



Venezuela 925/31 - C1095AAS, Buenos Aires – Argentina

Maestría en Gestión de Servicios Gerontológicos

“La incidencia de la Imagen Corporal en la funcionalidad de los adultos mayores a partir de su participación en un grupo de Trabajo Corporal Integrador”.

TESIS

Alumno: Lic. Andrea Chejter

Director: Dr. Ricardo Iacub

Promoción: 2005

Buenos Aires, Abril 2012

Resumen

El objetivo de esta investigación es determinar la correspondencia entre imagen corporal y la capacidad funcional de un grupo de adultas mayores que participaron de un taller de Trabajo Corporal Integrador durante el año 2010.

Para llevar a cabo la experiencia se aplicó la siguiente técnica: se seleccionó un grupo de 32 mujeres mayores de 65 años que recibieron durante el ciclo lectivo 2110 clases de Trabajo Corporal Integrador. Al término del dictado de dicho taller se encuestó a 10 participantes de las cuales 5 pertenecían al grupo con mejor estado de salud de acuerdo al cuestionario de Salud SF36 y 5 al grupo con peor estado de salud biológica al inicio del taller.

Analizando las encuestas se comprueba cómo incide el aumento de la Imagen Corporal en la Funcionalidad de dichas mujeres.

INDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.	4
2. Planteamiento del Problema.	
2.1 Formulación del Problema de la Tesis.	6
2.2 Objetivos: General y Específicos.	6
3. Marco Teórico.	
3.1.1 El cuerpo como construcción subjetiva y social.	8
3.1.1. A El concepto de cuerpo en la reflexión antropológica.	8
3.1.1. B Corporeidad: conciencia del propio cuerpo.	11
3.1.2 El hombre y la representación del propio cuerpo.	13
3.1.2. A La imagen corporal y sus dimensiones.	14
3.1.2. B La conformación de la imagen corporal.	15
3.1. 3 La Funcionalidad en los adultos mayores.	18
3.1.4 Trabajo Corporal Integrador y Motricidad.	21
3.1.4. A Motricidad: expresión de la corporeidad.	21
3.1.4. B La Psicokinética.	24

3.1.5 Envejecimiento y vejez.	26
3.2 Hipótesis.	28
4. Metodología.	
4.1 Tipo de estudio.	29
4.2 Fuentes de datos/Herramientas de recolección utilizadas.	29
4.3 Muestra y unidad de análisis.	33
4.4 Justificación de la metodología.	34
5. Desarrollo.	
5.1 Definición de variables.	35
5.2 Presentación y análisis de los resultados.	36
6. Conclusiones.	52
7. Bibliografía.	54
8. Anexos.	57

1. Introducción

Los datos de los últimos censos en la Argentina (2001 y 2010) muestran cómo aumenta la esperanza vida al nacer, y en consecuencia, cómo se incrementa la población de adultos mayores, siendo junto con Uruguay y Cuba, uno de los países mas envejecidos de América Latina.

El envejecimiento de nuestra sociedad trae como consecuencia mayores niveles de discapacidad que alteran la funcionalidad del sujeto. Uno de los objetivos centrales es poder brindar herramientas que promueven un modo de vida activa y saludable, así como diversas ofertas de servicios de prevención, atención y rehabilitación de adultos mayores.

En los últimos decenios y de la necesidad de proveer, por todos los medios posibles, los recursos que permitan cubrir de la mejor manera las necesidades propias de los adultos mayores, desarrollando servicios que contribuyan a mejorar al máximo la calidad de vida.

En este contexto surge el presente trabajo de investigación, orientado a conocer la eficacia de las actividades de Trabajo Corporal Integrador para mejorar la percepción de la imagen corporal de los adultos mayores, y con ello, incrementar su vitalidad y capacidad funcional.

En el proceso de envejecimiento las fuerzas físicas fluctúan, reflejándose muchas veces en el desempeño de las actividades cotidianas. Este factor incide en el grado de independencia y autonomía de los adultos mayores, ya que modifica la relación de conocimiento y confianza del sujeto sobre su capacidad funcional.

Abordar el cuerpo y el movimiento desde una mirada integradora, proponiendo técnicas corporales que incluyan el registro corporal y la reflexión, permite que las personas aprendan, tanto a nivel cognitivo como emocional, sobre su capacidad y potencialidad funcional, para así preservarla o mejorarla.

Conceptos como cuerpo, corporeidad, calidad de vida, imagen y esquema corporal, salud y funcionalidad, serán los vectores que nos guiarán en este estudio, y que nos ayudarán a entender un poco más algo

tan cercano y al mismo tiempo tan desconocido como es la naturaleza humana, en la complejidad de sus dimensiones: biológica, psíquica y social.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Formulación del Problema

A medida que se acentúa el proceso de envejecimiento la persona adulta comienza a experimentar una disminución en su capacidad funcional. Pero estimular su imagen corporal a través de actividades de trabajo corporal integrador podría incrementar, o al menos conservar, dicha funcionalidad. Más concretamente, la pregunta que origina la presente investigación es la siguiente:

¿Cómo incide la estimulación de la imagen corporal de los adultos mayores en su funcionalidad a partir de la participación en actividades de trabajo corporal integrador?

2.2 OBJETIVOS

Objetivo General:

1) Explorar la correspondencia entre imagen corporal y la capacidad funcional de un grupo de adultas mayores que participaron en un taller de Trabajo Corporal Integrador durante el año 2010.

Objetivos Específicos:

1) Indagar cómo incidieron los cambios de la imagen corporal en la percepción de vitalidad, energía o fortaleza.

2) Conocer si los cambios de la imagen corporal mejoraron la capacidad funcional.

3) Identificar qué estrategias enseñadas en el taller de Trabajo Corporal Integrador fueron incorporadas a la vida cotidiana.

3. Marco Teórico

Dado que el presente trabajo de investigación tiene por objeto de estudio la correspondencia entre la imagen corporal y la funcionalidad en los adultos mayores, resulta conveniente definir cada uno de los términos de dicha relación con el propósito de entender lo que ellos implican y, al mismo tiempo, fundamentar los presupuestos teóricos en donde se apoya la etapa experimental.

3.1.1 El cuerpo como construcción subjetiva y social.

3.1.1. A El concepto de cuerpo en la reflexión antropológica.

Al examinar el conjunto de reflexiones que el hombre ha hecho sobre sí mismo a través del tiempo, dentro del grupo de quienes han afirmado que en el ser humano existen dos principios interrelacionados: el físico y el psíquico, equivalentes al binomio filosófico cuerpo y alma, es posible preguntarse aún sobre el modo en que dichos principios se relacionan.

Tal discusión ha suscitado históricamente dos posiciones antagónicas: los que proponen un dualismo irreconciliable, entendiendo a los mencionados principios como yuxtapuestos, y los que sostienen un dualismo armónico, entendiendo al hombre como unidad intrínseca en la que se conjugan cuerpo y alma.

Dentro de la primera posición, el cuerpo es visto sólo desde una mirada anatómica funcional, como una "cosa" que sirve para alcanzar determinados fines. Aparece así como algo "útil", una herramienta a partir de la cual se pueden obtener beneficios. Algo así como una máquina accionada para llevar a cabo funciones de producción. Conviene señalar, asimismo, que estas consideraciones también son compartidas por quienes no son dualistas, sino que reducen el hombre a la sola materia.

Esa concepción del cuerpo deviene, por antonomasia, en una idea básicamente biológica y pragmática del hombre. Ejemplos de dicho reduccionismo antropológico bien pueden hallarse en los postulados del marxismo y del capitalismo. Ambos atribuyen al cuerpo el carácter de instrumento útil, eficiente y productivo, ya para el beneficio común, ya para el beneficio privado.

Refiriéndose al capitalismo, Portela (2001) afirma que el cuerpo es un "simple objeto físico sometido a las leyes naturales, cognoscible como cualquier elemento biológico a quien se pueda controlar y sobre quien se predica y condiciona para evitar perturbaciones sociales".

En este sentido también se pronuncia Brohm (1968) cuando dice:

"en todos los dominios de la vida social, el cuerpo se convierte cada vez más en el objeto y el centro de ciertas preocupaciones tecnológicas o ideológicas. Ya en la producción, ya en el consumo, ya en el ocio, en el espectáculo o en la publicidad, etc., el cuerpo se ha convertido en un objeto que se trata, se manipula, se explota. En el cuerpo convergen múltiples intereses sociales y políticos de la actual civilización técnica".

Abordando el concepto de cuerpo de esta manera se limitan los valores, capacidad y potencialidad corporales. Sólo se orientan y estructuran las conductas con el propósito de conservar la hegemonía sobre el mismo. No obstante, a pesar de que las anteriores apreciaciones denuncian una tergiversación del concepto de hombre y de cuerpo humano, permiten comprender que lo corpóreo siempre es objeto de representaciones sociales.

En efecto, las representaciones sociales le otorgan al cuerpo una determinada posición dentro del simbolismo general de la sociedad. Las formas de nombrarlo, de recortarlo, de examinarlo, de penetrarlo, de darle sentido, son modos en que la cultura se apropia y le permite al sujeto tener una representación de sí, de su dolor, de su placer, de ese espesor

desconocido, atribuyéndole causas y respuestas. Es por ello que el cuerpo es una construcción simbólica más allá de la realidad biológica (Breton, 1990)

Un ejemplo histórico que se enmarca adecuadamente en lo antes mencionado es el concepto de cuerpo para la sociedad griega. Se trata de un pueblo que cultivó y celebró a través de distintas expresiones artísticas, entre las que sobresale la escultura, la estima por el cuerpo bello y bien proporcionado. Había un claro interés por esbozar el cuerpo perfecto.

El espíritu griego, en consecuencia, legó a la posteridad el interés y la atención por el cuerpo, no solo a partir de un sentido meramente estético, sino también porque se sabía que él era parte esencial de la naturaleza humana, y que no había salud, física y psíquica, sin su debido cuidado. De allí la expresión "*mens sana in corpore sano*", es decir, "*mente sana en cuerpo sano*". No otra cosa repetían Meinel y Shnabel (1987) cuando afirmaban: "está comprobado que en un cuerpo sano y equilibrado es posible estimular decisivamente el desarrollo intelectual, social, estético y moral".

Por último, otro autor que reflexiona sobre las representaciones sociales en torno al cuerpo es David Le Bretón(2008), quien al mismo tiempo resume la postura dualista materialista que hasta aquí se ha venido exponiendo:

"El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo. No es un dato indiscutible, sino el efecto de una construcción social y cultural. "Las concepciones del cuerpo son tributarias de las concepciones de la persona. Así, muchas sociedades no distinguen entre el hombre y el cuerpo como lo hace el mundo dualista al que está acostumbrado la sociedad occidental. Por lo tanto en la mirada biomédica occidental actual se formula la concepción del cuerpo como una posesión que le permite al sujeto decir *mi cuerpo...*" (Pag.8)

3.1.1. B Corporeidad: conciencia del propio cuerpo.

En el apartado anterior se expuso el sentido que el cuerpo tiene para quienes sostienen una postura absolutamente biológica o meramente funcional sobre el mismo. El orden lógico exige desarrollar ahora de qué modo es concebido el cuerpo para quienes ven al hombre como una totalidad armónica, donde todas sus dimensiones -biológica, psíquica, espiritual y social- se relacionan conjuntamente.

Desde esta posición, el cuerpo ya no es un simple objeto dependiente de la capacidad de dominio que sobre sí hagan sus portadores. Muy por el contrario, el cuerpo es visto como condición de la existencia humana y canal de expresividad de la persona. En otras palabras, el ser humano es, existe y se expresa a través de su cuerpo. Y como ser corpóreo que es, está en el mundo y se relaciona con él.

Consecuentemente, el cuerpo es interpretado ahora como emisor y transmisor de vivencias: pensamientos, acciones y emociones. La persona se manifiesta así con su cuerpo y a través de su cuerpo. En este contexto es cuando surge el concepto de *corporeidad*, como aquél que expresa verdaderamente la realidad corpórea del hombre. Dicho término viene a significar la vivenciación del hacer, sentir, pensar y querer (Zubiri, 1986). Confundir cuerpo con corporeidad es entender al ser humano simplemente como si fuese un animal. Muy por el contrario, la corporeidad es la conciencia del propio cuerpo. Implica que el sujeto pensante se encuentra a sí mismo, ante su propia realidad humana. Y tomar conciencia del propio cuerpo conlleva experimentar lo que se siente a través de él y reconocer su importancia como soporte de la comunicación con los demás hombres y con el mundo en general.

Dicho lo anterior se comprende entonces que el cuerpo no sirve solo para desarrollar la motricidad o posibilitar los actos reflejos, sino también las emociones, pensamientos y sentimientos. En el cuerpo aflora la persona. No otra cosa sostienen Trigo y Rey (2000) al afirmar: el individuo

no solo posee un cuerpo, sino que su existencia humana implica hacer, saber, pensar, sentir, comunicar y querer.

Asimismo, cabe decir al respecto que esa conciencia del propio cuerpo evoluciona conforme avanza la vida de cada hombre, desde su gestación hasta la muerte, de acuerdo incluso con las pautas sociales que emanan del contexto en el que se está inserto, como ya se expresó arriba al hacer referencia de las representaciones sociales y culturales en torno a la idea de cuerpo humano.

En efecto, todas las personas nacen con un cuerpo que se transforma y se adapta a través del tiempo, constituyéndose así su corporeidad. Más concretamente, la misma se construye a partir de las experiencias que le provee el mismo medio y las formas en que las percibe, se adapta y acomoda a ellas, creando nuevas estructuras de referencia. Dicho así, el cuerpo es sólo el principio y el fin; la corporeidad es la vida misma, el proceso.

Pero este proceso, por otra parte, depende de la imagen corporal que el hombre tiene de sí mismo y de la imagen que se hace al interpretar el mundo exterior a lo largo de la vida. Por eso Cencillo (1973) dijo: No sólo los cuerpos ajenos, sino el propio cuerpo del sujeto que reflexiona sobre la corporeidad y trata de atenerse a ella como el único dato fiable, al ser percibido, viene ya filtrado por la corporeidad misma.

Cuando la persona reconoce, asume y aprueba su cuerpo es cuando tiene conocimiento de él, toma conciencia de su corporeidad y es capaz de comunicarse a partir de él. A esto se refiere Gurméndez (1981) cuando indica que no hay una separación tajante entre el cuerpo, lleno y capaz de sensibilidad, y el mundo. Afirma que de esa sensibilidad a flor de piel se constituye el adentro y las personas comienzan a sentirse, a percibirse como una realidad presente: un cuerpo con posibilidad de comunicación.

El cuerpo se convierte así en el sentimiento de la realidad y tener cuerpo es tener mundo, hacer posible la multitud de personas. El cuerpo se convierte en corporeidad al invadirse de pensamiento y emotividad. Tener corporeidad es cuando nos referimos al cuerpo del ser humano, lleno de

expresión de vida: física (estructura biológica capaz de movimiento humano); psíquica (psicológica y emocional); espiritual.

Es necesario sentir, asumir y reconocer la propia corporeidad como espacio, como estructura y como realidad humana. La negativa a esta necesidad de aceptación de pensar y sentir con el propio cuerpo podría llegar a bloquear en el hombre todo intento de comunicación, necesaria para la vida humana. Le impediría darse cuenta de las distintas experiencias de vida o vivencias.

La corporeidad, entonces, forma parte de la identidad personal y social de cada ser. La corporeidad es realidad y origen de la comunicación; a través de ella se perfila la imagen de cada sujeto frente a la corporeidad del "otro". Así los demás comprenden y se relacionan con el "yo" de la persona que comunica, tanto la revelación de su intimidad como la revelación de su disponibilidad.

Recapitulando lo dicho hasta aquí puede afirmarse que el cuerpo como realidad bio-fisiológica se constituye en un elemento importante a considerar, pero no es referente suficiente para comprender al ser humano. Para ello hay que acudir al concepto de corporeidad, que tiene en cuenta la triada cuerpo-sujeto-cultura, que Morin (2001) denomina como "relación bio-antropo-cultural". Y esto último no es otra cosa que el reconocimiento de la condición humana.

3.1.2 El hombre y la representación del propio cuerpo

La corporeidad o experiencia del propio cuerpo a lo largo de la vida de una persona conlleva un determinado juicio o idea sobre el mismo. Se constituye así su imagen corporal, tema que a continuación se desarrolla.

3.1.2. A La imagen corporal y sus dimensiones.

Según el diccionario de la Real Academia Española la palabra *imagen*, que procede del Latín: *imāgo, -īnis*, posee cuatro usos distintos:

1. f. Figura, representación, semejanza y apariencia de algo.
2. f. Estatua, efigie o pintura de una divinidad o de un personaje sagrado.
3. f. *Ópt.* Reproducción de la figura de un objeto por la combinación de los rayos de luz que proceden de él.
4. f. *Ret.* Representación viva y eficaz de una intuición o visión poética por medio del lenguaje.

A partir de los elementos que aportan dichas definiciones es posible dilucidar el sentido que adopta el término *imagen* en esta investigación. En efecto, Rosen (1995) señala que "la imagen corporal es el modo en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo".

Dicha imagen corporal incluye diversos aspectos o dimensiones (Cash y Pruzinsky, 1990, Thompson 1990):

I) Aspectos perceptivos: es la precisión con la cual se percibe el cuerpo en su totalidad y en las partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobrestimaciones o subestimaciones del propio cuerpo.

II) Aspectos cognitivos-afectivos: sentimientos, pensamientos valoraciones que despierta el cuerpo, las emociones que el cuerpo despierta, experiencia de placer o displacer, enojo, impotencia

III) Aspectos conductuales: las conductas derivan de la percepción y sentimientos asociados al cuerpo, tales como la exhibición, la evitación, el ritual, el camuflaje.

Por otra parte, desde la corriente psicoanalítica, F. Dolto (1986) establece la distinción entre imagen corporal y esquema corporal, de la siguiente manera:

“El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar la época o las condiciones en que vive. Este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido de que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que sin el soporte que él representa, sería para siempre, un fantasma no comunicable...”(pag.21)

El esquema es igual para todos los sujetos en cambio la imagen es propia de cada individuo y está ligada al sujeto y su historia. Agrega Dolto: “El esquema corporal, lugar de la necesidad que el cuerpo en su vitalidad orgánica constituye, se entrecruza con la imagen del cuerpo, lugar del deseo y será este tejido de relaciones lo que permitirá al niño estructurarse como humano.” (pag.21)

3.1.2. B La conformación de la imagen corporal.

A pesar de la importancia que tiene en la vida de una persona la forma en que percibe su cuerpo, tal como se explicó en el apartado anterior, al momento presente existen pocas investigaciones sobre la imagen corporal y la influencia de las representaciones sociales corporales durante el ciclo vital y, menos aún, en la última etapa que es la vejez. Se puede citar entre las investigaciones la realizada por el Dr. Ricardo Iacub en su tesis de doctorado “La representación subjetiva del cuerpo de los viejos”. La imagen corporal es un tipo de percepción: la percepción del propio cuerpo por parte del sujeto. Y dado que todas las percepciones

constituyen la base de la motilidad y de la conducta, la imagen corporal ejercerá una influencia determinante en el modelo postural del sujeto, es decir, en la manera de pararse frente al mundo en el transcurso de la vida. Psicológicamente hablando, esa imagen corporal surge a partir de:

- registro visual de algunas partes de la superficie corporal.
- impresiones táctiles, térmicas, de dolor, de presión.
- registro de sensaciones propioceptivas (músculos, articulaciones, aponeurosis)
- Sensaciones viscerceptivas.

Pero hay que tener en cuenta, a su vez, que en cuanto percepción, la imagen corporal se genera a partir de información consciente e inconsciente. La percepción no solo es un aparato receptor; está influido por la emoción y la personalidad, es decir, aspectos psicológicos que no siempre aparecen conscientemente ante la mirada del individuo, pero que deben tenerse en cuenta para una adecuada intelección del concepto imagen corporal.

En otras palabras, al intentar comprender el significado de imagen corporal se deben incluir las impresiones que registran los sentidos durante el desarrollo de los diferentes movimientos de la vida cotidiana y las emociones que se producen como consecuencia de dichas impresiones, no necesariamente conscientes.

Al mismo tiempo, hay que considerar que la imagen corporal se halla más allá de los límites del cuerpo (ropa, instrumentos objetos significativos, emociones corporales), puesto que la misma trasciende la subjetividad de cada persona. Más concretamente, la imagen corporal también es social, existiendo una estrecha relación entre la imagen corporal propia y la de los otros.

Los factores que inciden en la socialización de la imagen corporal son la proximidad espacial y afectiva. En cada ser humano se da un intercambio permanente entre la propia imagen corporal y la de los otros; interrelación que supone, por su parte, proyecciones e identificaciones entre los sujetos.

El carácter social de la imagen corporal, sin embargo, puede ir en desmedro del individuo que se auto-percibe. Así, por ejemplo, en la sociedad occidental actual aparece sobrevaluado todo lo concerniente al cuerpo. El cuidado excesivo de este y la obsesión por la apariencia física sustentan una gran industria que termina esclavizando a sus víctimas, provocando la insatisfacción consigo mismo y perturbando la autoestima.

Aparece entonces el prurito de la eterna juventud. Tal disposición de ánimo encubre la no aceptación de la vejez, por considerar que en esa etapa de la vida se pierde la belleza corporal y los goces vinculados al cuerpo. Al respecto ha observado Iacub (2011) que el deseo por verse más jóvenes se halla más en las mujeres que en hombres, y reconoce que las representaciones sociales y modelos culturales se ven afectados por la economía de mercado.

Por eso, es importante que cada sujeto fomente la autoestima y una imagen corporal positiva, evitando cualquier alteración por parte de una imagen corporal de tipo materialista, impuesta socialmente, y que solo considera al cuerpo como un instrumento de placer y seducción.

Yagosesky (1998) identifica la autoestima con las expresiones "autoimagen" o "imagen de sí mismo". Se trata de "el conjunto de lo que el hombre siente, piensa, quiere y espera, teme....acerca de si mismo. Es un sistema de valoración de uno mismo, cada valoración es una pieza de ese sistema o cuerpo vivo."

La autoimagen no hace desempeñar en nuestras vidas de acuerdo como creemos que somos. Se puede entender desde dos puntos de vista, a saber, energético y psicológico:

- Energético: es la fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su

desarrollo; que le dota de organización y direccionalidad en todas sus funciones y procesos, ya sean éstos cognitivos, emocionales o motores

- Psicológico: es la capacidad desarrollable en un sujeto de experimentar la existencia, consciente de su potencial y de sus necesidades reales; de amarse incondicionalmente y confiar en sí mismos para lograr objetivos, independientemente de las limitaciones que pueda tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que le corresponda interactuar.

Todo lo anterior, es decir, que la imagen corporal influye sobremanera en la sumatoria final que realiza la persona cuando le pone valor a los distintos aspectos de su vida -autoimagen-, y que esa autoimagen o autoestima es una fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, independientemente de las limitaciones que pueda tener, permite comprender la importancia de una imagen corporal positiva en la vejez y asociarla -entre otras variables- a la funcionalidad o independencia funcional, tema que será abordado en el siguiente capítulo.

3.1. 3 La Funcionalidad en los adultos mayores.

Es la capacidad de desarrollar las acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. De ahí que la funcionalidad también sea denominada "independencia funcional".

Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida diaria se dice que la funcionalidad está indemne (Ministerio de Salud Chile, 2003).

A propósito de esto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no define el estado de salud entre los envejecidos en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional (OPS/OMS, 1982). Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de

enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985).

La centralidad de la funcionalidad para especificar la salud de un anciano implica considerar a la vejez como una etapa activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía personal y la posibilidad de autorrealización (Belenguer, 2000). Así, se puede entender que la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten participar en su cuidado personal y en la vida familiar y social (CELADE, 2003; Fernández Ballesteros et al., 1996).

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, considerando al mismo tiempo sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Se trata de un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Esta definición pone de manifiesto criterios que afirman que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está arraigada en un contexto cultural, social y ambiental.

La OMS ha identificado seis extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas:

- Área física (la energía, la fatiga);
- Área psicológica (sentimientos positivos);
- El nivel de independencia (movilidad);
- Las relaciones sociales (apoyo social práctico);
- El entorno (la accesibilidad a la asistencia sanitaria);

- Las creencias personales/espirituales (significado de la vida).

Los ámbitos de la salud y la calidad de vida son complementarios y se superponen. La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud físico, o de las condiciones sociales y económicas. En contrapartida, la carencia o disminución de la funcionalidad en los adultos mayores se convierte en un indicador de enfermedad.

El proceso normal de envejecimiento produce cambios en la homeostasis y en la reserva, aumentando la vulnerabilidad a presentar enfermedades crónicas y degenerativas. Lo que sumado a predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivas, hace que el estado de salud funcional de la persona mayor transite más fácilmente desde la independencia a la dependencia.

En las primeras etapas del ciclo vital las enfermedades se manifiestan a través de una semiología clásica y definida. En la adultez mayor se produce un cambio en la expresión de las enfermedades. Los síntomas y signos clásicos esperables en otras edades frente a las mismas enfermedades en esta etapa vital se modifican.

Es interesante advertir que los adultos mayores a los 80 años, aún en los mejores sistemas de salud, pueden presentar hasta tres enfermedades crónicas. De este modo la co-morbilidad, en el grupo de adultos mayores, dificulta establecer la diferencia entre sanos y enfermos, dado que en su gran mayoría las personas mayores presentan alguna enfermedad crónica o degenerativa. Pero el problema se resuelve cuando se evalúa el estado de salud funcional, pues como se ha afirmado, la alteración del mismo es un signo que evidencia la presencia de una enfermedad particular. De aquí la importancia fundamental de la medición permanente de la funcionalidad en el adulto mayor.

3.1.4 Trabajo Corporal Integrador y Motricidad

3.1.4. A Motricidad: expresión de la corporeidad.

El reconocimiento de la corporeidad, se afirmó previamente, contribuye a adquirir y conservar una imagen corporal favorable. Ahora bien, la corporeidad o vivenciación del propio cuerpo es estimulada, entre otras formas, por el trabajo corporal integrador. Corresponde, entonces, examinar la naturaleza del mismo. Para ello resulta provechoso distinguirlo del simple ejercicio o actividad física.

Estos últimos se ubican, muchas veces, dentro de la postura que considera al cuerpo como separado del resto de la persona, y en donde solo se busca mejorar las funciones motrices y fisiológicas, sin atender a las representaciones que el sujeto realice sobre su propio cuerpo. Esto sí ocurre, en cambio, en el trabajo corporal integrador, donde no se tiene en cuenta el número de repeticiones y, a su vez, el coordinador o profesor no es el centro de imitación.

El trabajo corporal tiene en cuenta el movimiento con todo lo que implica: sensaciones, percepciones, emociones, evocaciones o recuerdos de hechos transcurridos a lo largo de la vida. Y por esto mismo se denomina integrador, en cuanto unifica todas las dimensiones de la persona humana: biológica, psíquica, espiritual y social.

El mismo toma técnicas corporales que surgen durante la primera mitad del siglo XX con Moshe Feldenkrais, Inx Bayerthal, Alexander Gerda, William Reich, Matías Alexander, Françoise Mezieres, Lowen , Le Boulch, entre otros. Estos autores, implícita o explícitamente, adhieren al concepto de corporeidad y reconocen su influencia sobre la imagen corporal de la persona.

Mediante tales técnicas se potencia el movimiento en la vida de la persona. Aún más, el trabajo corporal es movimiento. Este es un elemento

vital, que caracteriza al ser humano. Quien se mueve es porque vive. El movimiento es propio de los vivientes.

Por medio del movimiento el hombre se sitúa es capaz de estructurarse mejor en y con el mundo; de esta manera toma conciencia de que es un ser activo. Es por ello que puede afirmarse que el movimiento es una de las claves para la definición de la naturaleza humana: para la búsqueda y recuperación y por supuesto para el equilibrio natural del ser humano.

Científicos como Piaget (1976) atribuyen un indiscutible y primario papel a la motricidad en el plano genético, al tiempo que relativizan la importancia del lenguaje convencional como único principio organizador de la persona. El cerebro, pues, es el beneficiado de la adaptación locomotora en el proceso de liberación del ser humano con el acceso a la bipedia y en sus relaciones con la conquista del mundo que le rodea.

Los hombres son y viven con movimiento corporal, y a través de él se transforma, evoluciona y perfecciona. Por lo tanto, la realidad humana es dinámica, no estática. Y con en el mismo acto de moverse, el ser humano expresa exteriormente el mundo de su interioridad. El movimiento adquiere el sentido de un mensaje. En otras palabras, el movimiento corporal del ser humano es intrínsecamente comunicativo, expresión de la subjetividad del que se mueve.

El cuerpo humano habla a través de un lenguaje que abarca múltiples planos: comunicación espontánea e instintiva y, al mismo tiempo, calculada; como el paralenguaje acompaña a toda expresión verbal; puede acentuar la información y modificarla; puede anular su significado convirtiéndose en una meta comunicación.

También puede ser independiente del lenguaje de las palabras cuando alguien decide conscientemente expresarse con gestos en la vida cotidiana o en el ámbito artístico; puede hacer de acción intencionada o movimiento que hace abstracción del gesto mímico; es material

informático real y ficticio al mismo tiempo; e incluye siempre de manera simultánea la función y la expresión de movimiento.

Sus dimensiones temporal y energética son objetivamente mensurables, pero su expresión continúa siendo subjetiva y admite múltiples interpretaciones. Los elementos fundamentales del lenguaje corporal son: espacio, tiempo y energía. Lo corporal es una de las fuentes más importantes de la comunicación no verbal, primero porque ayuda y complementa a la verbal, e incluso la suple en aquellos casos en que no hay un código lingüístico común, y segundo porque es el origen de la comunicación humana.

Davis (1976) y Rebel (1995) indican que la comunicación no verbal se inicia primeramente en el lenguaje del cuerpo y necesita de unos contextos sociales: el cuerpo de una persona, el de los otros, el espacio corporal o proxémica, el esquema corporal y el mundo. Según Allan Pease (1995) en el lenguaje, el 65% es no verbal, o sea corporal; el 28% está en el tono y otros aspectos paralelos; el 7% sería lenguaje a través de las palabras.

Habiendo afirmado que el hombre es una unidad psicofísica, el paso de la subjetividad psíquica (donde se enmarca el concepto de corporeidad) a la exterioridad corpórea o física es espontáneo y connatural, no forzoso o crítico. Porque psique y cuerpo son las dos caras de la misma moneda.

Se ha de entender que expresar es dar salida a los sentimientos, ideas, inquietudes que se mueven o agitan en la propia interioridad. La expresión es la facultad del ser humano de manifestar sentimientos y vivencias tanto si desea comunicarse como si se trata de una expresión espontánea y no dirigida a nadie. De esta manera, en el cuerpo se elabora cualquier expresión de la persona.

La motricidad se convierte así en la vivencia de la corporeidad para expresar acciones que implican el desarrollo del ser humano (Trigo y col. 1999). Dicha motricidad es un elemento transformador del ser humano como experiencia física, estética y ética. Por tanto, el ser humano, por medio de la motricidad (exploratoria, inventiva, constructiva), humaniza y

socializa el movimiento, posibilitando el conocimiento de sí y el del mundo que le rodea. La motricidad es la manifestación de la corporeidad, y al mismo tiempo, una vía de realización.

3.1.4. B La Psicokinética

Jean Le Boulch es el creador de la psicokinética o educación por el movimiento en el año 1966. Con un método aplicable tanto en Educación Física como en psicomotricidad o fisioterapia. Le Boulch (1993) partió de la hipótesis de que el movimiento tenía una importancia fundamental en el desarrollo de la persona.

Por consiguiente, esta ciencia del movimiento no era una ciencia teórica donde se reflexionaba sobre el movimiento, sino una ciencia aplicada, es decir, debía ser usada en todo lo que concierne al movimiento cotidiano de la persona. A esto, el autor, lo denomina **ciencia del movimiento aplicada al desarrollo de la persona**. En tal tesis, la educación no tenía como único objetivo la preparación para la vida social por la adquisición de saberes y el saber hacer, sino que, a través de esos aprendizajes era posible tener un desarrollo de la persona en pos de su autonomía en el marco de la vida social.

La psicomotricidad considera al ser humano como una unidad psicosomática; está conformada por dos componentes. Por una parte, el término psique hace referencia a la actividad psíquica, incluyendo lo cognitivo y lo afectivo. Por otra, el término motricidad constituye la función motriz y se traduce fundamentalmente como movimiento.

La psicomotricidad se constituye como un lazo entre la actividad psíquica y la actividad motriz, de tal manera que ambas "partes" se construyen con mutua interdependencia. La psicomotricidad se fundamenta en la psicología, la neurofisiología, la psiquiatría y el psicoanálisis.

Con ella se pretende, ante todo, desarrollar las capacidades de la persona (inteligencia, comunicación, afectividad, sociabilidad, aprendizaje) a partir del movimiento. Tomás y otros (2005:27) afirman al respecto que

a partir de este proceso se educan las capacidades sensitivas, donde se profundiza en el desarrollo de las sensaciones las capacidades perceptivas, que ayudan al desarrollo de las percepciones y las capacidades representativas, que inician en el desarrollo de las funciones abstractas y simbólicas.

Queda claro, entonces, que la motricidad no solo es expresión de la corporeidad sino que, simultáneamente, su desarrollo por medio del trabajo corporal integrador mejora la corporeidad, y así también, en consecuencia, la imagen corporal o representación que un sujeto tiene de su cuerpo.

La denominación Educación Somática ofrece al hombre, por ello, la posibilidad de hacerse más competente en el manejo de sus sensaciones y movimientos. Esta educación es posible si se reconoce que no se es propietario y usuario de un cuerpo mecánico que debe ser tratado solo desde afuera, sino que el cuerpo humano es un cuerpo viviente, unido sustancialmente -en una única sustancia- a una subjetividad.

Desde la Educación Somática el hombre obtiene auto-conciencia, mejora sus movimientos y redescubre las bases sensorio- motrices de todas sus acciones. Con el aprendizaje somático se puede incluso cambiar algunos hábitos e influir sobre los hábitos de nuestro medio cuando es necesario y posible. Para desarrollar la conciencia somática se requiere que el individuo se perciba como una persona completa, viva y en movimiento, no como una colección de partes y piezas separadas.

El no considerar la subjetividad de las experiencias vividas por el cuerpo tiene consecuencias importantes en la salud, aprendizajes en la escuela, productividad en el trabajo, en la armonía de las relaciones interpersonales, etc., por ser el cuerpo el escenario de todas nuestras actividades.

A través de la educación somática el hombre puede volverse consciente de sus movimientos corporales en el medio ambiente tan solo con seguir paso a paso un currículum somático.

La prevención y alivio de muchos padecimientos puede así mejorar la calidad de vida y de salud, y expandir el rango de sensaciones y

emociones, acciones e ideas a experimentar o desarrollar. Por eso la educación somática propone ampliar el repertorio de las propias posibilidades de acción a través de la exploración de combinaciones de movimientos no habituales e inesperados.

El objetivo es dar a la persona un repertorio de movimientos que son más y más variados. Es interesante ver, entonces, cómo esta educación somática puede alimentar y enriquecer la autoestima personal e influenciar en la autoimagen corporal, ciertamente enriqueciéndola.

3.1.5 Envejecimiento y vejez.

En la sociedad actual, la exaltación de la instrumentalidad del cuerpo, o en expresión análoga, la primacía del cuerpo por sobre la corporeidad, hace que la vejez sea concebida como sinónimo de deterioro progresivo y enfermedad. En este sentido, se reduce a una etapa de la vida signada por la decadencia física y mental. Ciertamente, tal postura es válida dentro de una idea puramente biológica de la vida humana, con un comienzo, una plenitud y una decadencia. Sobre los adultos mayores se proyecta, así, una imagen de incapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez.

Este modelo cultural repercute en los adultos mayores de dos maneras. Por un lado, experimentan el menoscabo por las descalificaciones, desvalorización y discriminación de que son objeto y, por otro, hacen suyas estas ideas y terminan por percibirse a sí mismos de esa forma, aceptando su deterioro como algo natural y fatal. Así, tienden a asumir una actitud de resignación y apatía frente a lo que les sucede, restringiendo cualquier iniciativa de superación.

Por el contrario, la vejez es una etapa más del ciclo de vida de las personas. Y aunque el envejecimiento sea un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que ocurre a través del tiempo en todo ser vivo., al igual que las etapas anteriores está llena de sueños e

inquietudes, de tareas y desafíos. Tal proceso de envejecimiento puede adoptar distintos enfoques:

- Cronológico: Consiste en contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento. En ciertas personas la transición ocurre gradualmente y en otras es casi repentina. Tanto como el número de aniversarios, influyen las enfermedades y los factores socio-económicos.

- Biológico: Se corresponde con las etapas del proceso de envejecimiento biológico. El mismo es diferencial, es decir, de órganos y de funciones; es también multiforme pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular y sistémico, y es a la vez estructural y funcional.

- Psíquico: Estas modificaciones no sobreviven espontáneamente sino son el resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación. Ciertamente hay diferencia entre jóvenes y viejos en dos esferas: la cognoscitiva, que afecta la manera de pensar y las capacidades, y la psicoafectiva, sobre la personalidad y el afecto.

- Social: Comprende los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. Es cierto que ciertas funciones sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica. El ciclo dependencia / independencia que afecta a muchos individuos de edad avanzada es un ejemplo.

- Fenomenológico: Es la percepción subjetiva de la propia edad; se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial.

-Funcional: El estado funcional en las diferentes edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales, y

constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.

Por otra parte, para comprender la realidad del envejecimiento en la actualidad, es importante prestar atención al aumento de la esperanza de vida de la población mundial. En tal sentido es imperativo tomar acciones que tiendan a mejorar la salud de los adultos mayores, toda vez que se pretenda que alcancen una calidad de vida aceptable en el periodo de vida prolongado que posiblemente vivan. Tales medidas serían una respuesta a las metas de la OMS, cuyo objetivo "Salud para todos" aspira a cubrir las necesidades de atención de los adultos mayores del todo el mundo.

La prevención, haciendo que aumente la esperanza de vida libre de discapacidades a medida que la persona envejece, reduciría el costo que suponen las mismas -para los propios discapacitados, familias y sociedad en general-, permitiría a las personas mayores seguir desempeñando papeles importantes en la sociedad, se aumentaría el nivel personal de satisfacción y, principalmente, le daría al hombre el cuidado que merece en cuanto tal, es decir, en virtud de su dignidad humana. Porque lo más importante no es el aumento del número de viejos, sino de qué modo es vivida la vejez por cada adulto mayor.

3.1 HIPOTESIS

La imagen corporal positiva en los adultos mayores incide positivamente en su funcionalidad.

4. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS A UTILIZADAS

4.1 Tipo de Estudio

El presente estudio fue realizado desde un enfoque mixto (cuali – cuantitativo), con un diseño de investigación experimental. Se aplicaron dos instrumentos: el cuestionario de salud SF 36 y una encuesta sobre funcionalidad diseñada de modo personal.

4.2 Fuentes de datos. Herramientas de Recolección de Datos.

a) Cuestionario de Salud SF 36

Al terminar el dictado del taller se entregó a los participantes el cuestionario SF 36 (Versión Española 1.4, ver Anexo, pág.57 Medical Outcomes Trust, que mide el estado de salud actual, según la percepción del encuestado. El SF–36 Health Survey es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston, Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional. La diferencia de dicha encuesta con otras técnicas de diagnóstico, es que sus preguntas pretenden objetivar la percepción de bienestar de los encuestados, es decir, se recurre a la subjetividad de los sujetos de análisis.

Este cuestionario considera 8 dimensiones de salud:

Dimensión	Significado
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
	Valoración de la salud mental general,

Salud mental	considerando la depresión, ansiedad, autocontrol.
---------------------	---

Planificación de actividades durante el Taller

Al comenzar el dictado del Taller, las participantes eligieron un "nombre de fantasía" análogo al de algún famoso para ser recordado por sus pares. Esta actividad suscita la distensión y algarabía, al tiempo que permite incrementar la confianza entre los distintos integrantes del grupo.

Por otra parte, cabe destacar que el coordinador sólo algunas veces mostraba el movimiento que debían imitar las participantes. No se seguía una planificación estricta de actividades como sucede en disciplinas tales como la gimnasia convencional.

Cada encuentro se estructuraba en tres momentos. En el primero, el objetivo general era la entrada en calor de las participantes. El segundo consistía en el desarrollo de trabajos de coordinación, destreza, fuerza y equilibrio. El encargado del Taller invitaba siempre a cada uno de los asistentes a que los movimientos se realizaran de manera consciente, intentando con ello evitar el automatismo en las repeticiones y buscando que cada una de ellas pudiese reconocer las dificultades o expresar las emociones y/o sensaciones surgidas durante la ejecución de las mismas. Esta manera de proceder confería a los participantes la posibilidad de conocerse a sí mismos, examinando cada uno sus capacidades como así también sus limitaciones. El tercer momento era de cierre o conclusión de las actividades, a través de una relajación o vuelta a la calma; en las clases que fueron de mucha introspección se terminaba con un baile o movimientos libres apoyados por música.

Durante algunas clases se utilizaron elementos como pelotas, elásticos, bastones o esferobalones de 90cm de diámetro. En muchas ocasiones se favoreció el clima de trabajo mediante música

b) Encuesta sobre funcionalidad

A fin de corroborar el aumento de la funcionalidad como consecuencia de la estimulación de la imagen corporal, se encuestaron a los 5 participantes que presentaron mejor estado salud (sin presentar patologías crónicas degenerativas) al término del Taller, y a los 5 que tenían el peor estado de salud biológica (presentaban patologías crónicas degenerativas) al iniciar el experimento, es decir, aquellos que padecían patologías crónicas degenerativas. La encuesta fue realizada retrospectivamente a la realización del taller.

Modelo de Encuesta

1. En la actualidad, ¿su capacidad funcional es mejor que la que tenía hace un año? (Subir escaleras, caminar, transportar cargas, realizar esfuerzos moderados)

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
------	----------	------	----------	-------

2. ¿Qué conocimientos aprendidos en el taller utiliza en su vida diaria en funciones limitadas o disminuidas?

3. ¿Sintió que al realizar el Trabajo Corporal creció positivamente su autoimagen corporal?

Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
------	----------	------	----------	-------

4. ¿Cree que el taller le ayudo a mejorar su vitalidad, energía o ganas?

4.3 Muestra y unidad de análisis:

A fin de corroborar nuestra hipótesis de trabajo, se conformó una muestra con 32 mujeres mayores de 65 años que se inscribieron para participar de un taller de Atención Primaria de la Salud Kinésico (APSK) propuesto en la Universidad Maimónides de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde Marzo a Diciembre de 2010.

Participantes que presentaron mejor estado de salud al término del Taller	
Participante	Nivel de Salud (escala: 0-100)
LT	95
N P	95
E W	95
N R	90
L y e	85

Participantes que tenían el peor estado de salud biológica al iniciar el Taller	
Participante	Patología
M M	Secuela de Polio, patología vestibular, inestabilidad
M	Hipertensión, diabética, maculopatía avanzada, obesidad
N P	Cardiopatía moderada
R W	Fibromialgia, artrosis avanzada
J	Parkinson

4.4 Justificación de las metodologías empleada

El cuestionario de Salud SF-36 considera entre sus preguntas la función física o funcionalidad, que es una de las variables de estudio de esta investigación. Además, el índice de salud general se conforma a partir de otras dimensiones que se encuentran estrechamente relacionadas con la variable imagen corporal: vitalidad, salud mental, rol emocional. Dicho esto, se entiende que el SF-36 permite obtener el índice de salud general de los encuestados ponderando, precisamente, las principales variables que integran nuestro estudio.

Ahora bien, el SF-36 informa sobre el estado de salud general actual del encuestado, pero no permite conocer si el mismo, aún cuando se hubiera mejorado, o al menos, conservado, respecto al último año, se encuentra asociado a un crecimiento de la propia imagen corporal, por lo

cual se decidió recurrir a 10 participantes para una encuesta mixta, es decir, elaborada con preguntas abiertas y cerradas. El fin de utilizar esa técnica radicaba en poder obtener información que apoye o refute nuestra hipótesis de trabajo.

Como criterio de elección se consideró conveniente encuestar, en primer lugar, a los 5 participantes que presentaron mejor estado de salud general al terminar el taller, con el propósito de identificar si el mismo estaba asociado a una mayor imagen corporal; en segundo lugar, a los 5 que tenían el peor estado de salud biológica al iniciar el experimento (de acuerdo a la ficha de inscripción en el taller) es decir, aquellos que padecían patologías crónicas degenerativas, para corroborar si a pesar de la presencia de dichas patologías existía un incremento de imagen corporal positiva, y en consecuencia, un aumento de la funcionalidad.

5. Desarrollo

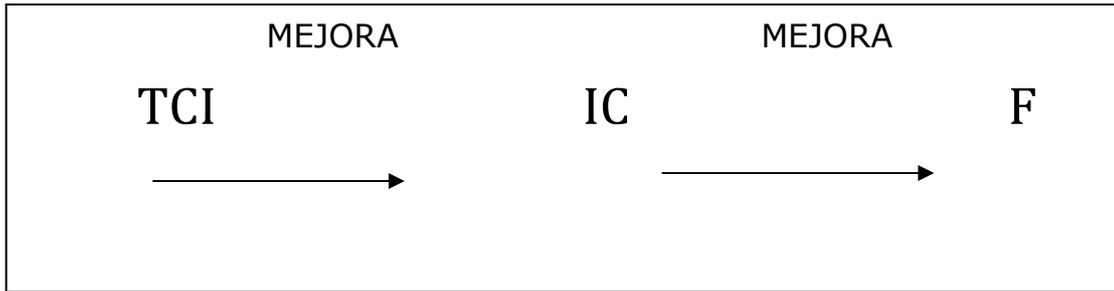
5.1 Definición de variables

En esta investigación, las variables de análisis, tal como se indica en nuestra hipótesis, son tres:

- 1) Funcionalidad(F)
- 2) Imagen corporal(IC)
- 3) Trabajo corporal integrador(TCI)

A partir de las mismas, surgen dos relaciones: la primera queda constituida entre la variable trabajo corporal integrador(TCI) e imagen corporal (IC), donde TC es variable independiente e IC es variable dependiente; la segunda relación queda constituida por la variable IC, que actúa como variable independiente, y la variable F, que actúa como variable dependiente.

Para graficar esta doble relación se ofrece el siguiente esquema:



5.2 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

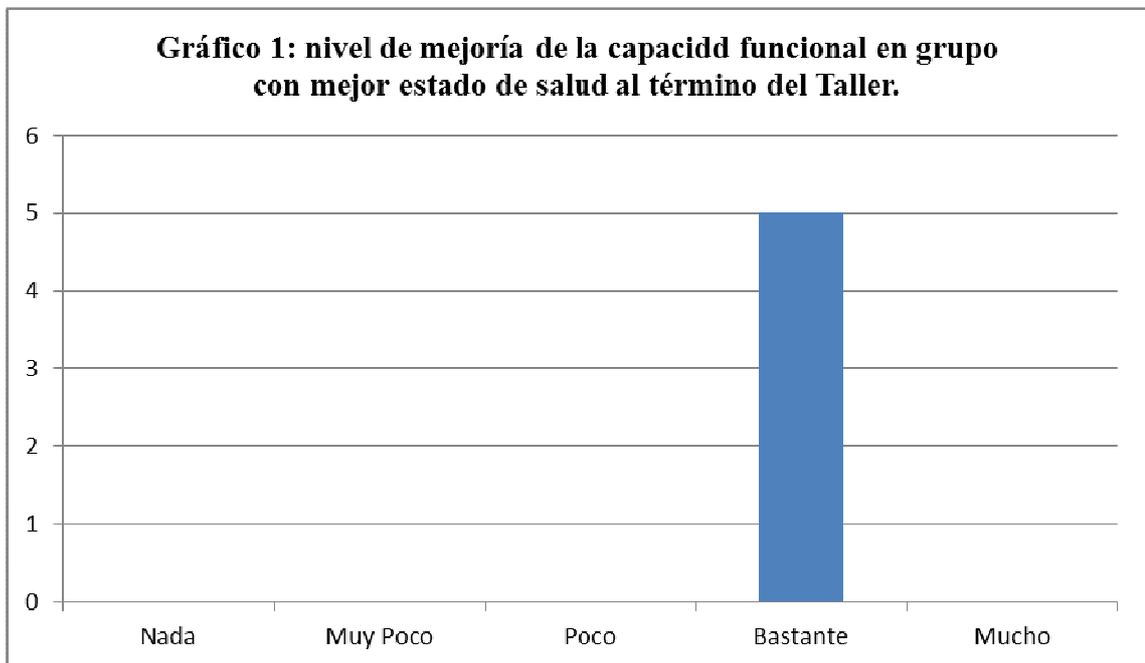
Pregunta nº 1 de la Encuesta:

En la actualidad, ¿su capacidad funcional es mejor que la que tenía hace un año? (Subir escaleras, caminar, transportar cargas, realizar esfuerzos moderados)

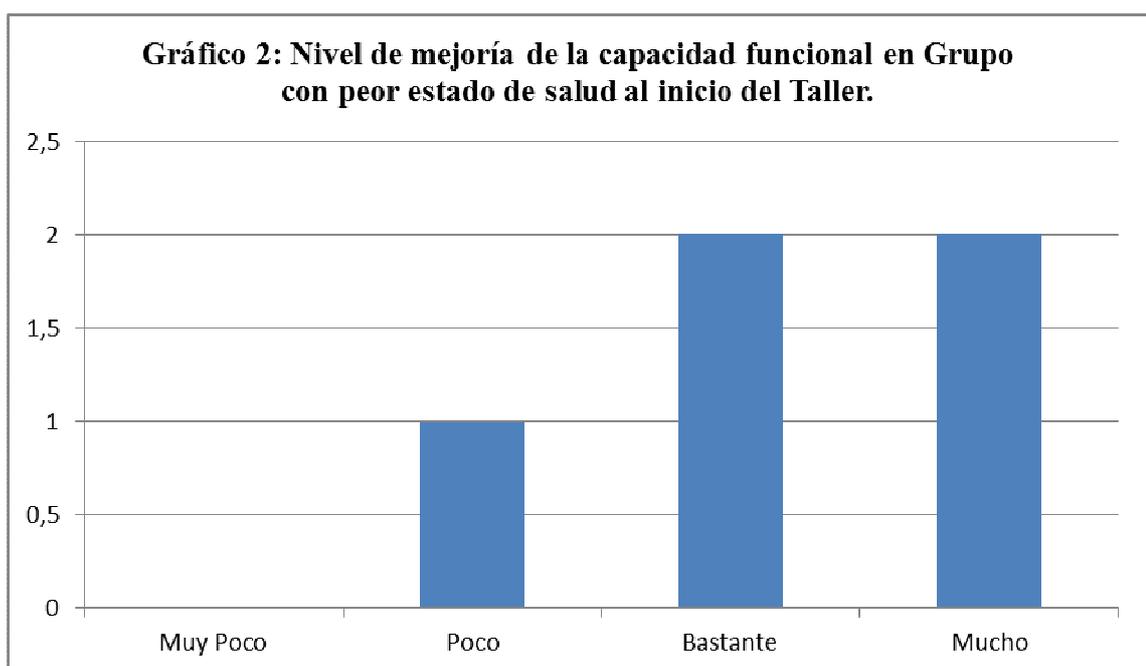
Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
------	----------	------	----------	-------

Grupo	Nivel de Mejoría de la capacidad funcional respecto al último año				
	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
Mejor estado de salud (SF 36)					
L y e				X	

E W				X	
N P				X	
N R				X	
L T				X	



Grupo	Nivel de Mejoría de la capacidad funcional respecto al último año				
	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
MM			X		
M				X	
N P				X	
RW					X
J					X



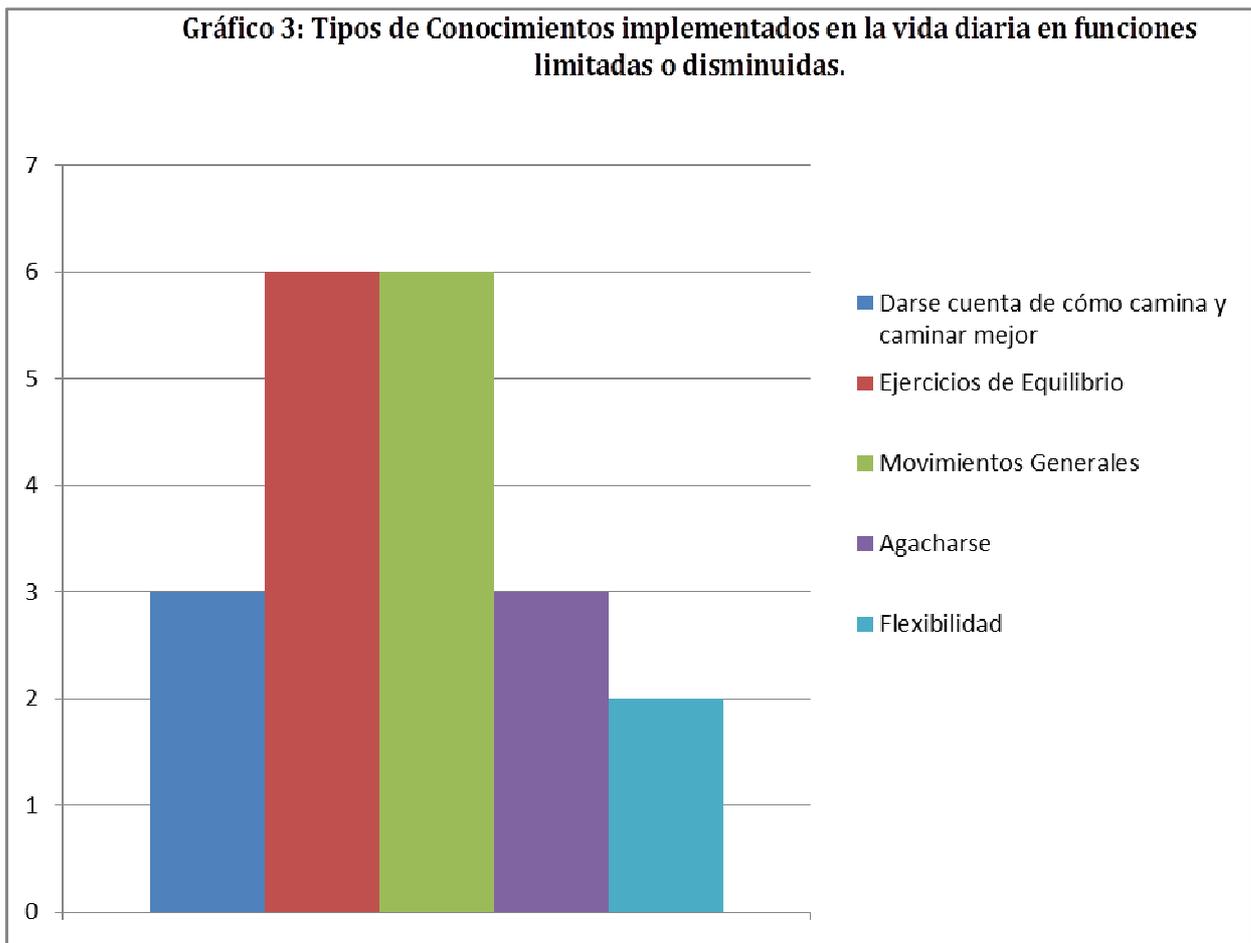
Análisis

Las 10 mujeres encuestadas manifiestan haber experimentado una mejoría en la capacidad funcional teniendo como punto de comparación el último año. Esto significa que aún cuando el tiempo haya transcurrido ellas se sienten con mayor capacidad al momento de realizar las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, tomar o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos. Es significativo el caso de R W y el de J, que padeciendo artrosis avanzada y Parkinson respectivamente, patologías que dificultan particularmente los movimientos que se consideran dentro de la categoría "capacidad funcional", no obstante consideraron, al momento de realizarles la encuesta, que su capacidad funcional había mejorado respecto a la que tenían un año atrás.

Pregunta nº 2 de la Encuesta:

¿Qué conocimientos aprendidos en el taller utiliza en su vida diaria en funciones limitadas o disminuidas?

<p style="text-align: center;">Tipo de Conocimiento implementado en la vida diaria en funciones limitadas o disminuidas</p>	<p style="text-align: center;">Cantidad de respuestas</p>
Darse cuenta de cómo camina y caminar mejor	3
Ejercicios de equilibrio	6
Movimientos generales (agilidad)	6
Agacharse	3
Flexibilidad	2



Análisis

De las 10 mujeres encuestadas, 6 manifiestan haber implementado en sus vidas diarias los ejercicios de equilibrio y movilidad aprendidos durante el Taller. Estas son, en efecto, las herramientas más usadas por las participantes, lo cual permite pensar sobre la importancia del Taller en la tarea de prevención de algunas patologías relacionadas con la movilidad en general y el equilibrio.

Sin embargo, conviene tener en cuenta para fines pedagógicos futuros, insistir más en la necesidad de darse cuenta de cómo se está caminando y proponerse caminar mejor en el caso de que así las circunstancias lo requieran.

Anotamos a continuación lo que dijo una de las participantes, de 83 años: "(El taller) me ayuda a seguir siendo autónoma, que no es poca

cosa". Es elocuente que los participantes reconozcan los avances y beneficios que van obteniendo conforme se suceden las clases, porque ello los motiva e incentiva a continuar asistiendo a las mismas y así, seguir mejorando en su capacidad funcional.

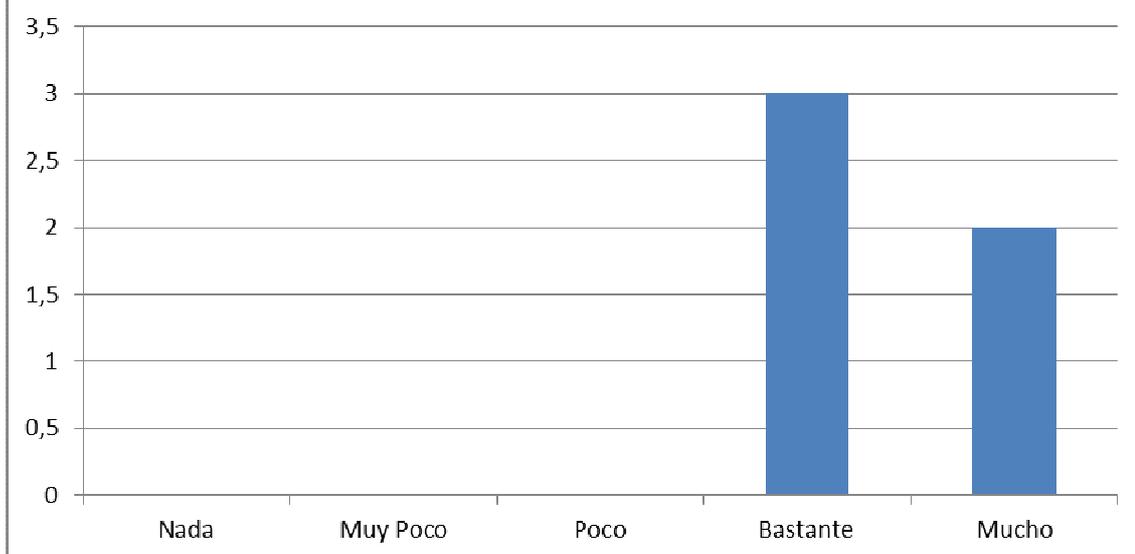
Pregunta nº 3 de la Encuesta:

¿Sintió que al realizar el Trabajo Corporal creció positivamente su autoimagen corporal?

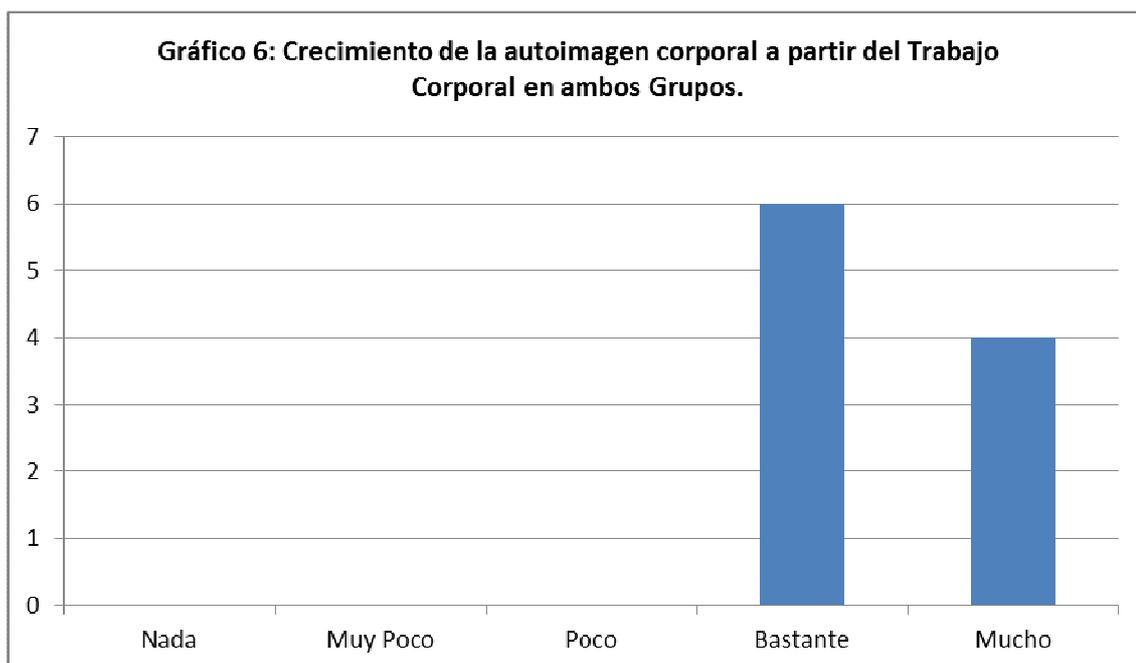
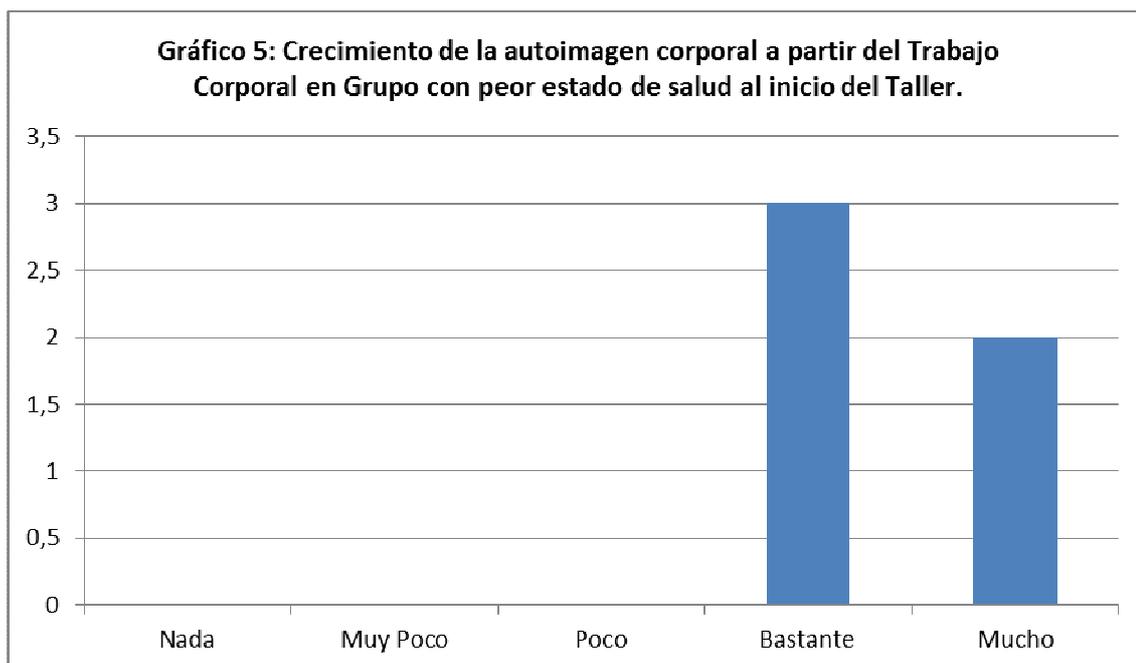
Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
------	----------	------	----------	-------

Grupo	Crecimiento de la autoimagen corporal a partir del Trabajo Corporal				
	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
Mejor estado de salud (SF 36)					
L y e					X
E W				X	
NP				X	
N R				X	
L T					X

Gráfico 4: Crecimiento de la autoimagen corporal a partir del Trabajo Corporal en Grupo con mejor estado de salud al término del Taller.



Grupo	Crecimiento de la autoimagen corporal a partir del Trabajo Corporal				
	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
Peor estado de salud biológica					
MM					X
M				X	
N P				X	
RW					X
J				X	



Análisis

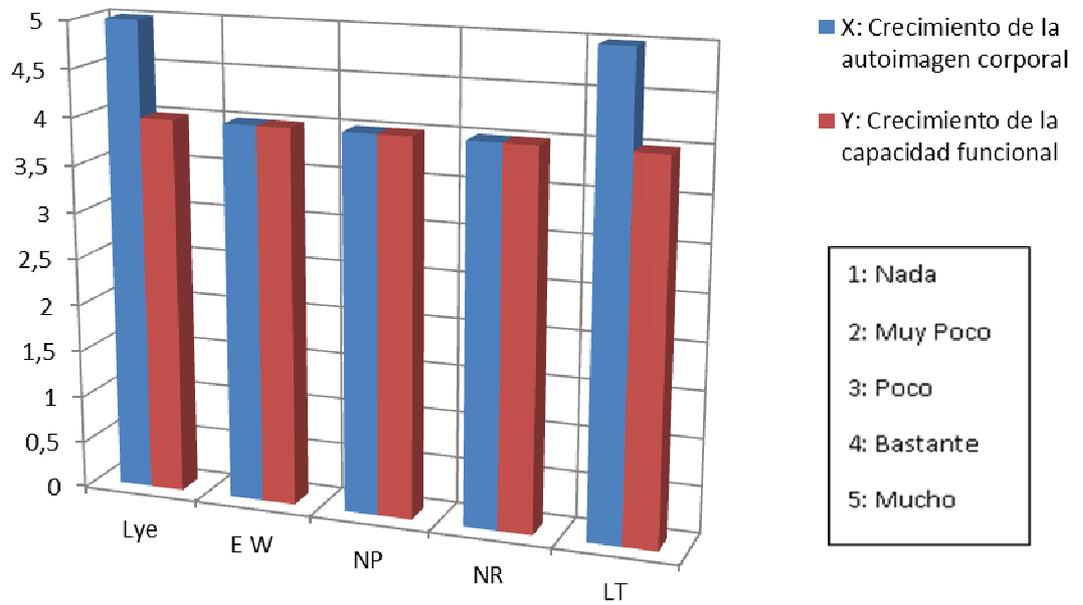
El gráfico nº 6 permite reconocer la efectividad del Trabajo corporal durante el Taller para incrementar la autoimagen. En efecto, 6 mujeres respondieron que su autoimagen creció "bastante" y 4 dijeron que había crecido "mucho".

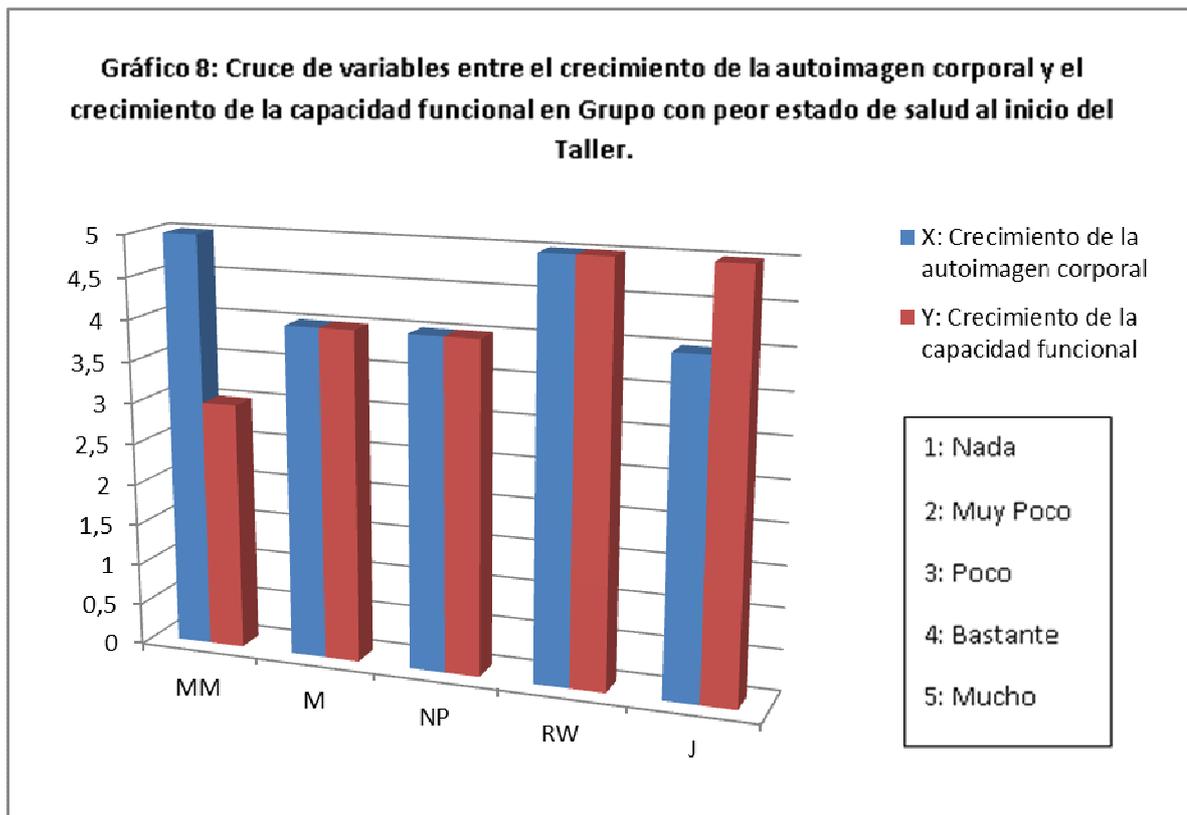
Cruce de Variables: Crecimiento de la autoimagen corporal y mejoría de la capacidad funcional después del Taller

Grupo	Crecimiento de la autoimagen corporal después del Taller (X)				
	Crecimiento de la capacidad funcional después del Taller (Y)				
Mejor estado de salud (SF 36)	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
L y e				Y	X
E W				X Y	
N P				X Y	
N R				X Y	
L T				Y	X

Grupo	Crecimiento de la autoimagen corporal después del Taller (X)				
	Crecimiento de la capacidad funcional después del Taller (Y)				
Peor estado de salud biológica	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
M M			Y		X
M				X Y	
N P				X Y	
R W					X Y
J				X	Y

Gráfico 7: Cruce de variables entre el crecimiento de la autoimagen corporal y el crecimiento de la capacidad funcional en Grupo con mejor estado de salud al término del Taller.





El gráfico 7 y 8 muestran la relación que existe entre las variables de nuestra hipótesis, para el Grupo de mujeres con mejor estado de salud y el Grupo de mujeres con peor estado de salud al inicio del Taller, respectivamente. En el diagrama 7, a un crecimiento máximo de la autoimagen corporal (nivel 5: **mucho**) o al inmediatamente siguiente (nivel 4: **bastante**) según nuestra encuesta, le corresponde un elevado nivel de crecimiento de la capacidad funcional, que en todos los casos dio como resultado el nivel 4: bastante. De esta manera, *podemos afirmar, para el caso del grupo de las 5 mujeres encuestadas con mejor estado de salud según lo indicado por el SF 36 al término del Taller, que la estimulación de la imagen corporal (x) mejoró la capacidad funcional (Y).*

En el diagrama 8 se observa una relación aún más evidente, ya que excepto un caso (M M), en todas las demás mujeres encuestadas, al nivel de crecimiento de la autoimagen le corresponde, al menos, el mismo nivel de crecimiento de la capacidad funcional. Y conviene anotar que dichos

niveles de crecimiento oscilan entre el nivel 4 (**bastante**) y 5 (**mucho**) según nuestra encuesta.

Solo la participante denominada M M afirma haber experimentado un crecimiento de la capacidad funcional inferior al crecimiento de su autoimagen corporal. No obstante, si bien los niveles de ambas variables se apartan más que en el resto de las mujeres que conforman este grupo (diferencia igual a 2: nivel 5 - nivel 3) cabe destacar que también en esta participante existió un aumento de la capacidad funcional, que por "**poco**" que fuere, siempre es la meta que debe buscarse en personas mayores a través del Trabajo Corporal.

De esta manera, podemos afirmar también para el caso del grupo de las 5 mujeres encuestadas con peor estado de salud al inicio del Taller, que la estimulación de la imagen corporal (x) mejoró la capacidad funcional (Y).

Pregunta nº 4 de la Encuesta:

¿Cree que el taller le ayudó a mejorar su vitalidad, energía o ganas?

Se transcriben algunas frases que dijeron las encuestadas:

- 1) "Me ayuda mucho"..... "me da alegría, me siento mas ágil, tengo mas vida social"
- 2) "Me hace bien, me da ganas, me estimula".
- 3) "Gracias a la vitalidad y energía estoy como estoy, me permite hacer muchas cosas porque esa es mi medicación".
- 4) "Me da más ganas de vivir, que involucra muchas cosas".

5) "(...) no soy la de antes, pero igual me da ganas y todo sirve.

Análisis

Las 10 participantes encuestadas afirmaron que participar en el taller les ayudó a mejorar la energía y vitalidad. Esto es importante porque sabemos que la vitalidad es fundamental para acometer las diversas situaciones que se presentan en la vida cotidiana, permitiendo a cada persona vencer las dificultades e incluso, postergar cuanto sea necesario el sentimiento de disfrute o placer, acción comúnmente conocida como "fuerza de voluntad".

La vitalidad es una de las 8 dimensiones evaluadas por el cuestionario de salud SF 36. Es necesario para los adultos mayores experimentar, frente al cansancio, el dolor o el desánimo, el impulso de sentirse cada día renovados o "siempre vitales".

Sabemos, asimismo, por la bibliografía consultada para nuestro marco teórico, que la vitalidad no es solo una cuestión física o biológica, sino que también está estrechamente vinculada a la percepción que se tiene de la propia imagen corporal. Quien se acepta como es, sin importar la edad que posee, y aprende a controlar su cuerpo, puede sentir intacto el sentimiento de vitalidad en su existencia cotidiana.

Debemos recordar, por cierto, que los cambios en la autoimagen corporal no incidirían sobre la funcionalidad si dicha imagen corporal no estuviera asociada a un crecimiento de la vitalidad, hecho que efectivamente se dio en todas las mujeres encuestadas.

6. CONCLUSIONES

A través de la presente investigación hemos podido identificar, de acuerdo a nuestro objetivo general, cómo incide el aumento de la imagen corporal en la funcionalidad de las mujeres encuestadas que participaron de actividades de trabajo corporal durante el año 2010. En efecto, el crecimiento en la autoimagen corporal, en todas las mujeres encuestadas, tuvo como correlato un aumento de la capacidad funcional.

Singular mención requieren los resultados obtenidos en el Grupo de mujeres que tenían peor estado de salud biológica al inicio del Taller, es decir, aquellas que padecían patologías crónicas degenerativas. En todas ellas, a pesar de la presencia de dichas patologías, se produjo un incremento de imagen corporal positiva, y en relación a ésta, un aumento en la capacidad funcional.

La anterior situación evidencia que el bienestar subjetivo es independiente del nivel de involución física en que se encuentre el cuerpo. Además, reafirma la importancia de estimular la autoimagen corporal de los adultos mayores a partir de actividades de trabajo corporal, pues permite prevenir los efectos de las enfermedades en todos aquellos que ya tienen algún cuadro crónico (prevención terciaria).

Asimismo, se comprobó que al tiempo que las participantes encuestadas experimentaban un aumento en la propia imagen corporal, también ocurría lo mismo con el sentimiento de vitalidad, lo cual permite corroborar el crecimiento conjunto de ambas variables, tal como señalaba la bibliografía consultada.

Por último, se advierte la asimilación de varias de las estrategias aprendidas durante el Taller por parte de las participantes, enseñadas con el fin de ser aplicadas en la vida diaria. Esto muestra la utilidad que dichas enseñanzas tuvieron para las mujeres que asistieron a esas clases. Igualmente, la encuesta mostró la necesidad de insistir más en la tarea de auto-reflexión por parte de cada adulto mayor que participó del Taller, pues muy pocos reconocieron que durante las actividades cotidianas "se

daban cuenta de cómo caminaban” con el fin de modificar los modos incorrectos de hacerlo cuando esto sucedía.

BIBLIOGRAFÍA

BARA, A., "La expresión por el cuerpo", Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, 1975

BERNARD, M., "El cuerpo", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1980

BERTHERAT, T. y BERNSTEIN, C., "El cuerpo tiene sus razones", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1980

CASH, T.F. & PRUZINSKY, T., "Body images: Development, deviance and change", The Guilford Press, New York, 1990

CASH, T.F. & PRUZINSKY, T., "Body images: Handbook of Theory, Research Clinical & Practice", The Guilford Press, New York, 2002

Cuestionario de Salud SF 36, versión española 1.4, Junio de 1999. [online]
Fecha de consulta: Marzo de 2010

DOLTO, F., "La imagen inconsciente del cuerpo", Editorial Paidós, Barcelona, 1986

DROPSY, J., "Vivir en su cuerpo", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1987

ERIKSON, E., "El ciclo vital completado", Editorial Paidós, Barcelona, 2000

FELDENKRAIS, M., "La dificultad de ver lo obvio", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1991

FELDENKRAIS, M. "Autoconciencia por el movimiento", Editorial Paidós, España, 1985

GOMEZ MONTES, J. Y CURCIO BORRERO, C., "Valoración integral de la salud del anciano", Artes Gráficas Tizan, Manizales (Colombia), 2002

IACUB, R., "Identidad y envejecimiento", Editorial Paidós, Buenos Aires, 2011

KATZ DE ARMOZA, M., "Técnicas corporales para la tercera edad", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1994

LAPIERRE, A. Y AUCOUTURIER, B., "El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia", Editorial científico/ médica, Barcelona, 1980

LE BOULCH, J., "Hacia la ciencia del movimiento humano", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1985

LE BOULCH, J., "El movimiento en el desarrollo de la persona", Editorial Paidotribo, Barcelona, 2000

LE BRETON, D., "Antropología del cuerpo y modernidad", Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 2008

LE BRETON, D., "La sociología del Cuerpo", Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 2008

LE DU, J., "El cuerpo hablado", Editoriales Paidós, Buenos Aires, 1981

MATOSO, E., "El cuerpo, territorio de la imagen", Editorial Letra Viva, Buenos Aires, 2003

MATOSO, E., "El cuerpo, territorio escénico", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1992

PEREA QUESADA, R., "Promoción y educación para la salud", Ediciones Díaz Santos, España, 2009

POINT GEIS, P., "Tercera edad, actividad física y salud", 6ª Ed., Editorial Paidotribo, Barcelona 2008

SANHUEZA PARA, M. y otros, "ADULTOS MAYORES FUNCIONALES: UN NUEVO CONCEPTO DE SALUD" *Revista Científica Ciencia. Enfermería*. 2005, vol.11, n.2, pp. 17-21. ISSN 0717-9553.

- SALVAREZZA, L., "La vejez", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998
- SCHILDER, P., "Imagen y apariencia del cuerpo humano", Editorial Paidós, Barcelona, 1983
- VILAGUT, G. y otros, "El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos". Artículo de Scielo 2005, vol.19, n.2, pp. 135-150. ISSN 0213-9111
- VISHNIVETZ, B., "Eutonía, Educación del cuerpo hacia el ser", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1994
- WAPNER, S. WERNER H. y Otros, "El percepto del cuerpo", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1969
- WINICOTT, D., "Realidad y juego", Editorial Gedisa, Buenos Aires, 1988
- YAGOSESKY, R., "Autoestima en palabras sencillas", Impresiones San Pablo, Caracas, 1998
- ZAREBSKI, G., "Hacia un buen envejecer", Editores Emecé, Buenos Aires, 1999

ANEXOS

Cuestionario de Salud SF-36. Versión Española 1.4 (Junio de 1999)

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra?**

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse?**

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más?**

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho

- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo?**

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre

- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA **CADA UNA** DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa