, sinceridad, principios éticos y de autenticidad, con la relación brindada con el sujeto, su tratamiento, su investigación y resultados, así como con sus médicos tratantes”.*

Por su parte, la autoterapia, como experiencia cognitiva, se remite a la exploración integral de la estructura significativa del sujeto, que cobra una participación activa en el proceso del tratamiento. Entre el paso a paso metodológico, el compromiso de las tareas previas obliga a establecer nuevos comportamientos, los cuales ayudan a modificar ciertas acciones que el mismo paciente va configurando, y participa activamente del tratamiento con diferentes técnicas y habilidades que va incorporando, resultantes de la autoterapia, como la autobiografía, el registro de actividades como bitácora, el proyecto de vida, entre otros formatos que sirvan para sistematizar las vivencias.

La Figura 1 ilustra la relación entre los diferentes sistemas de creencias.

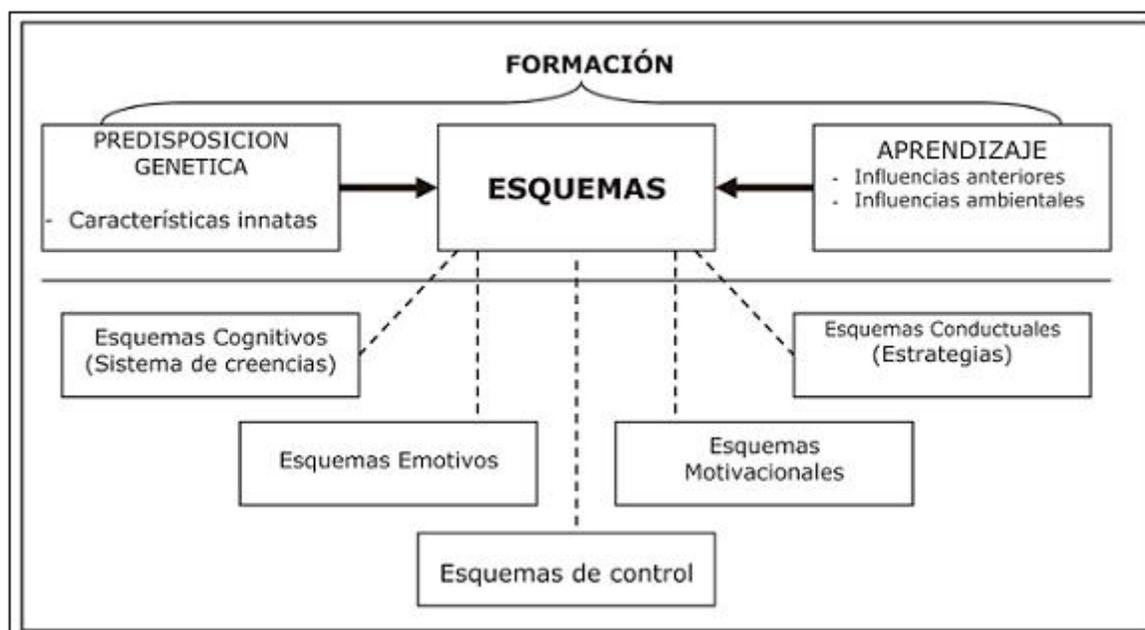
Figura 1. Relación entre los sistemas de creencias.



Fuente: ObstCamerini, J. (2008).

Por su parte, la Figura 2 muestra los diferentes tipos de esquemas planteados por Beck (2005).

Figura 2. Tipos de esquemas.



Fuente: Beck, Freeman, Davis y otros (2005).

### El autoconcepto

De acuerdo con Pilar Saura Calixto (1996), en su libro *La Educación del Autoconcepto*, el autoconcepto es la propia teoría que el hombre hace de sí mismo, que es el núcleo central de la personalidad y que tiene, además, su influencia en el afecto y en la regulación de la conducta, además de que ayuda en el ajuste personal. Tiene su origen en lo social y forma las conexiones entre el sí mismo real e ideal central de la personalidad. Por otra parte, Comb (1981) dice que el autoconcepto se adquiere como consecuencia de las experiencias a partir de la interacción con el mundo físico y social: “la gente aprende quién es del trato que recibe de las personas importantes en su vida u otros significativos” (Comb, 1981).

El autoconcepto, desde la psicología cognitiva, es un esquema cognitivo que se relaciona con el conocimiento de sí mismo: habilidades, fracasos, éxitos, preferencias, carácter, etc. El autoconcepto parece guiar el procesamiento de todo tipo de información, y las diferencias de un individuo a otro son grandes: algunos se consideran muy independientes, otros no tanto, etc. El autoconcepto es un esquema cognitivo en el cual emergen ideas, criterios y percepciones de sí mismo, de los demás, del medio que lo rodea y que él mismo está sujeto a cambios, pues este supone una historia personal que se enriquece día a día.

Según Burns (1982), el autoconcepto estaría construido por un conjunto organizado de actitudes hacia sí mismo. De esta forma, el autoconcepto como actitud habría que considerarlo integrado por estos elementos: cognitivo (autoimagen) y efectivo (autoconcepto).

Por último, González y Tourón definen el autoconcepto como una “organización cognitivo-afectiva que influye en la conducta” y como “realidad compleja que incluye las imágenes de lo que creemos ser y de lo que presentamos o queremos presentar a los demás” (González y Tourón, 1992).

### **El autoconcepto en el adulto mayor**

Desde diversas perspectivas, se ha estudiado la noción de autoconcepto en el ámbito de la psicología. Al respecto, Esnaola (2008) realiza un reconocimiento explícito de esta categoría al llevar a cabo un seguimiento de la misma por medio de su identificación en diferentes autores.

Para Esnaola (2008), la concepción unidimensional y global del autoconcepto, predominante durante décadas, dejó paso, desde mediados de los años setenta del pasado siglo, a una concepción multidimensional y jerárquica del mismo. De acuerdo con uno de los modelos

más representativos de este nuevo enfoque, Shavelson (citado por Esnaola, 2008), el autoconcepto general estaría compuesto por el autoconcepto académico y por el no-académico y éste último, a su vez, incluiría el autoconcepto social, el emocional y el físico. Estos autores definen el autoconcepto con referencia a siete aspectos fundamentales: 1) es una estructura organizada; 2) es multidimensional: presenta dimensiones claramente diferenciadas; 3) es jerárquico: las percepciones de la conducta personal en situaciones específicas se encuentran en la base de dicha jerarquía, las inferencias sobre uno mismo en dominios más amplios (por ejemplo el dominio social, físico o académico) ocupan la parte media y, finalmente, un autoconcepto general y global ocupa la parte superior de dicha jerarquía; 4) el autoconcepto global (que ocupa la parte superior de la jerarquía) es estable, pero conforme se desciende en dicha jerarquía, el autoconcepto se vuelve más específico y dependiente de las situaciones y, por lo tanto, menos estable; 5) el autoconcepto aumenta su multidimensionalidad con la edad: los bebés no diferencian entre ellos mismos y su entorno, los niños presentan un autoconcepto global, no diferenciado y específico de cada situación y, al aumentar la edad del niño, se desarrolla de forma progresiva un autoconcepto más diferenciado, integrado por diferentes dimensiones y que presenta una estructura jerárquica; 6) el autoconcepto, como percepción que el individuo tiene sobre sí mismo, presenta tanto aspectos descriptivos como aspectos evaluativos (la autoestima); y 7) el autoconcepto representa un constructo con entidad propia: puede ser claramente diferenciado de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado.

El autoconcepto físico figura habitualmente como una de las dimensiones del autoconcepto y, aunque su naturaleza multidimensional no ofrece dudas a teóricos e investigadores, saber cuál

es el número e identidad de los subdominios que lo componen sigue siendo un tema abierto a discusión.

Por su parte, Goñi, Rodríguez y Esnaola (2010) abordan la noción de autoconcepto físico desde una denominación multidimensional, ya que permite asumir la idea del físico propio como el resultado de un conjunto de percepciones de distintos aspectos físicos.

### **Goñi. A.**

Para entender las posturas que utiliza este autor, con el ánimo de proponer sus postulados acerca del autoconcepto físico, es necesario hacer un rastreo general que permita acercarse al autoconcepto general desde algunos modelos de donde parte Goñi para fundamentar sus terapias y sus técnicas.

Desde que comienza el acontecer histórico del hombre moderno, siempre ha existido un deseo interno por conocerse a sí mismo, por entender lo que sucede. La psicología ha estado ligada y presta a dimensionar como campo científico estas inquietudes que surgen del autoconcepto. Indagar por esos procesos del yo siempre será de un impacto considerable en la tarea de comprender la conducta humana.

La sociedad moderna genera nuevas funciones, roles y papeles a nivel social que se transforman rápidamente, propiciando nuevos contextos tecnológicos, políticos, económicos y sociales que afectan las dinámicas del individuo, implicando nuevos aprendizajes que modifican sus procesos conductuales, cognitivos, emocionales, etc. Aquí aparecen nuevos modelos, ciertas apreciaciones teóricas que se ajustan a esas nuevas realidades, pero desde una mirada multidisciplinar, que articula modelos multidimensionales y estructurales para dar mayor

conocimiento al autoconcepto que, en sí mismo, determina, construye y organiza el yo en relación con el entorno o realidad en la que se encuentra.

A manera de recuento histórico, cabe mencionar que han existido varias posiciones relevantes para dar lectura al fenómeno del autoconcepto. Autores como James, Cooley y Mead (1932) han teorizado desde la psicología acerca de la construcción del autoconcepto y su importancia en el comportamiento humano. Uno de los enfoques teóricos que permitió entender en sus inicios este concepto es el conductismo, atendiendo a aquellos aspectos de la conducta que podían ser medibles y experimentables, descartando aquellos aspectos internos como los pensamientos, los sentimientos, las necesidades o los deseos del yo.

Siguiendo a Goñi (2008), históricamente es importante, para los comienzos de la investigación del autoconcepto, cómo James empieza a distinguir términos entre el yo y el mí, la existencia de múltiples yo, organizando jerárquicamente los distintos yo, estudiando cómo se conforma el autoconcepto social y aprendiendo a distinguir las aspiraciones y el éxito, para entender la diferencia entre la percepción y la valoración de sí mismo.

Cooley (1902) enfatiza, desde el interaccionismo simbólico, en interpretar el autoconcepto desde las interacciones con la sociedad. Aquí cobran sentido las relaciones con el medio ambiente, los aportes socioculturales y el sentido que el sujeto impregna a la persona y a la sociedad, con lo cual evidencia sus características y expectativas. Mead (1934) le imprime un carácter especial a la interacción social, determinando como importante en la construcción del autoconcepto el uso del lenguaje como referente individual de la construcción del yo a partir de la noción de grupo.

Goñi (2008) resume los aportes al estudio del autoconcepto, desde las siguientes posturas teóricas: el interaccionismo simbólico, desde la construcción social; el conductismo, desde los

aspectos visibles y medibles del contexto; el aprendizaje social, que es la relación entre el entorno, la conducta y los procesos internos; las teorías psicoanalíticas, las cuales interpretan la relación del sujeto con el entorno, desde el ello, el yo y el súper yo; la fenomenología, que se entiende como los procesos subjetivos al interior del sujeto; la psicología humanista, que brinda el consejo para los procesos de mejora de sí mismo; la psicología social, la cual hace énfasis en la importancia del entorno y de las experiencias ambientales para la formación del sujeto; y el cognitivismo, que se enmarca en las estructuras o jerarquías de valores que permiten tener una lectura de la realidad particular, esto es, en la formación de esquemas con los que se valida el entorno desde el individuo para cumplir sus metas y objetivos.

Se puede determinar, entonces, que la delimitación teórica ha permitido consolidar algunos linderos conceptuales frente al territorio del autoconcepto y otras palabras similares, tales como la autoestima. El autoconcepto responde a un ámbito más general, puesto que apunta a aspectos descriptivos, cognitivos, y describe estructuras y niveles que el sujeto conforma de sí mismo: comportamiento, cualidades, etc.; la percepción, los objetivos, la misión, las ideas, la opinión, la visión y el conocimiento de uno mismo, que conlleva conocer a su interior e identificar sus propias características como sujeto.

Por otro lado, la autoestima es del contexto emocional, afectivo, del mundo de los sentimientos, y es de carácter evaluativo. La autoestima se constituye por los atributos del sujeto con respecto a las emociones y afectos que se asigna de sí mismo; acá aparece una noción de valor, un juicio valorativo de sí mismo, que le da la noción de sujeto personal. Así, surge una autovaloración del individuo, que se mide de acuerdo con su percepción.

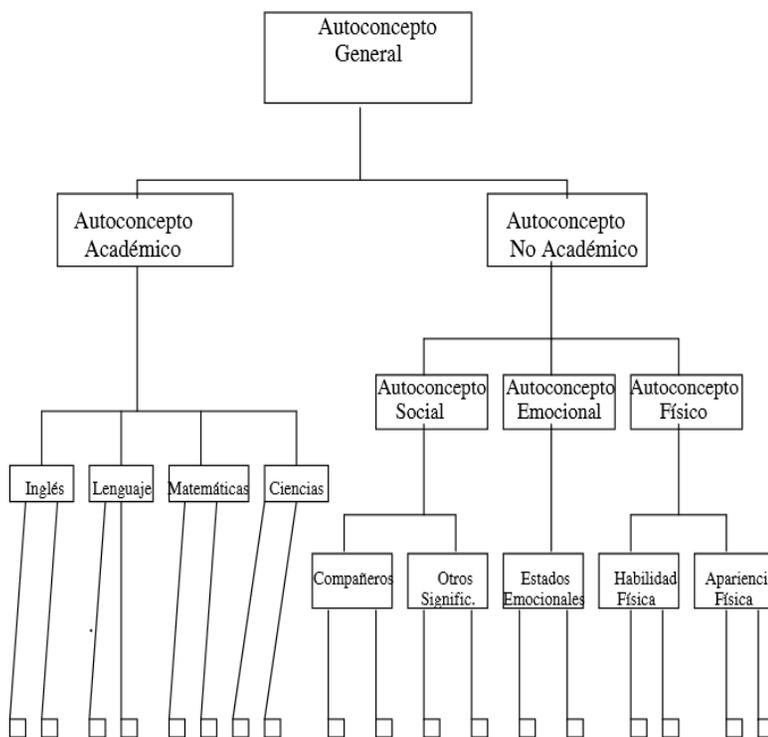
De estos términos se desprende también la autoimagen como un reflejo de sí mismo, que surge de una escala perceptiva, de un nivel emocional de autoestima que estructura al individuo

en su autoconcepto. Son tres términos entrelazados que permiten entender, para el presente caso de investigación, cómo la persona se desarrolla a nivel evolutivo y cognitivo para configurar el autoconcepto en el paso de la adultez a la vejez.

La Figura 3 muestra cómo se jerarquiza el autoconcepto.

**Figura 3. Representación de la estructura jerárquica del autoconcepto.**

*Representación de la estructura jerárquica del autoconcepto (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976).*



Fuente: Shavelson, Hubner y Stanton (1976).

Existen varios modelos multidimensionales que dan soporte y cruce a las relaciones que dan las variables y factores presentes en el autoconcepto en conexión directa con diferentes corrientes de la psicología. El modelo jerárquico multidimensional de Shevelson, Hubner y

Stanton (1976), parece ser una fuente directa referenciada por Goñi para la construcción de sus instrumentos. En los años 70, se proponen modelos estructurales para dar cuenta de las relaciones jerárquicas y multidimensionales presentes en el autoconcepto. El propósito en este modelo es examinar los efectos del autoconcepto desde diferentes variables dependientes, tales como lo académico, el bienestar psicológico, la autoimagen, la autonomía y la percepción física, a través de un estudio convergente que, con instrumentos de autodescripción como cuestionarios, permiten medir de manera más acertada estos valores resultados de la investigación.

Este modelo sirve para dar una mirada integral al fenómeno del autoconcepto, un estudio pormenorizado que da una lectura organizada y cierta validez estructural y predictiva a través de unas jerarquías planteadas. Este modelo presupone que, para estudiar el autoconcepto, es necesario observarlo de manera organizada, multidimensional, jerárquica, general, evolutiva, descriptiva, interrelacional, dinámica y consistente.

### **Cuestionario (CAF): Goñi, Ruiz de Azúa y Liberal (2004).**

El Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) es una herramienta que dimensiona la constitución fenomenológica del autoconcepto, a través de un instrumento que mide y cruza las habilidades físicas, la condición física, el atractivo físico, la fuerza, el autoconcepto físico general y el autoconcepto general.

El modelo de Goñi, permite plantear cuatro subescalas del autoconcepto físico. Este modelo multidimensional entrecruza otras variables planteadas en otros modelos, como *Physical Self-Perception Profile* (PSPP) y *Self-Description Questionnaires* (SDQ). El Cuestionario de Autoconcepto Físico está compuesto por 36 preguntas en seis subtemas.

Los indicadores de validez de los cuatro subtemas específicos son propuestos de acuerdo con unos puntajes: .80, habilidad física; .83, fuerza; .84, condición física; .88, atractivo físico; que se enmarcan en unas características generales: autoconcepto físico, .88, y autoconcepto, .79. Esta estructura de validación con indicadores cuantitativos da una mirada fiable y consistente a la investigación del autoconcepto físico con diferentes fines, ya sea educativo, formativo, de sensibilización, etc.

### **Autoimagen**

De manera general, sin ingresar a definiciones muy teóricas, el concepto de autoimagen hace referencia a la capacidad que se tiene para relacionarse consigo mismo, la imagen que se percibe y se construye de sí mismo, o la capacidad de representación que psicológicamente se hace de uno mismo. Esa autoimagen permite conformar una serie de características físicas o exteriores, y también de elementos internos desde lo emocional, que estructuran las opiniones, las ideas, las emociones, los sentimientos, los valores, las decisiones, las personalidades, que determinan la manera como el sujeto enfrenta situaciones y desarrolla la capacidad de tomar decisiones en la vida.

La autoimagen se puede dimensionar desde tres formas que estructuran su funcionamiento y capacidad del sujeto para referenciarse a sí mismo. Cada una de ellas guarda una estrecha relación con la otra: la primera forma es la manera interna, íntima, de cómo los sujetos se ven a sí mismos, un proceso dialógico consigo mismo; la segunda forma obedece a un entorno social, de cómo el contexto o los otros perciben al sujeto y dan una lectura en conjunto de su

individualidad; y la tercera forma indica ese cruce que hace el sujeto de su autoimagen, siendo el resultado de su percepción con la valoración externa, con lo que valida lo que piensan de él.

Desde la psicología, la autoimagen guarda una estrecha conexión con el concepto de autoesquema. Ambas remiten a la capacidad de referenciarse a sí mismo, de cómo forjar una imagen de sí como individuo; así, el autoesquema obedece a procesos más internos de conformación, jerarquización y estructuración que el sujeto percibe de sí mismo, mientras que la autoimagen ya implica relaciones culturales con el entorno que fortalecen su significación interna.

La autoimagen es una forma que tiene el sujeto de procesar información, que le es relevante para diferentes sucesos de su vida, cobrando sentido para él, y determina la forma como se cuestiona las cosas y la influencia para tomar decisiones, es decir, ese juicio y valoración de las cosas.

Desde que se está en la etapa de la niñez, el concepto propio de autoimagen se ve influenciado por los comentarios y sugerencias que brinda el entorno. Así, el sujeto, en todo su desarrollo evolutivo, recibe y es bombardeado por información que cimenta desde la niñez y construye estructuras para la interacción a nivel familiar desde conceptos como la autoridad, los roles, las funciones y otros espacios que aportarán a la configuración de la autoimagen. Este concepto puede ser híper valorado o devenir en una baja autoimagen.

Estos juicios de sí mismo, positivos o negativos, determinan la intensidad de la interacción del sujeto a nivel social y el desarrollo de su sentido de existencia, en correlación con el entorno y su percepción de sí mismo. Existen infinidad de casos de problemas de autoimagen, como la sensación de ser perdedor, de ser persona fracasada, perfeccionista, narcisista, negativa, supersticiosa, etc., que demuestran el desequilibrio entre las formas de autoimagen.

Desde la psicología aparecen autores como W. James, que en su obra *Principios de la psicología* aborda el término ‘autoimagen’ como esa idea de identidad personal, una forma de aprender a diferenciar entre lo que es el yo y el no yo. En otras palabras, es esa forma o competencia que tiene el sujeto para distinguir cuáles pensamientos pertenecen a sí mismo y cuáles no. Aquí aparece la necesidad de dimensionar el espacio íntimo como una relación que brinda el sentido de pertenencia, esa relación de intimar que implica una conexión con el entorno en una relación espacio-tiempo determinada. Esa sensación subjetiva de ‘soy yo mismo’, que plantea James, es una suma histórica del ayer que configuró un estado y un momento actual. Esta interpretación subjetiva del pensamiento lleva a dar una lectura del sentido de identidad en el sujeto, puesto que es ese vínculo estrecho entre el pensar y la esencia del ser. La sumatoria del pasado es lo que configura la esencia de la autoimagen para entender la relación con las vivencias positivas y negativas que embargan al sujeto.

Esa construcción de autoimagen implica para el sujeto una noción de cuerpo, de identidad psíquica, de vestuario, de cuidado e higiene personal, de lo que come, de la relación con su familia y con sus amigos, de su reputación social, de sus sentimientos, y es en esta medida que el individuo percibe sus propias emociones desde el triunfo, el fracaso o la derrota. La configuración social y espiritual, la conciencia social, las capacidades y los procesos psicológicos determinan la vida, la construcción del yo y el significado de su existencia y de su vida: en suma, la autoimagen.

## **Autoestima**

A la autoestima, desde la psicología cognitiva, se le atribuye un significado valorativo. Es aquello que se piensa y se siente del conjunto de características que poseemos. La autoestima consiste en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, se recrea una imagen de sí mismo. Es un juicio sobre la propia competencia y valía personal (Iglesias, 2015).

Según Burns, la autoestima sería definida, en términos actitudinales, por el componente emocional y evaluativo. Son aquellos sentimientos favorables o desfavorables que tienen las personas según sea la valoración sobre sus características personales. Dentro de la actitud es el elemento clave. La percepción de la autoestima dependerá del concepto del yo ideal y del yo real; por ello, es importante ser realistas y aprender a cambiar aquellos pequeños detalles que no gustan de sí mismos.

Para W. James (1963), la autoestima está enmarcada en la forma como el sujeto es capaz de diferenciar y comparar entre el yo real y el yo ideal, más concretamente, entre lo que el individuo es y lo que piensa o siente que debería ser. De entrada se supone una estrecha rivalidad y convivencia entre lo que constituye el yo real, el yo presente, las diferentes manifestaciones que el individuo representa de lo que es y las características que se atribuye como propias. El yo ideal consiste en esos atributos que el sujeto desea tener, poseer y adquirir, y el yo que debería ser, asociado con la conformación de atributos y representaciones, que se van anhelando con las expectativas y las percepciones que, de acuerdo con las normas, responsabilidades y derechos, el sujeto construye como características propias.

Alfred Adler (2003), psiquiatra de principios del siglo XX, aborda los problemas de inferioridad del sujeto. Su teoría de la existencia aborda diferentes trastornos que consolidan el

carácter: esos conflictos de tensión entre el contexto real, las aspiraciones y el deseo de poder transformar su realidad como motivador para la consolidación de su conducta.

Adler (2003) afirma, con su teoría, que la existencia del sujeto es compleja, que lo rodean y lo configuran un montón de patologías que emocionalmente perturban y crean trastornos en el desarrollo del individuo; es su trasegar por la madurez, el sentido común y la vinculación al entorno social.

Estas teorías de la personalidad y la existencia plantean una relación de un fenómeno particular: la baja autoestima y cómo ella afecta a las personas, llevándolas a plantear metas o compromisos y tratando de superarse de la inferioridad que perciben de sí mismas. Esto obliga al individuo a incorporar nuevas habilidades o talentos en retribución por aquellas cosas que antes no podían realizar.

Existe una múltiple variedad de psicopatías que son trastornos de la personalidad por falta de autoestima, tales como depresión, ansiedad, neurosis, timidez, falta de iniciativa, falta de confianza, actitud tendiente al fracaso, enfermedades psicosomáticas, etc.

### **Teóricos que dieron inicio a la terapia cognitiva y sus diferencias metódicas.**

La Tabla 1 es una recopilación histórica, en orden de aparición, de los psicólogos que dieron sus aportes a la construcción de la teoría cognitiva y así validaron sus diferentes metodologías y aportes conceptuales frente a las terapias cognitivas.

**Tabla 1. Recopilación histórica de la evolución de la psicología cognitiva.**

Año de Aparición	Nombre de la Terapia	Autor
<b>1958</b>	<b>Terapia Racional Emotiva</b>	<b>Ellis</b>
<b>1963</b>	Terapia Cognitiva	Beck
<b>1971</b>	<b>Técnica de Autoinstrucción</b>	<b>Meichenbaum</b>
<b>1971</b>	Terapia de Solución de Problemas	D'Zurilla y Goldfried
<b>1973</b>	<b>Entrenamiento en Inoculación de estrés</b>	<b>Melchenbaum</b>
<b>1974</b>	Reestructuración Racional	Goldfried
<b>1983</b>	<b>Terapia Cognitivo Estructural</b>	<b>Guidano y Lottl</b>
<b>1986</b>	Terapia de Valoración Cognitiva	Wessler y Hankin-Wessler
<b>1990</b>	<b>Terapia Cognitiva Centrada en los Esquemas</b>	<b>Young</b>

Fuente: elaboración propia.

El siglo XXI dio nuevas lecturas interpretativas a los fenómenos cognitivos y a las posibles metodologías para su abordaje. Algunas veces esto ocurrió retomando autores, como es el caso de Walter Riso (2006), que retoma a Beck para fortalecer sus planteamientos de la terapia cognitiva. Walter Riso realiza aportes teórico-metodológicos que, desde Beck, le dan mayor claridad a sus postulados y afirmaciones.

Riso empieza sus aportes clarificando la noción de estructuración de pensamientos, que sirve al paciente para entender cómo los estímulos se procesan, por qué se procesan, y cómo se interpretan esos resultados. Desde esta mirada, se trata de observar cómo se articulan las disímiles respuestas y cómo se le da lectura interpretativa a la conformación del pensamiento del sujeto.

A nivel psicoterapéutico, Riso enmarca el papel del sujeto o paciente en la construcción de medidas de participación activas, que permitan diseñar instrumentos y terapias acordes y adecuadas a las necesidades del paciente a partir de su inclusión activa, tanto en el planteamiento del problema como en la parte de conclusiones o soluciones de dicha intervención.

Hablando de indicadores experimentales en la intervención terapéutica de Riso, el psicólogo plantea unas rutas o metas medibles a través de unos objetivos claros, que permitan encontrar progreso con unos criterios de cumplimiento que faciliten la verificación de las metas trazadas desde el comienzo y evidenciar los avances y ajustes de la misma.

Walter Riso, específicamente, utiliza en su terapia distintas formas educativas desde una perspectiva cognitivo-conductual, donde el sujeto se convierte en su propio experto, reconociendo, en el enfoque aplicado en su propia vida, una experiencia terapéutica de transformación y co-creación. Dicho paciente toma sus propias decisiones con la ayuda del terapeuta, con lo que se fortalece el sentido de identidad como sujeto.

Desde la perspectiva psicosocial y cultural, la forma de relación, de pensar, de sentir, de vivir, de actuar, de interactuar y de construcción colectiva, Riso permite valorar un sinfín de acontecimientos que moldean la estructuración del paciente desde la relación espacio-tiempo, y permite entender cómo ha avanzado con los años, cómo ha sido su desarrollo, qué ha y qué no ha cambiado, cuáles son las metas y los objetivos trazados, los proyectos, etc., y cómo los ha logrado cumplir.

Desde las perspectivas teóricas de Riso, aunque se habla desde un pensamiento estructural, entendido como la capacidad de integrar y crear un conjunto de situaciones y estímulos interdependientes que dan una explicación cognitiva a un sistema de pensamiento, no se habla de la rigidez racional del conocimiento, sino de una perspectiva que se retroalimenta de la

flexibilidad de las dinámicas psicológicas y de sus tratamientos, permitiendo adquirir nuevas formas de resolver problemas del paciente, donde ya hay una relación participativa y activa entre los participantes o diferentes públicos vinculados al tratamiento.

La interdisciplinariedad es un aspecto de Beck que retoma Walter Riso, en la medida en que se trata de entender los fenómenos desde diferentes perspectivas, aplicando diferentes técnicas, teorías y planteamientos epistemológicos disímiles, que dan otros ángulos a los tratamientos del sujeto.

Estas diferentes miradas aplicadas a las terapias cognitivo-conductuales, en su flexibilidad, buscan integrar técnicas o terapias que, en el contexto del sujeto, se puedan articular a las aproximaciones cognitivas, en un proceso de autorregulación que el psicoterapeuta construya y que el paciente procese información relevante.

Hacia el año 2006, Riso plantea unos aspectos básicos de la teorías cognitivas de Beck, cuando retoma la ecuación informacional para la estructura de procesamiento de la información, con el fin de crear un nuevo modelo de formulación. En este nuevo esquema se plantean nuevas variables necesarias para conceptualizar y aplicar al mundo clínico.

La Figura 4 muestra de manera esquemática el modelo propuesto por Riso en 2006.

**Figura 4. El Modelo de la ecuación informacional en la Terapia Cognitiva.**



Fuente: Riso (2006).

Similar a la construcción de Beck, Riso retoma los esquemas como unidades fundamentales de almacenamiento informacional cognitivo y emocional del sujeto, de los demás y del entorno. El modelo busca entender los procesos de transformación que sufre la información a través de las estructuras presentes, su estímulo, percepción e indicadores de memoria que permitan encontrar esos sesgos en la aceptación y las distorsiones cognitivas presentadas frente a dicha información.

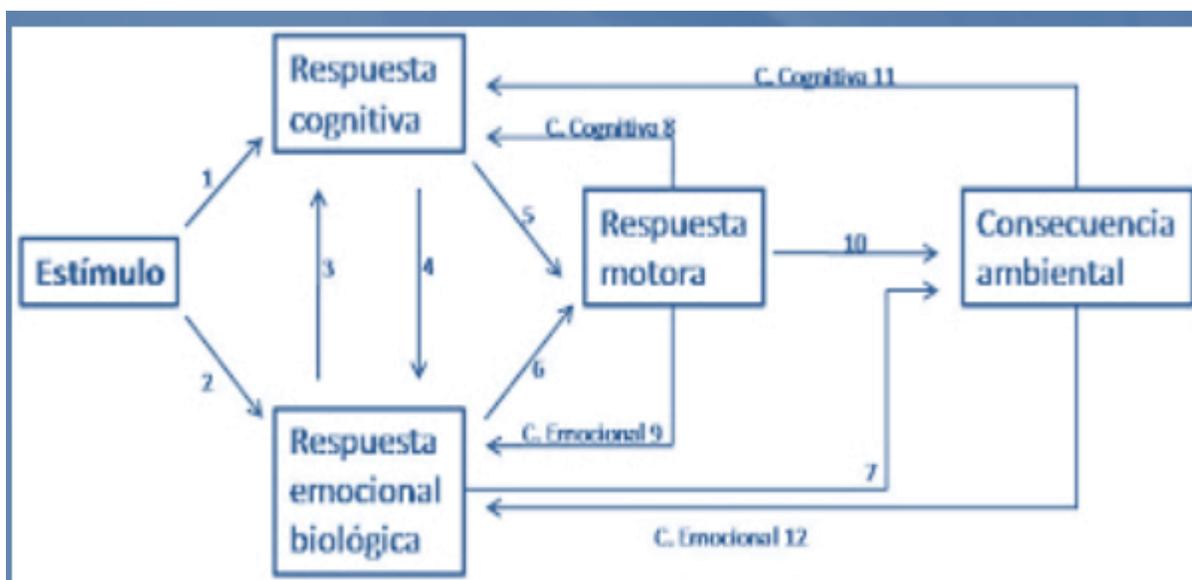
Este modelo de Riso lleva a comprender la noción de multinivel, que consiste en una serie de especie de estadios entrelazados, que desde la psicología se estructuran para entender esa información que se basa en experiencias sociales y culturales, en creencias, emociones y formas de pensamiento. Estos niveles se estructuran en sintomático-descriptivo, explicativo-preventivo y estilo de vida saludable.

El primer nivel indaga por los síntomas que consulta directamente el paciente. Aquí el terapeuta plantea una serie de canales de respuesta (cognitivo, emocional y motor) para producir

respuestas placenteras para el sujeto. Este nivel aborda el inicio temporal y espacial para sistematizar información, datos y evidencias que serán relevantes en otros niveles superiores para el terapeuta.

La Figura 5 muestra las relaciones entre estímulo, respuesta y consecuencia desde el modelo de Riso.

**Figura 5. Relación estímulo-respuesta-consecuencia en el modelo de Riso.**

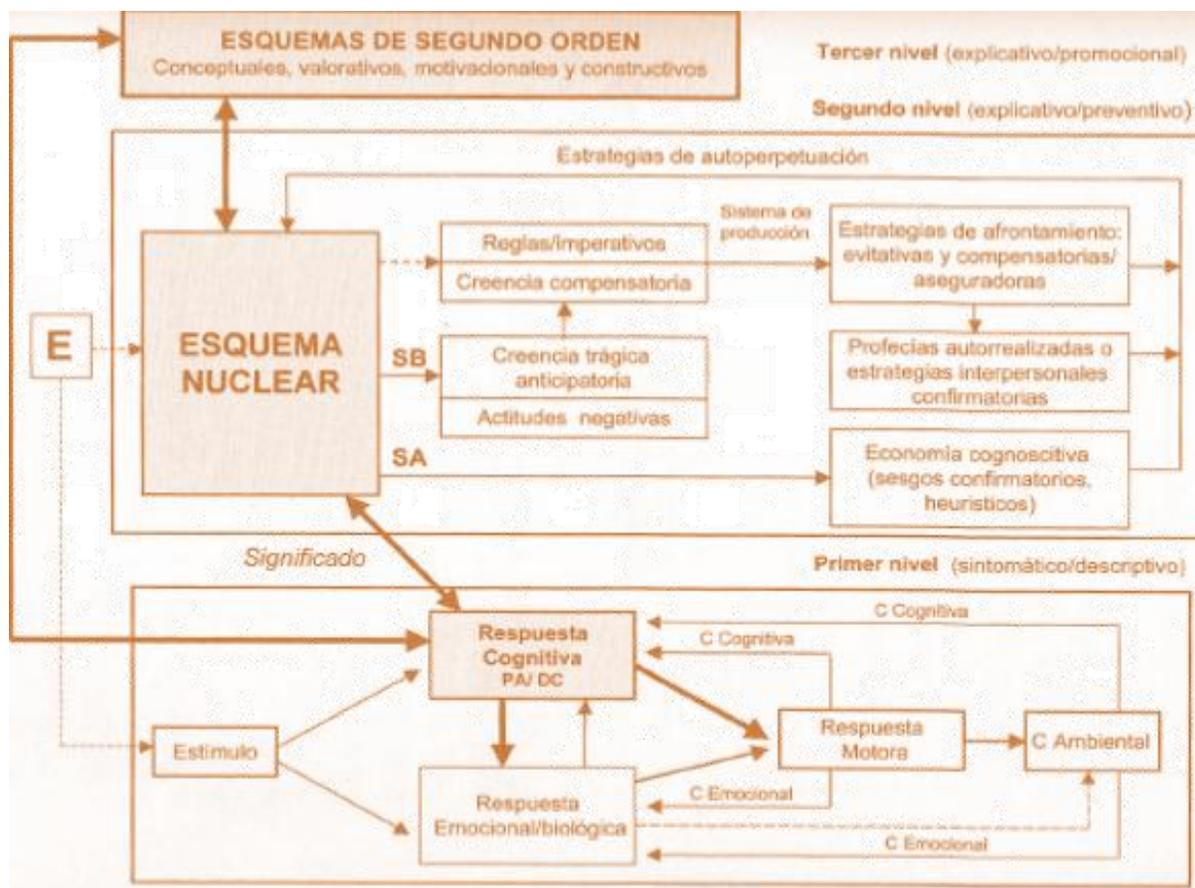


Fuente: Riso (2006).

En este nivel sintomático, el autor propone identificar una serie de estímulos que producen unos tipos de respuestas en los pacientes, que pueden ser distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos.

La relación con los demás niveles se muestra en la Figura 6.

Figura 6. Modelo de Riso.



Fuente: Riso (2006).

Este modelo permite entender, de una manera integral, cómo se articulan los diferentes niveles y las relaciones cognitivas que se presentan entre ellos. La idea del modelo es que el terapeuta asuma la estructura de manera conjunta para que interprete los niveles de manera simultánea. Integrar estos factores en el ejercicio terapéutico permite identificar las demandas del sujeto, evidenciando la sintomatología presentada y el contexto en el que se desarrolla. La propuesta de Riso es que la terapia cognitiva, a través de la integración de los niveles, permita al

sujeto entender y dimensionar su caso, entendiendo el origen de su psicopatología y cómo participa en su modificación.

A manera de conclusión, para poder entender el postulado teórico de Riso, se podría abordar como la búsqueda de una conceptualización clínica cognitiva bajo un modelo multinivel cuyo fin último es observar, conocer, entender, analizar, interpretar y dar explicación integral de cada nivel en una propuesta de conjunto, a la luz de las terapias cognitivo-conductuales, donde la psicopatología pueda orientarse de acuerdo con las necesidades de los pacientes en cada nivel del proceso.

## Marco contextual

### Nombre y descripción de la institución

El 12 de diciembre de 1976, Alfredo Marulanda Álvarez, en Barranquilla, dice a su hermana Luzmila, de la Comunidad Hermanitas de los Pobres: *“He decidido emplear lo que tengo y lo que me corresponde de la sucesión de mis padres muertos, en fundar una obra para recoger la gente tirada en la calle, los que ni siquiera tengan inteligencia, para decir gracias por el bien que se les haga”*.

La Figura 7 muestra a la hermana Luzmila Marulanda Álvarez (1921-2011).

**Figura 7. Luzmila Marulanda Álvarez.**



Fuente: Comunidad Hermanitas de los Pobres (s.f.).

La religiosa Marulanda nace en Medellín el 8 de mayo de 1921. Son diez hermanos. Normalista de María Auxiliadora, estudia comercio en la escuela Remington. Ingresa a las Hermanitas de los Pobres en 1946 en Medellín. Va a servir a los ancianos: en 1950 en Santiago de Chile y en 1953 en San Servan-Bretaña (Francia). Hace votos perpetuos en Saint Pern en 1954; continúa sus servicios en Biarritz, Puerto del Cantábrico vasco francés en 1955; en Sables á Olon 1962. En París estudia administración.

Regresa a Medellín el 25 de noviembre de 1976, a la muerte y novenario de su padre Luis. Durante el novenario muere su madre el 1o. de diciembre. Van a Barranquilla a reponerse de tanto dolor junto. Allí viven sus hermanas casadas, Elvia y Aurora, que estaban de viaje fuera del país, y no se les pudo localizar para la noticia sino al llegar de regreso.

Son las 7:30 de la noche: Alfredo está en el balcón. Vuelve a sus hermanas y les comunica su determinación de la fundación para desvalidos. En enero de 1977 buscan una comunidad que pueda encargarse de la obra. No se logra. La Hermanita Luzmila regresa a Dijon, Francia; Alfredo y Libia, su hermana, siguen buscando a una comunidad que admita la obra. En Sabaneta encuentran a las Hermanas Dominicanas de Nazaret, que fundan un ancianato con mucha dificultad y admiten la obra pero solo para ancianos. La Madre General lleva 7 meses dando largas para la aprobación. Alfredo y Libia urgen a la Hermanita Luzmila para que sea ella la que se encargue de la obra.

En septiembre de 1979, la H. Luzmila va a retiros espirituales al convento de las Carmelitas Contemplativas de Dios. Un obispo misionero suramericano, que también hace sus retiros espirituales allí, anima a la H. Luzmila, y el 10 de mayo de 1980 está en Medellín. Las dispensas de Roma solo las recibe en octubre de 1981. En el mismo mayo, el Vicario de

religiosos en Medellín, P. Jorge Moreno, Eudista, la recibe dándole todas las facilidades para la obra. Libia le ayuda en todo, pues Alfredo está gravemente enfermo y desahuciado.

El 27 de junio compran una finca en La Estrella, Antioquia. Alfredo se repone. En la finca instala el noviciado Casa Madre en agosto de 1981. Allí se inaugura el Hogar del Desvalido, el 29 de noviembre, y allí mismo instala la comunidad que había creado: *Las Hermanitas de los Desvalidos*. Se multiplican las vocaciones. Aun de otras comunidades se pasan religiosas para ayudarlas.

*Las Hermanitas de los Desvalidos* es una comunidad fundada por la Madre Luzmila Marulanda Álvarez, quien de manera especial e inspirada por el Espíritu Santo, descubrió en los desvalidos el rostro sufriente de Cristo. Las hermanitas asumieron su compromiso desde la consagración religiosa, donde donaron sus vidas al servicio de personas con limitaciones físicas, mentales y que son abandonadas, quienes en misión acogen como sus hermanos más amados por Dios. Para esto, generosamente el señor Alfredo Marulanda motivó a su hermana Luzmila para crear *El Hogar del Desvalido*, donde se alberga a más de cien desvalidos en las diferentes sedes de la ciudad de Medellín.

*El Hogar del Desvalido* sede Bello, Antioquia, abrió el 4 de diciembre de 1986. Además, poseen otras sedes en, Medellín, La Estrella, Belén, y otras en Itsmina y Bahía Solano, Chocó, y Barranquilla, Atlántico. Estas sedes nacen de la Institución Eclesial Colombiana *Las Hermanitas de los Desvalidos*, institución sin ánimo de lucro que identifica a Jesucristo vivo en los desvalidos, y cuya labor social consiste en acoger, albergar, alimentar y cuidar a personas desamparadas con discapacidad física y/o mental, sin discriminación de edad, sexo, color o religión.

El *Hogar del Desvalido* de Bello, Antioquia, está integrado por adultos mayores y adultos jóvenes, en situación de vulnerabilidad social, independientemente de la enfermedad, de su discapacidad y de su escolaridad. Deben ser personas no violentas y con un comportamiento, decoroso dentro de los códigos morales. Esta población presenta una gran problemática en su estado de salud, con deterioro de su funcionalidad y poca oportunidad en la atención. Sus necesidades básicas están insatisfechas y presentan poca socialización y bajos niveles de participación.

El *Hogar* ofrece a sus usuarios un lugar en el cual puedan tener una vida digna y que permita la satisfacción de sus necesidades espirituales, materiales y sociales, con acceso a los servicios de salud, brindando el calor de hogar que estas personas necesitan, con el acompañamiento permanente de las religiosas y el apoyo de practicantes y voluntarios, manteniendo siempre el carisma de la comunidad. El cuidado que brinda el *Hogar* es un proceso continuo, producto del cual las personas atendidas en la institución logran mejorar sus condiciones físicas y emocionales, se sienten parte de una familia y de la sociedad, rodeadas de cuidados que proporcionan un ambiente seguro y con bienestar.

La institución *Hogar del Desvalido* del municipio de Bello busca un acompañamiento profesional en la psicología, con el fin de que las personas que se encuentran en este centro tengan la posibilidad de acceder a la asesoría y el apoyo psicológico, pues se evidencia que esta población se encuentra en un estado de soledad, vulnerabilidad y abandono por parte de sus familiares y amigos. Es por esta razón que, con el acompañamiento psicológico, se espera brindar una mejor calidad de vida y mejor convivencia.

Las personas que se encuentran en este *Hogar* son de diferentes edades, desde los 38 hasta los 85 años de edad. Algunos de los internos presentan disautonomía o falta de capacidad para valerse por sí mismos.

### **Visión**

“Para el año 2015, seremos una institución con capacidad para acoger más desvalidos, consolidaremos la atención, y tendremos, hogares en óptimas condiciones, para la prestación de un mejor servicio” (Hogar del Desvalido, s.f.).

### **Misión**

Somos una entidad sin ánimo de lucro, contribuimos a la recuperación de la dignidad humana, y al mejoramiento equitativo, de la calidad de vida de los desvalidos; preferiblemente con limitaciones físicas o mentales, con acciones gratuitas de alojamiento, alimentación, enfermería, gerontología, psicología, y acompañamiento espiritual. Mediante una sólida atención integral fundamentada en la caridad, la ética, la calidez humana, y el apoyo de, personas naturales y empresas privadas (Hogar del Desvalido, s.f.).

### **Principios institucionales**

De acuerdo a lo referido por el personal del *Hogar del Desvalido*, los principios fundamentales que los definen son el respeto por la dignidad humana y la opción preferencial por la población más vulnerable, basada en valores como:

- Solidaridad
- Servicio
- Tolerancia
- Amor
- Compromiso

### **Políticas institucionales**

Construimos la calidad con nuestra actitud de servicio, teniendo preferencia por los desvalidos, limitados físicos o mentales. El objetivo es proporcionar, conocimiento, capacidad y destreza, para aportar en la construcción de un grupo de personas, que necesitan intervención para mejorar su calidad de vida, siendo privados de un acompañamiento integral, debido a la soledad, abandono y depresión, que manejan en su existir (Hogar del Desvalido, s.f.).

## Diseño metodológico

La presente investigación tiene un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo). La lógica que la orienta está dada dentro de un enfoque mixto, a través del cual se realizan ciertas mediciones sobre el fenómeno u objeto de estudio, pero con preeminencia de lo cualitativo, pues comporta elementos de carácter valorativo, cuyo interés es comprensivo, ya que, según Galeano, “permite comprender las representaciones sociales y culturales que son comunes en diversos grupos o personas” (2002, p. 65). De igual forma, Galeano advierte que “la perspectiva metodológica cualitativa hace de lo cotidiano un espacio de la comprensión de la realidad. Desde lo cotidiano y a través de lo cotidiano busca la comprensión de relaciones, visiones, rutinas, temporalidades, sentidos, significados” (2002).

En este sentido, la investigación se focaliza en identificar la incidencia de los cambios físicos sobre el autoconcepto del individuo en la transición de la edad adulta intermedia a la vejez, en un grupo de adultos entre los 48 y 58 años de edad del *Hogar del Desvalido* del municipio de Bello, lo cual se desarrolla en la dinámica de comprensión frente a otras realidades de carácter subjetivo, en la que no se procura instaurar reglas generales ni mucho menos comprobar hipótesis, pues es un asunto que le compete al campo fundamentado bajo parámetros cuantitativos.

Precisamente, la investigación cualitativa es un método que se basa en principios teóricos como la fenomenología, la hermenéutica y la interacción social. Se trata de una metodología

flexible que toma la narración de la realidad tal y como la perciben los sujetos. Ésta es cualitativa porque corresponde a las pautas de valoración conceptuales que se tengan presentes respecto a las categorías de análisis y los conocimientos previos sobre el asunto por parte de los actores sociales y los investigadores como participantes activos del proceso investigativo.

### **Tipo de investigación**

Esta investigación es de corte descriptivo y propone la representación, de modo sistemático, de las características de una población, situación o área de interés; por ello, consiste en un proceso detallado de acontecimientos.

Tamayo (1999), por ejemplo, resalta, entre las principales etapas que componen la investigación descriptiva, un proceso inicial que consiste en definir con claridad las características a describir; en segunda instancia, señala la importancia de seleccionar la muestra y las técnicas para la recolección de información; luego se refiere a la recolección de los datos; y finalmente, menciona el proceso de divulgar los resultados apropiadamente.

Al ser una investigación de tipo descriptiva se refiere a la “capacidad de seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de dicho objeto” (Bernal, 2000).

### **Técnicas e instrumentos de recolección de información**

Según Gallardo y Moreno (1999), el proceso de recolección de información se debe realizar de manera planeada y coherente para así poder obtener resultados favorables que

contribuyan al logro de los objetivos que se han propuesto. En este sentido, vale la pena tener en cuenta que, en el proceso investigativo, la obtención y recolección de la información se realiza sistemáticamente, siguiendo un proceso ordenado y coherente que, a su vez, permita evaluar la confiabilidad y la validez tanto del proceso mismo como de la información recolectada; ésta no será relevante y, por lo tanto, no podrá reflejar la realidad social que se pretende describir, la cual corresponde a la incidencia de los cambios físicos sobre el autoconcepto del individuo en la transición de la edad adulta a la vejez, en un grupo de adultos entre los 48 y 58 años de edad del *Hogar del Desvalido* del municipio de Bello.

Agregan los mencionados autores que la búsqueda de la información se realiza con base en los elementos del problema, el planteamiento de preguntas relevantes (no necesariamente para mantenerlas, sino para orientar la búsqueda de información), las variables intervinientes en el proceso y los indicadores que permiten operacionalizarlas. Se hace necesario que el grupo investigador tenga un dominio conceptual y teórico, tanto del tema objeto de investigación como de la población a estudiar, para minimizar la posibilidad de que se presenten sesgos en esta etapa.

Una vez identificadas las necesidades de información, se pueden realizar tres actividades estrechamente relacionadas entre sí: la primera se refiere a la selección de los instrumentos de medición y/o técnicas de recolección de información; la segunda se relaciona con la aplicación de estos instrumentos; y la tercera concierne a la preparación o codificación de la información obtenida en busca de facilitar su análisis.

Para realizar el rastreo bibliográfico del tema de investigación resulta vital tener en cuenta varios medios por los cuales se obtendrá la información requerida, entre los cuales se destacan revistas, libros, artículos, ensayos, documentales, entre otros.

Luego de la recopilación de la información, se llevó a cabo un plan de trabajo durante el desarrollo de la investigación, el cual desarrolló el abordaje del problema, el desarrollo de los objetivos, la delimitación de la investigación, la aplicación de instrumentos, la triangulación de información, el análisis y las conclusiones.

Para obtener la información requerida, se hizo necesario realizar un rastreo bibliográfico en diferentes bibliotecas de la ciudad de Medellín y el Área Metropolitana, en tono al autoconcepto del individuo; adicionalmente, se contó con la ayuda y con asesorías semanales de un profesional en psicología, quien tiene los conocimientos suficientes para brindar una mejor información y planeación a esta investigación.

De igual forma, se llevó a cabo una serie de entrevistas semiestructuradas, junto con la aplicación del CIE, test de autoconcepto (ver test en los Anexos).

### **Categorías de análisis**

Las categorías de análisis que muestra la Tabla 2 se tendrán en cuenta en la determinación del autoconcepto en la población objeto de estudio; dichas categorías se extraen de la investigación de Goñi et al. (2010) en torno al autoconcepto en la edad adulta y en la vejez.

**Tabla 2. Categorías de análisis.**

<b>Categoría</b>	<b>Descripción</b>
Habilidad física	Percepción de las cualidades y habilidades físicas para la práctica de deportes; capacidad de aprender deportes; seguridad personal y predisposición ante los deportes.
Condición física	Condición y forma física; resistencia y energía física; confianza en el estado físico, verse y/o sentirse fuerte.
Atractivo físico	Percepción de la apariencia como: los cambios físicos, autoimagen y la satisfacción por la imagen propia.
El autoconcepto general	Grado de satisfacción con uno mismo y con la vida en general. Opinión y sensaciones positivas (felicidad, satisfacción, orgullo y confianza) en lo físico.

Fuente: Goñi et al. (2010).

## **Población**

La población, como foco central de la investigación, son los internos del *Hogar del Desvalido* del municipio de Bello. Esta institución eclesial colombiana sin ánimo de lucro, que identifica a Jesucristo vivo en los desvalidos, tiene una labor social que consiste en acoger, albergar, alimentar y cuidar a personas desamparadas, con discapacidad física y/o mental, sin discriminación de edad, sexo, color o religión.

El *Hogar del Desvalido* de Bello, Antioquia, está integrado por adultos mayores y adultos jóvenes, en situación de vulnerabilidad social, independientemente de la enfermedad, de la discapacidad y de su escolaridad. Deben ser personas no violentas, con un comportamiento decoroso dentro de los códigos morales. Esta población presenta una gran problemática en su estado de salud, con deterioro de su funcionalidad y poca oportunidad en la atención. Sus necesidades básicas están insatisfechas y presentan poca socialización y bajos niveles de participación.

En este mismo sentido, el *Hogar* ofrece a sus usuarios un lugar en el cual ellos puedan tener una vida digna y que permita la satisfacción de sus necesidades espirituales, materiales y sociales, con acceso a los servicios de salud, brindándoles el calor de hogar que estas personas necesitan, más el acompañamiento permanente de las religiosas y el apoyo de practicantes y voluntarios, manteniendo siempre el carisma de la comunidad. El cuidado que brinda el *Hogar* es un proceso continuo, producto del cual las personas atendidas en la institución logran mejorar sus condiciones físicas y emocionales, y que se sientan parte de una familia, de la sociedad, como rodeados de cuidados que le proporcionan un ambiente seguro y de bienestar.

Cabe agregar que la mayoría de estas personas, por su discapacidad, edad adulta, y estado socioeconómico bajo, no concluyeron estudios de bachillerato y no tuvieron la oportunidad de una vida digna que les proporcionara algún tipo de empleo bien remunerado, estudio técnico, tecnológico o universitario, además de la falta de algún tipo de ayuda o sustento económico personal.

Finalmente, se describe que los internos vienen de rangos socioeconómicos de los niveles 1, 2 y 3.

### **Descripción de la Muestra**

Con respecto a la muestra a intervenir, y según las observaciones hechas por el grupo de investigación, en una prueba piloto antes de la ejecución de las entrevistas y el test, se decidió que, de un total de 30 internos, se seleccionaría la muestra principal de 9 individuos: 2 mujeres y 7 hombres, que posteriormente participarían en la ejecución de las entrevistas y el test para concluir la recolección de los datos, que finalmente darán respuesta a la pregunta de investigación planteada en el proyecto: la incidencia de los cambios físicos sobre el autoconcepto y la autoimagen.

Las dos mujeres están en las edades de 54 y 57 años, y los 7 hombres, en edades de 48, 49, 51, 54, 55 y 58 años de edad. Algunos son solteros, otros separados, o que quedaron solos por fallecimiento del cónyuge. Una de las observaciones, al momento de seleccionar la muestra por el grupo de investigación, fue hacer una prueba piloto en la que se hicieron unas cuantas preguntas abiertas a los seleccionados, apoyados en un test de personalidad facilitado por la

institución, donde se analizaba y se miraba lo más relevante en cuanto a grado de cognición, conciencia, coherencia al momento de hablar, ubicación espacial de los individuos o que no manifestaran algún tipo de dificultad cognitiva. Este test no se tuvo en cuenta en la recolección de datos, sino que solo fue instrumento para la selección de la muestra.

Finalmente, para la recolección de los datos, se utilizaron como herramientas las entrevistas semiestructuradas y el test CIE, que evaluó el autoconcepto y la autoimagen de los nueve individuos. Es importante aclarar que el test original evalúa autoconcepto, autoimagen y autoestima; empero, apoyados en los asesores del proyecto, los investigadores se plantearon no trabajar la autoestima, ya que el término en sí se presta para un estudio más profundo y más completo. Aun así, se aborda en el marco conceptual, ya que es un autoesquema que refuerza al autoconcepto y, de este modo, se da a entender que es importante saber sobre este autoesquema: pero en vista de la pregunta de investigación, sobre los cambios físicos y el autoconcepto, se tomó la decisión de centrar la investigación en las siguientes categorías: cambios físicos, autoconcepto y autoimagen.

Posteriormente, y arrojados los resultados, se aportó a la relación e interpretación de las respuestas, dando claridad a la pregunta de investigación sobre las incidencias de los cambios físicos, sobre el autoconcepto del individuo en la transición de la edad adulta intermedia a la vejez.

## **Análisis e interpretación de la información**

### **Tabulación Test. Tabla A1**

En la Tabla 3, que se presenta a continuación, se sintetizan los resultados arrojados para la variable de autoconcepto.

Tabla 3. Tabla A1: cruce de variables para autoconcepto.

Tabla cruce de variables																	
tabulacion de resultados test de autoconcepto y autoimagen																	
Autoconcepto																	
Sujetos	A	B	C	D	E	F	G	H	I								
1* - 2	4	1	5	3	3	4	2	1	5	2	4	2	4	4	2	2	4
2* - 1	5	1	5	1	5	2	4	1	5	2	4	2	4	4	2	2	4
3* - 3	3	2	4	4	2	2	4	2	4	2	4	1	5	3	3	1	5
4* - 4	2	2	4	2	4	3	3	2	4	3	3	3	3	2	4	4	2
5* - 4	1	4	2	2	4	4	2	4	2	4	2	4	2	2	4	4	2
6 -- 4	4	3	3	4	4	1	1	3	3	1	1	2	2	1	1	2	2
7* - 2	4	2	4	2	4	4	2	2	4	3	3	3	3	2	4	3	3
8* - 2	4	4	4	2	4	4	2	1	5	4	2	4	2	4	2	4	2
9* - 3	3	2	3	3	3	3	3	4	2	3	3	2	4	3	3	2	4
10* - 2	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	4	4	2	2	4	2	4
11 -- 5	5	4	4	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	4	4	3	3
12 -- 5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	3	3	1	1	3	3	5	5
13* - 4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	5	1	4	2	4	2
14* - 2	4	3	4	3	3	3	3	2	4	4	2	4	2	2	4	4	2
15* - 1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	2	4	1	5
16 -- 2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2
17 -- 4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	4	4	3	3	4	4	2	2
18 -- 3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	3	3
19 -- 4	4	3	3	2	2	1	1	4	4	2	2	3	3	3	3	4	4
Totales	68		70		63		52		67		57		52		57		60

puntuacion por respuesta			
sujetos	autoconcepto		
1	68		
2	70		
3	63		
4	52	bajo autoconcepto	
5	67		
6	57		
7	52	bajo autoconcepto	
8	57		
9	60		
total	546		
promedio	60,66		
X = 60,66 la media del autoconcepto			

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar en la tabla A1 (Tabla 3), que los resultados de los nueve evaluados por el test de autoconcepto, 7 individuos estuvieron por el límite de la media, 60.66, lo cual indica que hay un resultado aceptable en autoconcepto, pero sin descartar que 2 de los 9 evaluados tuvieron una calificación por debajo de la media: los sujetos D y G, que tuvieron valores 52 y 52 en la calificación de los datos. Y si se contrasta ello con los resultados de la entrevista, se presenta una contraposición en el pensamiento del sujeto. En las entrevistas, el autoconcepto se percibió afectado por los cambios físicos, el atractivo físico, las habilidades físicas y la capacidad física o fuerza. Los entrevistados, en sus respuestas, aclaran que depende tanto de la imagen propia como de la integridad física, conductual y cognitiva, tener un autoconcepto sólido y estructurado.

Por su parte, la Tabla 4 (B2) sintetiza los valores arrojados para la autoimagen.

Tabla 4. Tabla B2: tabulación de resultados para autoimagen.

tabulacion de resultados Autoimagen																		
Autoimagen																		
Sujetos	A	B	C	D	E	F	G	H	I									
20	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	4	4	3	3
21*	4	2	2	4	2	4	4	2	2	4	4	2	2	4	2	4	2	4
22*	5	1	5	1	4	2	4	2	5	1	4	2	4	2	4	2	4	2
23	3	3	4	4	4	4	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3
24*	4	2	4	2	5	1	4	2	4	2	3	3	4	2	4	2	4	2
25*	4	2	5	1	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	2	4
26	4	4	2	2	2	2	3	3	4	4	2	2	2	2	3	3	2	2
27	2	2	1	1	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	1
28*	2	4	2	4	3	3	2	4	2	4	3	3	2	4	2	4	3	3
29*	5	1	4	2	4	2	3	3	4	2	4	2	3	3	4	2	4	2
30	4	4	5	5	4	4	2	2	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5
31*	1	5	3	3	1	5	3	3	2	4	2	4	2	4	1	5	2	4
<b>totales</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>36</b>	<b>35</b>									
	baja	baja	baja	baja	baja	baja	baja	baja	baja									
										todos los totales de los sujetos presentan, autoimagen baja								

puntuacion por respuesta		
sujetos	Autoimagen	
1	34	baja
2	33	baja
3	35	baja
4	30	baja
5	35	baja
6	32	baja
7	33	baja
8	36	baja
9	35	baja
<b>total</b>	<b>303</b>	
<b>promedio</b>	<b>33,66</b>	
<b>x = 33,66 la media de Autoimagen</b>		

Fuente: elaboración propia.

Según los resultados arrojados en el test que evalúa la autoimagen, es posible observar que en la tabla B2 (Tabla 4), los nueve individuos muestran una calificación por el límite inferior de la media, 33.66; por lo tanto, se confirma que la autoimagen sí se afecta frente a los cambios físicos del individuo y, en este mismo sentido, en los resultados de la entrevista y las preguntas que evaluaban el atractivo físico, se comprueba que la imagen es de vital importancia para los individuos, en la transición de la edad adulta a la vejez.

La Tabla 5 relaciona los resultados del autoconcepto y de la autoimagen en los sujetos que participaron de la investigación.

**Tabla 5. Relación entre las puntuaciones de autoconcepto y autoimagen.**

<i>Autoconcepto</i>					<i>Autoimagen</i>		
Sujeto A	68				Sujeto A	34	Autoimagen baja
Sujeto B	70				Sujeto B	33	Autoimagen baja
Sujeto C	63				Sujeto C	35	Autoimagen baja
Sujeto D	52	Autoconcepto bajo			Sujeto D	30	Autoimagen baja
Sujeto E	67				Sujeto E	35	Autoimagen baja
Sujeto F	57				Sujeto F	32	Autoimagen baja
Sujeto G	52	Autoconcepto bajo			Sujeto G	33	Autoimagen baja
Sujeto H	57				Sujeto H	36	Autoimagen baja
Sujeto I	60				Sujeto I	35	Autoimagen baja
<b>Media de autoconcepto</b>	60,66				<b>Media de Autoimagen</b>	33,66	

Fuente: elaboración propia.

A continuación se presentan unos cuadros (Tablas 6-10) de los datos más relevantes de la entrevista de los 9 sujetos, para relacionar con el test CIE de autoconcepto y autoimagen.

**Tabla 6. Correlación categorías y entrevistas, sujeto 1.**

<b>Sujeto 1. J. C. T. R. 49 Años</b>	
Atractivo físico Preguntas 1, 2,5. de la entrevista	Me siento bien presentado, no tengo malformaciones ni me he sentido rechazado. No me haría cirugías. Nunca me han hecho admiraciones o piropos. No modificaría nada.
<b>Sujeto 1. J. C. T. R. 49 Años</b>	
Habilidades físicas Preguntas. 6, 9 de la entrevista	Puedo caminar bien. Me gusta jugar al basquetbol, así sea con una sola mano. En el proceso de responder una pregunta, se me dificulta un poco entenderla, pero la respondo. Mi memoria es un poco lenta,
<b>Sujeto 1. J. C. T. R. 49 Años</b>	
Condición física o fuerza. preguntas 3,7,10 De la entrevista	Ojala pudiera sentirme más joven, retroceder el tiempo y haber evitado el accidente donde perdí mi brazo. Quisiera mejorar los riñones, ya que me duelen un poco. He notado las arrugas, el dolor en los huesos y la caída de mi cabello, pero todo ha pasado de manera normal. Las pocas actividades que hago son: ayudo en el Hogar del Desvalido con labores de aseo, organizar, tender alguna cama, ayudo a las enfermeras pasándole artículos, con los que ellas trabajan y hacen sus actividades, pero no actividades de fuerza.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 2 y 3.

<b>Sujeto 2. G. M. R. 57 años</b>	<b>Sujeto 3. L. A. T. 51 Años</b>
<p>Siento fuerzas para caminar, aunque, no me puedo agitar mucho. No practico deportes.</p> <p>Todavía siento fuerzas y no me siento débil, o sin poder moverme.</p> <p>A mí, lo que me hizo tanto daño psicológico fue quedar sin empleo a tan alta edad y pensando, en cuál iba ser el mañana con mi hijo.</p> <p>La desventaja en esta edad, es que no hay oportunidades</p>	<p>Mi coordinación motora está afectada, no puedo caminar, pero no he tenido problemas con mi salud en otros aspectos.</p> <p>El accidente de los pies, me ha tenido mal, se me hincharon mucho y por tal motivo, no practico ningún deporte.</p> <p>He perdido un poco la escucha y desde lo psicológico, tengo buena memoria.</p> <p>Me da tristeza el rechazo de mis hijos; sé que los abandoné muy niños, pero yo necesitaba trabajar.</p>
<b>Sujeto 2. G. M. R. 57 años</b>	<b>Sujeto 3. L. A. T. 51 Años</b>
<p>Mejoraría la salud de mis venas, ya que, sufro de la circulación y soy hipertensa.</p> <p>Los cambios físicos se notan, al mirarse uno al espejo, y se pueden ver las arrugas, las canas, y en vez de perder peso, he subido.</p> <p>Hay momentos, donde me duelen las articulaciones.</p> <p>Puedo moverme o estar de pie, pero, no por muchas horas, ya que me comienzan a doler las articulaciones.</p> <p>No puedo mover cosas pesadas, pero se pueden mover cosas como: matas, baldes, y utensilios de aseo.</p>	<p>Mejoraría la salud de mis piernas. Desde el accidente me he sentido muy limitado.</p> <p>He perdido masa muscular, además, he perdido la resistencia y capacidad de pararme.</p> <p>Ayudando a llevar utensilios de aseo.</p> <p>Después del accidente de los pies, no puedo correr, ni me puedo parar.</p> <p>Mi mayor dificultad es verme sin poder caminar.</p>
<b>Sujeto 2. G. M. R. 57 años</b>	<b>Sujeto 3. L. A. T. 51 Años</b>
<p>Yo joven fui atractiva, me admiraban todo.</p> <p>Me siento bien con mi imagen, aunque, he querido arreglarme los dientes, ya no me preocupo por aparentar una imagen que no tengo, aunque en mi juventud fui bella.</p> <p>Somos una familia, y así, no nos conocamos, todos nos ayudamos.</p>	<p>Las personas se fijan en el color de la piel.</p> <p>Me siento en desventaja por mi edad, siempre me he valido solo.</p> <p>Yo solo digo que todos cometemos errores y es necesario que nos perdonen. El estilo de vida de una persona en la vejez, es sentirse acompañado y no abandonado.</p>

las personas al llegar a la vejez, necesitan más acompañamiento; nosotros también tenemos necesidades, y en el caso de la mujer, hay abandono del compañero como en el caso mío.

Yo propongo que se debe aceptar la vejez.

Hubiese querido tener la oportunidad de terminar mis estudios, yo estudie hasta 5 de primaria. Hubiese cuidado más mi salud y no hubiera consumido, alimentos que dañaran mi presión arterial.

Todos vamos llegando a esta edad, la considero normal, aunque, no se sabe cómo se va llegar, si bien o enfermo. He visto muchas personas adultas abandonadas.

Desde mi accidente, comencé mal. Yo recomiendo que no se separen de la familia, no hay nada más mortificante que estar solo.

La vejez se me adelantó con mi accidente. La vejez no es para estar solo. Es triste ver viejos en las calles todavía trabajando y menospreciados por la sociedad, o como me siento yo, abandonado por mi mujer y por mis otros 3 hijos.

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 8. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 4 y 5.**

<b>Sujeto 4. A. de J. R. M. 58 Años</b>	<b>Sujeto 5. J. L. 55 Años</b>
<p>Soy atractivo y me he, hecho cambios en mi rostro para mejorar. He mejorado el aspecto de mi rostro, y me gustaría, operar la cara, para ser más atractivo y sentirme mucho mejor.</p> <p>Me gustaría mejorar la flacidez en mis músculos y ser más esbelto.</p> <p>Las personas admiran la altura y los musculosos.</p>	<p>Considero que soy atractivo, aunque, mi personalidad está por encima de mi físico. No cambiaría nada, me siento conforme en general. Las personas, se fijan en el cuerpo.</p> <p>En conjunto, se fijan en tipos fornidos, (musculosos). A las mujeres les gustan los hombres delgados y se fijan que sean personas altas</p>
<b>Sujeto 4. A. de J. R. M. 58 Años</b>	<b>Sujeto 5. J. L. 55 Años</b>
<p>Ahora que estoy entrando en la vejez, he dejado mucho eso de la práctica del deporte</p> <p>Mi memoria se ha deteriorado, y además, no puedo hacer todo lo que hacía años atrás. No puedo trabajar y esto, me ha traído problemas familiares.</p>	<p>Por mi discapacidad, no puedo practicar nada de actividad física, he visto reducida mis actividades en todas las áreas, memorizar, Actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, y deportes.</p> <p>Antes de mi accidente, yo estaba en plenas facultades físicas.</p>
<b>Sujeto 4. A. de J. R. M. 58 Años</b>	<b>Sujeto 5. J. L. 55 Años</b>
<p>Me gustaría poderme operar muchas partes de mi cuerpo, tanto por estética, como por salud, mi flacidez muscular.</p> <p>Yo he notado que mi cabello es menos abundante y se ha puesto canoso, también he notado que mi piel se ha puesto flácida y la musculatura del cuerpo es débil.</p> <p>Por los años, ya no me siento con tanta vitalidad como antes, me siento débil y no puedo hacer mucha fuerza, no puedo estar mucho tiempo de pie y ando muy despacio.</p>	<p>Las personas deberían dejar que el proceso natural de envejecimiento corporal, se dé sin intervenir. Si pudiera hacerme una cirugía, intervendría mi discapacidad en piernas y zona lumbar.</p> <p>El cambio más notorio, es en el cabello, antes era más abundante y oscuro, y ahora es, totalmente canoso y se me está cayendo. Se engorda más fácil y se va perdiendo altura.</p> <p>Se me hace imposible hacer labores por mi estado de salud, por haber sufrido el accidente.</p>

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 9. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 6 y 7.**

<b>Sujeto 6. Sujeto J. R. 58 Años</b>	<b>Sujeto 7. J. J. C. G. 48 Años</b>
<p>Considero que para mi edad, estoy bien de atractivo, además, el físico no me parece lo más importante, me siento bien como soy.</p> <p>Lo sentimental y lo espiritual, es lo más importante.</p> <p>Yo a mi edad no modificaría nada.</p> <p>Las mujeres, se fijan en la estatura del hombre.</p>	<p>Mi rostro es atractivo, es muy simpático y he notado, que a la gente no le incomoda.</p> <p>Me operaría el ojo izquierdo, está feo y no me gusta su apariencia; de resto no tengo mayor problema.</p> <p>Las mujeres admiran la altura de los hombres, sus musculoso y que tenga presencia. No modificaría nada de mi rostro.</p>
<b>Sujeto 6. Sujeto J. R. 58 Años</b>	<b>Sujeto 7. J. J. C. G. 48 Años</b>
<p>Actualmente no practico ningún deporte, por mi condición física y edad avanzada.</p> <p>Yo tengo una discapacidad de la espalda y no solo la enfermedad. Yo, definitivamente, no puedo trabajar.</p> <p>Esto me ha traído problemas con mi familia. También hay momentos donde, me siento desubicado.</p>	<p>Sí hago deporte, me gusta la gimnasia, aunque, he tenido que disminuirla, porque se me dificulta.</p> <p>Mis cambios físicos y mis dificultades de salud, han traído problemas en mis relaciones familiares y se me dificulta trabajar.</p>
<b>Sujeto 6. Sujeto J. R. 58 Años</b>	<b>Sujeto 7. J. J. C. G. 48 Años</b>
<p>Me gustaría poder mejorar mi cerebro, señala su cabeza, la memoria.</p> <p>Los cambios físicos, y en mi caso, he notado que mi rostro ha cambiado, es más arrugado, flácido, y ya no veo igual ni puedo hablar como antes.</p> <p>Mi cabello ha cambiado y, además, mi cuerpo es más delgado.</p> <p>Yo soy operado de la columna; no puedo hacer fuerza, ni permanecer mucho rato de pie, no puedo arrastrar mucho peso ni agacharme muy rápido, se me daña el disco de la columna.</p>	<p>Me operaría la nariz, porque no me permite respirar bien.</p> <p>En mí, he notado los cambios físicos y la flacidez muscular.</p> <p>yo tengo problemas físicos, se me dificulta la actividad física, por lo tanto, no me siento capacitado para practicar deporte ni para trabajar; no puedo esforzarme mucho.</p>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 8 y 9.

Sujeto 8. M. M. A. 54 Años	Sujeto 9. Sujeto P. A. P. 58 Años
<p>Me siento conforme, y a pesar de los años, la gente me ve bien. Me siento bien físicamente.</p> <p>Me sometí a una operación de mis ojos, y he notado, un gran cambio en la forma de que me miran las personas. De resto, no necesito operaciones.</p> <p>A los hombres les gustan las mujeres bien formadas (que sean voluptuosas), les gustan las mujeres altas, delgadas y elegantes.</p> <p>Me gustaría ser un poco más alta y delgada. Modificaría eso.</p>	<p>Me considero bien parecido, y a pesar de los años, siento que todavía estoy conservado y me siento bien.</p> <p>Yo si me realizaría una cirugía estética en el rostro, pues, aunque me siento bien, me gustaría verme más joven, con la piel más lozana y que se vea, mi cara más joven</p> <p>Las mujeres se fijan en tipos altos, acuerpados. las mujeres buscan un hombre grande, musculoso y fuerte</p> <p>Yo a mi edad no modificaría nada de mi rostro.</p>
Sujeto 8. M. M. A. 54 Años	Sujeto 9. Sujeto P. A. P. 58 Años
<p>No te puedo ayudar mucho, pues nunca he practicado ningún deporte; yo soy del campo. Y el trabajo en el campo es lo más cercano a la actividad física que he practicado.</p> <p>Desde hace tiempo no realizo actividad física; y, por mis problemas de salud, no puedo realizar esfuerzos físicos</p> <p>Se han dificultado mis relaciones con amigos y familia, tanto por mi condición física, como por el hecho de que soy desplazada.</p>	<p>Por mi edad y mis dificultades físicas, no puedo realizar mucha actividad.</p> <p>Con el paso de los años, siento que, me han traído dificultades y me han discapacitado, para poder trabajar normalmente.</p> <p>También me ha dificultado en cierta medida, mis relaciones sociales.</p>
Sujeto 8. M. M. A. 54 Años	Sujeto 9. Sujeto P. A. P. 58 Años
<p>Yo, mejoraría mi hígado, pues, reconozco que tengo problemas de mal aliento (Halitosis) y eso, me da un poco de pena.</p> <p>Lo más notorio en mi cuerpo son las canas, resequedad y arrugas en la piel, y he perdido mucho la agilidad en mis desplazamientos.</p> <p>Lo que más se me dificulta es hacer fuerza, arrastrar o recoger del piso objetos muy pesados.</p> <p>Me da dificultad estar mucho tiempo de pie o caminar mucho, me dan dolores en las rodillas y en la cadera. No puedo moverme rápido, debo moverme con mucho cuidado y despacio, me canso muy rápido.</p>	<p>Me gustaría mejorar, en general, todo mi cuerpo y mejorar la flacidez de los músculos. Yo he podido notar cambios, la pérdida de mi masa muscular y de estatura, la piel se ha deteriorado y, en nosotros los hombres, se pierde un poco el cabello o se pone canoso.</p> <p>Me siento poco capacitado, para caminar mucho o para realizar trabajos repetitivos.</p> <p>No puedo estar mucho rato de pie, y además, he perdido mucha fuerza, ya no puedo hacer mucho esfuerzo.</p>

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, las Tablas 11-15 muestran las respuestas relacionadas con el autoconcepto de los sujetos participantes.

**Tabla 11. Correlación categorías y entrevistas, sujeto 1.**

<b>Sujeto 1. J. C. T. R. 49 Años</b>	
<b>Autoconcepto</b>	<p>A mi concepto, las mujeres miran los ojos en una persona. Me siento bien con mi imagen, me siento feliz en el hogar y aceptado.</p> <p>Hay que reconocer, que la transición a la vejez es un estado difícil, por las enfermedades y dificultades que se presentan; pero lo más importante, es sentirse, amado y acompañado</p> <p>Uno debe ser más activo desde joven y descansar bien</p> <p>El proceso de envejecimiento, es un ciclo normal de la vida, No me he sentido rechazado, siento que me han brindado buenos cuidados.</p>
<b>Preguntas 4,8,11,12,15</b>	
<b>De la entrevista</b>	

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 12. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 2 y 3.**

<b>Sujeto 2. G. M. R. 57 años</b>	<b>Sujeto 3. L. A. T. 51 Años</b>
<p>Yo joven fui atractiva, me admiraban todo. Me siento bien con mi imagen, aunque, he querido arreglarme los dientes, ya no me preocupo por aparentar una imagen que no tengo, aunque en mi juventud fui bella.</p> <p>Somos una familia, y así no nos conocamos, todos nos ayudamos.</p> <p>las personas al llegar a la vejez, necesitan más acompañamiento;</p> <p>Nosotros también tenemos necesidades, y en el caso de la mujer, hay abandono del compañero como en el caso mío.</p> <p>Yo propongo, que se debe aceptar la vejez.</p>	<p>Las personas se fijan en el color de la piel.</p> <p>Me siento en desventaja por mi edad, siempre me he valido solo.</p> <p>Yo solo digo que todos cometemos errores y es necesario que nos perdonen. El estilo de vida de una persona en la vejez, es sentirse acompañado y no abandonado. Desde mi accidente, comencé mal. Yo recomiendo que no se separen de la familia, no hay nada más mortificante que estar solo.</p> <p>La vejez se me adelanto con mi accidente.</p> <p>La vejez, no es para estar solo. Es triste ver viejos en las calles todavía trabajando</p>

<p>Hubiese querido tener la oportunidad de terminar mis estudios, yo estudie hasta 5 de primaria. Hubiese cuidado más mi salud y no hubiera consumido, alimentos que dañaran mi presión arterial.</p> <p>Todos vamos llegando a esta edad, la considero normal, aunque, no se sabe cómo se va llegar, si bien o enfermo. He visto muchas personas adultas abandonadas.</p>	<p>y menospreciados por la sociedad, o como me siento yo, abandonado por mi mujer y por mis otros 3 hijos.</p>
--	--

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 13. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 4 y 5.**

<b>Sujeto 4. A. de J. R. M. 58 Años</b>	<b>Sujeto 5. J. L. 55 Años</b>
<p>Las personas se fijan en los ojos antes de admirar.</p> <p>Me siento bien con mi imagen y puedo decir, que los que se encuentran en mi entorno, también reconocen que estoy bien y me aceptan</p> <p>Lo importante en la vejez, es hacer mucho deporte siempre que se pueda y mantener una buena alimentación, ya que, comer mal, trae muchos problemas.</p> <p>Sí, yo retrocediera el tiempo, me concentraría en, comer muy bien.</p> <p>Estar tranquilo es muy importante para la salud.</p> <p>La vejez aunque es un deterioro corporal, es también aprendizaje, y se adquiere experiencia.</p>	<p>Las personas admiran los ojos, se dice que son el reflejo de lo que somos.</p> <p>Me siento bien como soy, mi familia me acepta muy bien y muchos de mis amigos, casi la mayoría, me aceptan.</p> <p>en la vejez uno debe evitar, la mala alimentación, el trasnocho, el consumo de drogas y recomendaría, un buen cuidado personal.</p> <p>Dichoso el que llega a ella. Las nuevas generaciones no valoran la vejez.</p> <p>Para mí, es como una oportunidad de estar tranquilo, mis últimos años de vida, pues, la sabiduría y la experiencia, es muy valiosa en esta edad.</p>

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 14. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 6 y 7.**

<b>Sujeto 6. Sujeto J. R. 58 Años</b>	<b>Sujeto 7. J. J. C. G. 48 Años</b>
<p>Las personas se fijan en todo el rostro en conjunto, y lo que más miran, es la zona de los ojos.</p> <p>Me siento conforme como soy y como me veo. Mi esposa no me entiende a veces, eso es lo triste, mi relación familiar.</p> <p>Los adultos, deben tener el derecho a trabajar siempre.</p> <p>Tener un empleo a pesar de la edad, esto ayuda mucho a no envejecer rápido y sentirse más útil.</p> <p>cuando van pasando los años, es cuando uno se da cuenta que no se cuidó bien</p> <p>La vejez, es aprender, es crear conocimientos, es tener experiencia suficiente para saber, que es lo racional y lo emocional. La sabiduría, es lo más importante en la vida, porque con los años, el cuerpo (lo físico), se acaba.</p>	<p>Las personas miran la cara, y mi nariz no es muy atractiva.</p> <p>Me siento satisfecho y en términos generales, es poco lo que me gustaría modificar, siento que además, la gente me valora, y me acepta tal como soy.</p> <p>En la vejez, lo mejor es tener tranquilidad. Procurar estar relajado y tranquilo, es una buena forma de conservarse saludable.</p> <p>El deporte, te hace sentir a uno vivo, y trabajar, te hace sentir útil. Evitar malos hábitos.</p> <p>La vejez, en mi opinión, es el pasar por los años, adquiriendo experiencias en la vida.</p>

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 15. Correlación categorías y entrevistas, sujetos 8 y 9.**

<b>Sujeto 8. M. M. A. 54 Años</b>	<b>Sujeto 9. Sujeto P. A. P. 58 Años</b>
<p>Las personas se fijan en todo, en el cabello, la forma de la cara, la piel y las imperfecciones, toda la cara en conjunto. Si uno tiene una nariz bonita y unos ojos expresivos, se hace más atractivo, para las demás personas.</p> <p>yo me acepto como soy, pero obviamente, como toda mujer; soy algo vanidosa y me gustaría cambiar pequeñas cosas, pero en general, estoy conforme y creo que los demás, me perciben y me aceptan.</p> <p>Se debe tener mucho cuidado en la alimentación, uno debe dormir bien, mantenerse descansado y sobretodo, evitar la mala vida y algunos vicios.</p> <p>Si pudiera retroceder mi edad, me alimentaría mucho mejor, y evitaría tanto el trasnocho, como el exceso de actividad, porque, uno también debe estar descansado.</p> <p>La vejez para mí, es una serie de cambios físicos y es buena, de acuerdo a la manera en que uno lo asume; si uno se siente inservible e incapaz, la vejez se hace mala.</p>	<p>La mujer es muy detallista y se fija en todo, ejemplo: facciones fuertes y varoniles. A mi parecer, las mujeres se fijan más en la zona de la cara; se fijan en los ojos y la nariz,</p> <p>por ahora, me siento satisfecho conmigo mismo y me siento, aceptado por mis compañeros y las demás personas, que tratan conmigo.</p> <p>Uno debe adoptar estilos de vida donde, la tranquilidad sea lo principal, evitar los excesos; se debe practicar deporte, recomendando dormir y comer muy bien.</p> <p>Muchos dicen que, la experiencia es lo más lindo a medida que se envejece, pero también es triste, porque la vejez, llega con enfermedades, el deterioro, se pierde la salud y las ganas de vivir.</p>

Fuente: elaboración propia.

## **Discusión e interpretación de los datos, con referencia a los cambios físicos frente al autoconcepto, a la luz de los teóricos**

### **Aaron Beck**

Beck aborda el tema de la depresión como un asunto que permite determinar la estrecha relación en las psicopatologías, las terapias y la forma como configura al sujeto. Es a raíz de estas premisas que se observa cómo la autoimagen de los pacientes del *Hogar del Desvalido* se encuentra en un límite inferior.

Esa forma de percibirse, de identificar los problemas de manera negativa, es lo que da pie a las terapias cognitivas para enfrentar esas psicopatologías. Por ejemplo, esa resignación de los pacientes al paso del tiempo en las entrevistas, frente al atractivo físico, determinan aquellos valores como la belleza y los factores que son afectados.

La terapia cognitiva y los trastornos emocionales hacen grandes aportes al campo terapéutico en el contexto clínico para describir nuevas técnicas. Por ejemplo, para este caso, permiten entender cómo, desde el desarrollo evolutivo, el paso de la adultez a la vejez genera un deterioro físico; cómo las canas, la pérdida de juventud y las limitaciones físicas son manifestaciones que afectan notoriamente la autoimagen.

La terapia cognitiva ha sido una experiencia interesante para la psicoterapia, para entender la relación del sujeto a nivel individual, sus sentimientos y conductas, a través de esquemas

cognitivos. De acuerdo con este postulado, es importante valorar cómo, en esa transición a la vejez, estas estructuras se ven afectadas, generando un desorden entre el autoconcepto, la auto percepción y la autoimagen, apareciendo trastornos de personalidad, trastornos alimenticios, dificultades de pareja, etc.

Según Beck, es importante tener en cuenta, para las investigaciones, que las estructuras o esquemas no son modelos fijos, con el fin de no dar una lectura desde un solo ángulo. Existen múltiples componentes psicosociales, ambientales, biológicos y físicos que determinan y desencadenan conductas imprevistas. Para los pacientes del *Hogar del Desvalido*, presentar en el test un nivel normal de autoconcepto revela una aceptación consciente de las limitaciones físicas, pero para otros pocos hay unas condiciones o variables desfavorables que afectaron su atractivo físico con los años.

Esa valoración que se hace del sujeto, con sus eventualidades temporales, impactaron a nivel consciente e inconsciente. Ese proceso de cognición propicia un sistema de valores que detona en lo cognitivo. La restricción de las habilidades físicas, como las discapacidades de los habitantes del *Hogar del Desvalido*, implican barreras para ellos y su capacidad de relacionarse. Aquí se evidencia que la reducción de las habilidades físicas o motoras en el test se encuentra por debajo del límite inferior, indicando que hay una pérdida significativa de la relación entre autoconcepto y autoimagen.

Ya aparecen en Beck algunos conceptos como la distorsión cognitiva, que inciden en los procesos de valoración conductuales del sujeto. Esa interpretación de información se distorsiona por aspectos del entorno que modifican sus valores y hábitos. Nada representa más vitalidad para un individuo que su condición física y su fuerza; por ello, esa pérdida motora, perceptiva y sensitiva se ve reflejada en lo psíquico. Cuando los pacientes se ubican por debajo del límite

inferior del resultado en el test, se ha evidenciado que no hay una aceptación total en esta transición con los cambios físicos, pues añoran sentirse vivos, vitales, con fortaleza nuevamente. Eso distorsiona totalmente su realidad, afectando su percepción y sus procesos cognitivos.

Identificar esos niveles de distorsión hace que se puedan categorizar los estados de acuerdo con unos momentos que construyen su realidad. Por ejemplo, cuando el sujeto se abstrae de su realidad centrándose en información fuera de contexto, asociando o privilegiando una sobre otras, ya se encuentra en los pacientes un tipo de disociación de la personalidad de acuerdo con ciertos niveles de distorsión que afectan su conducta.

El abordaje clínico para crear terapias nuevas y multidisciplinarias ha constituido un reto para la construcción de indicadores que consoliden los tratamientos cognitivos, más allá de la intervención farmacológica. La depresión persistente es un mecanismo que surge en respuesta a una carencia con respecto a algo que se tenía. En el *Hogar del Desvalido* se presencia la posibilidad de interactuar con terapias diferentes a la farmacológica, para dar una mirada integral al paciente.

El modelo tríadico cognitivo de Beck explica la existencia de unos patrones de comportamiento del individuo que son afectados por los procesos culturales y lo configuran por el contacto permanente. Hay una mirada de sí mismo ante el pasado, el presente y el futuro. Esto obliga a entender cómo los pacientes del HD ven un mundo complejo con una visión algo negativa del mismo, porque los retos son insuperables, difíciles de cumplir, y ello acarrea derrota y frustración.

El sujeto altera su realidad elaborando nuevos esquemas de pensamiento para designar patrones cognitivos, para habituarse a su nueva situación. El aislamiento, la ira, las historias sin

sentido, las situaciones ajenas incorporadas a su experiencia, se convierten en su estímulo para interpretar su realidad. Así hay varios pacientes del HD.

Finalmente, se pretende poder dar lectura teórica a una fenomenología tan compleja como la ocurrida en la transición de la adultez a la vejez, y de cómo se afecta el autoconcepto a nivel psicológico, en el *Hogar del Desvalido*. Es entender, desde esta óptica, que se pueden dimensionar terapias que permitan avanzar de forma colaborativa con el paciente, estrategias de autoterapia que sean significativas, un proceso de terapias que permita modificar ciertas acciones de sí mismo, en las que el sujeto pueda participar activamente, de acuerdo con su vivencias. Ese equilibrio entre autoconcepto, autoimagen y autoestima está determinado por el nivel de comprensión de este fenómeno de manera integral, desde diferentes ángulos científicos y terapias que aporten al mejoramiento de su calidad de vida.

### **Walter Riso**

Riso, en sus aportes teóricos, empieza por descubrir la noción de estructura de pensamiento y cómo sirve para entender la forma como el paciente interpreta los estímulos y la forma como los procesa. Desde el HD, los pacientes, cada uno en su mundo, se estimulan de manera diferente, lo que permite dimensionar cómo articulan y procesan la información para incorporar conductas. Es interesante, desde los modelos de Riso, poder entender lo que sucede en el HD y elaborar terapias acorde a sus necesidades.

Se plantea, desde este punto, una nueva forma de participación del paciente y de entender su papel en los tratamientos. Desde esta mirada constructiva, la participación activa permite elaborar y diseñar instrumentos y terapias a partir de las necesidades del paciente, un rol activo

incluyente en el entendimiento del problema, para dar conclusiones y tratamientos ajustables a cada realidad. Se trata de una mirada oportuna y precisa para aplicar en el HD, ya que no existe un tratamiento preventivo que permita construir indicadores de intervención para cada caso individual.

Esto permite elaborar indicadores experimentales de intervención, para lo cual se utilizan rutas o metas medibles de acuerdo con unos objetivos trazados, unos factores de cumplimiento que permiten visibilizar el progreso y las evidencias de un tratamiento. Ir más allá del tratamiento asistencialista que brinda el equipo de apoyo del HD, sería de gran ayuda para procesos, planes y estrategias que brinden un acompañamiento más de intervención que mejore su calidad de vida.

Según el tratamiento cognitivo-conductual, la búsqueda del tratamiento consiste en estimular el sentido de identidad del sujeto, integrándola desde otras perspectivas, como lo psicosocial, lo cultural, lo emocional y lo relacional. Esto permite valorar los acontecimientos que estructuran al paciente en su paso por un entorno en una relación espacio-tiempo determinada. Nada más significativo en el HD como estimular el sentido de identidad de apropiación por uno mismo, a través de tratamientos que valoren su historia como elemento de análisis para su intervención psicológica.

Walter Riso da una mirada multidisciplinar a la psicología, entendiendo la fenomenología del autoconcepto desde una perspectiva integral, como un conjunto de situaciones y estímulos que, desde varias ópticas, permite dar una explicación cognitiva a un sistema de pensamiento. Nada más exitoso que una terapia multidisciplinar e interdisciplinar; así, en el HD sería provechoso este tipo de intervenciones para comprender la fenomenología del autoconcepto y abordarla desde diferentes posturas, como era la intención del presente autor.

El modelo de Riso es una especie de entrelace entre la psicología, lo social, la cultura, las creencias, las emociones y diferentes formas de pensamiento. Dichos niveles apuntan a respuestas cognitivas, emocionales y motoras. Estos estímulos buscan producir respuestas para arrojar información suministrada por el sujeto. Acá se puede indagar que las experiencias agradables con los pacientes del HD, crean experiencias motivadoras que permitan elaborar terapias emocionales que incentiven el autoconcepto y la autoimagen favorable.

El modelo integra tres niveles de experiencia interconectadas para dar una lectura pormenorizada. Hay un primer nivel interno, que es el esquema interior: las relaciones de significación, que se conectan con los sistemas culturales, valorativos, conceptuales y de interpretación. El nivel de respuesta está determinado por el tipo de variable cognitiva emocional, motora o ambiental. Lo que se entiende desde los postulados de Riso, frente a los aportes para dimensionar la realidad del HD, es que los tratamientos integrales deben abarcar varios elementos diagnósticos para poder ofrecer intervenciones.

## **Goñi**

El autor centra su postura en el entendimiento de la relación del autoconcepto, la autoimagen y la autoestima. Empieza por distinguir las jerarquías del yo y de cómo se estructuran para configurar el autoconcepto desde lo social, lo físico, lo emocional, lo cultural, lo familiar, etc. Se puede constatar en el HD que, aparte de la presente investigación, no se ha explorado este tipo de herramientas para contextualizar los tipos de autoconcepto que más afectan a los pacientes del hogar.

Existen diferentes miradas desde la construcción social, desde el contexto, desde la relación con el entorno, la conducta y los procesos internos; en otras palabras, la relación del sujeto desde el ello, el yo y el superyó. Para nadie es un secreto que el entorno definitivamente aporta a los procesos formativos y de aprendizaje. Se acota la importancia de una mirada integral del ser humano para poder intervenir, según el cruce de autores como Goñi, los diferentes aportes investigativos que fortalecen el entendimiento del autoconcepto de los pacientes del HD.

Desde las propias lecturas e interpretaciones teóricas, se hace necesario aclarar que los procesos subjetivos, el proceso de mejora de sí mismo, las experiencias ambientales, las jerarquías de valores, las lecturas de la realidad, la formación de esquemas para validar el entorno, son las herramientas metodológicas precisas para intervenir el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima.

Para abordar la realidad en el HD, es necesario conocer las hojas de vida de cada uno, esos imaginarios y aspectos subjetivos que cada uno aporta para que sea tratado. Sería necesario tener en cuenta todos estos valores, la relación que cada uno de los pacientes tiene con su entorno, sus formas de construir realidad, sus formas de simbolizar y la forma como se identifican con su entorno, pues todos serían datos relevantes para los tratamientos a implementar en el HD.

Ya en cuanto a técnicas y terapias para la intervención del autoconcepto, Goñi se enmarca en características de sus modelos, para partir del aspecto físico y la conducta con el fin de generar respuestas a sus interrogantes. Son instrumentos de validación que apuntan a las habilidades físicas, la fuerza, la condición física, el atractivo físico y el autoconcepto en general. Parece interesante cómo este instrumento sirve para detectar rasgos básicos que sirven para políticas de intervención y terapia para los pacientes del HD.

Básicamente, el test apunta a una serie de preguntas que abordan el ideal de persona, la madurez, la felicidad, la inconformidad, la frustración, las cualidades, la capacidad de aceptar los errores, la indecisión, la creatividad, la inteligencia, la torpeza, la perfección, el espíritu competitivo, la autocrítica negativa, el éxito, la seguridad, el autocontrol, la originalidad, la satisfacción con la vida, su aspecto físico, el hecho de ser bonito, la enfermedad, el atractivo, el cuidado del cuerpo, el ejercicio y el vestuario.

Desde el autoconcepto, cada individuo atribuye la importancia necesaria a la consecución de sus objetivos y a la consecución de sus metas e ideales, por lo que aumentará su autoconcepto para alcanzar sus propósitos y su autoconcepto decaerá en la medida en que no encuentre el cumplimiento de esos indicadores de éxito.

A través del test y de las entrevistas se pudo percibir que aquellas personas con bajo autoconcepto físico, porque no aceptan la forma en la que se encuentran, generan baja autoestima y autoimagen, situación que puede llevar a padecer trastornos de alimentación. Se intuye que en relación con el atractivo físico y el autoconcepto físico, aquellas personas que están en mejor estado y más delgadas, tienen una actitud más positiva que aquellas personas que tienen sobrepeso en relación con el autoconcepto.

Muchos de ellos plantean en la entrevista la importancia de los hábitos de vida, los estilos de vida y el autoconcepto físico. Esas correlaciones son encontradas al final de las etapas del desarrollo evolutivo, en la que los pacientes plantean que es necesario empezar en etapas anteriores con hábitos de alimentación saludables.

En este tipo de investigaciones hay que indagar más a fondo sobre las relaciones de causalidad entre el autoconcepto físico y el atractivo físico, en relación con eso que dicen, que 'verse bien es sentirse bien'. Aparentemente guardan un vínculo entrañable, que implica el uso

de otras variables psicológicas y de habilidades sociales para entender los estilos de vida que, aunque no eran el objetivo principal de la investigación, sí se vislumbra un panorama que toca este aspecto.

De esta investigación se desprenden otros enfoques que ayudarían a un autoconcepto favorable: programas de intervención terapéutica que velen por estilos de vida saludables, que repercutan no solo en una salud física sino en un bienestar y en la salud psicológica.

Hay una lectura desde Goñi, aplicada a las entrevistas, que permite evidenciar que los hombres, al ver reducida su habilidad física, su condición física y su fuerza, esto impacta sobre su autoestima física, ya que, en el desarrollo evolutivo, al ver disminuidas las competencias físicas, como la masa muscular, es una percepción negativa porque las mujeres tienen un modelo de belleza corporal ideal para los varones desde un cuerpo atlético y musculoso, afectando el atractivo físico de los hombres, disminuyendo con ello su autoimagen.

En este cruce del autoconcepto con los autores es determinante para poder evidenciar cómo las encuestas y entrevistas extrajeron información relevante para dar una lectura interpretativa a lo que sucedía en el HD. Gracias a los nuevos métodos implementados por Goñi, y a la fusión de propuestas de modelos anteriores, se pudo enfatizar en elementos más concretos para intervenir el autoconcepto físico en la vejez y cómo ello genera cambios significativos en la autoimagen y la autoestima.

### **Interpretación y relación de los datos arrojados en la entrevista y el test CIE**

Se implementaron dos tipos de instrumentos para la recolección de información en un grupo de internos entre los 48 y 58 años de edad, del *Hogar del Desvalido* en el municipio de

Bello, Antioquia. El primero correspondió a las entrevistas que evaluaron los cambios físicos; el segundo, a un test sobre autoimagen y autoconcepto. Los resultados de las entrevistas se encuentran consignados en los Anexos del presente informe (Ver Anexos B a J).

Los cuestionarios fueron aplicados de manera colectiva por el grupo de investigación, después de hablar con los directores del *Hogar del Desvalido* en el municipio de Bello, Antioquia. En todos los casos, antes de la aplicación de los cuestionarios se enfatizó en el anonimato, la confidencialidad de los resultados, así como en la voluntariedad de participar en el estudio, y se explicaron sus características, aclarando las dudas existentes. Los participantes desconocían la finalidad del estudio, para evitar respuestas no sinceras y reducir al mínimo el efecto de deseabilidad social.

En efecto, los marcos de las observaciones anteriores, y según los resultados obtenidos en los instrumentos de recolección de datos, a continuación, y apoyados en los datos tabulados como transcritos, se describirá la incidencia de los cambios físicos y sus categorías: atractivo físico, habilidades físicas, capacidad física o fuerza, y el impacto que estas categorías generan sobre el autoconcepto y la autoimagen, en nueve individuos tomados como muestra a evaluar, en el *Hogar del Desvalido* del municipio de Bello, Antioquia.

### **Atractivo físico**

Tal como se ha visto en los datos recolectados, tanto en la interpretación de las entrevistas como en la tabulación del test CIE, se encontraron los siguientes hallazgos. En la calificación de la categoría 'atractivo físico'.

*Relación, “atractivo físico” (Autoimagen).* En el análisis de los resultados de los 9 sujetos evaluados, tanto en la entrevista como en el test, se observa claramente que dichos sujetos presentaron una autoimagen por debajo del límite inferior en la tabulación del test; empero, considerando y reconociendo también que en las respuestas que evaluaron el atractivo físico en la entrevista, algunos individuos manifestaron estar conformes con el atractivo de su rostro y de su cuerpo, recalcaron ellos mismos lo que se empieza a perder a medida que se acerca el individuo a la adultez y posteriormente a la vejez. La belleza o el atractivo físico es uno de los factores que se afecta en esta transición. Además, en la entrevista, los 9 entrevistados reconocen las desventajas de la transición de la adultez a la vejez, el deterioro del rostro, las canas, la pérdida de la juventud, las limitaciones físicas, así como la manifestación de enfermedades y el desmejoramiento de todas sus capacidades motrices y cognitivas.

De lo anterior podemos constatar que en la transición de la adultez intermedia a la vejez, y según los resultados de la categoría ‘atractivo físico’ evaluada en los 9 individuos, quienes perciben en sí cambios físicos, fisiológicos, psicológicos, manifestados en su desarrollo evolutivo; afirmando que estos afectan notoriamente a la autoimagen, la cual, consideran, se percibe en su cara, cabello, piel o cuerpo en conjunto. Las impresiones en su rostro y cuerpo conllevan una mala impresión o concepto erróneo de su imagen y autoconcepto, todos estos factores o ideas erróneas, que afectan seriamente la manera en que estos individuos perciben su autoimagen o atractivo físico. Se debe tomar en cuenta, además, que algunos sujetos evaluados presentan discapacidades de orden físico, lo cual afecta notoriamente la percepción de su imagen en general.

Es evidente, entonces, que la autoimagen de los sujetos muestra de estudio, se ve notoriamente afectada por las incidencias y los cambios físicos, propios de la transición

cronológica (adultez-vejez). Podemos contrastar que, con los resultados encontrados al momento de evaluar el ítem del autoconcepto, donde se observa en el test, que el mayor número de individuos (77.77%) presenta un autoconcepto por encima del límite inferior y la media, que denota índices de ‘normalidad’, lo que indica que, aunque los sujetos son conscientes de sus limitaciones físicas, y reconocen que estas han disminuido con el paso de los años junto con su atractivo físico, aun así siguen presentando un concepto propio favorable, quizás por el apoyo humanitario o geriátrico del hogar, ya que en el test solo un pequeño número de la muestra total (22.22%) manifiestan tener un autoconcepto a la baja, lo que permite aseverar que tienen un concepto muy desfavorable con respecto a su atractivo físico, en términos generales.

### **Habilidades físicas**

A partir de las evidencias psicométricas (test, entrevista), aplicada a la muestra (9 personas), adultos mayores del *Hogar del Desvalido* del municipio de Bello, se encontraron los siguientes hallazgos correspondientes a la categoría ‘habilidades físicas’.

*Relación, “habilidades físicas” (Autoconcepto).* Se debe hacer una aclaración, y es que algunos de los individuos presentan serias discapacidades físicas, tales como amputación de miembros, afecciones como mala circulación, poca vista, hipertensión o demás patologías que se presentan con la edad avanzada, y que, además, les ha dificultado la práctica deportiva o la posibilidad de ejercer algún tipo de actividad motriz; por lo tanto, su percepción con respecto a su desempeño en las destrezas o habilidades físicas es baja.

Se debe hacer una precisión, y es que las habilidades físicas no solo se limitan al orden de la locomoción, resistencia, etc. Esta categoría también hace referencia y enuncia las habilidades

de orden cognitivo y psicológico. Por eso se formula en la entrevista la siguiente pregunta: ¿siente que con el paso de los años, los cambios fisiológicos y psicológicos han deteriorado o dificultado su desempeño en áreas como: memorizar, actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, deporte, etc.?

Son evidentes, entonces, las serias dificultades que han influido, en la actividad del individuo, el aprendizaje constante y los círculos de relaciones primarias, como la familia, los amigos, la relación de pareja, etc. También se han visto seriamente afectadas las áreas del desempeño de estos individuos en su trabajo o estudio, etc., lo cual se hace evidente en las entrevistas, donde todos los individuos manifiestan con claridad el sentimiento de inconformidad con sus habilidades físicas, más los hallazgos en el test, donde estos individuos evaluaron la categoría (autoconcepto y autoimagen) por debajo del límite inferior.

### **Condición física o fuerza**

Esta categoría obedece y da cuenta de las condiciones fisiológicas y los cambios físicos, que se hacen evidentes al observar la disminución de estatura, la pérdida de masa muscular, la flacidez de la piel, la fuerza y la resistencia, el espesor óseo, la decoloración o pérdida del cabello, que se hayan manifestado en los 9 individuos evaluados, y que dan respuesta al deterioro y al funcionamiento regular de sus órganos, su vitalidad y su fuerza física, en los resultados tanto del test como en la entrevista. Las categorías anteriores, atractivo físico y habilidades físicas, aluden más a un ámbito social, pero esta categoría focaliza más un ítem del orden individual: cómo se percibe el individuo a sí mismo en cuanto a su autoconcepto y autoimagen con referencia a la 'condición física'.

*Relación, “condición física o Fuerza” (Autoconcepto).* Los cambios físicos que se perciben en esta categoría, hacen evidente que el individuo, en la transición de la adultez intermedia a la vejez, presenta una pérdida de masa muscular, de espesor óseo, de disminución de las capacidades motoras y sensitivas, que se ven reflejadas en lo psíquico. Los individuos evaluados manifestaron sentirse en una situación de incapacidad, al punto de percibirse como una carga, cohibiéndose muchas de las actividades que cotidianamente estos solían realizar. Los adultos mayores de la muestra, en las entrevistas realizadas, mostraban una ‘nostalgia’ por la pérdida de su vitalidad, energía, fuerza, y todos llegan a un deseo común: la añoranza de la juventud y toda la fortaleza física propia de esta etapa.

De acuerdo con los hallazgos del test, se encuentra coherencia, ya que la autoimagen de la totalidad de los individuos, se ubica por debajo del límite inferior, pero se debe considerar que, a pesar de la añoranza por la juventud y el querer sentirse vivos, los individuos evaluados también valoran el crecimiento y las experiencias propias del paso por todas las etapas del ciclo de desarrollo evolutivo, lo que se ve reflejado en los resultados de los ítems que evalúan el autoconcepto, el cual sigue estando dentro de los límites de normalidad de la mayoría de las personas evaluadas (77.77%), evidenciando la aceptación de esta transición y los cambios físicos que esta conlleva.

Es posible probar que los individuos del *Hogar del Desvalido* presentan una percepción de su condición física desfavorable, debido a las dificultades de salud mencionadas con anterioridad, y que estos sujetos, en su mayoría, han sufrido una pérdida del interés por retomar la actividad física. Su autoimagen se ha visto seriamente deteriorada, pero, a pesar de esto, muchos se han sabido sobreponer y aceptan que es un proceso natural, donde la vejez no es solo

una pérdida, sino una oportunidad de poner la experiencia adquirida a su favor, lo que les ha facilitado mantener un autoconcepto más o menos estable.

A continuación se propone una definición de autoconcepto, antes de evaluar la entrevista, el test y las respuestas de los 9 entrevistados.

### **Autoconcepto.**

Según Pilar Saura Calixto (1996), en su libro *La Educación del Autoconcepto*, el autoconcepto es la propia teoría que el hombre hace de sí mismo, que es el núcleo central de la personalidad, tiene su influencia en el afecto y en la regulación de la conducta, por lo cual ayuda en el ajuste personal, dado su origen social y las conexiones entre el sí mismo real e ideal central de la personalidad. Por otra parte, Comb (1981) afirma que el autoconcepto se adquiere como consecuencia de las experiencias a partir de la interacción con el mundo físico y social: “La gente aprende quien es del trato que recibe de las personas importantes en su vida u otros significativos” (Comb, 1981).

De acuerdo con Burns (1.982), el autoconcepto estaría construido por un conjunto organizado de actitudes hacia sí mismo. De esta forma, el autoconcepto como actitud habría que considerarlo integrado por lo cognitivo (autoimagen) y lo afectivo (autoconcepto).

Por último, González y Tourón definen el autoconcepto como una “organización cognitivo – afectiva que influye en la conducta” y como “realidad compleja que incluye las imágenes de lo que creemos ser y de lo que presentamos o queremos presentar a los demás” (1992).

*Relación, Autoconcepto, (Cambios Físicos)*. Según se ha citado, y en el análisis realizado tanto en las entrevistas como en el test CIE de autoconcepto y autoimagen, se pudo percibir un autoconcepto en los 9 individuos muestra de estudio, que depende tanto de su imagen propia como de su integridad física y conductual.

De acuerdo con los resultados de las preguntas en las entrevistas y el test, muchos reconocen que el atractivo físico, tanto como las habilidades y las capacidades físicas, hacen parte de un buen autoconcepto e imagen. Lo que se pudo analizar en las respuestas es que muchos se aceptan tal y como son, incluso reconociendo su edad avanzada. Pero, sin descartar su aprobación frente a su deterioro en las categorías mencionadas, casi todos los 9 entrevistados recalcan que se aceptan, pero siguen anhelando estar jóvenes, ya que a la edad adulta la ven como una amenaza por el aislamiento o desintegración social, incluso familiar. En el caso de dos mujeres entrevistadas, se percibió que el aspecto físico y la imagen fueron muy importantes para ellas en la juventud; incluso, recalcan que fueron muy pretendidas, pero reconocen la vejez como un estado o ciclo vital que deben asumir, aun teniendo algunas ideas muy desfavorables respecto a sí mismos, como por ejemplo la pérdida de los dientes o de la visión, las canas, las arrugas, las enfermedades, el aislamiento social y familiar, la amputación de miembros, o enfermedades crónicas que se empiezan a padecer; por otra parte, el sentir que el tiempo no se aprovechó como debía ser, y que además, se malgastó el tiempo en malos hábitos, tales como mala alimentación, vicios, traspasos, etc. Todos estos factores hacen que el autoconcepto en su integridad sea bajo, pero en los resultados del test el autoconcepto está por encima de la media, en un 77.77% de los individuos, y dos de ellos tuvieron el autoconcepto por debajo de la media.

Cabe agregar que el autoconcepto puede ser mejorado, según el entorno social que se les brinda a estos individuos, en la transición de estas dos edades; en este caso, los 9 sujetos cuentan

con el apoyo del *Hogar*, lo cual pudo haber dado la cifra alta en la tabulación del autoconcepto (77.77 %), recalcando que muchos son discapacitados y no tienen familia o quién los visite. Esto da una respuesta: el individuo, muchas veces por esta transición, no tiene claro el autoconcepto, ya que el individuo está en la aceptación propia de la edad.

Se puede decir, entonces, que el autoconcepto y la autoimagen sí se ven afectados por estas edades debidas a los cambios físicos, los cual mostraron claramente las entrevistas y el test. Lo anterior significaría, entonces, que el autoconcepto pudo haber arrojado valores altos en el test, pero seguramente debido al apoyo del personal geriátrico del hogar. Pero si se analizan las respuestas de las entrevista, es posible ver que la transición de la edad intermedia a la vejez sí afecta el autoconcepto de estos individuos, ya que, mirándolo desde los conceptos propios y conscientes del individuo al momento de la entrevista, saben que su cuerpo está deteriorado y no hay vuelta atrás, saben que su habilidades físicas no son las mismas, que la sociedad los mira diferente, y que la familia los aparta de su entorno, clasificándolos como personas inútiles y estorbosas.

### **Síntesis general**

Según los resultados de las entrevistas y el test, implementados como instrumentos de recolección de datos, en los 9 individuos muestra de estudio en el *Hogar del Desvalido Bello*, Antioquia, se puede deducir que la adultez intermedia es una etapa en la cual el sujeto hace un 'pare' para analizar su proceso evolutivo, y este realiza una mirada analítica de su interior en todos los aspectos, como un individuo que busca proyectarse a una vejez sana (todas las dimensiones del ser).

En efecto, esto implica a los cambios físicos, y centrados en las categorías evaluadas, atractivo físico, habilidades físicas, capacidad física y fuerza, frente al autoconcepto y autoimagen de dichos individuos. Es evidente, entonces, que las personas en la transición de la edad adulta intermedia a la vejez, sí manifiestan un concepto no muy claro de autoconcepto y autoimagen, dejando muy evidente que la integridad del individuo en cuanto a sí mismo y su interacción, tanto familiar como social, depende de un buen autoconcepto, ya que estos individuos reconocen que las facciones de la cara en general, una bonita figura, ser sanos, estar sin limitaciones físicas, ser hábil o activo, les hubiese dado una postura a favor en la actualidad, en cuanto al autoconcepto se refiere. Como lo define una de las teorías, el autoconcepto se adquiere como consecuencia de las experiencias a partir de la interacción con el mundo físico y social: “la gente aprende quién es del trato que recibe de las personas importantes en su vida u otros significativos”. (Comb, 1981). En este mismo sentido, el autoconcepto se construye incluso desde las primeras etapas de desarrollo evolutivo del individuo: los estudios, los logros, las cualidades personales, la interacción con los demás, la aceptación en el ámbito social, el estado físico, la belleza, el aprendizaje, la actitudes, el arte, la intelectualidad, el reconocimiento y una buena autoestima, tanto como autoimagen de sí mismo, ayudan a complementar el autoconcepto en el individuo.

## Conclusiones

De conformidad con los resultados obtenidos en las entrevistas y el test; se pudieron establecer las siguientes apreciaciones:

- La población estudiada confirma la percepción negativa de la autoimagen y el autoconcepto que tienen los internos entre los 48 y 58 años de edad del *Hogar del Desvalido* en el municipio de Bello, Antioquia, al llegar a la adultez intermedia.
- Es notoria la diferencia en cuanto la autoimágenes y los autoconceptos; sin embargo, esas diferencias no se evidencian en materia de género.
- Es de razonar y plantear que, cuando el individuo maneja un buen autoconcepto a partir de ciertas edades, ya sea porque se ve físicamente bien y con algunas habilidades físicas, intelectuales y motoras en un buen estado, es decir, funcional, este se percibe mejor y tendrá un buen autoconcepto propio.
- Son importantes los procesos de rehabilitación y aceptación en el adulto, tanto en el atractivo físico como en sus habilidades y su capacidad física, pero lo más importante, desde un punto de vista psicológico, es incorporar y reconocer su edad avanzada, sin negar el deterioro en las categorías ya mencionadas. Los ancianos pueden realizar casi las mismas cosas que hacían cuando estaban jóvenes, pero lo hacen más despacio; por lo tanto, la vejez afecta la calidad de respuesta y la utilidad

del tiempo en actividades. Por tal motivo, algunos de los internos del *Hogar del Desvalido* se sienten rechazados, abandonados y sin una actividad constante que los haga sentirse útiles. Estos fenómenos se convierten en una desventaja en los individuos que transitan estas edades, ya que se vive en un mundo que se basa en la rapidez y efectividad.

- Desde las habilidades físicas como memoria o aprendizaje, se notan las consecuencias en la vejez, al mirar los datos arrojados en la entrevista. Al momento de elaborar entrevistas, terapias o test, se pueden evidenciar la dificultad en la habilidad mental, la escucha se disminuye, el razonamiento es muy limitado y, en lo práctico, también se afecta la habilidad para determinar su capacidad de independencia.
- Desde el atractivo físico, hay una añoranza y un anhelo por la juventud, viendo amenazada esta condición por la vejez, observando los cambios en el aspecto físico y la imagen.
- Se puede mejorar ese proceso de transición de la adultez a la vejez, mejorando el autoconcepto con un entorno social que de apoyo y soporte a los pacientes del *Hogar del Desvalido*.
- El autoconcepto y la autoimagen sí se ven afectados en esta etapa de transición debido a los cambios físicos, según los resultados observados en el test y la entrevista.

- La adultez intermedia es una etapa donde el sujeto hace un 'pare' para analizar su proceso evolutivo y realiza una mirada introspectiva en todos sus aspectos para proyectar una mejor vejez.
- Es importante entender que el autoconcepto se construye desde las primeras etapas del desarrollo evolutivo del individuo. Todo tipo de logros, cualidades, competencias personales, aceptación, interacción social, el estado físico, el concepto de belleza, el arte, aportan a una buena autoimagen de sí mismo, fortaleciendo el autoconcepto del individuo.
- Se perciben, en las personas que entran en la etapa de la vejez, algunas alteraciones al momento de prácticas sociales y culturales; en esta transición se hace difuso el entendimiento de estas etapas evolutivas del ser humano, y aún más complejo determinar la relación conducta-desarrollo.

## Recomendaciones

En el alcance de esta investigación, se pudo reconocer que en la transición de la adultez intermedia a la vejez, el adulto mayor se ve sometido a diversos factores de riesgo de orden social, psíquico y biológico, que condicionan el estado de la salud mental de los individuos, ya que muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independiente y plenamente, por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad, pobreza, abandono, desplazamiento, rechazo social u otros problemas mentales o físicos.

Según las observaciones en los resultados de los datos analizados en las entrevistas, como en el test CIE de autoconcepto y autoimagen, incluyendo además, las condiciones del entorno del hogar del desvalido y su personal destinado al acompañamiento, de las personas que allí viven, se hacen las siguientes recomendaciones:

Los profesionales y las instituciones encargadas del tratamiento de los adultos mayores deben tener en cuenta una serie de recomendaciones al momento de intervenir: estrategias de diagnóstico temprano; identificar con prontitud posibles afecciones; proporcionar a tiempo los insumos imprescindibles al momento de un tratamiento oportuno, que mejore las condiciones de vida del adulto mayor. La optimización de la salud física y psíquica, incluyendo la detección y el tratamiento de enfermedades; aumentar la actividad física y cognitiva, a través de la estimulación de los individuos.

Se observa claramente, y al momento de analizar el entorno del *Hogar del Desvalido*, que el espacio es muy limitado y el ambiente es muy sumiso, lo cual imposibilita la destreza y que las personas de estas edades tengan la mente más ocupada, ayudando de cierta manera a su distracción, entretenimiento, aprovechamiento de tardes lúdicas u otras actividades durante el día.

Asimismo, el hogar también cuenta con algunos instrumentos de deportes, pero se ven algo deteriorados o como si fueran donaciones muy viejas. En conversaciones durante la observación del espacio físico con algunos de los internos, se pudo diagnosticar que algunos aparatos no funcionaban, y que otros exigían demasiado esfuerzo para la manipulación, lo cual no es favorable para las personas con limitaciones físicas o discapacidad al momento de hacer ejercicios. Este factor ayudó a aclarar el porqué, al momento de las respuestas en las entrevistas y el test, los individuos respondieron que hacían poca actividad física, debido a los espacios y a los instrumentos no adecuados para la edad de ellos y sus limitaciones físicas; por ello, preferían juegos de mesa, donde no hubiera necesidad de hacer fuerza (ajedrez, parques, cartas, etc.).

También se habló sobre las actividades que se programan, tales como salidas pedagógicas, salidas a bailar, salidas a la ciudad o hacia algún tipo de parque, participación en las actividades navideñas, salir a ver alumbrados. Estas son actividades que no son programadas en un cronograma de manera constante y que, además, se dan en espacios muy intermitentes, lo cual implica que estén más tiempos internos en el hogar que en actividades fuera del mismo. En una de las respuestas de la entrevista, una de las internas del hogar respondió que quisiera aprender a hacer actividades como pintura, costura o artesanías para conseguir algo de dinero extra y sentirse útil, pero la respuesta al porqué no podía fue que en el *Hogar* no se dictaban talleres de

este tipo de actividades, porque no justificaba pagar por las clases para enseñarle a 1 o 2 personas.

El hogar cuenta con un cuarto grande donde se encuentran varios camarotes, y el espacio es compartido por hombres y mujeres. Tienen otro cuarto en la planta baja, donde están las personas que llevan un seguimiento por discapacidad o algún tipo de operación, o sea, camas aisladas para estos internos. Se recomendaría que existiera un cuarto único para mujeres y el otro para los hombres.

Se pudo percibir que no hay un seguimiento constante o vigilancia durante el tiempo libre de estas personas, ya que se observó que algunos internos abusan de la discapacidad de otros, manifestando algunas confianzas no sanas entre algunos internos que sufren de algún síndrome o malformación genética.

Sin embargo, es de reconocer la labor que se hace en el hogar por todos sus internos, ya que, verdaderamente, sí es un lugar de hospedaje para estas personas. Allí reciben alimento, ropa, una cama donde dormir, algunos medicamentos, y acompañamiento no fijo de algunos profesionales, como practicantes, religiosas y voluntarios. Muchas de las personas que están en el *Hogar del Desvalido* son personas que están solas, sin familia, desplazadas, abandonadas o con problemas mentales, lo cual hace cuestionar más la falta de profesionales fijos o constantes en el acompañamiento interno.

Por lo tanto, y hechas las consideraciones anteriores, el acompañamiento de personal profesional, como psicólogo, psiquiatra, enfermera y demás empleados que ayuden a la intervención y el cuidado de estas personas, es de vital importancia, pero el hogar no está en la capacidad de contratar, ya que es una institución sin ánimo de lucro, que trabaja con donaciones, aportes sociales y, además, no está en la capacidad económica de pagar una nómina. Por lo tanto,

todo profesional en estos campos se ha ofrecido al *Hogar* para colaborar en espacios intermitentes, como voluntarios, practicantes, religiosas o misioneros, demostrando una misericordia o ayuda desinteresada. Esta es una de las formas en que el hogar ha podido cumplir un poco su misión y visión en el acompañamiento de estos individuos desamparados.

Se hace la recomendación al Hogar, sobre la empleabilidad de profesionales en salud ampliamente capacitados. Se debe acceder a un panel de profesionales con amplio conocimiento referente al cuidado sanitario, psíquico y físico, de los adultos mayores. “De este modo los profesionales de la salud, deben fortalecer y fomentar a través del cuidado, la educación, y todas aquellas acciones dirigidas al fortalecimiento de las actividades de autonomía e independencia en el adulto mayor” (Sanhueza, Castro, Zavala y Withan, s.f.).

Es importante que se hagan trabajos de intervención integrales, donde se aborde al adulto mayor desde la dimensión bio-psico-social, procurando su “bienestar” a través de estas 6 dimensiones, planteadas por la psicóloga, Carol Ryff, profesora en la Pennsylvania State University y directora del Institute of Aging.

1. **Autoaceptación:** Se relaciona con experimentar una actitud positiva hacia sí mismo y hacia la vida pasada.

2. **Relaciones positivas con otros:** Se define como la capacidad de mantener relaciones estrechas con otras personas, basadas en la confianza y empatía.

3. **Autonomía:** Relacionada con la autodeterminación, las personas con autonomía saben enfrentar de mejor manera la presión social.

4. **Dominio del entorno:** capacidad individual para crear o elegir ambientes favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias.

5. **Propósito en la vida:** las personas necesitan marcarse metas, definir sus objetivos, que le permitan dotar a su vida de un cierto sentido.

6. **Crecimiento personal:** se relaciona con el desarrollo de las potencialidades, seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus potencialidades.

En este propósito, se recomienda también brindar bienestar psicológico a todos los adultos mayores, trabajando talleres en relación al autoconcepto, la autoestima, la autoimagen y la autoeficacia. Se deben fortalecer las estrategias de intervención psicológica básicas y diseñar e implementar grupos de apoyo que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor.

También se podrían desarrollar estrategias de afrontamiento, que permitan al adulto mayor reconocer, aceptar y enfrentarse a sus problemas. Esto implica reconceptualizar el concepto de vejez, resaltando la experiencia adquirida y viéndola no solo como una pérdida, sino como una etapa de oportunidades.

Se recomienda al *Hogar del Desvalido* promover la expresión de sentimientos con sus círculos de relaciones, desarrollar estrategias de autoeficacia, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en autocontrol emocional, fomentar la interacción con adultos residentes en la institución, promover la participación del adulto en actividades sociales y físicas, fomentar la buena relación del adulto mayor con sus cuidadores, y fortalecer estrategias de resolución de conflictos.

A partir de lo dicho con antelación, se propone reconocer cada uno de estos conceptos, reforzar las potencialidades identificadas e intervenir en las dificultades evidenciadas, tales como factores de riesgo que dificultan el bienestar del adulto mayor de la institución. También, la aplicación de un programa en salud y de apoyo como estrategia para aumentar la funcionalidad de los adultos mayores, ya que es fundamental la competencia para planear, donde los

profesionales deben estar capacitados para elaborar estrategias de tratamiento, a largo plazo y de cuidados paliativos; creación de servicios y entornos que favorezcan a las personas de edad.

La OMS propone una serie de programas perfectamente aplicables, a saber: para satisfacer las necesidades básicas en los adultos como: vivienda, alimentación, protección, libertad. Programas sanitarios y sociales, dirigidos a los grupos identificados como vulnerables, o individuos en situación de abandono, además, de programas de cobertura al ámbito rural. Programas de prevención y atención, a la violencia contra los adultos mayores que promueven el desarrollo comunitario. “El suministro de información y apoyo prolongado, a los cuidadores puesto que si el adulto mayor, no está siendo intervenido en una institución especializada” (OMS, septiembre de 2013). Por ello, se debe proporcionar información con respecto a los cuidados que se deben tener con la persona adulta, a sus círculos relacionales primarios, en este caso, específicamente, la familia.

Finalmente, y planteado desde el ejercicio psicológico, mas no como una disciplina de la salud, sino también desde las ciencias humanas, se recomienda al personal profesional a cargo de estas personas, que debe ser un desempeño muy humano al momento de abordar a los adultos mayores de la institución, y que no se dé desde un plano impersonal; todo lo contrario: se debe generar empatía con los adultos residentes, proyectando una actitud de servicio, respeto, apoyo y compromiso por el mejoramiento de las condiciones de vida de estos individuos.

### Referencias Bibliográficas.

- Adler, Alfred y Brett Colin (comp.) (2003) *Comprender la vida*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Akutsu, H., Legge, G. E., Ross, J. A., Schuebel, K. (1991) Psychophysics of reading. X. Effect of age related changes in vision. *Journal of Gerontology*, 43, 325-331
- Álvarez, L.; &Martínez, P. (2008). *Calidad de vida emocional del adulto mayor subsidiado por el Municipio de Envigado*. Envigado: Institución Universitaria de Envigado, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Programa de Psicología (Trabajo de grado).
- Álvarez R., León, M., & Espinoza, M. (2008). *Adulter intermedia*. Recuperado en abril de 2014, de <http://discipulosdeerikson.blogspot.com/2008/05/adulter-intermedia.html>
- Álvarez R., M. M., Arango R., D. y Arismendy J., C. (1992). *Estudio comparativo de las implicaciones psicológicas en los autoesquemas de las mujeres que se someten y no a un proceso de consejería previo a la anticoncepción quirúrgica voluntaria: una perspectiva cognitivo comportamental*. Medellín: Universidad de San Buenaventura.
- Antuña, L. (2010). *La vejez, una etapa vital del desarrollo humano*. Recuperado en noviembre de 2013, de <http://www.geragogia.net/editoriali/vejez.html>.
- Beck, A., y Freeman, A. (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F.; y Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. y otros (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.

- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row
- Bernal, C. A. (2000). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Naucalpan: Pearson Educación.
- George Boeree (2003). *Teorías de la personalidad, de Abraham Maslow*
- Carvajal C., V.; Castaño R., B.; & Noguera L., G. (2011). Fomento de la actitud resiliente en los adultos mayores en situación del abandono familiar. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "PSICOESPACIOS"*, 6(5) 27-46.
- Cerquera C., A., Flórez J., L., & Linares R., M. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31), 407-428.
- Cornachione, M. (2006). *Psicología del desarrollo. Vejez: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Buenos Aires: Brujas.
- Corte Constitucional. (2010). *Sentencia T-138*. M.P. Mauricio González Cuervo.
- Dulcey-Ruiz, E., Carbonell, O.A., Estrada, A.M., Gaitán, A y Rojas, F. (1992). Percepciones, estereotipos y prejuicios relacionados con algunas fases del ciclo vital. Una perspectiva psico-social de la adultez. En *Universidad Javeriana: La investigación en la Universidad Javeriana. II Congreso. Memorias I* (pp. 303-306). Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana.
- Ellis A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy. Revised and updated*. New York: Carol Publishing.
- Erikson, E. (1982/1985). *El ciclo de vida completado*. Buenos Aires: Paidós. P. 61-65
- Esnaola E., I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología*, 24(1), 1-8.
- Fried, M. (1988). Comunicación personal.

- Fontecilla P., P; & Calvete Z., E. (2003). Racionalidad y personas mayores. *Psicothema*, 15 (3), 369-374.
- Goñi G., A.; Rodríguez F., A.; & Esnaola E., I. (2010). Las autopercepciones físicas en la edad adulta y en la vejez. *Psicothema*, 22(3), 460-467.
- Goñi, A. (Coord.) (2008). El autoconcepto físico. Psicología y educación. Madrid: Pirámide.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., y Rodríguez, A. (2006). Cuestionario de Auto-concepto Físico (CAF). Manual . Madrid: EOS
- Harris, Marvin. Antropología Cultural. Madrid: Alianza Editorial (1990)
- Havighurst, R. J. (1953). *Human development and education*. Oxford, England: Longmans, Green.
- Hernández, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide grupo Anaya.
- Hernández, R., Fernández C., C., & Baptista L., P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hernando, Ibeas María Victoria. Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. Argentina: Universidad de La Rioja. 2006
- Herrero, J.; & Gracia, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial*, 14 (1), 41-50.
- Iacob, R. (2008). Estéticas de la existencia: ¿la vida es bella en la vejez? *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y ciencias afines*, 5(2), 10-18.
- Ibeas, M. (2006). El fenómeno del envejecimiento. En Giró Miranda, J. (Coord.), *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (37-64). España: Universidad de la Rioja.
- James, W. (1963) Compendio de Psicología. Buenos Aires: Emecé Editores

- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41(1), 3-13.
- Martínez U., P. (2004). Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital. *Revista de Psicología de la PUCP*, 22(2), 215-252.
- Miranda R., M. Á. (2011). *Vejez y muerte como espacio de construcción de sentido*. Bogotá: Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- ObstCamerini, J. (2008). *La Terapia Cognitiva. Integrada y actualizada*. Buenos Aires: CATREC.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU. Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento, Nueva York 1983.
- OMS. (2011). *El abrazo mundial*. Recuperado en enero de 2014, de: [http://www.who.int/ageing/publications/alc\\_elmanual.pdf?ua=1](http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1)
- Papalia, E. Diane. *Desarrollo Humano con aportes para Iberoamérica*. Bogotá: McGraw Hill. 1997
- Páez D., M. J. (1994). *Psicología social*. España: McGraw-Hill.
- Peck, Robert. Psychological developments in the second half of life. In *Middle Age and Aging*, edited by B. L. Neugarten. Chicago: The University of Chicago Press. Pengelley, E. T. 1968
- Pérez C., S., J.; Ramírez G., S. E.; & Martínez H., H. M. (2011). *Influencia del ejercicio físico en la movilidad y dolor articular en las mujeres de la Fundación Salvadoreña de la Tercera Edad (FUSATE) del municipio de Soyapango*. San Salvador: Universidad de El Salvador.
- Pérez, J. C.; & González P. J. (1985). *Determinantes del rendimiento académico (variables cognitivo motivacionales, uso de estrategias y autoconcepto)*. España: Universidad de Oviedo.

- Riso, W. (1992). *Depresión: avances recientes en cognición y procesamiento de la información*. Medellín: Ediciones Graficas.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y Conceptualización del Caso Clínico*. Colombia: Norma.
- Riso, W. (2004). *Principios Teóricos de la Terapia Cognoscitiva y el Procesamiento de la Información*. Seminario Taller Dictado en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Bogotá D.C.
- Santiago de T., J.; Tornay M., F.; Gómez M., E.; y Elosúa, R. (2006). *Procesos psicológicos básicos*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Santrock, J. W. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. España: McGraw -Hill.
- Schroots, J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36 (6), 742-748.
- Shavelson, R. J., Hubner, J.J. y Stanton, J. C. (1976) Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Tamayo y Tamayo, M. (1999). *La investigación*. Bogotá: Icfes (Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior).
- Thomae, H. (1993). Investigaciones longitudinales del envejecimiento: evaluación comparativa. Simposio Internacional Ciclo vital, educación y envejecimiento. Bogotá, Colombia, octubre 27-29.
- Urrea Ramírez, O. & Velásquez López, C. (2001). *Autoesquemas, Estilo Cognitivo y Conducta Interpersonal en los Deportes Acuáticos*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Vaillant GE, *Adaptation to Life*. Boston, MA: Little, Brown and Co., 1977

## **Cibergrafía**

Ciclo vital- infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

[www.psicoargentinos.com.ar/ciclo.html](http://www.psicoargentinos.com.ar/ciclo.html). Marzo 12 de 2015.

<https://atencionatupsique.wordpress.com/category/desarrollo-psicologico-en-el-ciclo-vital-de-vida/>. Abril 18 de 2015.

## Anexos

### Anexo A. CIE test de autoconcepto y autoimagen

**Autoconcepto:** Esquema cognitivo que se relacionan con el conocimiento de sí mismos: habilidades, fracasos, éxitos, preferencias, carácter, etc. El autoconcepto parece guiar el procesamiento de todo tipo de información, y las diferencias de un individuo a otro son grandes: algunos se consideran muy independientes, otros no tanto, etc. El autoconcepto es un esquema cognitivo donde emergen ideas, criterios y percepciones de sí mismo, de los demás, del medio que lo rodea y que él mismo está sujeto a cambios, pues este supone una historia personal que se enriquece día a día.

**Autoimagen:** Percepción y evaluación y aceptación de la propia apariencia física, conformada también por información dada por el autoconcepto y la autoestima.

PREGUNTA	SUBPRUEBA	LIM. INFERIOR	MEDIA	LIM. SUPERIOR
1 a la 19	Autoconcepto	55.2	67.5	79.8
20 a la 31	Autoimagen	36.7	43.9	51.1

### CUESTIONARIO DE AUTOESQUEMAS (C.I.E.)

Este es un test que posibilita identificar la forma como usted se percibe a sí mismo. Para cada pregunta usted debe encerrar en un círculo un número de la columna de la derecha, la cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar la que usted actualmente cree o

siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo “neutro” o la respuesta “tres”, tanto como le sea posible. Sólo utilice este número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente conteste, más útil será el test para usted.

**1. MUY EN DESACUERDO**

**2. MODERADAMENTE EN DESACUERDO**

**3. NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO**

**4. MODERADAMENTE EN ACUERDO**

**5. MUY DE ACUERDO**

1. Pienso que estoy muy lejos del ideal de persona que quisiera ser
2. Me considero una persona poco madura
3. Casi nunca las cosas salen tan bien como quisiera
4. Me da dificultad reconocer que tengo cualidades
5. Soy demasiado exigente conmigo mismo.
6. Soy una persona feliz
7. Me siento inconforme con casi todo lo que hago
8. Cometo muchos errores
9. Me siento muy indeciso (a) ante la mayoría de situaciones de mi vida
10. Le doy mucha importancia a mis fracasos
11. Me considero una persona creativa

12. Soy una persona inteligente
13. A menudo actúo en forma torpe
14. Me critico demasiado a mí mismo (a)
15. Debo ser el (la) mejor en todo
16. Me considero una persona exitosa en la vida
17. Tengo mucho control sobre mi mismo
18. Soy una persona segura (a) de mi mismo
19. Pienso que soy original
20. Me siento satisfecho con la mayoría de las partes de mi cuerpo
21. Me considero una persona poco atractiva
22. No me gusta cuando alguien habla acerca de mi aspecto físico
23. Soy una persona bonita físicamente
24. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo
25. No me siento sano (a)
26. Estoy contento con mis rasgos físicos
27. Me considero exitoso (a) con las personas del sexo opuesto
28. Cuando me comparo con otras personas me siento poco atractivo (a)
29. Padezco de dolores y malestares
30. Cuido bien de mi cuerpo
31. No uso alguna prenda de vestir que me agrade porque pienso que se ve mal en mi cuerpo

Anexo B. Entrevista 1

*Entrevista abierta, por personal practicante*

*Universidad Minuto de Dios.*

*Hogar del desvalido. Bello – Antioquia*

Nombre del entrevistado. **Juan Carlos Trujillo Rueda.**

Edad. **49 años**

Estado civil. **Soltero**

Número de hijos. **Ninguno**

**¿CONTROLA USTED SU IMAGEN?**

- 1) Consideras que, actualmente su rostro en conjunto es atractivo, y expresa porqué.

Creo que me siento bien presentado, sé que tengo una limitación física que es mi brazo, pero doy gracias a Dios, que no tengo malformaciones ni me he sentido rechazado.

- 2) ¿Si tuvieras la oportunidad de realizarte una cirugía estética, cuál sería la parte de tu cuerpo que intervendrías o cambiarías?

Me gustaría recuperar mi brazo, mas, no hacerme otras cirugías. Recuperar mi brazo, porque me siento un poco limitado en mis actividades y siento la necesidad de él.

- 3) ¿Si pudieras mejorar el estado de (salud) de un órgano en específico de tu cuerpo para retrasar el proceso de envejecimiento, cual sería? Explique sus motivos.

Ojala pudiera sentirme más joven, retroceder el tiempo y evitar, el accidente donde perdí mi brazo, pero siento dolor en todo el cuerpo y sé que es, por mi edad. Me gustaría tener sanos los riñones, ya que, me duelen un poco.

- 4) ¿Cuál consideras que es la parte del rostro, en que las personas se fijan más para considerar, el atractivo físico de un individuo?

He notado que se fijan en sus ojos, por su color, rasgos, a las mujeres les gusta, y los admiran.

- 5) ¿cual considera usted, que es la zona de mayor atractivo físico para el sexo opuesto?, ¿modificaría usted esta zona actualmente?

No me he detenido a analizar estas observaciones, pues nunca me han hecho admiraciones o piropos. No modificaría nada, solo recuperaría mi brazo.

- 6) En la transición de la edad adulta la vejez, se presenta una serie de cambios fisiológicos importantes, (perdida de la coordinación motora, deficiencia en la función vascular, osteoporosis, y desequilibrios metabólicos como, el aumento de los triglicéridos, colesterol, azúcar, etc.). Es sabido que la actividad física reduce o mitiga, los efectos de estas deficiencias, ¿practica regularmente algún tipo de deporte?

Pues yo siento que puedo caminar bien. Tengo la dificultad en los riñones, pero no sé el porqué, no entiendo casi de las enfermedades. Me gusta jugar el basquetbol, así sea con una sola mano y me ejercito un poco en la silla de ruedas.

- 7) A nivel estético, los cambios físicos se hacen evidentes al observar la disminución de estatura, pérdida de masa muscular, flacidez de la piel, textura resistencia y espesor óseo, decoloración o pérdida del cabello; ¿actualmente reconoce alguno de estos cambios en su cuerpo o algún otro?, si es así menciónelos.

Sé que no he perdido altura, pero sé que por mi edad es normal las arrugar, dolor en los huesos, pero con el medicamento me calmo, el cabello se me cayó, pero de manera normal soy calvo, y lógicamente la pérdida de mi brazo.

- 8) ¿Se siente satisfecho con su imagen actual y la manera, en que la proyecta hacia los demás?, ¿se siente aceptado y valorado, por las personas y familiares con quienes se relaciona?

Me siento bien con mi imagen, me siento feliz en el hogar y aceptado por todos, aparte de la relación con mi madre, quien es la única persona que me queda y la amo.

- 9) ¿Siente que con el paso de los años, los cambios fisiológicos, y psicológicos, han deteriorado o dificultado, su desempeño en áreas como: memorizar, actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, deporte etc.?

Sé que en el proceso de responder una pregunta, se me dificulta un poco entenderla, pero la respondo. La memoria si es un poco lenta, pero, si me acuerdo de otras cosas, trato de moverme o jugar, aunque no muy frecuente. La perdida de la mano me ha generado un poco de dificultad en mi edad, pero hay vamos.

- 10) ¿Se siente capacitado para realizar labores donde se requiera periodos de tiempo prolongados de pie, desplazamientos a lugares, aplicación de fuerza física, movimientos repetitivos a velocidad?, mencione en cuál de esta actividad se le presenta dificultad.

Ayudo en el hogar del desvalido con labores de aseo como: organizar, tender alguna cama, ayudo a las enfermeras, pasándole artículos con los que ellas trabajan o hacen sus actividades con los internos.

- 11) ¿Mencione cual debería ser un estilo de vida, para que las personas en la transición de la edad adulta a la vejez, sientan estas edades, más aceptable y llevadera, como ciclo vital de vida, afrontando además, el deterioro fisiológico, psicológico y de qué forma, mitigarlo? Según su experiencia, podría recomendarnos un estilo de vida saludable, para poder afrontar con mayor facilidad, el proceso de envejecimiento corporal.

Me gustaría que reconocieran los hogares de paso, que acompañan muchas personas adultas en su, soledad y abandono. Yo recomiendo que si las personas en su vejez se sienten abandonadas por sus familias, que busquen un hogar como este, aquí, hay amistad, amor, acompañamiento y lo necesario para estar bien. Hay que reconocer que es una edad difícil por las enfermedades y dificultades que se presentan; pero lo más importante es sentirse amado y acompañado, estar en fiestas, salir al campo, y viajar.

- 12) ¿Si pudiera retroceder el tiempo, que precauciones o cuidados como, (la alimentación, el consumo de sustancias, no dormir bien, exceso de actividad física), adoptarías para garantizar un proceso de envejecimiento corporal más favorable?

Desde lo laboral, no hubiese trabajado con la electricidad, dormir bien, y hacer más deporte.

- 13) Podría describir, ¿de qué manera cambian la capacidad, visual, auditiva, el olfato, el gusto, el tacto y la percepción del dolor, durante el proceso de envejecimiento fisiológico?

Hasta el momento no he sentido dificultad en mi vista, escucho bien, en general mis órganos de los sentidos funcionan bien.

14) ¿Considera que las políticas públicas de intervención a la población de los adultos mayores han sido eficaz?, ¿Estas políticas han logrado satisfacer las necesidades en salud física, y mental?

Tocando el tema de la institución, y a pesar de sus dificultades, El Hogar del Desvalido tratan al máximo de abordar las necesidades de sus internos. No es por demás decir que la vejez es una población vulnerable tanto en las familias como en, la calle o desplazamiento.

15) Denos una pequeña opinión personal, referente al concepto de vejez.

Creo que es un proceso y ciclo normal de la vida, no me he sentido rechazado, siento que me han brindado buenos cuidados, el hogar es una maravilla, pero sé que en todos los entornos no es igual.

Muchas Gracias.

Firmas de los practicantes, y sello de la institución.

**Anexo C. Entrevista 2**

*Entrevista abierta, por personal practicante*

*Universidad Minuto de Dios.*

*Hogar del desvalido. Bello – Antioquia*

Nombre del entrevistado. **Gloria María Rueda**

Edad **57 años**

Estado civil. **Soltera**

Número de hijos. **1**

**¿CONTROLA USTED SU IMAGEN?**

1) Consideras que, actualmente su rostro en conjunto es atractivo, y expresa porqué.

Sí, estoy conforme con mi rostro. Joven fui muy pretendida y me gusta sentirme bien. Ahora por mi edad, se que todo cambia pero aun, sé que soy agraciada.

2) ¿Si tuvieras la oportunidad de realizarte una cirugía estética, cuál sería la parte de tu cuerpo que intervendrías o cambiarías?

Me gustaría organizar mi dentadura, no tengo recursos económicos, pero en general no me cambiaría nada.

3) ¿Si pudieras mejorar el estado de (salud) de un órgano en específico de tu cuerpo para retrasar el proceso de envejecimiento, cual sería? Explique sus motivos.

Las venas ya que sufro de la circulación, soy hipertensa, en ese caso tener una buena circulación.

4) ¿Cuál consideras que es la parte del rostro, en que las personas se fijan más para considerar, el atractivo físico de un individuo?

Yo creo que los hombres miran todo, senos, nalgas, cuerpo, ojos, cabello, mejor dicho todo, yo joven fui atractiva, me admiraban todo.

- 5) ¿cual considera usted, que es la zona de mayor atractivo físico para el sexo opuesto?,¿modificaría usted esta zona actualmente?

Pues como decía, a mí me admiraron mucho joven, pero todo. Hoy en día con mi edad, no modificaría nada, eso fueron esos tiempos, ahora cuido de mi salud y mi hijo acá en el hogar.

- 6) En la transición de la edad adulta la vejez, se presenta una serie de cambios fisiológicos importantes, (pérdida de la coordinación motora, deficiencia en la función vascular, osteoporosis, y desequilibrios metabólicos como: el aumento de los triglicéridos, colesterol, azúcar, etc.).Es sabido que la actividad física reduce o mitiga, los efectos de estas deficiencias, ¿practica regularmente algún tipo de deporte?

Gracias a Dios siento fuerzas para caminar, sé que soy hipertensa y no me puedo agitar mucho, no sufro de diabetes, tengo que regular el colesterol por la hipertensión, no practico deportes, pero el médico nos sugiere caminar 45 Minutos.

- 7) A nivel estético, los cambios físicos se hacen evidentes al observar la disminución de estatura, pérdida de masa muscular, flacidez de la piel, textura resistencia y espesor óseo, decoloración o perdida del cabello; ¿actualmente reconoce alguno de estos cambios en su cuerpo o algún otro?, si es así menciónelos.

Si, los cambios físicos se notan al mirarse uno al espejo, las arugas, y en vez de perder peso he subido más; aunque hago lo que el médico me dice de moverme, caminar 45 minutos, pero hay momentos donde me duelen las articulaciones; sé que me veo un poco canosita, pero las canas me las admiran, son sabiduría jajajj.

- 8) ¿Se siente satisfecho con su imagen actual y la manera, en que la proyecta hacia los demás?, ¿se siente aceptado y valorado, por las personas y familiares con quienes se relaciona?

Si me siento bien con mi imagen, aunque como dije he querido arreglarme los dientes, ya no me preocupo por aparentar una imagen que no tengo, aunque en mi juventud fui bella, hoy en día me preocupo más por hacer buenos vínculos afectivos con las personas. Mi hijo y yo no tenemos más familia cercana, viven lejos, gracias a Dios en este hogar nos aceptaron, porque, si no estaríamos en la calle. En el hogar somos una familia, así, no nos conocamos, pero todos nos ayudamos.

- 9) ¿Siente que con el paso de los años, los cambios fisiológicos y psicológicos,han deteriorado o dificultado, su desempeño en áreas como: memorizar, actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, deporte etc.?

Gracias a Dios, todavía siento fuerzas y no me siento pues, como débil o no poder moverme como le pasa a algunas personas de mi edad, que ya están en sillas de rueda o postradas en una cama. A mí lo que me hizo tanto daño psicológico fue, quedar sin empleo a tan alta edad y pensando, en un mañana con mi hijo, donde quedaríamos en la calle.

Nuestra relación familiar se desconecta, algunos viven en otras ciudades y solo yo quede con mi hijo; la desventaja en esta edad es que no hay oportunidades.

- 10) ¿Se siente capacitado para realizar, labores donde se requiera periodos de tiempo prolongados de pie, desplazamientos a lugares, aplicación de fuerza física, movimientos repetitivos a velocidad? Mencione, en cuál de estas actividades se le presenta dificultad.

Yo puedo moverme, o estar de pie, pero, no por muchas horas, ya que, me comienzan a doler las articulaciones, no sé, si es por mi peso, o la hipertensión. En el hogar no se permite hacer fuerzas por mi edad, pero si se pueden mover cosas, como matas, baldes, utensilios de aseo.

- 11) ¿Mencione cual debería ser un estilo de vida, para que las personas en la transición de la edad adulta a la vejez, sientan estas edades, más aceptable y llevadera, como ciclo vital de vida; afrontando además, el deterioro fisiológico, psicológico y de qué forma, mitigarlo? Según su experiencia, podría recomendarnos un estilo de vida saludable, para poder afrontar con mayor facilidad, el proceso de envejecimiento corporal.

A mí, lo que me llevo a llegar a este hogar, fue la falta de dinero y el sostenimiento económico, las personas al llegar a la vejez, necesitan más acompañamiento; nosotros también tenemos necesidades, y no todos, somos pensionados. En el caso de la mujer, hay abandono del compañero como en el caso mío. El servicio en salud es súper importante. Es mejor aceptar la vejez como ciclo de la vida, entre menos cosas uno se haga mejor la salud, yo propongo que se acepten tal y como son.

- 12) ¿Si pudiera retroceder el tiempo, que precauciones o cuidados como, (la alimentación, el consumo de sustancias, no dormir bien, exceso de actividad física), adoptarías para garantizar un proceso de envejecimiento corporal más favorable?

Me hubiese gustado aprender algún arte, como la pintura, cantar, hacer artesanías, floristería, algo que me ayudara en caso de haber quedado sin empleo. Hubiese querido tenerla oportunidad de terminar mis estudios, yo estudie hasta 5 de primaria. Hubiese cuidado más mi salud y no hubiera consumido, alimentos que dañaran mi presión arterial. Ojala el hogar, promoviera actividades artesanales para nosotros, pero el problema es que no todos tienen la capacidad cognitiva.

- 13) Podría describir, de qué manera cambian la capacidad, visual, auditiva, el olfato, el gusto, el tacto, y la percepción del dolor, durante el proceso de envejecimiento fisiológico.

Pues yo desde los 15 años empecé a ver borroso, y de ahí la necesidad de las gafas que gracias a Dios, hoy dispongo de ellas. Yo escucho bien, degusto bien los alimentos, pero los dolores si se sienten, pero como dicen los médicos, la descalcificación, el desgaste de la edad, la falta de algunas vitaminas, hacen de que los órganos se deterioren.

- 14) ¿Considera que las políticas públicas de intervención a la población de los adultos mayores han sido eficaz?, ¿Estas políticas han logrado satisfacer las necesidades en salud física, y mental?

Considero que falta tener más apoyo, más eficacia en los acompañamientos tanto en salud, como psicológico, nosotros no tenemos profesionales fijos, son practicantes en el hogar, casi todas estas instituciones que colaboran con las personas necesitadas, son sin ánimo de lucro, trabajan con las uñas. Lo importante es que por más que sea difícil de sostener a las personas, abandonadas, de la tercera edad, desplazados, personas con dificultades cognitivas, siempre habrán personas buenas, que se atrean a luchar por el bienestar de los necesitados.

- 15) Denos una pequeña opinión personal, referente al concepto de vejez.

En mi opinión todos vamos llegando a esta edad, la considero normal, aunque no se sabe cómo se va llegar, si bien o enfermo. Si he notado muchas personas adultas abandonadas, pero gracias a Dios, existen estos hogares, de lo contrario estaríamos en la calle maltratados, o durmiendo en el suelo. La vejez es bella cuando se tiene amor y misericordia por los necesitados.

Muchas Gracias.

Firmas de los practicantes, y sello de la institución.

**Anexo D. Entrevista 3**

*Entrevista abierta, por personal practicante*

*Universidad Minuto de Dios.*

*Hogar del desvalido. Bello – Antioquia*

Nombre del entrevistado. **Luis Alfonso Tamayo.**

Edad. **51 años**

Estado civil. **Separado**

Número de hijos. **4**

**¿CONTROLA USTED SU IMAGEN?**

- 1) Consideras que, actualmente su rostro en conjunto es atractivo, y expresa porqué.

Pues actualmente no, pero yo era un negro sabrosón, muy coqueto, por eso creo fueron mis problemas con mi esposa. Decían que era querido, pero yo no le pare bolas a que dé la cara o cuerpo, creo que era más bien la patica, jajajaj

- 2) ¿Si tuvieras la oportunidad de realizarte una cirugía estética, cuál sería la parte de tu cuerpo que intervendrías o cambiarías?

Me haría la cirugía de mis piernas más que de otra parte del cuerpo, ya que, tuve un accidente en un caballo a temprana edad, que me tiro al piso. El caballo era de una hacienda donde trabajaba, estando joven de 17 años.

- 3) ¿Si pudieras mejorar el estado de (salud) de un órgano en específico de tu cuerpo para retrasar el proceso de envejecimiento, cual sería? Explique sus motivos.

Las piernas. Desde el accidente me he sentido muy limitado. Cuando me accidente no le pare bolas y no fui al médico, debido a esto se me rego un liquido de los huesos de las piernas, que era muy importante y con el tiempo me dejaron de responder.

- 4) ¿Cuál consideras que es la parte del rostro, en que las personas se fijan más para considerar, el atractivo físico de un individuo?

No sé que me admiran, ni yo sé, de pronto he notado que soy un moreno querido, pero creo que me buscan por la plata. Jajajajaj.

- 5) ¿cual considera usted, que es la zona de mayor atractivo físico para el sexo opuesto?  
¿modificaría usted esta zona actualmente?

Yo me he considerado bien presentado desde joven, mi cara, de ahí los celos de mi mujer. Yo no modificaría nada, solo desearía recuperarme de los pies, pero ha sido un proceso difícil ya que, me demore para las observaciones, que desde el accidente me debí hacer.

- 6) En la transición de la edad adulta la vejez, se presenta una serie de cambios fisiológicos importantes, (pérdida de la coordinación motora, deficiencia en la función vascular, osteoporosis, y desequilibrios metabólicos como: el aumento de los triglicéridos, colesterol, azúcar, etc.).Es sabido que la actividad física reduce o mitiga, los efectos de estas deficiencias, ¿practica regularmente algún tipo de deporte?

Mi coordinación motora está afectada ya que, no puedo caminar, tengo los pies pero tengo que estar en consulta para que la circulación no me falle, no he tenido problemas con mi salud, en otros aspectos, pero el accidente de los pies me ha tenido mal, se me hincharon mucho. Gracias a un hijo mío que fue por mí a mi pueblo, estoy en este hogar y me ayudan porque soy solo, y no puedo ayudarme solo.

- 7) A nivel estético, los cambios físicos se hacen evidentes al observar la disminución de estatura, pérdida de masa muscular, flacidez de la piel, textura resistencia y espesor óseo, decoloración o perdida del cabello; ¿actualmente reconoce alguno de estos cambios en su cuerpo o algún otro?, si es así menciónelos.

Yo era más acuerpado, si he perdido masa muscular. He perdido la resistencia y capacidad de tratar de pararme, he estado yendo a las fisioterapias. Yo reconozco que uno sin los pies no puede trasladarse de un lugar a otro, y no se puede valer por sí solo.

- 8) ¿Se siente satisfecho con su imagen actual y la manera, en que la proyecta hacia los demás?, ¿se siente aceptado y valorado, por las personas y familiares con quienes se relaciona?

Me siento en desventaja por mi edad, y lo que me sucedió en los pies, porque yo me he valido solo. Desde que me separe de mi mujer, ni ella, ni otros dos hijos, han querido tratarme, ni quieren saber de mi, solo el que está aquí mi cuarto hijo con su esposa de visita, fue el único que se atrevió a socorrerme, cuando vivía solo en un pueblo y con los pies hinchaos. Ahoracomo los dos trabajan, me trajeron a este hogar, pero siempre me visitan y han estado pendientes de mí.

- 9) ¿Siente que con el paso de los años, los cambios fisiológicos y psicológicos, han deteriorado o dificultado, su desempeño en áreas como: memorizar, actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, deporte etc.?

Sí, he notado que he perdido un poco la escucha, además, me duelen los pies cuando hace mucho frío, pero creo que es también, por la mala circulación que tienen. Desde lo psicológico, me da tristeza el rechazo de mis otros hijos, se que los abandone muy niños pero yo necesitaba trabajar, pero mi esposa siempre dudo de mi. Cuando montaba a caballo era la única actividad, así como física, pero no practique ningún deporte. Yo agradezco ahora que este hijo mío, se atrevió a saber de mí.

- 10) ¿Se siente capacitado para realizar, labores donde se requiera periodos de tiempo prolongados de pie, desplazamientos a lugares, aplicación de fuerza física, movimientos repetitivos a velocidad? Mencione, en cuál de estas actividades se le presenta dificultad.

Yo colaboro ayudando a llevar utensilios de aseo, ayudando a otros, se un poco de electrónica y le arreglo cositas a las otras personas que están acá. Ya con el accidente de los pies no puedo correr, ni me puedo parar, por eso estoy pendiente de unas fisioterapias. Mi mayor dificultad es verme sin poder caminar, cuando yo lo podía hacer.

- 11) ¿Mencione cual debería ser un estilo de vida, para que las personas en la transición de la edad adulta a la vejez, sientan estas edades, más aceptable y llevadera, como ciclo vital de vida; afrontando además, el deterioro fisiológico, psicológico y de qué forma, mitigarlo? Según su experiencia, podría recomendarnos un estilo de vida saludable, para poder afrontar con mayor facilidad, el proceso de envejecimiento corporal.

Le doy gracias a Dios que soy un hombre pensionado, y me ayudan en este hogar del desvalido. Yo solo pienso y digo que, todos cometemos errores y es necesario que nos perdonen, se que abandone a mis hijos, pero no merezco el desprecio de unos y de mi mujer. El estilo de vida de una persona en la vejez, es sentirse acompañado y no abandonado, claro que mis hijos dirán “pero él lo hizo primero”, pero como digo necesitaba dinero para sacarlos adelante, esto me implico irme a otra ciudad. Yo lo único que pido es, que si me perdonan bien o si no, le doy Gracias a Dios que este único hijo tuvo misericordia de mi.

- 12) ¿Si pudiera retroceder el tiempo, que precauciones o cuidados como, (la alimentación, el consumo de sustancias, no dormir bien, exceso de actividad física), adoptarías para garantizar un proceso de envejecimiento corporal más favorable?

No me hubiese ido de la casa, y menos, a trabajar en una hacienda donde todo lo tenía pero lo perdí todo, mi familia, incluso mi salud, porque desde ese accidente, comencé mal y entre mas pasaba el tiempo, mas mal me ponía. Yo recomiendo que no se separen de la familia, no hay nada mas mortificante que estar solo en las malas, y sentir que nadie te quiere ayudar o que te menos precien.

13) Podría describir, de qué manera cambian la capacidad, visual, auditiva, el olfato, el gusto, el tacto, y la percepción del dolor, durante el proceso de envejecimiento fisiológico.

Yo he notado que se me ha dificultado escuchar, me tienen que hablar un poco fuerte, la vista la tengo bien, mi alimentación bien. El dolor es insoportable cuando hace mucho frío, le he dicho a los muchachos vea córtense esos pies jajaj, es un frío y un dolor.

14) ¿Considera que las políticas públicas de intervención a la población de los adultos mayores han sido eficaz?, ¿Estas políticas han logrado satisfacer las necesidades en salud física, y mental?

Yo digo que el personal de la salud,, en vez de regañarlo a uno por lo que no se hizo, deberían proceder a hacer las cosas rápido, pero ellos dicen, que hay que esperar, que es que la circulación no favorece ahora una operación, que es muy riesgosa, que habría que amputar. Entonces me parece que a ellos, la tercera edad no les importa, parece que llegáramos a pedir. Eso mentalmente afecta a cualquiera, porque la vejez representaría un estorbo a la sociedad.

15) Denos una pequeña opinión personal, referente al concepto de vejez.

Para mí la vejez, se me adelantó con mi accidente, yo llevaba 20 años sufriendo de dolores en las piernas, hasta que este hijo mío me encontró, abandonado y con los pies hinchados y tirado en el piso. La vejez no es para estar solo, es triste ver viejos en las calles todavía trabajando y menospreciados, por la sociedad o como me siento yo, por mi mujer y mis otros 3 hijos abandonado.

Muchas Gracias.

Firmas de los practicantes, y sello de la institución.

Anexo E. Entrevista 4

*Entrevista abierta, por personal practicante*

*Universidad Minuto de Dios.*

*Hogar del desvalido. Bello – Antioquia*

Nombre del entrevistado: Albeiro de Jesús Restrepo Mejía

Edad: 58 años

Estado civil: Casado.

Número de hijos: 3.

**¿CONTROLA USTED SU IMAGEN?**

1) Consideras que, actualmente su rostro en conjunto es atractivo, y expresa porqué.

“Si considero que actualmente soy atractivo, pues me he esforzado y me he hecho cambios en el para mejorar”

2) ¿Si tuvieras la oportunidad de realizarte una cirugía estética, cuál sería la parte de tu cuerpo que intervendrías o cambiarías?

“Pues aunque he mejorado el aspecto de mi rostro, me gustaría poderme operar la cara para ser aun más atractivo y sentirme mucho mejor y que los demás me vean mejor”

3) ¿Si pudieras mejorar el estado de (salud) de un órgano en específico de tu cuerpo para retrasar el proceso de envejecimiento, cual sería? Explique sus motivos.

“Pues me gustaría poderme operar muchas partes del cuerpo, tanto por estética como por salud. Me gustaría principalmente la cirugía en el rostro y poder tratar lo de la flacidez muscular”

4) ¿Cuál consideras que es la parte del rostro, en que las personas se fijan más para considerar, el atractivo físico de un individuo?

“Las personas se fijan principalmente en mis ojos para establecer juicios sobre mi persona, los ojos reflejan lo que uno es y es lo primero en lo que todos se fijan”

- 5) ¿cual considera usted, que es la zona de mayor atractivo físico para el sexo opuesto?, ¿modificaría usted esta zona actualmente?

“Las mujeres se fijan mucho en hombre altos, grandes, que tengan un buen tamaño, pero creo que a las mujeres les gustan más los tipos musculosos, los ‘cuajados’, si, si me gustaría mejorar la flacidez en mis músculos y ser mas esbelto”

- 6) En la transición de la edad adulta la vejez, se presenta una serie de cambios fisiológicos importantes, (pérdida de la coordinación motora, deficiencia en la función vascular, osteoporosis, y desequilibrios metabólicos como: el aumento de los triglicéridos, colesterol, azúcar, etc.).Es sabido que la actividad física reduce o mitiga, los efectos de estas deficiencias, ¿practica regularmente algún tipo de deporte?

“Pues por ahora he dejado mucho eso de la práctica del deporte, pero antes yo me sentía muy sano cuando practicaba atletismo, me gustaba trotar montar en bicicleta además me gustaba ir a gimnasio, no hacer muchas pesas pero si para poder mantenerme bien, me relajaba”

- 7) A nivel estético, los cambios físicos se hacen evidentes al observar la disminución de estatura, pérdida de masa muscular, flacidez de la piel, textura resistencia y espesor óseo, decoloración o perdida del cabello; ¿actualmente reconoce alguno de estos cambios en su cuerpo o algún otro?, si es así menciónelos.

“Si, yo si he podido reconocer en mi cuerpo esos cambios, por ejemplo yo he notado que mi cabello es menos abundante y se ha puesto canoso, he notado que mi piel se ha puesto flácida y la musculatura del cuerpo es débil, me gustaría mejorar eso”

- 8) ¿Se siente satisfecho con su imagen actual y la manera, en que la proyecta hacia los demás?, ¿se siente aceptado y valorado, por las personas y familiares con quienes se relaciona?

“Si me siento bien con mi imagen y puedo decir, que los que se encuentran en mi entorno también reconocen que estoy bien y me aceptan tal como soy”

- 9) ¿Siente que con el paso de los años, los cambios fisiológicos y psicológicos,han deteriorado o dificultado, su desempeño en áreas como: memorizar, actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, deporte etc.?

“Claro siento que poco a poco me han deteriorado y no puedo, hacer todo lo que hace unos años hacia con total normalidad, no puedo trabajar y esto me ha traído problemas familiares igualmente”

- 10) ¿Se siente capacitado para realizar, labores donde se requiera periodos de tiempo prolongados de pie, desplazamientos a lugares, aplicación de fuerza física, movimientos repetitivos a velocidad? Mencione, en cuál de estas actividades se le presenta dificultad.

“Por los años ya no me siento con tanta vitalidad como antes, por ejemplo, me siento débil y ya no puedo hacer mucha fuerza, no puedo estar mucho tiempo de pie y corro muy despacio”

- 11) ¿Mencione cual debería ser un estilo de vida, para que las personas en la transición de la edad adulta a la vejez, sientan estas edades, más aceptable y llevadera, como ciclo vital de vida; afrontando además, el deterioro fisiológico, psicológico y de qué forma, mitigarlo? Según su experiencia, podría recomendarnos un estilo de vida saludable, para poder afrontar con mayor facilidad, el proceso de envejecimiento corporal.

“Para que los años no lleguen y den tan duro, yo podría recomendar hacer mucho deporte siempre que se pueda, mantener una buena alimentación, ya que, comer mal trae muchos problemas de salud que se notan más en la vejez y sobre todo, llevar una vida sana evitando los vicios”

- 12) ¿Si pudiera retroceder el tiempo, que precauciones o cuidados como, (la alimentación, el consumo de sustancias, no dormir bien, exceso de actividad física), adoptarías para garantizar un proceso de envejecimiento corporal más favorable?

“Si yo retrocediera el tiempo, me concentraría en comer muy bien como dije, es muy importante una buena alimentación, practicar siempre deporte, dormir bien porque estar tranquilo es muy importante para la salud”

- 13) Podría describir, de qué manera cambian la capacidad, visual, auditiva, el olfato, el gusto, el tacto, y la percepción del dolor, durante el proceso de envejecimiento fisiológico.

“Mire he notado por ejemplo que mi voz es más débil, no escucho ni veo tan bien como antes, los reflejos no son los mismos tengo reacciones lentas, y además presento artritis”

- 14) ¿Considera que las políticas públicas de intervención a la población de los adultos mayores han sido eficaz?, ¿Estas políticas han logrado satisfacer las necesidades en salud física, y mental?

“Si, el municipio de bello nos ha ayudado mucho con el Hogar, nos han servido bastante, no tengo queja al respecto y estoy muy agradecido, pues las EPS son buenas, pero ya no alcanzan a atender tanta gente”

15) Denos una pequeña opinión personal, referente al concepto de vejez.

“La vejez aunque es un deterioro corporal, es aprendizaje, pues se adquiere experiencia”

Muchas Gracias.

Firmas de los practicantes, y sello de la institución.

**Anexo F. Entrevista 5**

*Entrevista abierta, por personal practicante*

*Universidad Minuto de Dios.*

*Hogar del desvalido. Bello – Antioquia*

Nombre del entrevistado: **Jaime Lora.**

Edad: **55 años**

Estado civil: **Soltero.**

Número de hijos: **3**

**¿CONTROLA USTED SU IMAGEN?**

- 1) Consideras que, actualmente su rostro en conjunto es atractivo, y expresa porqué.

“Considero que si soy atractivo, por encima del parecer fisico mas por la forma de ser, mi alegría, el carisma con el trato por la gente, mi personalidad está por encima de mi físico”

- 2) ¿Si tuvieras la oportunidad de realizarte una cirugía estética, cuál sería la parte de tu cuerpo que intervendrías o cambiarías?

“Te puedo decir con toda tranquilidad que no cambiaría nada en mi aspecto, me siento conforme en general, de pronto cositas menores sin importancia pero la verdad estoy conforme”

- 3) ¿Si pudieras mejorar el estado de (salud) de un órgano en específico de tu cuerpo, para retrasar el proceso de envejecimiento, cual sería? Explique sus motivos.

“Pues yo opino que todo tiene un proceso y pues, uno debe dejar que el proceso natural de envejecimiento corporal se dé sin intervenir, pero sipudiera, intervendría mi discapacidad (piernas y zona lumbar)”

- 4) ¿Cuál consideras que es la parte del rostro, en que las personas se fijan más para considerar, el atractivo físico de un individuo?

“Pues las personas se fijan en todo el rostro, las expresiones, la forma en que uno se expresa, pero principalmente los ojos, dicen que son el reflejo de lo que somos. Personalmente, me fijo en la serenidad, la fuerza y la seguridad de la mirada del que me habla, para poder dar algún juicio”

- 5) ¿cual considera usted, que es la zona de mayor atractivo físico para el sexo opuesto?, ¿modificaría usted esta zona actualmente?

“Pues las mujeres se fijan en el cuerpo en conjunto, se fijan en tipos fornidos (musculosos)- algunas les gustan los hombres delgado que no tengan barriga, se fijan en que sean personas altas y con porte que se sepan vestir de acuerdo con su cuerpo y que se vean elegantes”

- 6) En la transición de la edad adulta la vejez, se presenta una serie de cambios fisiológicos importantes, (pérdida de la coordinación motora, deficiencia en la función vascular, osteoporosis, y desequilibrios metabólicos como: el aumento de los triglicéridos, colesterol, azúcar, etc.). Es sabido que la actividad física reduce o mitiga, los efectos de estas deficiencias, ¿practica regularmente algún tipo de deporte?

“Pues como vez por mi discapacidad no puedo practicar nada de actividad física, pero antes practicaba futbol y en verdad me sentía con mucha energía, se me bajaba la ansiedad, me sentía activo, cuando podía sentarme a descansar me sentía mucho más relajado y uno va viendo que le mejora la salud y hasta el genio, considero que el deporte es una descarga tanto física como emocional”

- 7) A nivel estético, los cambios físicos se hacen evidentes al observar la disminución de estatura, pérdida de masa muscular, flacidez de la piel, textura resistencia y espesor óseo, decoloración o pérdida del cabello; ¿actualmente reconoce alguno de estos cambios en su cuerpo o algún otro?, si es así menciónelos.

“Pues el cambio más notorio que he evidenciado, es en el cabello, antes era más abundante y oscuro, ya es totalmente canoso y se me está cayendo; uno también nota por ejemplo que engorda más fácil y ya va perdiendo altura”

- 8) ¿Se siente satisfecho con su imagen actual y la manera, en que la proyecta hacia los demás?, ¿se siente aceptado y valorado, por las personas y familiares con quienes se relaciona?

“Pues yo me siento bien como soy, mi familia me acepta muy bien, muchos de mis amigos la mayoría me aceptan, algunas personas si me hacen sentir poco aceptado por mi condición de incapacidad, pero en términos generales si, si me siento bien”

- 9) ¿Siente que con el paso de los años, los cambios fisiológicos y psicológicos, han deteriorado o dificultado, su desempeño en áreas como: memorizar, actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, deporte etc.?

“Por ahora si, por mi discapacidad he visto reducido mis actividades en todas las áreas que mencionaste, te puedo decir que antes de mi accidente, yo estaba en plenas facultades físicas para cumplir con autosuficiencia en todo lo que me dijiste”

- 10) ¿Se siente capacitado para realizar, labores donde se requiera periodos de tiempo prolongados de pie, desplazamientos a lugares, aplicación de fuerza física, movimientos repetitivos a velocidad? Mencione, en cuál de estas actividades se le presenta dificultad.

“Actualmente, se me hace imposible por mi estado de salud, pero creo que si no hubiera sufrido el accidente, así tuviera yo estos años, estaría capacitado para realizar cualquier trabajo físico”

- 11) ¿Mencione cual debería ser un estilo de vida, para que las personas en la transición de la edad adulta a la vejez, sientan estas edades, más aceptable y llevadera, como ciclo vital de vida; afrontando además, el deterioro fisiológico, psicológico y de qué forma, mitigarlo? Según su experiencia, podría recomendarnos un estilo de vida saludable, para poder afrontar con mayor facilidad, el proceso de envejecimiento corporal.

“A modo de consejo yo podría decir que uno debe evitar la mala alimentación, el trasnocho, el consumo de drogas, en mi caso particular, yo hubiera escogido no ser tan mujeriego (lo dice con jocosidad) recomendaría un buen cuidado personal por ejemplo: la higiene, un buen vestir y como lo hablamos con anterioridad, la práctica del deporte regularmente es muy importante”

- 12) ¿Si pudiera retroceder el tiempo, que precauciones o cuidados como, (la alimentación, el consumo de sustancias, no dormir bien, exceso de actividad física), adoptarías para garantizar un proceso de envejecimiento corporal más favorable?

“Como te dije anteriormente, yo hubiera preferido no haber sido tan mujeriego, a mi me gustaba la parranda, y si pudiera retroceder el tiempo, hubiera evitado tanto trasnocho, bebedera, mujeres y cigarrillo”

- 13) Podría describir, de qué manera cambian la capacidad, visual, auditiva, el olfato, el gusto, el tacto, y la percepción del dolor, durante el proceso de envejecimiento fisiológico.

“Pues yo te digo que bajan las percepciones en general, principalmente yo he notado que ha disminuido mucho mi visión tanto a corta como a larga distancia comparado con unos pocos años antes, se da una pérdida auditiva importante, se dificulta bastante los desplazamientos, muchas veces duelen las rodillas o la espalda para caminar o mantenerse un rato de pie ”

- 14) ¿Considera que las políticas públicas de intervención a la población de los adultos mayores han sido eficaz?, ¿Estas políticas han logrado satisfacer las necesidades en salud física, y mental?

“Si hablamos del hogar del desvalido no tengo ninguna queja el hermano Camilo, las enfermeras y todos en general han sido muy buenos conmigo su trato tanto medico como personal es inmejorable, pero si nos referimos en general no, las EPS ya convirtieron la salud en un negocio, se nota la pereza el desorden y la negligencia en los hospitales y clínicas, en general el sistema de salud no cubre las necesidades ni en salud física ni en salud mental de los usuarios adultos”

15) Denos una pequeña opinión personal, referente al concepto de vejez.

“-Dichoso el que llega a ella-las nuevas generaciones, no valoran la vejez como una oportunidad de estar tranquilo los últimos años, una oportunidad de vida, pues la sabiduría y la experiencia es muy valiosa”

Muchas Gracias.

Firmas de los practicantes, y sello de la institución.

**Anexo G. Entrevista 6**

*Entrevista abierta, por personal practicante*

*Universidad Minuto de Dios.*

*Hogar del desvalido. Bello – Antioquia*

Nombre del entrevistado: **Jaime Rodríguez.**

Edad: **58 años**

Estado civil: **Separado.**

Número de hijos: **3**

**¿CONTROLA USTED SU IMAGEN?**

1) Consideras que, actualmente su rostro en conjunto es atractivo, y expresa porqué.

“Considero que para mi edad, está bien, me siento conforme con él y ante todo, busco el respeto de las personas con las que trato”

2) ¿Si tuvieras la oportunidad de realizarte una cirugía estética, cuál sería la parte de tu cuerpo que intervendrías o cambiarías?

“Estéticamente no, el físico no me parece lo más importante, me siento bien como estoy, solo que por salud me gustaría poderme operar el corazón y la zona de la garganta ya que tengo problemas en la voz”

3) ¿Si pudieras mejorar el estado de (salud) de un órgano en específico de tu cuerpo, para retrasar el proceso de envejecimiento, cual sería? Explique sus motivos.

“Me gustaría poder mejorar mi cerebro -(señala su cabeza)- ya que, si uno se encuentra lucido con el paso de los años, la vejez se hace más llevadera”

4) ¿Cuál consideras que es la parte del rostro, en que las personas se fijan más para considerar, el atractivo físico de un individuo?

“Pues, las personas se fijan en todo el rostro en conjunto, pero personalmente opino que, para poder establecer un juicio sobre alguien, en lo que más se fijan es en la zona de los ojos, porque una mirada dice muchas cosas”

- 5) ¿cual considera usted, que es la zona de mayor atractivo físico para el sexo opuesto?, ¿modificaría usted esta zona actualmente?

“Aunque me mantengo en mi posición y digo, que lo físico no es lo más importante sino lo sentimental y lo espiritual, podría decir que, las mujeres en lo que más se fijan en un hombre es en su estatura, un hombre alto las atrae mucho, por mi edad ya no tengo la altura que tenía cuando era joven, pero es algo natural, con el paso de los años yo no lo cambiaria”

- 6) En la transición de la edad adulta la vejez, se presenta una serie de cambios fisiológicos importantes, (pérdida de la coordinación motora, deficiencia en la función vascular, osteoporosis, y desequilibrios metabólicos como: el aumento de los triglicéridos, colesterol, azúcar, etc.).Es sabido que la actividad física reduce o mitiga, los efectos de estas deficiencias, ¿practica regularmente algún tipo de deporte?

“La verdad, actualmente no practico ningún deporte por mi condición física, por lo tanto, no te podría decir si noto algún efecto, pero puedo decir, que practicar un deporte sirve y mucho, además poder trabajar (tener un empleo) lo hace sentir a uno con mucha vitalidad. Otra cosa que siempre me gusto fue haber practicado un instrumento (Guitarra), eso me hubiera ayudado mucho con el paso de los años”

- 7) A nivel estético, los cambios físicos se hacen evidentes al observar la disminución de estatura, pérdida de masa muscular, flacidez de la piel, textura resistencia y espesor óseo, decoloración o perdida del cabello; ¿actualmente reconoce alguno de estos cambios en su cuerpo o algún otro?, si es así menciónelos.

“Sí, claro que sí, he podido reconocer que con el paso de los años se dan cambios físicos, por ejemplo en mi caso, he notado que mi rostro ha cambiado (arrugado, flácido, ya no veo igual, ni puedo hablar como antes, el pelo a cambiado, etc.), y el cuerpo, ya es más delgado y me estoy encogiendo (lo dice en tono jocoso)”

- 8) ¿Se siente satisfecho con su imagen actual y la manera, en que la proyecta hacia los demás?, ¿se siente aceptado y valorado, por las personas y familiares con quienes se relaciona?

“Yo si me siento conforme como soy y como me veo, pero muchas veces siento que la gente en la calle, no lo valora a uno;enla familia por ejemplo, mi esposa y los hijos, no lo ven a uno bien, no aceptan que uno se pone viejo, pierden la paciencia y uno como que les estorba”

- 9) ¿Siente que con el paso de los años, los cambios fisiológicos y psicológicos, han deteriorado o dificultado, su desempeño en áreas como: memorizar, actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, deporte etc.?

“Sí, claro, yo tengo una discapacidad de la espalda, no solo la enfermedad, sino que con los años se me ha dificultado hacer todo lo que menciono, yo definitivamente no puedo trabajar y esto me ha traído problemas con mi familia y por la misma discapacidad, he tenido dificultad para estar con los amigos, la verdad debo tener mucho cuidado con todo lo que hago”

- 10) ¿Se siente capacitado para realizar, labores donde se requiera periodos de tiempo prolongados de pie, desplazamientos a lugares, aplicación de fuerza física, movimientos repetitivos a velocidad? Mencione, en cuál de estas actividades se le presenta dificultad.

“Joven como le dije, yo soy operado de la columna, yo no puedo hacer fuerza ni permanecer mucho rato de pie, no puedo arrastrar mucho peso, ni agacharme muy rápido, yo no puedo hacer nada de esfuerzo, porque se me daña el disco de la columna”

- 11) ¿Mencione cual debería ser un estilo de vida, para que las personas en la transición de la edad adulta a la vejez, sientan estas edades, más aceptable y llevadera, como ciclo vital de vida; afrontando además, el deterioro fisiológico, psicológico y de qué forma, mitigarlo? Según su experiencia, podría recomendarnos un estilo de vida saludable, para poder afrontar con mayor facilidad, el proceso de envejecimiento corporal.

“Pues yo siempre digo, que la clave para uno estar bien físicamente y para estar entero, uno debe trabajar siempre; tener un empleo ayuda mucho a uno no envejecer rápido, a sentirse útil”

- 12) ¿Si pudiera retroceder el tiempo, que precauciones o cuidados como, (la alimentación, el consumo de sustancias, no dormir bien, exceso de actividad física), adoptarías para garantizar un proceso de envejecimiento corporal más favorable?

“Yo me cuidaría mucho con la comida, hubiera evitado mucho el cigarrillo, el trago, hubiera evitado esas parrandas de 2 o 3 días, dormiría muy bien, uno cuando esta joven no piensa esas cosas, pero cuando van pasando los años es donde uno se da cuenta que no se cuidó bien”

- 13) Podría describir, de qué manera cambian la capacidad, visual, auditiva, el olfato, el gusto, el tacto, y la percepción del dolor, durante el proceso de envejecimiento fisiológico.

“La visión baja mucho, uno ya no ve bien, la voz por ejemplo en mi casa, siento la garganta seca, el tono de voz es muy bajo y ya hablo como tembloroso, ya debo poner más atención a lo que me dicen, porque o si no, no lo escucho bien; y joven de verdad cuando uno está envejeciendo le duele todo, todos los días despierto con un dolor diferente (lo dice con tono gracioso)”

14) ¿Considera que las políticas públicas de intervención a la población de los adultos mayores han sido eficaz?, ¿Estas políticas han logrado satisfacer las necesidades en salud física, y mental?

“Pues hombre en mi caso, estoy muy agradecido con el hogar, con las enfermeras y con el hermano Camilo, no tengo queja sobre el trato que tiene conmigo, pero si he vivido negligencia en la EPS”

15) Denos una pequeña opinión personal, referente al concepto de vejez.

“Pues la vejez para mí, es aprender, es crear conocimientos, es tener experiencia suficiente para saber que lo espiritual y lo emocionales lo mas importante en la vida porque con los años el cuerpo (lo físico), se acaba”

Muchas Gracias.

Firmas de los practicantes, y sello de la institución.

Anexo H. Entrevista 7

*Entrevista abierta, por personal practicante*

*Universidad Minuto de Dios.*

*Hogar del desvalido. Bello – Antioquia*

Nombre del entrevistado: **Jhon Jairo Castaño Gómez.**

Edad: **48 años**

Estado civil: **Casado.**

Número de hijos: **2**

**¿CONTROLA USTED SU IMAGEN?**

1) Consideras que, actualmente su rostro en conjunto es atractivo, y expresa porqué.

“Pues yo considero que si es atractivo, porque es muy simpático y he notado que a la gente no le incomoda, entonces yo me siento bien”

2) ¿Si tuvieras la oportunidad de realizarte una cirugía estética, cuál sería la parte de tu cuerpo que intervendrías o cambiarías?

“Si yo tuviera la oportunidad de operarme, me operaría el ojo izquierdo pues está feo y no me gusta muchas veces, pero de resto, no tengo mayor problema”

3) ¿Si pudieras mejorar el estado de (salud) de un órgano en específico de tu cuerpo, para retrasar el proceso de envejecimiento, cual sería? Explique sus motivos.

“Pues no tanto por el lado estético, pero yo buscaría operarme la nariz es decir soy ‘ñato’, pero me molesta es mi nariz porque no me permite respirar bien, algunas veces pienso por eso es que ronco o respiro agitado, por la nariz”

4) ¿Cuál consideras que es la parte del rostro, en que las personas se fijan más para considerar, el atractivo físico de un individuo?

“Pues, las personas cuando se fijan en la cara de alguien, las zonas que miran son los ojos y la nariz, por eso te decía con anterioridad, que sería de pronto dos cosas que me gustaría mejorar”

- 5) ¿cual considera usted, que es la zona de mayor atractivo físico para el sexo opuesto?, ¿modificaría usted esta zona actualmente?

“Pues, las mujeres siempre buscan un hombre grandote, que sea alto, musculoso, que tenga presencia y se vista de acuerdo con las cualidades que tiene”

- 6) En la transición de la edad adulta la vejez, se presenta una serie de cambios fisiológicos importantes, (pérdida de la coordinación motora, deficiencia en la función vascular, osteoporosis, y desequilibrios metabólicos como: el aumento de los triglicéridos, colesterol, azúcar, etc.).Es sabido que la actividad física reduce o mitiga, los efectos de estas deficiencias, ¿practica regularmente algún tipo de deporte?

“Si, me gusta la gimnasia, la practique y me gustaba mucho, me hacía sentir bien muy saludable calmado y relajado, me ayudaba a sentirme menos ansioso, ahora me gustaría volverla a practicar pero se me dificulta”

- 7) A nivel estético, los cambios físicos se hacen evidentes al observar la disminución de estatura, pérdida de masa muscular, flacidez de la piel, textura resistencia y espesor óseo, decoloración o perdida del cabello; ¿actualmente reconoce alguno de estos cambios en su cuerpo o algún otro?, si es así menciónelos.

“Pues de todos los mencionados, puedo decir que yo reconozco en mi cuerpo, la flacidez muscular”

- 8) ¿Se siente satisfecho con su imagen actual y la manera, en que la proyecta hacia los demás?, ¿se siente aceptado y valorado, por las personas y familiares con quienes se relaciona?

“Si me siento satisfecho, en términos generales, es poco lo que me gustaría modificar, siento que además la gente me valora y me acepta tal y como soy, especialmente mis amistades”

- 9) ¿Siente que con el paso de los años, los cambios fisiológicos y psicológicos, han deteriorado o dificultado, su desempeño en áreas como: memorizar, actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, deporte etc.?

“La verdad, es algo que me hace sentir triste, pues mis cambios físicos y mis dificultades han traído problemas en mis relaciones familiares y se me dificulta trabajar, pero las personas de la calle y mis amigos, me hacen sentir mejor”

- 10) ¿Se siente capacitado para realizar, labores donde se requiera periodos de tiempo prolongados de pie, desplazamientos a lugares, aplicación de fuerza física, movimientos repetitivos a velocidad? Mencione, en cuál de estas actividades se le presenta dificultad.

“Mire, yo tengo problemas físicos, se me dificulta la actividad física, por lo tanto, no me siento capacitado para practicar deporte, ni para trabajar, no puedo esforzarme mucho, todo lo que hago, debo hacerlo con ayuda”

- 11) ¿Mencione cual debería ser un estilo de vida, para que las personas en la transición de la edad adulta a la vejez, sientan estas edades, más aceptable y llevadera, como ciclo vital de vida; afrontando además, el deterioro fisiológico, psicológico y de qué forma, mitigarlo? Según su experiencia, podría recomendarnos un estilo de vida saludable, para poder afrontar con mayor facilidad, el proceso de envejecimiento corporal.

“Pues hombre, ante todo la tranquilidad, procurar estar muy relajado y tranquilo, es la mejor forma de conservarse saludable, el deporte lo hace sentir a uno vivo, trabajar y lo hace sentir útil; uno debe estar pendiente de lo que se come y evitar enfiestarse cada 8 días”

- 12) ¿Si pudiera retroceder el tiempo, que precauciones o cuidados como, (la alimentación, el consumo de sustancias, no dormir bien, exceso de actividad física), adoptarías para garantizar un proceso de envejecimiento corporal, más favorable?

“Pues si yo pudiera retroceder el tiempo y tomar precauciones serian 3 principalmente: trasnochar menos ya que eso lo envejece a uno más rápido, practicar más deporte para mantenerse activo y conservar una dieta mejor para evitar enfermedades por descuido”

- 13) Podría describir, de qué manera cambian la capacidad, visual, auditiva, el olfato, el gusto, el tacto, y la percepción del dolor, durante el proceso de envejecimiento fisiológico.

“En mi caso particular, se me redujo la visibilidad de un ojo en un 30%, escucho menos, deben acercarse a mí, para poder distinguir bien lo que me dicen, he notado que he perdido el olfato no sé si sea por lo del tabique y mi nariz ‘ñata’, además me duelen los huesos”

- 14) ¿Considera que las políticas públicas de intervención a la población de los adultos mayores han sido eficaz?, ¿Estas políticas han logrado satisfacer las necesidades en salud física, y mental?

“Pues, si hablamos del Hogar, puedo decir que me tratan muy bien y me han ayudado mucho, pero si hablamos de las EPS en general, el servicio es muy malo, no cubren las necesidades en salud ni físicas ni mentales de sus usuarios y menos, de los usuarios adultos mayores”

**15)** Denos una pequeña opinión personal, referente al concepto de vejez.

“La vejez en mi opinión, es el pasar por los años adquiriendo experiencias en la vida”

Muchas Gracias.

Firmas de los practicantes, ysello de la institución.

**Anexo I. Entrevista 8**

*Entrevista abierta, por personal practicante*

*Universidad Minuto de Dios.*

*Hogar del desvalido. Bello – Antioquia*

Nombre del entrevistado: **Miriam Mejía Arias.**

Edad: **54 años**

Estado civil: **Soltera.**

Número de hijos: **ninguno**

**¿CONTROLA USTED SU IMAGEN?**

1) Consideras que, actualmente su rostro en conjunto es atractivo, y expresa porqué.

“Si, yo me siento conforme ya pesar de los años, me siento bien y creo que la gente me ve bien, creo que soy ordenada con mi vestir y eso me hace ver mejor”

2) ¿Si tuvieras la oportunidad de realizarte una cirugía estética, cuál sería la parte de tu cuerpo que intervendrías o cambiarías?

“Yo hace poco, me sometí a una operación de ojos y he notado un gran cambio gracias a la ayuda del hermano Camilo, ahora me siento mucho mejor, por ahora, yo diría que cuidarme la operación para poder seguir viendo bien”

3) ¿Si pudieras mejorar el estado de (salud) de un órgano en específico de tu cuerpo, para retrasar el proceso de envejecimiento, cual sería? Explique sus motivos.

“Yo mejoraría mi hígado, pues yo reconozco que tengo problemas de mal aliento (halitosis) y eso me da un poco de pena en el trato con la gente”

4) ¿Cuál consideras que es la parte del rostro, en que las personas se fijan más para considerar, el atractivo físico de un individuo?

“Las personas se fijan en todo, en el pelo, la forma de la cara, la piel, si uno tiene imperfecciones como barros, lunares, arrugas etc., pero a mi parecer, o por lo que he podido notar, que las personas se fijan en el centro del rostro, es decir, la zona de los ojos y la nariz en conjuntos, si uno tiene una nariz bonita y unos ojos expresivos, se hace más atractivo para las demás personas”

- 5) ¿cual considera usted, que es la zona de mayor atractivo físico para el sexo opuesto?, ¿modificaría usted esta zona actualmente?

“A los hombres les gustan las mujeres bien formadas, (que sean voluptuosas), les gustan las mujeres altas y elegantes, les gustan las mujeres delgadas, aunque yo me siento conforme con mi físico; si me gustaría ser un poco más alta y delgada”

- 6) En la transición de la edad adulta la vejez, se presenta una serie de cambios fisiológicos importantes, (pérdida de la coordinación motora, deficiencia en la función vascular, osteoporosis, y desequilibrios metabólicos como: el aumento de los triglicéridos, colesterol, azúcar, etc.). Es sabido que la actividad física reduce o mitiga, los efectos de estas deficiencias, ¿practica regularmente algún tipo de deporte?

“En esa respuesta no te puedo ayudar mucho, pues nunca he practicado ningún deporte; yo soy del campo y pues, el trabajo en el campo es lo más cerca a la actividad física que he practicado y pues, uno si se siente saludable cuando está en constante movimiento. (Manifiesta que el trabajo hace sentir a las personas física y psíquicamente más estables)”

- 7) A nivel estético, los cambios físicos se hacen evidentes al observar la disminución de estatura, pérdida de masa muscular, flacidez de la piel, textura resistencia y espesor óseo, decoloración o pérdida del cabello; ¿actualmente reconoce alguno de estos cambios en su cuerpo o algún otro?, si es así menciónelos.

“Pues, lo más notorio que se ha manifestado en mi cuerpo son las canas, resequedad y arrugas en la piel, se ha perdido mucho la agilidad en mis desplazamientos”

- 8) ¿Se siente satisfecho con su imagen actual y la manera, en que la proyecta hacia los demás?, ¿se siente aceptado y valorado, por las personas y familiares con quienes se relaciona?

“Si, yo me acepto como soy, obviamente como toda mujer soy algo vanidosa y me gustaría cambiar pequeñas cosas, pero en general estoy conforme y creo que los demás me perciben y me aceptan, así como soy”

- 9) ¿Siente que con el paso de los años, los cambios fisiológicos y psicológicos, han deteriorado o dificultado, su desempeño en áreas como: memorizar, actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, deporte etc.?

“Si, desde hace tiempo, no realizo actividad física y por mis problemas de salud, no puedo realizar esfuerzos físicos, además, se han dificultado mis relaciones con amigos y familia tanto por mi condición física, como por el hecho de que soy desplazada y ya no estoy en mi pueblo con la gente que conozco”

- 10) ¿Se siente capacitado para realizar, labores donde se requiera periodos de tiempo prolongados de pie, desplazamientos a lugares, aplicación de fuerza física, movimientos repetitivos a velocidad? Mencione, en cuál de estas actividades se le presenta dificultad.

“De todo lo que me mencionaste, lo que más se me dificulta es por ejemplo hacer fuerza (arrastrar recoger del piso objetos muy pesados), otra cosa que me da dificultad es, estar mucho tiempo de pie o caminar mucho, me dan dolor en las rodillas y en la cadera. Otra cosa que se me dificulta es, moverme rápido, debo moverme con mucho cuidado, despacio o si no me canso muy rápido”

- 11) ¿Mencione cual debería ser un estilo de vida, para que las personas en la transición de la edad adulta a la vejez, sientan estas edades, más aceptable y llevadera, como ciclo vital de vida; afrontando además, el deterioro fisiológico, psicológico y de qué forma, mitigarlo? Según su experiencia, podría recomendarnos un estilo de vida saludable, para poder afrontar con mayor facilidad, el proceso de envejecimiento corporal.

“Para qué no le den tan duro a uno el paso de los años, se debe tener mucho cuidado en la alimentación, uno debe dormir bien, mantenerse descansado y sobretodo, evitar la mala vida como los vicios, uno debe evitar el cigarrillo, porque se debe cuidar los pulmones, igual que uno debe evitar, el trago para cuidar el hígado y los riñones”

- 12) ¿Si pudiera retroceder el tiempo, que precauciones o cuidados como, (la alimentación, el consumo de sustancias, no dormir bien, exceso de actividad física), adoptarías para garantizar un proceso de envejecimiento corporal, más favorable?

“Si yo pudiera retroceder el tiempo, me cuidaría bien, por ejemplo: mis ojos me los cuidaría mucho mejor, mi piel, y evitaría comer, grasa, azúcar en mucha cantidad, me alimentaría mucho mejor, evitaría tanto el trago, como el exceso de actividad, porque uno también debe estar descansado y sobre todo, uno debe mantener un aseo personal así ya este viejo”

- 13) Podría describir, de qué manera cambian la capacidad, visual, auditiva, el olfato, el gusto, el tacto, y la percepción del dolor, durante el proceso de envejecimiento fisiológico.

“Pues yo he tenido un deterioro visual muy grave al punto de necesitar una operación, también he perdido el oído y como usted sabe muchacho a uno con el paso de los años se le van aumentando los dolores en todas partes”

- 14) ¿Considera que las políticas públicas de intervención a la población de los adultos mayores han sido eficaz?, ¿Estas políticas han logrado satisfacer las necesidades en salud física, y mental?

“Yo me voy a referir solo al Hogar del desvalido. Pues siento que me han ayudado mucho, me han tratado muy bien y no tengo queja de ellos, el trato es excelente y mejor no hablo de las EPS, porque son muy malas, no sirven para nada”

**15) Denos una pequeña opinión personal, referente al concepto de vejez.**

“La vejez para mí, es una serie de cambios físicos y es buena de acuerdo con la manera en que uno lo asume; si uno se siente inservible e incapaz la vejez se hace mala, pero si uno valora la experiencia y el conocimiento de la vida es una vejez buena”

Muchas Gracias.

Firmas de los practicantes, y sello de la institución.

**Anexo J. Entrevista 9**

*Entrevista abierta, por personal practicante*

*Universidad Minuto de Dios.*

*Hogar del desvalido. Bello – Antioquia*

Nombre del entrevistado: **Pedro Arteaga Pérez.**

Edad: **58 años**

Estado civil: **Casado.**

Número de hijos: **2**

**¿CONTROLA USTED SU IMAGEN?**

- 1) Consideras que, actualmente su rostro en conjunto es atractivo, y expresa porqué.

“Me considero bien parecido, porque a pesar de los años me siento que todavía estoy conservado, y me siento bien como me veo”

- 2) ¿Si tuvieras la oportunidad de realizarte una cirugía estética, cuál sería la parte de tu cuerpo que intervendrías o cambiarías?

“Yo si me realizaría una cirugía estética en el rostro, pues aunque me siento bien, me gustaría verme mucho más joven, con la piel más lozana, que se vea mi cara más joven”

- 3) ¿Si pudieras mejorar el estado de (salud) de un órgano en específico de tu cuerpo, para retrasar el proceso de envejecimiento, cual sería? Explique sus motivos.

“Pues me gustaría mejorar en general todo, me gustaría mejorar mi cuerpo con respecto a los músculos y también, me gustaría mejorar mi piel, que no se vea flácida ni arrugada”

- 4) ¿Cuál consideras que es la parte del rostro, en que las personas se fijan más para considerar, el atractivo físico de un individuo?

“Pues, la mujer es muy detallista y se fija en todo, a las mujeres les gustan los hombres varoniles de facciones fuertes; a mi parecer, las mujeres se fijan más en la zona de la cara, se fijan en los ojos y la nariz, pues es lo que más resalta en el rostro, además, de una piel conservada”

- 5) ¿cual considera usted, que es la zona de mayor atractivo físico para el sexo opuesto?, ¿modificaría usted esta zona actualmente?

“Pues, las mujeres se fijan en tipos altos, acuerpados. Yo opino, que las mujeres buscan un hombre grande, musculoso y fuerte así se sienten mejor”

- 6) En la transición de la edad adulta la vejez, se presenta una serie de cambios fisiológicos importantes, (pérdida de la coordinación motora, deficiencia en la función vascular, osteoporosis, y desequilibrios metabólicos como: el aumento de los triglicéridos, colesterol, azúcar, etc.). Es sabido que la actividad física reduce o mitiga, los efectos de estas deficiencias, ¿practica regularmente algún tipo de deporte?

“Pues, ahora por mi edad y mis dificultades físicas, no puedo realizar mucha actividad física, a mí me gusta caminar porque, eso me hace sentir con vitalidad, me relaja y me ayuda a concentrarme, antes solía trotar, mejor dicho, me gustaba el atletismo porque me hacía sentir saludable”

- 7) A nivel estético, los cambios físicos se hacen evidentes al observar la disminución de estatura, pérdida de masa muscular, flacidez de la piel, textura resistencia y espesor óseo, decoloración o pérdida del cabello; ¿actualmente reconoce alguno de estos cambios en su cuerpo o algún otro?, si es así menciónelos.

“Si, yo he podido notar cambios como los que mencionaste, por ejemplo: los más evidentes son la pérdida de mi masa muscular y de estatura, además, como hemos hablado antes, la piel se ha deteriorado y siempre en los hombres, se pierde un poco el cabello o se pone canoso”

- 8) ¿Se siente satisfecho con su imagen actual y la manera, en que la proyecta hacia los demás?, ¿se siente aceptado y valorado, por las personas y familiares con quienes se relaciona?

“Si, aunque hay cosas que quisiera mejorar, por ahora, me siento satisfecho conmigo mismo y me siento, aceptado por mis compañeros y las demás personas que tratan conmigo”

- 9) ¿Siente que con el paso de los años, los cambios fisiológicos y psicológicos, han deteriorado o dificultado, su desempeño en áreas como: memorizar, actividades físicas, relaciones sociales, relaciones familiares, deporte etc.?

“Si, siento que me han traído dificultades o me han incapacitado para poder trabajar normalmente, siento que el paso de los años, ha dificultado en cierta medida, mis relaciones sociales”

10) ¿Se siente capacitado para realizar, labores donde se requiera periodos de tiempo prolongados de pie, desplazamientos a lugares, aplicación de fuerza física, movimientos repetitivos a velocidad? Mencione, en cuál de estas actividades se le presenta dificultad.

“Pues yo siento que con los años uno si va perdiendo cosas, en mi caso puedo decir que me siento poco capacitado para caminar mucho, para realizar trabajos repetitivos , para estar mucho rato de pie además que he perdido mucha fuerza, ya no puedo hacer mucho esfuerzo la verdad”

11) ¿Mencione cual debería ser un estilo de vida, para que las personas en la transición de la edad adulta a la vejez, sientan estas edades, más aceptable y llevadera, como ciclo vital de vida; afrontando además, el deterioro fisiológico, psicológico y de qué forma, mitigarlo? Según su experiencia, podría recomendarnos un estilo de vida saludable, para poder afrontar con mayor facilidad, el proceso de envejecimiento corporal.

“Para conservarse saludable, uno debe adoptar estilos de vida donde la tranquilidad sea lo principal, evitar los excesos, se debe practicar deporte, recomendando dormir y comer muy bien, eso ayuda a que uno no se enferme o si uno se enferma, superar la enfermedad más fácil”

12) ¿Si pudiera retroceder el tiempo, que precauciones o cuidados como, (la alimentación, el consumo de sustancias, no dormir bien, exceso de actividad física), adoptarías para garantizar un proceso de envejecimiento corporal, más favorable?

“Si yo pudiera retroceder el tiempo, cambiaría muchas cosas por ejemplo: me preocuparía mucho por dedicar tiempo a la práctica de algún deporte, me alimentaría muy bien, evitaría comer cosas poco sanas, procuraría descansar bien, no trasnocharía, evitaría, el consumo de drogas”

13) Podría describir, de qué manera cambian la capacidad, visual, auditiva, el olfato, el gusto, el tacto, y la percepción del dolor, durante el proceso de envejecimiento fisiológico.

“Claro, por ejemplo en mi caso, he notado que se pierde la visión, escucho menos y me duele mucho el cuerpo”

14) ¿Considera que las políticas públicas de intervención a la población de los adultos mayores han sido eficaz?, ¿Estas políticas han logrado satisfacer las necesidades en salud física, y mental?

“Si, el gobierno ayuda, en el hogar nos tratan muy bien y nos podemos alimentar como necesitamos, la verdad, pienso que si cubren nuestras necesidades y nos mantienen, saludables en lo posible”

15) Denos una pequeña opinión personal, referente al concepto de vejez.

“Pues, muchos dicen que la experiencia es lo más lindo, pero también es triste porque la vejez llega con enfermedades y uno se deteriora y pierde fuerza”

Muchas Gracias.

Firmas de los practicantes, y sello de la institución.