



**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL**

---

---

**UNIDAD AJUSCO**

---

---

**PROGRAMA EDUCATIVO DE  
PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

**“INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA:  
UNA PROPUESTA PARA FORTALECER LA  
PSICOMOTRICIDAD EN ADULTOS MAYORES”**

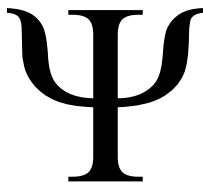
**TESIS**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

**PRESENTAN**

**GABRIELA LÓPEZ DÍAZ  
LUIS ANTONIO ANTÚNEZ FIGUEROA**

**ASESOR**

**DR. ARMANDO RUIZ BADILLO**



**MÉXICO, D. F., ABRIL DE 2008.**

## Índice.

Introducción.....	8
<b>Capítulo 1. Intervención psicoeducativa en adultos mayores.</b>	
1. El quehacer de la psicología educativa en la Intervención con adultos mayores.....	13
2. Estudio Psicológico de la Vejez .....	19
2.1 Definiciones referentes a la tercera etapa de la vida.....	21
2.2. Descripción de cambios característicos del envejecimiento.....	25
2.3. Estilos de vida saludables en el adulto mayor.....	35
<b>Capítulo 2. Fortalecimiento de la psicomotricidad en el adulto mayor.</b>	
3. Fundamentos teóricos sobre el estudio de la psicomotricidad.....	44
3.1. Componentes de la psicomotricidad.....	47
3.2. Coordinación motriz.....	48
3.3. Motricidad.....	49
3.3.1. Motricidad gruesa.....	50
3.3.2. Motricidad fina.....	51
3.4. Percepción .....	53
3.5. Esquema corporal.....	54
3.6. Elaboración de la lateralidad.....	55
3.7. Elaboración del espacio.....	57
3.8. Elaboración del tiempo y ritmo.....	58
4. Psicomotricidad en el Adulto Mayor.....	59
5. Calidad de vida y adultez mayor.....	63
<b>Capítulo 3. Método.</b>	
Planteamiento del problema.....	71
Objetivos: general y específicos, diseño y tipo de intervención.....	72
Participantes, escenario e instrumentos.....	73
Tratamiento de los Datos.....	76
<b>Capítulo 4. Análisis de resultados.</b>	
Análisis cualitativo: descripción de participantes.....	77
Reseña del diario de campo.....	80
Reseña de las actividades de los participantes durante la intervención psicoeducativa.....	82
Análisis Cuantitativo.....	82
Principales hallazgos al concluir la aplicación de la intervención psicoeducativa.....	89
<b>Conclusiones</b> .....	91
<b>Referencias</b> .....	96
<b>Anexos</b> .....	2 100

## **RESUMEN.**

En México existen 8.3 millones adultos mayores en 2007, para el año 2015, se estima sean 15 millones y para el 2050 sumarán 42 millones (INEGI, 2005). Esta población experimenta cambios de tipo físico, psicológico y social, que pueden repercutir en su capacidad para resolver problemas de la vida cotidiana, comunicarse y cuidar de forma independiente de sí mismo, es decir, en su calidad de vida. Este envejecimiento demográfico obliga a desarrollar políticas asistenciales en el contexto psicoeducativo que garanticen un estado de bienestar físico, social y mental. Así la participación del psicólogo educativo cobra importancia en el trabajo con adultos mayores aplicando su conocimiento en el área cognitiva, afectiva, social y educativa propia de cada etapa del desarrollo humano. El presente trabajo tuvo como objetivo diseñar, aplicar y evaluar un taller de psicomotricidad para mejorar la calidad de vida en adultos mayores en base a seis ejes: percepción sensoriomotriz, motricidad, esquema corporal, lateralidad, espacio, tiempo-ritmo, con duración de 12 sesiones de dos horas cada una. Se evaluó a los 20 participantes su percepción de la calidad de vida y la motricidad que presentan, antes y después del taller. Se encontraron incrementos significativos en la psicomotricidad y en la percepción de su calidad de vida, al término del taller. Por lo que la mejora física de los participantes, permite un mejor desempeño en sus actividades cotidianas y con ello perciben una mejor calidad de vida. En base a estos resultados se puede aseverar que el abordar problemas en este tipo de población, también puede ser un ámbito de acción del psicólogo educativo.

## **Introducción.**

Un hecho que no se puede seguir eludiendo es el problema que tiene que ver con los adultos mayores; como un sector de la población que en el plano social esta creciendo aceleradamente debido a los vertiginosos cambios que nuestro país ha experimentado demográficamente. Actualmente, México cuenta con una población de 7.3 millones de gente mayor que para el año 2015 se estima 15 millones de adultos mayores y para el 2050 sumarán 42 millones (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2005). Esta situación obliga a enriquecer las políticas asistenciales, transformar y reorganizar la sociedad a partir de cambios en la familia, mercado laboral, atención a la salud, entre otros.

Es así, que cobra importancia atender a este sector poblacional, que en su mayoría sufre deterioro de capacidades biológicas, sensorio-perceptivas, motoras, intelectuales, cambios en la personalidad, aunado a la falta de actividad física, aislamiento voluntario o discriminatorio por parte de grandes sectores empezando por el núcleo familiar, donde generalmente se hace sentir a las personas en la tercera etapa de la vida como objetos que han concluido su productividad y autosuficiencia, negando cualquier oportunidad de iniciar acciones que permitan su estancia en las actividades familiares o sociales, pudiendo generar un malestar emocional y psicológico en la mayoría de los adultos mayores.

No obstante, esta población experimenta cambios tanto familiares como individuales, encontrando deterioro de tipo metabólico, físico, mental, ideológico, sexual y emocional, repercutiendo en su calidad de vida. Se va perdiendo capacidad para llevar a cabo tareas adaptativas complejas, de resolver problemas de la vida cotidiana, de comunicarse y de tener cuidado de sí mismo.

Asimismo se observa pocos espacios educativos donde se involucre de manera decidida la reivindicación social y funcional de los adultos mayores, esto conlleva

a acelerar la pérdida de capacidades y habilidades cognitivas que se relacionan estrechamente con las actividades de adaptación, asimilación y acomodación principalmente, por otro lado se tiene la resolución de problemas que se presentan en el marco de la vida cotidiana; también la psicomotricidad fina y gruesa así como la ubicación espacial, la percepción, esquema corporal y lateralidad están sensiblemente disminuidas afectando de manera directa la forma de relacionarse con el entorno pudiendo generar exclusiones y discriminaciones (Martinelle, 1992).

Por lo anterior se requiere una visión del adulto mayor como ente cognoscente capaz de seguir obteniendo aprendizajes nuevos por medio de técnicas reeducativas eficaces, donde se privilegie un espacio permanente de reinserción a la actividad física funcional que toda vida estable demanda. Cuya finalidad sea propiciar asistencia al adulto mayor para mantener su integridad y autosuficiencia, creando la aceptación del proceso de envejecimiento, evitando el deterioro acelerado a través de acciones que garanticen su seguridad así como su subsistencia, favoreciendo el proceso de envejecimiento, brindando a esta población oportunidades de autocuidado a fin de promover su incorporación a una vida plena y de calidad.

En este sentido la psicología educativa tiene en los adultos mayores un área de oportunidad para poder abordar nuevas investigaciones que por su complejidad supone un reto así como un desafío. Ello conlleva a estudiar, consultar, reflexionar y generar un cuerpo de conocimientos científicos sobre capacidades sensoriales, psicomotoras, mnémicas, funcionamiento cognitivo para la optimización de habilidades y la influencia de los contextos que afectan a los adultos mayores.

Los estudios sobre los procesos filogenéticos, se han encauzado por comprender la evolución que los seres humanos experimentan a lo largo de la vida, así se plantean constructos teóricos que evidencian las pautas del desarrollo, existen investigaciones que detallan la primera y segunda infancia, en términos evolutivos

del niño, de allí se comprende la llegada a la adolescencia que siguiendo el estereotipo se cataloga como una etapa de tormenta y drama (Hall; 1968), en este sentido el debate continúa si a partir de aquí los individuos se conciben como adultos siendo evidente que la comprensión hólística del individuo como un ser biopsicosocial aún no se concluye , sin embargo es de sumo interés explicar, evidenciar e investigar un fenómeno que de acuerdo con los teóricos de la psicología evolutiva cuenta con un pobre marco de estudio: la etapa de la senectud o adultez mayor.

Asimismo se observa la carencia que al respecto de esta etapa tienen las principales teorías del desarrollo, que explican el crecimiento de los seres humanos en términos de estadios, por citar sólo algunos tenemos a Piaget, Wallon, Freud, Gessell entre otros. Es pues evidente, que los seres humanos son una composición compleja, estructurada en varios aspectos, el biológico, psicológico, social, donde los distintos componentes impactan en los restantes, influyendo de manera decisiva en la forma de vida de los sujetos.

Lo que resulta evidente es que la vejez es un periodo del ciclo de la vida (Fernández y Ballesteros, 2001) como lo es la infancia y la adolescencia, similar a las anteriores, sufren cambios que impactan en los ámbitos psicológico, biológico y social, por lo que en esta temática existe un área a desarrollar pues es preciso realizar exploraciones que permitan atender en su justa dimensión esta etapa de la vida, pues en la práctica en el marco psicológico educativo se encuentra descuidado, con mucho por hacer, pues hasta este momento las ciencias de la salud son las que más se han involucrado en el tratamiento de esta parte de la población, como lo es la gerontología quien se ha enfocado con mayor especificidad a la atención de los adultos mayores.

Por lo aquí señalado, la principal motivación de la presente investigación es hacer evidente que es preciso desarrollar estudios que den maximación a este proceso evolutivo y que la psicología como ciencia humana debe contribuir y trabajar en

que la adultez mayor sea vivida de manera satisfactoria y digna.

Para lograr lo anterior esta investigación realizó un taller para fortalecer el desarrollo psicomotor en los adultos mayores por medio de actividades que constituyen el medio más seguro para mantener su autonomía social, asegurando el mantenimiento de las capacidades motrices e intelectuales que coadyuven a una mejor adaptación psico-afectiva de su entorno familiar y social, satisfaciendo su bienestar y conservando aquello que es esencial en la vida; la libertad de actuar.

Así, el presente trabajo parte del siguiente planteamiento:

¿La aplicación del taller de psicomotricidad en adultos mayores fortalece sus habilidades psicomotoras y repercute de forma positiva en la calidad de vida de los adultos mayores?

Para responder dicha interrogante, se elaboró un marco teórico en dos capítulos, en el primero se aborda la importancia de la psicología educativa en el estudio y tratamiento de la población adulta mayor, señalando temas tales como la construcción de estilos de vida saludables, entendidos desde su contribución al desarrollo humano, mientras que en el capítulo dos se aborda el tema de la psicomotricidad y la funcionalidad e importancia que tiene esta para poder vivir con autosuficiencia por parte de los adultos mayores.

En el capítulo 3 se plantea el método con el que se llevó a cabo el estudio, aquí se detalla el escenario, los participantes, tipo de estudio e instrumentos, reseñando los ejes y componentes de la propuesta psicoeducativa (taller), finalmente el capítulo 4 presenta el análisis de resultados, se hace referencia a la positividad de la aplicación de la intervención, evidenciando los resultados y análisis que se realizaron de los datos arrojados por los instrumentos aplicados.





## **Capítulo I. Intervención psicoeducativa en adultos mayores.**

### **I. El quehacer de la psicología educativa en la Intervención con adultos mayores.**

La educación es un derecho para todas las personas durante su proceso de desarrollo, tanto para hombres como para mujeres, de todas las edades, en diferentes contextos sociales, económicos, así como culturales. Ésta, es capaz de garantizar un mundo más seguro y prospero con posibilidades de crecimiento reales, también contribuye al progreso, transformación social, así como a la cooperación y tolerancia en un marco de inclusión donde el respeto a la diversidad de ideas, opiniones, visiones e incluso estilos de vida son aceptadas como un derecho legítimo que da la pacífica convivencia social.

Para este fin es necesario aumentar los servicios y tomar medidas coherentes para reducir las desigualdades educativas, suprimir las discriminaciones en el acceso a la igualdad y a las oportunidades de aprendizaje. Es falso que el proceso educativo sólo se enmarque a un contexto específico de sistema escolarizado, así como la concepción que educación es aprender, acudir y acreditar los niveles educativos (educación inicial, básica, media superior y superior), puesto que durante toda la vida en situación dialéctica con el contexto, el individuo se encuentra en constante construcción social del conocimiento.

Es así, que es preciso propiciar enfoques activos y participativos para asegurar o en su caso afianzar la adquisición con el fortalecimiento del conocimiento, es entonces, necesario garantizar con equidad y cobertura distintos servicios educativos que la sociedad en todas sus poblaciones se encuentra demandando. En este contexto, cobra relevancia los conocimientos, así como la formación teórico – práctica del profesional de la psicología educativa, como el encargado de reflexionar, analizar e intervenir en diferentes momentos del desarrollo humano.

Para Arévalo y Maldonado (2003) el objetivo del psicólogo educativo es el tratamiento (intervención) sobre el comportamiento humano, en situaciones educativas, mediante el desarrollo de las capacidades de las personas, grupos e instituciones. Se entiende el término educativo en el sentido más amplio de formación, desarrollo personal y colectivo.

De acuerdo al objetivo y perfil de egreso de la Licenciatura en Psicología Educativa de la Universidad Pedagógica Nacional, el psicólogo educativo es un profesional capaz de construir estrategias para atender problemas de carácter psicoeducativo relacionados con el desarrollo humano, los planes, programas de estudio y la escuela, a partir del análisis crítico de las diversas aportaciones en este campo.

En este sentido, el psicólogo educativo cuenta con conocimientos teórico – metodológicos relacionados con los cambios y procesos psicoevolutivos del hombre, la teoría educativa e instituciones educativas, de igual forma puede contribuir en la planificación, desarrollo y evaluación de planes, programas de estudio y actividades educativas (UPN, 1999).

Los profesionales de la Psicología Educativa desarrollan su actividad principalmente en el marco de los sistemas sociales dedicados a la educación en todos sus niveles; tanto en los sistemas formales y no formales, normados y no normados, durante el ciclo vital de la persona. Asimismo, interviene en todos los procesos psicológicos que afectan el aprendizaje o que de este se derivan, independientemente de su origen personal, grupal, social, de salud; esto es, que la intervención se realiza en los ámbitos personal, familiar, organizacional, institucional, socio – comunitario y educativo en general (Arévalo y Maldonado, 2003).

Lo señalado con anterioridad lleva a la necesidad de plantearse la definición de la psicoeducación en términos de intervención, es decir, la aplicación concreta y directa por parte del profesional de medidas, medios y herramientas, así como estrategias específicas que permitan mejorar el estado de los sujetos que se someten a un proceso de intervención psicológica.

Los avances teóricos y los recursos metodológicos de la Psicología Educativa permiten avanzar en la comprensión de problemas concretos y reales de diferentes situaciones educativas, la significatividad social de esta disciplina radica en su intervención sobre los problemas propios del desarrollo humano, las instituciones, así como los procesos educativos en su conjunto.

En esta tesitura, es preciso contemplar al aprendizaje como un proceso a lo largo de la vida, toda vez que la participación en estudios formales para personas adultas mayores supone un estímulo para su crecimiento personal. La esperanza de vida, después de la jubilación es cada vez mayor, actualmente según las normas de regulación del trabajo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social hablan de la edad para jubilarse alrededor de los 60 años, es por ello que estas personas suelen ser activas hasta edades muy avanzadas y por consiguiente se plantean ocupación del tiempo no sólo en actividades recreativas sino en formación y reforzamiento de ciertas habilidades (STPS, 2001).

Para Willis (1985), un objetivo educacional es generar roles y actividades que resignifiquen la vida de los individuos que atraviesan por esta etapa, en este caso la principal meta está en la satisfacción personal, con la formación y reforzamiento de habilidades de las personas adultas mayores que incrementen su bienestar y confianza en sí mismas para perder el estereotipo social de las personas en adultez mayor apartadas o rechazadas del tejido social, reforzando una visión positiva que debe potenciarse y que es abalado por las recientes teorías psicológicas.

Dentro de los aspectos psicológicos y sociales más significativos se encuentra que en el envejecimiento común existe el desarrollo o desintegración de algunos procesos psíquicos que pueden ser compensados, como lo es el estrés, que teniendo en cuenta los factores estresores que se presentan en esta etapa se pueden generar alternativas viables ante la pérdida de salud, limitaciones, aislamiento y soledad, promoviendo una autovaloración positiva, en un sentido de vida optimista. En el envejecimiento patológico, se presenta la pérdida progresiva e irreversible de procesos psíquicos, mal afrontamiento al estrés, autovaloración negativa, sentido de la vida pesimista, sentimientos de soledad y abandono.

Cabe entonces cuestionar, en que medida se puede apoyar el desarrollo del anciano en esta etapa, cuánto se puede estimular al adulto mayor para que viva esta etapa llena de cambios desde una perspectiva positiva enriquecedora y como se puede influir sobre estos factores psicológicos y sociales para lograr la aparición del envejecimiento sano.

Rogers (1970), psicólogo humanista, expresa que lo más valioso de la personalidad sería que el sujeto experimentara una consideración positiva incondicional de sí mismo, lo que no plantearía discrepancias entre su valoración y su necesidad de consideración positiva.

Se plantea entonces la necesidad, del desarrollo de un proceso de aprendizaje o re - aprendizaje en la tercera edad que permita y propicie el bienestar del anciano como un ser biopsicosocial, contrarrestando posibles representaciones pesimistas de sí, dirigido además a lograr una autoestima y autovaloración positiva, propiciar el autodesarrollo, que permita una mejor calidad de vida a través de los estilos de vida saludables, como medidas que le permitirán mejorar y conservar su salud.

La propuesta de estilos de vida saludables y la actividad física en la tercera edad, debe partir de que sea ofrecida a los participantes para conservar su

autosuficiencia y la adaptación social manteniendo el vínculo con el desarrollo social actual, demostrando autosuficiencia, dignidad y preocupación en sí mismo, con el único propósito de abordar mejores formas de vida que coadyuven al bienestar subjetivo del adulto mayor y que esto signifique mayor armonía con su organismo (Cañal, 2000).

Es importante crear una visión sobre las posibilidades que tienen las personas adultas mayores de lograr un estado de salud óptimo, tanto psíquica como físicamente. Esto resulta de relevancia para la conservación de la salud, por tanto es innegable que al presentar un estado de bienestar físico el sujeto tendrá mayores posibilidades de experimentar bienestar psicológico que si está enfermo y viceversa, de ahí que la intervención psicoeducativa en el adulto mayor deba tener en cuenta varias esferas de trabajo.

Es así, que cuando se hace referencia a la necesaria intervención psicoeducativa con la población de adultos mayores, se hace precisamente mención a la psicoeducación como el vínculo entre un espacio educativo o reeducativo que permita la relación con procesos de autocuidado y de salud, en el sentido de bienestar, por lo que las ideas de salud y educación, como se ha mencionado se encuentran estrechamente relacionadas, pues toda práctica en el campo de la educación se remite a varios complejos componentes, así en primera instancia se ubica la familia que se encuentra inserta en una determinada cultura, así, la educación no se circunscribe a las paredes de un edificio, sino que transita por todos los espacios sociales (Rizzi, 2001).

La actividad psicoeducativa fortalece la calidad de vida aceptando los problemas durante el desarrollo y evolución de las personas. La psicoeducación es una técnica que se ubica tanto en la prevención, asistencia y rehabilitación de la salud (Arévalo y Maldonado, 2003).

La intervención psicoeducativa se concibe como el campo de inserción creativa en un espacio generador de transformación social, aportando y diseñando nuevas estrategias de aplicación de la psicología, bajo enfoques metodológicos, pedagógicos funcionales y eficientes, aplicando situaciones de psicodiagnóstico.

Por tal motivo es que la Intervención Psicoeducativa realizada en esta investigación es una muestra de las posibilidades que la Psicología Educativa tiene para el abordaje de nuevas temáticas de estudio; la población adulta mayor.

En este aspecto, el estudio de la adultez mayor parte de la psicología del ciclo vital. Baltes, Reese y Nesselroade (1981) señalan que “la psicología evolutiva se ocupa de los cambios de comportamiento que presentan las personas en el transcurso del ciclo vital, así como de las diferencias y semejanzas interpersonales respecto a estos cambios” (p.78).

Así, cada etapa por la que pasan los individuos como experiencia propia del desarrollo humano significa constantes cambios y procesos de adaptación del cuerpo y mente, es decir, que son innegables los cambios físicos y psicológicos de los sujetos, en este sentido, es que el abordaje de la intervención con los adultos mayores se ha de realizar en función de aquello que resulta prioritario en esta edad; el fortalecimiento de la psicomotricidad para mejorar su calidad de vida donde los estilos de vida saludable desempeñan un papel fundamental.

La finalidad de la psicología evolutiva, no consiste sólo en describir estas variaciones y diferencias interindividuales, sino también en explicar cómo aparecen las mismas para poder modificarlas óptimamente. Se ocupa también de los cambios derivados dentro de diferentes contextos, es por ello que se consideran elementos como espacio, ritmo, equilibrio, desplazamiento, coordinación, entre otros que les permitirán a los adultos mayores tener una mayor capacidad de autosuficiencia y desplazamiento.

## **2. Estudio Psicológico de la Vejez.**

Para poder realizar una propuesta lo más integral posible es preciso realizar el estudio psicológico de la vejez y la forma en que ha transcurrido, esto es, por distintos momentos que hoy se plantean como referentes, además de como ejercicio de legitimación de la necesidad de seguir trabajando por un sector de la población que requiera de atención educativa urgente y prioritaria.

Para Birren (1970) en el estudio de la vejez desde la investigación de los procesos de envejecimiento psicológico, se distinguen tres etapas:

La primera etapa inicia en 1835 con Quetelet (1796 – 1874) cuando publica la obra “El hombre y el desarrollo de sus facultades”, donde queda claramente establecido la relación entre las influencias biológicas y sociales, en el proceso de envejecimiento. Es Galton (1832 – 1911) quien aporta la correlación entre las modificaciones físicas que se experimentan con la edad con los cambios en la psicomotricidad, percepción y procesos mentales.

La segunda etapa es considerada por Birren (1970) como el comienzo de la investigación sistemática y se inicia en 1918 para continuar hasta 1940. En 1922 el psicólogo Stanley Hall, niega aceptar un modelo deficitario de la vejez y destacó que las diferencias individuales en los adultos mayores son significativamente mayores que las que aparecen en otras etapas de la vida, además de que la vejez tiene sus propios modos de sentir, pensar o querer.

En la tercera etapa denominada expansión de la investigación sobre el envejecimiento, la inicia el norteamericano Cowdry (1939) con la publicación de su libro “Problemas del envejecimiento”, con una explicación sustancialmente médica. Es a partir de este momento que el estudio de la vejez se aborda de forma más sistemática. En 1945 se crea la Sociedad Gerontológica, para 1948 la Sociedad

Española de Geriatria y Gerontología. Rodríguez Domínguez (1989) menciona la creación en 1977 de la “Asamblea Mundial del Envejecimiento” bajo el auspicio de la Asamblea General de las Naciones Unidas, propiciando el mayor impulso institucional a la investigación y tratamiento de los adultos mayores (Fernández-Ballesteros, 2001).

En la actualidad, con la realidad social mundial y particularmente en México, la población de los adultos mayores llega a tener representación social y deja de ser un problema individual o familiar para cobrar significado público. Los estudios demográficos recabados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), durante el censo de población y vivienda en el año 2002, indica que la pirámide poblacional está cambiando aceleradamente, que conlleva implicaciones individuales, sociales, académicas y científicas.

Como señalan Vega y Bueno (1990), al prolongarse el curso vital de las personas, éstas planifican su futuro y tienen expectativas diferentes. El envejecimiento de la población comporta también cambios a nivel social en los que se destaca la reorganización social en sus generaciones. La psicología educativa, bajo el enfoque evolutivo y de la educación tiene que abordar un nuevo fenómeno que por su complejidad supone un reto y a su vez un desafío. Ello conlleva generar un cuerpo de conocimientos científicos sobre capacidades sensoriales, psicomotores, memoria, funcionamiento cognitivo y optimización de capacidades e influencia de los contextos que afectan los cambios evolutivos en los adultos mayores, para así estar contribuyendo a mejorar la condición de vida de los adultos mayores.

Es pues, función del psicólogo educativo dar soluciones viables a los distintos problemas psicoeducativos, psicosociales y culturales que afectan a las personas de la tercera edad y evitar las acciones negativas, así como su inclusión y no el rechazo del resto de la población. Propuestas y estrategias como el realizado en el presente trabajo sería una opción inicial para comenzar con el fortalecimiento de las habilidades psicomotoras y optimización de la salud de los adultos mayores.



El concepto de envejecimiento o adultez mayor, debe ser visto en educación como un intervalo de la vida y que ésta es un todo compuesto por etapas, en cada una de las cuales es posible cumplir tareas y actividades para llegar a ser personas integradas y realizadas, con la capacidad permanente para adquirir aprendizajes en la vida por parte de las personas (Cortes, 1983)

La población mundial avanza hacia un proceso de envejecimiento paulatino, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2000 ya eran 590 millones de personas mayores de 60 años, y de acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (ONU), México será el tercer país de la región mesoamericana con más alto nivel de envejecimiento con un 10.5% de su población total.

Es indiscutible, que todos los indicadores apuntan en una sola dirección, el crecimiento de la población del adulto mayor. Que se enmarca bajo cambios económicos y sociales vertiginosos, donde la jubilación y la disminución de habilidades y capacidades ya se han hecho presentes, es por ello que se han de generar espacios y áreas de oportunidad que lleven a las personas grandes a vivir con certidumbre y funcionalidad, recuperando la valía del ser propio donde la autonomía y la libertad de acción son sumamente importantes, lejos de dependencias físicas y afectivas (psicológicas) sino al contrario propiciar la sensibilidad social para adoptar medidas institucionales públicas o privadas que consoliden un gesto de solidaridad con este sector de la población y donde la psicología educativa tiene mucho por contribuir.

## **2.1 Definiciones referentes a la tercera etapa de la vida.**

La Organización Mundial de la Salud en 1998 estableció la edad de 60 años para delimitar la vejez por ser la edad promedio de expectativa de vida en el mundo, así como de retiro de la vida laboral, variando según la política de cada país. Por lo

que respecta a la semántica, en español se acepta como sinónimos los términos vejez, ancianidad, senectud, senilidad, geronte, decrepitud, persona mayor, senescencia, y adulto mayor para hacer referencia a dicha etapa de la vida.

Definiendo al envejecimiento como el proceso lento pero dinámico que depende de muchas influencias internas y externas, en que todo organismo a través del tiempo sufre deterioro de su capacidad funcional y de su habilidad para mantener la homeostasis. El envejecimiento como proceso dura toda la vida, es multidireccional y multidimensional, en el sentido de las diferencias en el ritmo y dirección del cambio de las características de cada individuo y entre individuos (González, 2002).

Así mismo, reconoce que no hay relación directa entre edad cronológica y la edad biológica, es decir, que el envejecimiento es parte integral y natural de la vida. La forma de envejecer y de cómo se vive este proceso depende no sólo de la estructura genética, sino también del estilo de vida. Es un fenómeno complejo y variable, ya que los organismos de la misma especie envejecen a distintos ritmos donde el entorno influye de manera importante.

Por otro lado Sthreler (2003 en González, 2005) define el envejecimiento como un proceso biológico, universal, endógeno, intrínseco, deletéreo, progresivo e irreversible, que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse tanto en su medio interno como al medio ambiente externo, a la detención de los sistemas de autorregulación y que lleva inevitablemente a la muerte.

Para González (2005) dentro de las características del envejecimiento existen los siguientes puntos fundamentales:

- 1- El envejecimiento es común a todos los miembros de cualquier especie.
- 2- El envejecimiento es individual.

- 3- El envejecimiento es progresivo.
- 4- El envejecimiento es dinámico.
- 5- Durante el envejecimiento no todos los órganos se deterioran a la misma velocidad en cada individuo.
- 6- El envejecimiento incluye mecanismos perjudiciales que afectan la capacidad para realizar varias funciones.

Aunque el envejecimiento sea natural, se lleve a cabo de forma diferente a nivel individual para Del Río (2004) existen puntos de convergencia que ha segmentado en tres subperiodos:

*Periodo de prevejez.* De los 45 a los 60 años cuando la persona madura sufre una serie de cambios de tipo fisiológico en su organismo que si son realizados en forma adecuada le permitirá pasar a los otros periodos conservando sus facultades y capacidades íntegras y libres de enfermedades; es la etapa de prevención de los trastornos de la vejez.

*Senescencia o vejez verdadera:* De los 60 a los 74 años aproximadamente, se presenta la mayoría de las enfermedades o agudizándose las no superadas en la etapa anterior, el curso de los padecimientos pueden modificarse con tratamientos adecuados a la edad.

*Senilidad o vejez-ancianidad:* De los 75 años en adelante, hasta terminar en decrepitud. Aquí las enfermedades pueden llegar a un extremo irremediable.

Cada etapa de la vida es importante. Por consiguiente, el envejecimiento debe contemplarse desde una perspectiva que abarque todo el curso de la vida, recordando que se envejece a cada momento y no por ello es un deterioro patológico.

Por otra parte para Estrada (2000) el envejecimiento como acto natural de los

seres humanos tiene tres edades demarcadas: la infancia de los 0 a los 17 años *primera edad*; adultez de 18 a 60 años, *segunda edad* y la vejez de los 60 años en adelante, *tercera edad*, que se relaciona con tres estatus de la vida familiar, se es hijo, padre y abuelo.

La primera edad es la del crecimiento, desarrollo y separación de los padres. La segunda de la acción, producción, responsabilidad y energía para el trabajo. Y la tercera, donde la experiencia y los años de vida pueden llevar a la realización personal o a la marginación.

Desde otra perspectiva existen tres ciclos vitales dentro de la vida humana: el primero corresponde a la vida física, el segundo a la intelectual y psíquica, el tercero a la introspectiva. Si se representan estas edades como una curva ascendente que alcanza un clímax y después disminuye a un nivel inferior, se encuentra que la edad física se inicia con el nacimiento continúa su elevación con el desarrollo y crecimiento se sostiene la curva durante la vida intelectual y declina en la edad introspectiva. Esto refiere que los adultos mayores no son un adulto acabado, sino que así como el cuerpo envejece con la disminución de la capacidad sexual alrededor de los años 50 y 60, el cerebro llega a su madurez y rinde hasta los 75 años aproximadamente; al disminuir la vida reproductiva aumenta la madurez intelectual y posteriormente se vuelca todo el interés hacia el sujeto en la edad introspectiva. Existen diversos factores que pueden modificar estas situaciones (González, 2002).

La adultez mayor es un periodo donde el envejecimiento es natural, progresivo e individual, no por ello es solamente la declinación de las funciones biológicas, psíquicas y sociales, sino la etapa donde se debe ocupar de sí mismo para continuar desarrollándose y evolucionando como en las etapas anteriores de la vida: la infancia con su adolescencia y la adultez (Stassen y Thompson, 2001).

## **2. 2 Descripción de cambios característicos del envejecimiento.**

Los planteamientos que la psicología del desarrollo, ha realizado explica los cambios de los procesos y funciones que se generan en el desarrollo humano tanto de forma evolutiva como involutiva, que afecta la madurez y a la vejez, sin atender a los aspectos estructurales peculiares de los últimos tramos del ciclo vital humano.

Son dos los tipos de cambio que se manifiestan en la vejez. En primer lugar señala Vega y Bueno (1990) podrá distinguirse entre un cambio estructural y cambio comportamental. Durante la vejez tiene lugar toda una reorganización de las funciones y procesos del individuo. Esta organización interna no ha sido delimitada en forma de estadios como ocurre en otras etapas del ciclo vital, pero se trataría de nuevas estructuras que condicionan el procesamiento de la información y la emisión de las respuestas por parte del individuo.

Durante la vejez el cambio estructural se lleva a cabo en las habilidades cognitivas y sensorperceptivas mientras que el cambio conductual se manifiesta en lo social y afectivo.

Los cambios evolutivos que se manifiestan en el proceso de envejecimiento, teniendo presente que estos no se desarrollan en forma generalizada en todas las personas ni se afectan todos los procesos y funciones bio-psicológicas y sociales por igual se pueden englobar en cuatro áreas (García,2005).

### **a) Cambios fisiológicos: capacidades biológicas básicas.**

Con la edad el cuerpo sufre una serie de modificaciones fruto del proceso natural del envejecimiento, estas modificaciones conllevan una serie de cambios que se manifiestan tanto en las estructuras externas como en las de tipo interno.

Cambios en la apariencia física, deformaciones de las articulaciones, canas, calvicie, aparición de arrugas en la piel, menor elasticidad de la misma, acumulación de grasa, rigidez articular, deformaciones de la columna, lo cual hace disminuir la talla y deformación de manos y pies. El cuerpo envejecido puede manifestar fragilidad.

Envejecimiento del aparato locomotor: Nivel óseo: con la edad el tejido óseo del esqueleto tiene dificultades para fijar el calcio por ello el hueso se vuelve esponjoso y frágil. Puede ser frecuente encontrar personas mayores afectadas por osteoporosis y osteomalacia.

Nivel articulario: frecuentemente se encuentra personas mayores con artrosis o deterioro de tendones sometidos a esfuerzo, se puede manifestar en disminución de la movilidad, rigidez de tendones y ligamentos, incremento de deformidades, pérdida de eficacia del movimiento, modificación de la masa ósea debido a la inmovilización o pérdida del movimiento.

Nivel muscular: como consecuencia del envejecimiento se produce disminución del tono y de la capacidad elástica de los músculos. Sustitución de la masa muscular por tejido graso. Disminución progresiva de la fuerza muscular. Aumento de la fatiga por deficiente oxigenación y disminución de la producción de energía.

Aparato cardiovascular y respiratorio: tanto el músculo cardíaco como el corazón acusan modificaciones al perder contractilidad muscular y disminuir la elasticidad de los vasos sanguíneos. Aumenta la frecuencia cardíaca, la tensión sistólica y el consumo de oxígeno. Son frecuentes los problemas de arterioesclerosis, que se ven acentuados con factores dietéticos, obesidad, sedentarismo, entre otros.

Respecto al aparato respiratorio aparece un proceso de atrofia que afecta la nariz, faringe y laringe. Disminuye la elasticidad de la membrana pulmonar, mayor dificultad en la suministración de oxígeno y eliminación de gas carbónico por parte del pulmón (García, 1995).

### **b) Cambios psicomotores y sensoperceptivos.**

En estrecha relación con el envejecimiento del sistema nervioso, las aptitudes psicomotoras se van modificando en este tramo del desarrollo. La manifestación de una organización adecuada se vincula de forma directa al rendimiento psicomotor, en la que entra en juego un conjunto amplio de procesos funcionales, que interactúan entre sí, de acuerdo a las distintas acciones o tareas que el sujeto deba realizar.

En relación al envejecimiento de los órganos de los sentidos se encuentra con la disminución de la capacidad sensorial que se manifiesta principalmente por un deterioro de las capacidades visuales y auditivas, también se produce una disminución en la capacidad táctil discriminativa y vibratoria. Relativo en los trastornos en la visión se ha descrito pérdida de la acomodación cercana del cristalino por un mayor grado de densidad y opacidad, reducción de los campos visuales y de capacidad discriminativa de la retina debido fundamentalmente a cambios pigmentarios como la degeneración macular.

Los trastornos principales a nivel auditivo son déficit en la percepción en los tonos agudos y de la discriminación de los sonidos junto con trastornos del equilibrio vestibular creando un trastorno psicomotor que se caracteriza por la alteración de la capacidad tónico-postular (García, 1995).

De esta manera, las actividades más afectadas son las que requieren de dos o más acciones, como son las actividades prácticas que son realizadas en un acto

psicomotor donde existe una dependencia entre las variables de edad avanzada y el declinar de las habilidades de proceso. Las habilidades de proceso se definen como el conjunto de operaciones observables para la organización lógica y la adaptación de acciones eficientes en una actividad determinada a contraposición de las habilidades puramente motoras que son acciones observables usadas para la movilización del cuerpo u objetos necesarios para una actividad determinada (González, 2005).

Así se ha determinado que los principales trastornos psicomotores están relacionados con la coordinación bimanual y del control postural, y sobre todo bajo las condiciones de un déficit sensorial. De igual forma se ha destacado la importancia de trastornos sensoperceptivos asociados a la edad que condicionan el declinar de la actividad psicomotora, se encuentra la disminución en la agudeza visual junto con una disminución en la sensibilidad discriminativa de los contrastes espaciales y temporal , a esto se une la existencia de trastornos sensoriomotores de la movilidad binocular. Paralelamente, los trastornos neuroperceptivos del equilibrio vestibular, tanto a nivel de los receptores auditivos como de las vías nerviosas encefálicas y cerebelosas, afectan directamente la capacidad de control tónico-postural (Durivage, 2000).

Implícitos en el rendimiento psicomotor están las conductas de coordinación motora en general, esquema corporal, percepción, lateralidad, adaptación y orientación del espacio, tiempo y ritmo.

En la vejez los problemas psicomotores y sensoriales alcanzan una relevancia notable, por las repercusiones que tienen en la vida autónoma psíquica de las personas mayores. La aparición de deficiencias motoras, perceptivas y sensoriales contribuyen a que la persona mayor se perciba de forma negativa y estas desventajas de tipo orgánico derivan en un negativismo a la participación social.



Por otro lado desde el punto de vista cognitivo, la ejecución motora no depende sólo de los factores motores, sino de la actividad del sistema total, que incluye a los órganos sensoriales que reciben estímulos, la percepción, la memoria, el paso de la percepción a la acción, la elección de la respuesta correcta y el control de mecanismos efectores (Vega y Bueno, 1990).

Así pues situado en una concepción de habilidades psicomotoras en las que están implicados procesos cognitivos y afectivo-sociales, el deterioro o modificación que se manifiesta en la vejez en este tipo de habilidades afecta de forma directa o indirecta a la totalidad de la persona mayor.

Las aptitudes motrices enlentecidas y modificadas por el envejecimiento del sistema nervioso, provocan una serie de perturbaciones que condicionan la vida cotidiana en la vejez de la forma siguiente:

- Alteraciones en la regulación del sentido cinestésico
- Dificultad para elaborar una seriación de respuestas motrices o realizar de forma rápida dos acciones a la vez, así como para la transición rápida de una acción a otra.
- Menor seguridad en la marcha y desplazamientos así como en el equilibrio estático.
- Aparición de síntomas de desestructuración en el esquema corporal y dificultades en el reconocimiento-percepción positiva del propio cuerpo.
- Aparición de temblores seniles en los miembros superiores y cabeza.
- Dificultad para mantener una correcta orientación y organización del espacio y

- del tiempo, lo cual condiciona su relación con el entorno.
- Inseguridad en la escritura y dificultades en la rapidez articuladora del habla.
  - Disminución del ritmo global en la capacidad de aprendizaje.
  - Los órganos sensoriales de la vista y del oído pierden tanto su agudeza para ver y oír, alterándose igualmente la capacidad discriminadora de estímulos visuales y auditivos que dificultan algunas actividades tanto sociales como cotidianas.
  - El sentido del tacto se afecta mediante una pérdida de elasticidad en la piel y de la sensibilidad cutánea (Vega y Bueno, 1990).

### **c) Cambios en el funcionamiento intelectual y la capacidad de aprendizaje.**

Las conclusiones publicadas hasta finales de los años 60 apoyados en estudios diversos sobre investigaciones en torno a la inteligencia y capacidad de aprendizaje en el adulto mayor, giraban fundamentalmente alrededor del mito del decremento cognitivo en cuanto a sus componentes y procesos de aprendizaje.

Sostener hoy, como ha sucedido en algunas décadas anteriores a la actual, que envejecimiento es sinónimo de disminución de memoria, motivación, indecisión, lentitud para el aprendizaje y rendimiento en el mismo, así como torpeza cognitiva y falta de atención, es erróneo, pues muchos de los estudios empíricos realizados se basaban en una mera comparación de las competencias cognitivas de los viejos con los más jóvenes (González, 2002).

En el momento actual existe una concepción avalada por diseños experimentales diferentes al modelo deficitario, que indica cómo los modelos tradicionales en la medición de la memoria, la capacidad de aprendizaje del adulto mayor, así como de todos los procesos implicados en el funcionamiento y competencia cognitiva,

son insuficientes o erróneos para interpretar los cambios en el adulto mayor.

Se ha establecido en nuestros días las bases de un nuevo concepto de inteligencia a partir de datos recogidos en el estudio de la adultez y de la vejez (Stassen y Thompson, 2001). Este cambio sobre un nuevo concepto de inteligencia, permite considerar ésta desde un punto de vista más plural y permite la modificación de las condiciones ambientales con el fin de que no se haga inevitable el deterioro intelectual en la vejez.

Igualmente puede constatarse la falta de universalidad y estabilidad de las funciones de edad. Las funciones de ejecución intelectual reflejan la intervención de múltiples antecedentes externos y orgánicos que no pueden considerarse como fijos, sino que han de considerarse como continuamente variables tanto a nivel individual como a nivel histórico.

Desde el punto de vista de las diferencias intraindividuales, cada aptitud o proceso cognitivo tiene su propio ritmo de desarrollo y de envejecimiento.

Se puede observar algún deterioro en individuos normales de más de 55 años en alguna aptitud. Este declive es menor hasta los 60 años. A partir de los 60 años el deterioro se generaliza a más aptitudes, de aquí cada 7 años incrementa la proporción de individuos que manifiestan un declive notorio.

Si se tiene en cuenta las diferencias interindividuales se ha podido constatar que hay individuos que tienen unos niveles intelectuales estables a los 70 años. Incluso en algunos individuos no disminuye hasta pasados los 80 años (Del Río, 2004).

#### **d) Cambios en la personalidad y adaptación social.**

Todo aumento de edad exige adaptarse a una nueva situación en la vida, como tal supone problemas, demanda cierto ajuste y reorientación, pide abandonar ciertos modos anteriores de comportamiento, obligaciones y derechos, así mismo asumir nuevos deberes, derechos y tareas (García, 1995).

Cada tramo del ciclo vital implica, que el ser humano ha de enfrentarse a tareas típicas de esa etapa del desarrollo que le exigen una internalización de las mismas para una solución.

Estas tareas de desarrollo proceden de tres fuentes:

- Maduración corporal, es decir de la estructura individual biológica-fisiológica.
- De las normas culturales, de las expectativas que la sociedad se plantea
- De las expectativas y juicios de valor individuales.

Cada individuo, en este caso la persona mayor ha de enfrentarse a su nueva situación vital, que le exige una reorganización de todo su comportamiento.

Si estas tareas, temática peculiar de cada tramo del ciclo vital, no se enfrentan con capacidades y posibilidades de resolución personal y social, éstas se transforman en problemáticas y se representan ante el individuo como situaciones de conflicto.

Las modificaciones de personalidad en la vejez, han sido menos estudiadas que las de la inteligencia. Pues se comienza tardíamente a inicios del siglo XX con Stanley Hall (1922) y más tarde Allport (1950) quienes subrayaban la reestructuración de la vida afectiva en la vejez.

Igualmente Braken (1952 citado en Stassen y Thompson, 2001) afirmaba que en la edad proyectada los 50 y los 70 se instala con frecuencia, la insuficiencia del yo. Aparece el abatimiento, la desgana, la carencia de impulsos, pereza, trastornos del comportamiento, tendencia a quejarse, irritabilidad y en general un descenso del control de sí mismo.

Moer (1952 citado en Stassen y Thompson, 2001) cree que el aumento de edad supone una constante disminución de todos aquellos impulsos que cuentan con un componente vital.

Todas estas descripciones configuraron un mito de deterioro ya que los estudios actuales longitudinales y transversales sobre personalidad en adultos mayores que se han realizado en torno a: rigidez-flexibilidad, modificación de actitudes, igualmente de la imagen de si mismo o de los cambios en la motivación del rendimiento, señalan la variabilidad -casi siempre un cambio en el sentido de la restricción y la disminución-; los datos obtenidos con los estudios longitudinales, señalan la constancia de los rasgos de personalidad captados más frecuentemente. Pero una afirmación común y constante, la diferencia entre unos y otros adultos mayores, así como la influencia que ejerce en la modificación, cambio de la personalidad, los aspectos biográficos y sociales de cada individuo mayor al llegar a la vejez (Carretero, Palacios y Marchesi, 1997).

Las características de la personalidad del adulto mayor encontradas con frecuencia en las investigaciones más recientes son:

- Aumento de la introversión.
- Mayor conformismo y menor competitividad.
- Labilidad emocional.
- Ansiedad y cierta irritabilidad en tiempos concretos.
- Rigidez en la conducta y temor a situaciones desconocidas.

- Disminución en sus interacciones interpersonales-sociales.
- Mayor aislamiento social y sedentarismo.
- Cambio en la imagen de sí mismo y autoestima, condicionada por factores de tipo familiar, educacional, social, profesional, económico, histórico y generacional.

El que cada persona mayor se ajuste mejor o peor al proceso de envejecimiento, dependerá de la forma de valorar la situación concreta de sí mismo de acuerdo a expectativas, temores, deseos y esperanzas. Mantener el equilibrio entre los esquemas cognitivo y motivacionales serán tareas imprescindibles para afrontar la situación de envejecer (Estrada, 2000).

Es posible anticipar los cambios que habrá de experimentar una persona al envejecer cuando se conoce su personalidad previa. Sujetos biofilicamente orientados, vitales, abiertos, que disfrutaban de su trabajo y tienen intereses y adhesiones genuinas y variadas, envejecen mejor que otros que son poco vitales, dirigidos, actúan compulsivamente y han carecido siempre de intereses reales.

Respecto a la adaptación social cada persona al envejecer ha de enfrentarse a aspectos propios de su nueva situación social:

- Situación laboral y preparación a la jubilación.
- Niveles de comunicación con su entorno social.
- Adecuación de su situación a la organización de sus diferentes tiempos de ocio.
- Cambios en su rol familiar: viudez o abuelo.

Todos los cambios están influenciados por variables diversas que articulan su entramado de acuerdo al tipo de creencias, percepciones y valoraciones de tipo personal y social que en los albores del siglo XXI, han ido configurando una nueva idea del ciclo vital de la adultez mayor.

### **2. 3 Estilos de vida saludable en el adulto mayor.**

La salud es un condicionante indispensable para la vida de todo individuo, a través de ésta los seres humanos son capaces de realizar sus aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar su realidad para vivir mejor, por lo que adquirir conocimientos sobre cómo cuidar la salud es muy benéfico.

En lo que respecta a la población de estudio de la presente investigación (la población adulta mayor) experimenta cambios físicos y psicológicos importantes, propios de esta etapa de la vida, es así que la mayoría de las personas en este período reducen de forma importante su actividad física, pues permanecen gran parte del tiempo sentados o realizan trabajos que requieren menor esfuerzo o movimiento.

Es cierto que el envejecimiento biológico se da de manera natural en todos los individuos, si bien las actividades y ejercicios psicomotores no frena el paso de los años, sí permite vivir con mayor independencia y dignidad en esta etapa de la vida. El ser humano está diseñado para el movimiento, la capacidad funcional aumenta como respuesta a la actividad física y se deteriora con la inactividad, por ello, es conveniente insistir en que el hacer ejercicio de manera regular beneficia a la mente y al cuerpo.

En este sentido, para lograr cierto grado de estabilidad en el hecho cotidiano de vivir es importante establecer una dinámica de vida concreta y específica que encauce las intenciones y objetivos del ser propio, es así que dentro de la teoría de la psicogerontología se habla de los estilos de vida saludable.

Hablar de la temática de estilos de vida saludables compromete un cuerpo de variables que es preciso revisar para comprender su significado y sentido sobre todo pragmático, por lo que se sustrae en primer termino el concepto de calidad de

vida (de la que se habla en el capítulo II de la presente investigación), así como del componente importante del desarrollo humano orientando la discusión hacia qué hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de necesidades humanas.

Pero antes de abordar los conceptos señalados es preciso establecer que las personas mayores que han mantenido a lo largo de la vida un estilo de vida saludable, realizando ejercicio con regularidad, cuidando de su alimentación, lo continúan haciendo en la vejez disfrutando de las prácticas que conocen y dominan, otros, sin embargo, han llevado una vida sedentaria, característica que se acentúa a entrar en la etapa de la jubilación, para ello, es preciso establecer medidas que permitan al adulto mayor seguir con un estilo de vida que merme de forma positiva en su salud, si es el caso, o bien empezar a enseñar formas de abordar una mejor conducción de la propia vida.

Para poder iniciar un proceso de ordenamiento o reordenamiento en el estilo de vida habrá que tomar en cuenta las siguientes consideraciones, que de alguna manera, se propician en la propuesta de intervención psicoeducativa de la investigación; proximidad del lugar donde se realizan las sesiones, así como la motivación del trabajo en grupo, tener presente la conducción y objetivos del taller en congruencia con los participantes en el aspecto de generar ejes y temáticas interesantes para ellos.

Para Soler – Vila (2000) los programas tendientes a mejorar la actividad física y psicomotora de los adultos mayores permiten:

- Reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión.



- Previene la osteoporosis; mejora la elasticidad y la movilidad articular, el tono muscular, la agilidad y el equilibrio, minimizando el riesgo de caídas y sus efectos negativos posteriores.
- Mejora del estado de ánimo, disminuye la ansiedad, el estrés y la depresión.
- Favorece la relajación y permite mantener un patrón de sueño más higiénico.
- Permite disminuir la dosis de medicación e incluso, en algunos casos, eliminarla.
- Aumenta las posibilidades de relación y participación social.

En lo que se refiere a los aspectos anteriormente expuestos es que se puede establecer la concreción de una intervención psicoeducativa en la atención de la población adulta mayor, entendida ésta como el desarrollo de estrategias de aplicación de la psicología, bajo enfoques metodológicos, pedagógicos funcionales y eficientes (ver página 17 del presente capítulo).

La Intervención Psicoeducativa: una propuesta para fortalecer la psicomotricidad en adultos mayores, supone una intervención a través del cuerpo y los movimientos, orientada al mantenimiento de la competencia psicomotora, es un programa grupal en colaboración estrecha con el INAPAM (Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores), por lo que es de carácter educativo y reeducativo.

Por lo que se establece el trabajo para que las personas mayores mantengan un buen estado de salud, dando respuesta a sus requerimientos básicos de movimiento, manteniendo la capacidad de acción, control y toma de decisiones en lo cotidiano, dando respuestas a las necesidades de seguridad y autorrealización que precisan las personas adultas mayores para mantener la autonomía (Fierro, 1994).

De lo que se trata es hacer evidente lo importante e indispensable que es el trabajo con la población adulta mayor, como un sector que se encuentra creciendo en el tejido social, por lo que según De Febrer y Soler – Vila (1997) la implementación de estos programas desde la participación de la psicología educativa contribuye a:

- Facilitar un envejecimiento biopsicoafectivo saludable, enseñando estrategias que permitan un mejor afrontamiento a la realidad cotidiana y favoreciendo hábitos saludables que generen satisfacción y bienestar.
- Potenciar la competencia funcional para evitar la dependencia de los demás, evitando síndromes de desuso causantes de discapacidad y entrenando habilidades psicomotoras que faciliten la adaptación de patrones motrices básicos para realizar adecuadamente las actividades de autocuidado e instrumentales de la vida diaria.
- Contribuir a la realización personal, revalorizando el propio cuerpo y potenciando la autoestima a su vez potenciando el sentido de competencia y de logro.
- Propiciar momentos de alegría y diversión, generando deseo más que necesidad ayudando a reencontrar el placer del cuerpo y el gusto por el movimiento.
- Promocionar la participación activa en la sociedad, a través de una interacción grupal que fomente la capacidad de decisión, posibilitando nuevas vías de acción y relación para promocionar una imagen positiva de la vejez.

Programas e intervenciones que retomen este tipo de propuestas encaminadas a potenciar la salud física y psicológica de los adultos mayores son viables en el sentido de que optimizan los estilos de vida saludable de las personas, aunado al

mejoramiento de la calidad de vida así como los componentes del desarrollo humano que dan satisfacción de las necesidades humanas.

#### **a) Desarrollo Humano y estilo de vida saludable.**

La palabra desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr una mejor calidad de vida, alcanzando mantener la dignidad de las personas en la sociedad (Manfred, 1996).

El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia y autodeterminación, entre otras y de las cuales falsamente se cree que en esta etapa de la vida (de la adultez mayor) tienden a desaparecer o se están perdiendo).

Dado que el desarrollo implica satisfacción de necesidades, Zemirower (1992) expone tres de los componentes del desarrollo humano:

1. Longevidad (Esperanza de vida).
2. El conocimiento (la educación).
3. Niveles de vida decentes (ingresos).

Es así, y siguiendo a Zemirower (1992) que el desarrollo humano no se puede realizar si no hay vida y salud. Las personas no sólo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimientos y una vida decente, una de las necesidades del desarrollo es la que se relaciona con la subsistencia, así como la

búsqueda de bienestar en los rubros físicos, sociales y culturales en la cotidianidad de la vida.

Como se señaló con anterioridad el concepto de estilos de vida saludable se encuentra estrechamente relacionado con lo que es el desarrollo humano y el de calidad de vida. Al respecto Buendía (1997) resume la idea de calidad de vida cuando se habla de vivir con calidad, bienestar y salud (ver capítulo II, pág. 63), de aquí que un estilo de vida saludable se relaciona con la calidad de vida.

Duncan (1996) expresa que la satisfacción de vida, relacionada con la calidad de vida contiene las siguientes condiciones:

- Satisfacción en las actividades diarias.
- Encontrar significado y responsabilidad en la vida propia.
- Percepción positiva y concreta en el logro de metas de vida.
- Autoimagen y actitud positiva hacia la vida.

Por su parte Fernández – Ballesteros (2001) incluye los factores tales como salud, ocio, esparcimiento, recreación, relaciones sociales, contar con habilidades funcionales y satisfacción de necesidades. De igual manera prioriza aspectos tales como las condiciones económicas, servicios de salud, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social, por lo que estos componentes han de determinar estilos de vida individuales y colectivos.

Desde una perspectiva integral los estilos de vida se deben considerar como parte de una dimensión colectiva y social que compromete tres aspectos básicos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Giraldo, 1998).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el rubro ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

El consenso radica en considerar un estilo de vida como aquel que busca mejorar las condiciones de vida y bienestar, por lo cual se ha identificado principalmente con la salud en un plano biológico, olvidando el aspecto de la salud como bienestar biopsicosocial y además como componente de la calidad de vida, así cuando se retoman los segundos componentes es que se habla de estilos de vida saludables.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En este sentido, Duncan (1996) sugiere componentes a considerar como elementos que ayudan a constituir los estilos de vida saludables o bien comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales y así mantener el bienestar de las personas, satisfaciendo necesidades y optimizando el desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.

- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo.
- Ocupación del tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación. Culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.



## **Capítulo II. Fortalecimiento de la psicomotricidad en el adulto mayor.**

### **3. Fundamentos teóricos sobre el estudio de la psicomotricidad.**

Para lograr entender la psicomotricidad es necesario estudiar su historia y sus definiciones; con el propósito de diferenciarla de otras prácticas y disciplinas. A lo largo de los años el campo de la psicomotricidad ha respondido a diversas teorías y concepciones, a distintos marcos referenciales, de tal forma que ha dado respuesta a diversos ámbitos para su desarrollo, con diferentes fines y métodos manejando prácticas particulares. Por lo tanto, es necesario hacer una breve reseña cronológica sobre su historia.

Pudiendo establecer los orígenes de la psicomotricidad a principios del siglo XX, momento en que se da una situación propicia sobre la que convergen tres corrientes de pensamiento en la neurología de la época. Por un lado, la patología cerebral acepta la ruptura en la correspondencia entre la lesión y el síntoma. Se constata la existencia de disfunciones graves sin la existencia de lesiones cerebrales localizadas. Por otro lado, la neurofisiología empieza a preocuparse de las conductas de un individuo en relación con el medio, alejándose del laboratorio, para estudiar la acción adaptativa del sistema nervioso, llegando a la conclusión de que cualquier movimiento tiene no solo significación biológica. En tercer lugar, la neuropsiquiatría infantil que llega de la mano de Dupré a la descripción del síndrome de debilidad motriz, que posteriormente se relacionará con el de debilidad mental, y que abre la posibilidad de explicar trastornos motores por causa de inmadurez, retraso o detención del desarrollo de un sistema, poniendo de relieve el paralelismo existente entre la actividad psíquica y la actividad motriz (Da Fonseca, 2004)



Es Dupré quien en 1913, introduce por primera vez el término y el concepto de psicomotricidad y el concepto de paralelismos psicomotor. Se considera, que la psicomotricidad arranca desde el momento en que Dupré describió la paratonía, que es la incapacidad de relajar el tono muscular de forma voluntaria. Y es en la línea de la neuropsiquiatría donde sus ideas encuentran acogida y se desarrollan.

Posteriormente, fue Henri Wallon quien dio auge a la visión de Dupré e inició una línea clara de investigación y publicaciones sobre determinados aspectos de la psicomotricidad. Es así como a partir de la obra psicológica de Wallon y la síntesis de diversas teorías y corrientes se conforma una técnica rehabilitatoria nueva cuyo objetivo es la reeducación de las funciones motrices. Es por tanto, con este autor que se presenta el punto de partida de una noción de unidad funcional, de unidad biológica de la persona humana, donde psiquismo y motricidad no constituyen dos dominios yuxtapuestos o distintos, sino que representan la expresión de las relaciones reales del ser y del medio (Rossel, 2003).

Contemporáneo a Wallon, Jean Piaget se interesó en dichos artículos, realizando investigaciones que cobraron importancia en los estudios de psicología del desarrollo dando un lugar preeminente al plano motor en el desarrollo evolutivo, sobre todo en las primeras épocas del mismo. Además Piaget puntualizó que las actividades sensoriomotrices son el punto de partida del desarrollo cognoscitivo y encuentra que la fuente de todo progreso radica en el movimiento, ya que el movimiento permite la evolución de las estructuras cognoscitivas y afectivas, posibilitando y apoyando el desarrollo de diversas funciones mentales (Tasset, 1998).

Por su parte el psicoanálisis también realiza investigaciones donde encuentran que para funcionar adecuadamente es necesario que la motricidad haya sido “adjudicada”, y que el movimiento no sólo tiene una existencia objetiva, sino también imaginada (fantasmática). Especialmente los estudios de Spitz sobre las

repercusiones de las carencias afectivas en el primer año de vida, revelan la importancia del cuerpo, de las precoces experiencias sensoriales y motrices en el desarrollo posterior del sujeto.

Asimismo la paidopsiquiátrica realiza aportaciones al estudio de la psicomotricidad analizando las relaciones entre tono y movimiento asociando el desarrollo del gesto con el lenguaje; donde la acción no es una simple actividad motora, ya que en el plano de las estructuras es un círculo (sensitivo-senso-motor), cuyo punto de referencia es el cuerpo. Así, este enfoque de la paidopsiquiatría subraya la importancia de la actividad motriz y su relación con la construcción de conceptos lógicos basándose en los trabajos de Piaget, Wallon, Gesell y completa las bases de la terapia psicomotriz.

Dos notorios representantes de las aportaciones a la psicomotricidad desde la perspectiva paidopsiquiátrica son Ajuriaguerra junto con Naville que propusieron una educación de los movimientos del cuerpo para atender la conducción de los niños típicos, la reeducación de los niños atípicos y la terapia de casos psiquiátricos graves. Por tanto, los principios básicos de la psicomotricidad se centran en los estudios psicológicos y fisiológicos donde se considera que el cuerpo es la presencia de este ante el mundo y su cuerpo es el que establece la relación, la primera comunicación que constituye la realidad de los otros, de los objetos, del espacio y del tiempo de una manera progresiva (Jiménez, 2002).

Ajuriaguerra (1978), considera también que los comportamientos psicomotores se dan en función de las emociones, de la afectividad del sujeto. Así con este autor se da un importante salto dentro de la historia de la terapia psicomotriz, ya que junto con su equipo diferenció las alteraciones estrictamente de orden psicomotriz de las psicológicas y neurológicas, siendo estas alteraciones dispraxias, torpeza motriz, inhibición psicomotriz e inestabilidades psicomotoras. Sintetizó de esta forma las investigaciones que se venían realizando.

Así, se puede observar como la psicomotricidad se deriva de los estudios de la

integración de los aspectos biológicos, neurológicos, fisiológicos y psicológicos. Entonces, con base a su historia podemos decir que la psicomotricidad, intenta poner en relación dos elementos: lo psíquico y lo motriz. Se trata del estudio del movimiento, pero con sus correspondientes connotaciones psicológicas, que superan lo puramente biomecánico. La psicomotricidad no se ocupa del movimiento humano en sí mismo, sino de la comprensión del movimiento como factor de desarrollo y expresión del individuo en relación con su entorno. De manera general puede ser entendida como una técnica cuya organización de actividades permite a la persona conocer de manera concreta su ser y su entorno inmediato para actuar de manera adaptada (Schinca, 2003).

### **3.1. Componentes de la psicomotricidad.**

Para llegar a conocer y comprender cuáles son los elementos básicos de la psicomotricidad, se debe comenzar analizando que es la psicomotricidad. Llegar a entender el cuerpo humano de una manera global, ya que la psicomotricidad es un planteamiento global de la persona, que puede ser entendida como una función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad con el fin de permitir al individuo adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que lo rodea.

La psicomotricidad como se menciona anteriormente, a lo largo del tiempo ha establecido unos indicadores para entender el proceso del desarrollo humano, que son básicamente, la coordinación (expresión y control de la motricidad voluntaria), la percepción, el esquema corporal, lateralidad, elaboración del espacio, tiempo y ritmo ( Durivage, 2000).

Englobando los anteriores aspectos podemos basarnos en los expuestos por Durivage (2000):

PERCEPCIÓN	VISUAL TÁCTIL AUDITIVA
MOTRICIDAD	MOVIMIENTOS LOCOMOTORES COORDINACIÓN DINÁMICA DISOCIACIÓN COORDINACIÓN VISOMOTRIZ CONTROL POSTURAL COORDINACIÓN MOTRIZ
ESQUEMA CORPORAL	IMITACIÓN EXPLORACIÓN NOCIONES CORPORALES
LATERALIDAD	DIFERENCIACIÓN GLOBAL ORIENTACIÓN CORPORAL
ESPACIO	ADAPTACIÓN ESPACIAL NOCIÓN ESPACIAL ORIENTACIÓN ESPACIAL ESTRUCTURACIÓN ESPACIAL
TIEMPO-RITMO	REGULACIÓN DEL MOVIMIENTO ADAPTACIÓN DE UN RITMO REPETICIÓN DE UN RITMO NOCIONES TEMPORALES ESTRUCTURACIÓN TEMPORAL

### 3.2 Coordinación motriz

El origen de la psicomotricidad se basa principalmente en los reflejos que son automáticos e involuntarios al recién nacido, aquellos que se producen ante un determinado estímulo, por lo que los avances que tiene el niño en lo que se refiere a la coordinación y el control de los movimientos es conocido como desarrollo motriz o coordinación motora que va a estar presente en mayor o menor grado en todo el desempeño humano.

Para el estudio de la coordinación motriz se señalan los componentes individuales. Dentro de la motricidad, se encuentran consideradas la motricidad gruesa y fina

que se explican a continuación (Martínez, García y Montorio, 1999).

### **3.3 Motricidad.**

Para que se efectúe la movilidad del cuerpo, es decir, el desplazamiento en el espacio, la motricidad desempeña las funciones primordiales para el desarrollo de éste ejercicio.

El desarrollo de los movimientos, dependen de la maduración y del tono, factores que se manifiestan concretamente por las sincinesias o por el control postural. La relajación global o parcial (regulación tónica) y los ejercicios equilibrio (control postural) contribuyen a la disminución de las sincinesias y a una mayor regulación tónica.

La posibilidad de relajación coexiste con el control tónico y su regulación, para permitir un buen control. En la ejecución motriz intervienen factores neurofisiológicos tales como soltura, torpeza, híper control, regularidad, etc. El juego armonioso entre la coordinación y la disociación, nos indica la edad motriz del sujeto y nos informa sobre su maduración, topología estado de ánimo y comportamiento (Durivage, 2000).

Rosel (2003) señala que durante el desarrollo espontáneo de la motricidad, los movimientos se han clasificado en cinco tipos que se definen a continuación:

1. Los movimientos locomotores son movimientos gruesos y elementales que ponen en función al cuerpo como totalidad. Por ejemplo, caminar, gatear, arrastrarse.
2. La coordinación dinámica exige la capacidad de sincronizar los movimientos de diferentes partes del cuerpo. Por ejemplo saltos, brincos, marometas.

La organización de los brincos es compleja; por eso conviene referirse brevemente a la naturaleza y a la génesis de esta actividad. La ejecución, es por tanto, la reproducción de un gesto dinámico que pone en juego los aspectos ligados a las praxias. Asimismo, intervienen el ritmo a través de la regularización del movimiento.

3. La disociación es la posibilidad de mover voluntariamente una o más partes del cuerpo, mientras que las otras permanecen inmóviles o ejecutar movimiento diferente por ejemplo caminar sosteniendo con los brazos un plato con una piedra encima.

4. La coordinación visomotriz consiste en la acción de las manos(u otra parte del cuerpo) realizada en coordinación con los ojos. Esta coordinación se considera como paso intermedio a la motricidad fina. Ejemplo rebotar una pelota con la mano. Sin embargo, intervienen otros factores motores y psicológicos como la adaptación del gesto a un objeto que se mueve en el espacio, lo que significa que necesita un ajuste continuo de los ojos a la ubicación del objeto en diferentes puntos.

5. La motricidad fina consiste en la posibilidad de manipular los objetos, sea con toda la mano, sea con movimientos más diferenciados utilizando ciertos dedos. Ejemplo ensartar cuentas en un hilo (Agnese, 2006).

### **3.3.1 Motricidad gruesa**

En esta tesitura, la motricidad gruesa se refiere a movimientos globales (todo el cuerpo), está conformada por las siguientes áreas:

-*Dominio corporal dinámico*, esto es la capacidad de dominar las diferentes partes del cuerpo, de hacerlas mover siguiendo la voluntad y/o realizando una consigna determinada el movimiento de desplazamiento y su sincronización.

Coordinación general, es el aspecto que conlleva a que se realicen todos los movimientos más generales interviniendo todas las partes del cuerpo. Equilibrio, es la capacidad de vencer la acción de la gravedad y de mantener el cuerpo en la postura que deseamos sin caer.

Coordinación visomotriz, ésta implica coordinar todo el cuerpo y cada una de las partes que se mueven, hacia el punto en que la visión ha fijado su objetivo.

· *Dominio Corporal Estático*, se refiere a todas aquellas actividades motrices que llevarán al niño a interiorizar el esquema corporal.

Autocontrol, es la capacidad de canalizar la energía tónica para poder realizar cualquier movimiento, es una forma de equilibrio estático y dinámico.

Respiración, es una función mecánica y automática regulada por centros respiratorios bulbares y sometidos a influencias corticales. La función respiratoria tiene implicaciones en la personalidad, y en el desarrollo psicomotor.

Relajación, se relaciona con el control tónico. Se señalan dos tipos de relajación: global o segmentaria, automática y consciente. El objetivo de la relajación es proporcionar los elementos para la construcción del esquema corporal y el conocimiento del cuerpo y por otra parte eliminar la fatiga física y mental así como equilibrar los estados de tensión emocional (Schinca, 2003).

### **3.3.2 Motricidad fina.**

A diferencia de la motricidad gruesa la motricidad fina comprende todas aquellas actividades en las que se necesita de una precisión y de un elevado nivel de

coordinación, aquí intervienen los siguientes factores:

Coordinación visomanual, se refiere a la capacidad mediante la cual se coordinan los movimientos del ojo con la mano para efectuar un determinado movimiento.

Motricidad facial, es la capacidad de dominar los músculos de la cara, esto responde a voluntad de la persona, lo cual permite acentuar movimientos que llevarán a exteriorizar sentimientos y emociones, así como la manera de relacionarse con los demás.

Motricidad gestual, esto corresponde al dominio parcial de cada uno de los elementos que comprenden la cara, es una condición básica para que pueda tener precisión en sus respuestas (Jiménez, 2002).

Dentro del estudio de la coordinación motriz se pueden observar diferentes tipos:

Coordinación sensoriomotriz, que se refiere a la relación ajustada y precisa establecida entre el movimiento y cada uno de los diferentes campos sensoriales para brindar información al cerebro sobre el éxito o fracaso de nuestras actividades motoras, la coordinación global o general, que se refiere a la participación dinámica o estática de todos los segmentos del cuerpo al ajustarse a un objetivo propuesto, y la coordinación perceptivomotriz, esta tiene que ver con la organización de datos sensoriales por los cuales conocemos la presencia de un objeto exterior en función de las experiencias recibidas (Rossel, 2003).

En el proceso del desarrollo interviene también y de manera importante el tono, que se refiere a la fuerza de los músculos del cuerpo y que en coordinación con la maduración del sistema nervioso permitirá el movimiento del cuerpo. Como se menciona, el tono es la energía de los músculos para poder mantener una determinada posición, así mismo es esto lo que permite una coordinación del



cuerpo.

### **3.4 Percepción.**

Para poder realizar cualquier movimiento y relacionarse con el entorno es necesario registrarlo a través de algún sentido, es decir percibir para actuar. La percepción es un concepto psicológico con una variedad de significaciones. En primer lugar, se refiere una característica innata y adquirida a la vez; también a la percepción sensoriomotriz que está ligada al movimiento. La percepción es una manera de tomar conciencia del medio ambiente y, existe una parte innata porque se percibe sensaciones desde los primeros meses de vida, y otra aprendida porque se desarrolla según las estimulaciones que se recibe del exterior. Las percepciones se elaboran a partir de estas sensaciones, además hay una experiencia motriz, vivida o imaginaria en la manera de percibir (Schinca, 2003).

La percepción sensoriomotriz es el conjunto de estimulaciones visuales, auditivas y táctiles. La percepción no es posible sin la experimentación y esta es siempre un proceso de relación- acción entre individuo y medio. Las distintas maneras de percibir es a través de los sentidos agrupándose en:

a) percepción visual se desarrolla partir de ejercicios de coordinación óculo-motriz, de percepción figura-fondo, de percepción de la posición y de las relaciones espaciales, de discriminación de formas y de memoria. Por ejemplo, si el grupo mueve el brazo derecho y un solo adulto mayor mueve el izquierdo, todos identificarán al adulto mayor que no actuó como los demás.

b) la percepción táctil se desarrolla a partir de la conciencia del cuerpo y del desarrollo de la aprehensión. Por ejemplo, con los ojos cerrados escoger uno entre varios objetos de la bolsa y describirlo.

c) percepción auditiva, se desarrolla a partir de ejercicios de concentración, de memoria, de discriminación auditiva. Por ejemplo, cerrar los ojos y distinguir distintos sonidos.

El entorno que nos rodea: objetos con sus cualidades diferenciadas, seres vivos con sus modos de relación específicos, la cultura como producto del hacer, del ser humano, disponen de sus propias leyes para su desarrollo y crecimiento. El integrar, por medio del aprendizaje, todos estos conocimientos es condición necesaria para subsistencia y desarrollo del ser humano.

En una primera fase, en la ontogénesis, las conductas innatas en el individuo se van a mostrar como sistemas de comunicación en el medio, y como facilitadores o desencadenantes de los aprendizajes. Las conductas innatas son mecanismos genéticos que posibilitan la interacción de aprendizajes básicos para la subsistencia (Calmels, 2001).

### **3.5 Esquema corporal**

La percepción se realiza a través del cuerpo generando una imagen mental de éste, llamada esquema corporal.

Los términos esquema corporal e imagen de sí mismo aluden al concepto que tiene una persona de su cuerpo y de sí mismo que posee connotaciones específicas según diferentes autores. El conocimiento de sí mismo es el fruto de todas las experiencias activas o pasivas. Para Ajuriaguerra (1978) este conocimiento es posible gracias al diálogo tónico que implica la relación estrecha del individuo con el medio ambiente.

Es por lo tanto la intuición de conjunto o el conocimiento inmediato que poseemos de nuestro cuerpo en situación estática o de movimiento, así como de las relaciones entre sus diferentes partes y, sobre todo, de sus relaciones con el espacio y con los objetos que nos rodean (Tasset, 1998).

El desarrollo del esquema corporal empieza desde el nacimiento con los reflejos innatos del niño y las manipulaciones corporales que recibe de su madre. Todos estos contactos llegan a través de las sensaciones y las percepciones tanto táctiles y auditivas como visuales. En la forma como un adulto concibe su cuerpo está toda la historia de su vida, la libertad de la que han disfrutado o la represión que ha padecido.

Esta noción, relacionada con imagen de sí mismo, es indispensable para la elaboración de la personalidad. La persona vive su cuerpo en el momento en que se puede edificar con él. En la práctica, varios tipos de ejercicios contribuyen a su elaboración, como los propuestos a continuación por Da Fonseca (2004).

a) Imitación. Reproducción de gestos, de movimientos y de posiciones. La primera etapa será la imitación en espejo, ejemplo, al imitar gestos con pañuelos.

b) Exploración. Familiarización con nuevos objetos. Se busca varias posibilidades de manipulación al investigar un objeto libremente, ejemplo, un juego con cajas de cartón.

c) Nociones corporales. Palabras que designan partes del cuerpo. Ejemplo el adulto mayor nombra una parte del cuerpo que el interventor señala.

d) Utilización es la aplicación de la exploración. Ejemplo, dibujar su propio cuerpo.

e) Creación, inventar, imaginar situaciones, personas, objetos, a través del juego corporal o por medio de los objetos (interviene la imitación diferida). Ejemplo, una construcción con bloques.

### **3.6 Elaboración de la lateralidad.**

Según Da Fonseca (2001) la lateralización es el resultado de la predominancia motriz del cerebro. La predominancia se presenta sobre los segmentos corporales derecho e izquierda, tanto a nivel de los ojos como de las manos y los pies. La lateralización depende de dos factores: el desarrollo neurológico del individuo y de las influencias culturales que recibe.

El desarrollo neurológico es diferente en cada uno de los hemisferios cerebrales y en el territorio- neuro-sensitivo-motor que le corresponde. Esta diferenciación aumenta con el crecimiento del niño. Podemos distinguir dos tipos de lateralidad:

a) lateralidad de utilización, la cual se traduce por una prevalencia manual de las actividades corrientes o sociales (mano que se utiliza al comer)

b) lateralidad espontánea que está en función de la dominancia cerebral hemisférica y se manifiesta por una lateralidad tónica; es decir, en el lado dominante hay una tensión mayor. En casi todos los sujetos la lateralización neurológica corresponde a la de la utilización.

Una adecuada lateralidad es cuando el conjunto de predominancias laterales es del mismo lado y nivel de los ojos, manos y pies. De acuerdo con el desarrollo neuromotor, se establece el siguiente proceso para facilitar la orientación del cuerpo (Oblitas, 2006).

Diferenciación global. Su propósito es utilizar los dos lados del cuerpo, afirma el eje corporal, disociar progresivamente cada lado y facilitar la preferencia natural que se expresa por la habilidad creciente de uno de ellos. Ejemplo, hacer la simulación del avión con los dos brazos extendidos.

Orientación del propio cuerpo. Se refiere a las nociones derecha- izquierda. En esta etapa interviene la toma de conciencia de los dos lados, apoyada por la verbalización. La orientación se refuerza con los ejercicios de disociación.

Ejemplo, fingir peinarse.

Orientación corporal proyectada. Es la elaboración de la lateralidad de otra persona u objeto. Ejemplo: tocar el pie derecho del compañero.

### **3.7 Elaboración del espacio.**

La construcción del espacio se hace paralelamente a la elaboración del esquema corporal, y ambos dependen de la evolución de los movimientos. De hecho, más que cualquier otra noción, la toma de conciencia del espacio surge de las capacidades motrices que se inician desde el nacimiento (García, 1995).

Los ejercicios para la elaboración del espacio tienen su punto de partida en el movimiento, por lo que los del esquema corporal y los de la lateralización, contribuyen indirectamente a su desarrollo. Los tipos específicos de actividad son los siguientes:

a) adaptación espacial. Corresponde a la etapa del espacio vivido. El cuerpo se desplaza de acuerdo con las configuraciones espaciales ejemplo pasar por debajo de una mesa.

b) nociones espaciales. Palabras que designan el espacio, refuerzan todos los pasos. Ejemplo caminar atrás o delante de una silla.

c) orientación espacial, abarca conjunto de las relaciones topológicas, cuyo punto de referencia, en un principio es el propio cuerpo. Se desarrolla con ejercicios de localización espacial, de agrupaciones y de reproducción de trayectos. Ejemplo ubicar en un croquis dónde esta la tienda más cercana.

d) estructuración espacial. Consiste en la organización del espacio, sin la

necesidad de referirse explícitamente al propio cuerpo. En esta organización interviene el espacio proyectivo y euclidiano. Así se forman las nociones de distancia, volumen y estructuración espacio temporal. Ejemplo estimar distancias.

e) espacio gráfico. Es el intermediario del espacio de la acción concreta y del espacio mental. Depende de dos aspectos: la percepción de datos gráficos y, de otra parte, la adaptación del trabajo en la hoja de papel. Se trata de franquear el espacio tridimensional al bidimensional a través de la representación y de la experiencia motriz. Ejemplo dibuja entre dos líneas.

### **3. 8 Elaboración del tiempo y ritmo.**

La elaboración del tiempo sigue un proceso semejante al de la construcción del espacio. Empiezan en la etapa sensoriomotriz y depende de factores ya conocidos: maduración, diálogo tónico, movimiento y acción (Calmels, 2001).

En un principio existe un tiempo vivido ligado al sueño y a la vigilia, al hambre y a la comida, al organismo y a la acción concreta, por lo que existen tantos tiempos como acciones. Con la función simbólica, se empieza organizar la integración temporal. Esta noción se elabora a través de movimientos que, por su automatización, introduce un cierto orden temporal debido a la contracción muscular:

a) regularización. Por la existencia del cuerpo, los movimientos afinan y de la repetición resulta un carácter rítmico. De esta manera, automatización corresponde a ritmicidad. Esta automatización o regularización es básica para toda la adquisición motriz. Ejemplo, balancearse sobre los pies acompañado con música.

b) adaptación a un ritmo. La capacidad de adaptar el movimiento a un ritmo se logra primeramente al nivel de las manos, y después por los movimientos locomotores. Los brincos u otros movimientos que impliquen factores de

equilibración tónica y de control motor. Ejemplo caminar y aplaudir rítmicamente.

c) repetición de un ritmo. Favorece la interiorización de los ritmos. Ejemplo reproducir sonidos dados.

d) nociones temporales. La designación del tiempo y del ritmo. Ejemplo caminar lento como una tortuga, caminar rápido como una liebre.

e) orientación temporal. La capacidad para situarse en relación con un eje temporal y de actuar corporalmente en consecuencia a un antes, un después, etc. Ejemplo lanzar la pelota y correr más rápido que ella.

f) estructuración temporal. Está relacionada con estructuración espacial, es decir, implica la conciencia de los movimientos y de sus desplazamientos ejecutados con cierto tiempo y en cierta distancia. Ejemplo, cruzar una habitación en el tiempo que dura una melodía (Schinca, 2003).

El estudio de la conducta humana a lo largo del ciclo vital, puede realizarse a través de la observación del hombre en movimiento, en la dialéctica de sus relaciones con el entorno. Todo hombre dispone de un cuerpo para actuar y para expresarse en presencia de situaciones a las que debe ajustarse y no sólo reaccionar (García, 1995).

#### **4. Psicomotricidad en el adulto mayor.**

Los estudios recientes publicados sobre la actividad física en la adultez mayor, menciona González (2002), se refieren a los efectos positivos obtenidos en la recuperación o retraso en la aparición de algunas deficiencias anatómicas y/o fisiológicas asociadas a la vejez. Casi todos los estudios están realizados sobre la base de casos de adultos mayores sedentarios. No es difícil entender esto, ya que

la mayoría de las generaciones que hoy tienen entre 60 y 80 años, fueron perdiendo paulatinamente las actividades de la vida diaria, a medida que la vida se automatizaba, la mayoría de ellos sin modificar sus hábitos.

Entonces, al referirse a la actividad física en el adulto mayor se debe hablar desde al menos dos escenarios:

1.- Adultos mayores activos.

2.- Adultos mayores sedentarios.

El primer grupo, representa la gran minoría y corre con una ventaja: sabe entrenar, conoce sus alcances y limitaciones, porque ha entrenado toda la vida.

El segundo grupo, la gran mayoría, altamente deteriorados por el sedentarismo, no sabe entrenar, por tanto son sometidos a la prescripción de ejercicio, que deben partir por una exhaustiva evaluación, si quieren ser consecuentes con las necesidades y limitaciones del adulto mayor en cuestión (Del Río, 2004).

Por ello es fundamental que se reeduce y motive, en especial al sector mayoritario de adultos mayores sedentarios, a llevar estilos de vida saludables realizando entre otras cosas, una actividad física; a su vez que se refuerce al sector activo a continuar con sus rutinas y hábitos positivos para una vida de calidad.

Esta claro que la relación entre el ejercicio físico y la salud es favorable para retrasar el deterioro acelerado de las funciones cognitivas y motoras en la etapa de la adultez mayor, no sólo enfocándose únicamente a las dimensiones biológicas, o psicológicas, pero ésta postura comprende la interconexión somatopsíquica, por cuestiones de limitación teórica- metodológica se enfoca el campo de estudio a los aspectos psicológicos de la actividad física en el adulto mayor, es decir, en la psicomotricidad como medio para mejorar la calidad de vida (García, 2005).



Entonces, la importancia de realizar actividad física, en este caso por medio de la psicomotricidad, en la adultez mayor son según García (1995) para retardar algunas de las siguientes situaciones:

- En el transcurso de la adultez tardía al inicio de la vejez, comienza a constatarse en cada persona una disminución en la adaptación y agilidad motriz, que condiciona de forma diferente la vida activa, autónoma y creativa.

- Las modificaciones articulares, óseas, dermatológicas y musculares modifican la apariencia física la cual afecta a la imagen corporal que cada adulto mayor va interiorizando, y que habitualmente no responde a los patrones estéticos, que la sociedad valora como positivos, crea inseguridad y por lo tanto aislamiento y apatía.

- Al progresivo cambio psicomotriz se añaden factores afectivo-familiares dolorosos como la partida de los hijos, pérdida del cónyuge que afectan las capacidades tónico-emocionales y comunicativo-expresivas con las personas del entorno, inhibiéndose la participación en la comunidad.

- Algunas personas ante la jubilación disponen de un número elevado de horas de tiempo libre y ocio, con dificultades para organizarse y disfrutar de un tiempo creativo, utilizándose un número de horas elevado en torno a las actividades de tipo sedentario con escasa movilidad y actividad física.

- A medida que estos hábitos de sedentarismo y aislamiento se implantan en la persona, la autonomía e independencia disminuyen, generándose una dependencia cada vez mayor de algún miembro de la familia, en la resolución del ocio personal y social de cada persona mayor, manifestándose conductas de

inhibición, depresiones y escasos interés por el medio.

- La salud en su concepción más general se afecta ya que disminuyen la utilización de las capacidades físico-motrices, psíquicas y sociales.

Existen diferencias significativas psicomotoras entre los adultos mayores sedentarios con respecto a otros periodos de la vida debido al deterioro fisiológico. Estos adultos mayores sufren una pérdida o disminución de sus capacidades de adaptación a nuevas situaciones debida al proceso natural de envejecimiento que condiciona a la hora de poder llevar una vida activa, creativa y autónoma, es decir, puede llevar a una dependencia ya sea por razones físicas, psicológicas, afectivas y económicas (Del Río, 2004).

La práctica de la actividad física en la sociedad contemporánea se materializa en una serie de manifestaciones muy diversas, vinculadas entre sí por el nexo del ejercicio físico que implica pero muy diferentes en cuanto a un propósito, a su contexto y al impacto que tiene para el individuo y la sociedad en su conjunto.

La actividad física como vehículo educativo y recreativo es la variable más importante de esta manifestación tanto por su profundo sentido humanista como por construir, en nuestros días, un elemento esencial de mejora de la calidad de vida, elementos que deben ser accesibles a todas las personas independientemente de su condición y edad (Tasset, 1998).

Por ello es necesario prestar atención a las características de cada adulto mayor y orientar hacia un tipo de actividad corporal planeada que permita trabajar y mejorar las capacidades biológicas básicas, potenciar la sociabilidad, habilidades cognitivas, ayudar a la imagen y lograr una buena competencia psicomotora.

A modo de resumen, se tiene que la actividad motora (debidamente planeada)

inciden según González (2005) beneficiosamente en:

- Favorecer la movilidad articular, amplitud y naturalidad de los movimientos.
- Conservar la fuerza muscular.
- Disminuir el dolor articular y de los músculos.
- Controlar el aumento de peso, frecuentemente en los adultos mayores debido a la disminución de gasto energético y efecto negativo coadyuvante a todo el proceso de envejecimiento del aparato psicomotor.
- Minimizar el problema de arterioesclerosis e hipertensión.
- Potenciar la resistencia al cansancio, con lo cual se lucha directamente contra el sedentarismo y todos sus efectos negativos sobre la salud y bienestar general.
- Mejorar el funcionamiento general del aparato cardio-vascular.
- Aumentar la capacidad respiratoria.
- Relajar física y psíquicamente.
- Mantener vivos los reflejos.
- Mantener la capacidad de coordinación de los movimientos y la agilidad.
- Mantener la capacidad de atención y concentración.
- Facilitar la reconstrucción del esquema corporal.
- Mantener la capacidad de orientación en el espacio y el tiempo.
- Mantener estables los actos cotidianos tales como lavarse, peinarse, dar cuerda al reloj, etc. Y en caso de no poder realizar de la forma habitual, posibilitar nuevos aprendizajes para la búsqueda de soluciones alternativas.
- Facilitar la vida de relación con los demás y con el entorno.

## **5. Calidad de vida y adultez mayor.**

La autonomía de las personas mayores está íntimamente relacionada con su calidad de vida. La actividad física es un protector y precursor de dicha autonomía y de los sistemas orgánicos que la condicionan, además de preservar y mejorar la movilidad, estabilidad articular y la de las palancas músculo -esqueléticas, que a

su vez inciden beneficiosamente sobre la calidad del hueso, la postura motriz, la auto regulación de sí mismo y en definitiva como un factor relevante de la calidad de vida (Acevedo, 2006).

Pero el término calidad de vida tal vez no sea reciente para el campo la educación ni de la psicología pero actualmente ha tenido auge en casi todas las áreas encargadas de estudiar al ser humano desde sus respectivos enfoques; ya que el término era utilizado con mayor frecuencia en el ámbito de la salud, además que es ahí donde tuvo su origen, pues las primeras manifestaciones datan en las ideas de Hipócrates en su obra la Corpus hippocraticum que contiene el tratado de los aires, las aguas y los lugares (siglo V a.C.) que, en vez de atribuir un origen divino a las enfermedades, discute sus causas ambientales. Sugiere que consideraciones tales como el clima de una población, el agua o su situación en un lugar en el que los vientos sean favorables son elementos que pueden ayudar al médico a evaluar la salud general de sus habitantes.

Pero es en el renacimiento cuando el hombre realmente comenzó a tomar conciencia de los determinantes de su existencia, donde se cuidaba fundamentalmente las actividades del modo de vida como lo son el trabajo, nutrición, ejercicio, recreación, actividad sexual, como objetivo una vida con calidad, bienestar y salud (Buendía, 1997).

Otras conceptualizaciones contemplan dentro del término calidad de vida, a los factores económicos y las relaciones de propiedad como determinantes del modo de vida de la población, condiciones de la salud y la enfermedad, ésta idea la elaboraron los higienistas sociales de la segunda mitad del siglo XIX quienes habían incorporado las teorías económicas más revolucionarias de la época al estudio de la salud-enfermedad, lo que les permitió relacionar el bajo salario, las condiciones inhumanas de trabajo, vivienda insalubre, la miseria de las clases sociales relegadas con la enfermedad y las epidemias propias de la época que afectaban a la calidad de vida de la población.

(Garduño, 2005). Menciona que Hipócrates, los utopistas del Renacimiento y los higienistas sociales constituyeron los tres estadios en la conformación de una concepción que consideraba que el grado de calidad que alcanzaba la vida de la población en dependencia de las condiciones de vida y económicas jugaban un papel trascendental en la determinación de la salud.

Años después en el mundo moderno se produjo un desarrollo no armónico entre las naciones manifestado en guerras que abrieron los ojos al mundo para desarrollar valores en la cultura universal e instituciones de cooperación y ayuda como la ONU, UNESCO, OMS y UNICEF que promovieron proyectos que hacían posible los registros de datos y los estados comparativos del grado de desarrollo, las condiciones de vida y salud de las naciones, así aportando datos importantes para el estudio continuo del concepto de calidad de vida.

La creación de instituciones universales permitieron integrar y universalizar una valoración de la calidad de vida de las naciones para poder jerarquizar y ejecutar los planes de ayuda, políticas de desarrollo para poder exigir el cumplimiento de acuerdos internacionales en relación con los derechos humanos; marcando un paso importante para la conceptualización de calidad de vida (Oblitas, 2006).

Este paso vinculaba a las ciencias de la salud y a las ciencias médicas a la necesidad de relacionarse con conceptos, tales como: modo de vida, nivel de vida, condiciones de vida y estilo de vida, lo cual va integrando una estructura conceptual de un enfoque biosocial de la salud, a la vez que su conocimiento permite estimar la calidad de vida.

Para Wild (2003) el modo de vida incluye toda la actividad socializada, sistemática y necesaria que vincula de forma activa a los grupos humanos al modo de producción. El nivel de vida se refiere sólo a los aspectos económicos y materiales en que se desenvuelve la vida. La condición de vida puede definirse como el contexto material, espiritual y de actividad en el que transcurre la vida de las

personas, se puede decir, que es el contexto modulador de la vida y la salud.

El estilo de vida es la expresión de lo social a través de la actividad individual de la personalidad. Todas las personas realizan las actividades del modo de vida, pero la personalidad de cada individuo le otorga sentido a determinadas actividades o aspectos de ellas, las jerarquiza y al ejecutarlas le incorpora las características personales.

En este sentido, esta serie de conceptos ayudan a entender que la salud y el logro de una vejez saludable y feliz, no se resuelve en el terreno de la medicina; hay que mejorar la calidad de las condiciones sociales y cognitivas de vida, esto supone, generar y construir alternativas a nivel de políticas de salud y de desarrollo que garantiza la equidad y protejan, así como atiendan a un sector poblacional que requiere este tipo de atenciones.

Como ya se señaló con anterioridad el concepto calidad de vida es un elemento importante a considerar en el estudio de la adultez mayor, ya que se encuentra estrechamente ligado a los niveles de bienestar que en el momento presente vive o goza el adulto mayor. La definición de calidad de vida ha considerado variaciones a lo largo del tiempo. En un principio el término se refería al cuidado de la salud personal después se adhirió la preocupación por la salud e higiene pública, extendiéndose así a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, sumándose el indicador de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud (Robles, 2004).

Así, la calidad de vida es un constructo que engloba partes importantes de la vida del sujeto, ya que compromete de manera significativa el proceso vital, manifestando por medio de una evaluación objetiva (instrumentos) y subjetiva de al menos los siguientes elementos:

- salud.
- alimentación.
- educación.
- trabajo.
- vivienda.
- seguridad social.
- vestido.
- ocio.
- derechos humanos.

Robles (2004) sostiene que la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación de éstas por parte del individuo. Según este enfoque, la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual (Lawton, Moss, Fulconer y Kleban, 1982; en Robles 2004). Desde esta perspectiva y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida cotidiana. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo se considera primordial la percepción y estimación de dicho bienestar, por lo que resulta importante tomar el juicio de los agentes de salud (psicológico, médico, etc.) aunque pueden resultar no suficientes para evaluar la calidad de vida. Por lo cual debe contarse además, con la propia evaluación de los sujetos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) la calidad de vida se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona, y no solo la ausencia de síntomas o de una afección determinada. Desde esta perspectiva el tratamiento e intervención con los adultos mayores debe darse con base a los siguientes tres factores:

1. Síntomas y quejas subjetivas (sintomatología depresiva)

2. Diagnósticos ( enfermedades crónicas)
3. Funcionamiento fisiológico ( como presión arterial)
4. Funcionamiento psicológico y cognitivo (como ejecución en el examen mental breve)
5. Funcionamiento físico (como restricciones de la actividad y deterioro en el autocuidado)
6. Percepciones generales de salud (como auto calificación de estado de salud)
7. Funcionamiento social (como naturaleza y frecuencia de interacciones sociales).

Estos factores permiten tener información de algunos procesos, tanto a nivel macrosocial como en las experiencias individuales permitiendo generar las siguientes cuestiones ¿Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista?, ¿cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar –en ocasiones con hijos/as dependientes- con una pensión?, ¿cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia? Son sólo algunos temas que necesitan un abordaje teórico y práctico responsable y riguroso, ya que las sociedades que envejecen a ritmo creciente, de acuerdo a las perspectivas demográficas, han de promocionar la calidad de vida en la vejez, siendo el reto más inmediato de las políticas sociales.

El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.



Por ello la calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer (Justamante, 2003).

En consecuencia, para Garduño (2005) la mejora cuantitativa y cualitativa de la adultez mayor no se centra hoy tanto en la lucha contra la "naturaleza incontrolada" como son las causas naturales de enfermedad, muerte, sus hábitos personales y sociales no saludables. Lo que significa que el adulto mayor tiene que luchar contra sí mismo y modificar su conducta si quiere mejorar su calidad y prolongar su vida. De este modo, la capacitación, desde la psicología educativa, de los adultos mayores aparece como un elemento imprescindible para afrontar, sin dependencias, las diversas situaciones vitales y para preservar su salud ante los cambios personales y ambientales. Así, el comportamiento saludable aparecerá vinculado de un modo muy preciso a la propia estructura de la personalidad de los sujetos adoptando estilos de vida saludable.



### **Capítulo III. Método.**

Planteamiento del problema.

El ciclo vital del individuo establece etapas o estadios por los que cada sujeto debe experimentar, cada una de ellas establece y exige requerimientos biopsicosociales que permitan la adaptabilidad y desenvolvimiento en su vida cotidiana, en este sentido, la etapa de la adultez mayor significa una reacomodación y en algunos casos la experimentación del desequilibrio de algunas de las funciones motoras y cognitivas que hasta algunos años no significaban preocupación a la población, por lo que el adulto mayor vive la incertidumbre que los nuevos cambios biológicos, psicológicos y sociales le plantean. Es así, que se inicia la exclusión o autoexclusión de ambientes sociales, el deterioro de habilidades que merman la calidad de vida.

El envejecimiento demográfico de la población actual es un reto que la sociedad debe asumir con un alto compromiso y responsabilidad, por lo que, es preciso desarrollar iniciativas asistenciales ya sea en contextos institucionales, político y psicoeducativos para que se garantice un estado de bienestar físico, social y mental así como la capacidad de funcionar en la sociedad y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS, 1998).

Por lo anterior queda de manifiesto la sensibilidad de estudiar al sector de la población de adultos mayores, buscando promover espacios para su inclusión social, autocuidado y autosuficiencia, que favorezca su calidad de vida permitiéndole vivir con dignidad y salud en esta etapa de la vida.

La participación del psicólogo educativo cobra importancia en el trabajo con

adultos mayores en la planeación de talleres, aplicando su conocimiento en el área cognitiva, afectiva, social y educativa propia de cada etapa del desarrollo humano.

Para lograr lo anterior se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿La aplicación del taller de psicomotricidad en adultos mayores fortalece sus habilidades psicomotoras y repercute de forma positiva en su calidad de vida?

Objetivo general

- 1 Diseñar, aplicar y evaluar un taller sobre psicomotricidad dirigido a adultos mayores para mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos.

1. Diagnosticar el desarrollo psicomotor y calidad de vida antes (pretest) y después (postest) de aplicar el programa de intervención.
2. Identificar y fortalecer las necesidades de las funciones psicomotoras finas y gruesas de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida por medio de la aplicación de un el programa de intervención.

Diseño y tipo de investigación

La presente propuesta se enmarca bajo el diseño preexperimental de un solo grupo con pretest y postest. Dado que se realizó una valoración previa a la intervención psicoeducativa donde se aplicaron los instrumentos; COOP WONCA y la evaluación psicomotora con el objetivo de obtener información diagnóstica sobre el estado inicial de calidad de vida así como psicomotor de los adultos mayores, para que posteriormente se efectúe el taller de doce sesiones.

Al finalizar la intervención se aplicó nuevamente la serie de instrumentos

mencionados, obteniendo y contrastando los resultados de la investigación.

## Participantes

La muestra estuvo conformada por veinte adultos mayores con edades entre 60 y 70 años, autosuficientes sin padecimientos de tipo motor, cardíaco y neurológico descartados mediante la expedición de certificado médico de la institución.

Como medida ética se informó y solicitó a los participantes sobre la temática y actividades del taller que tendrán que desarrollar, evidenciando su aceptación por medio de la firma de una carta consentimiento, informado.

## Escenario

Club del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores ubicado al oriente del Distrito Federal en avenida Rojo Gómez S/N, esquina calle 8, delegación Iztacalco; en el salón de eventos del deportivo Leandro Valle ubicado en planta baja, el cual cuenta con un espacio amplio cuyas medidas son 15 metros de ancho por 30 metros de largo, con claridad luminosa y espejos en las paredes.

## Instrumentos

Para evaluar la calidad de vida de los participantes se utilizó el cuestionario Coop Wonca sobre calidad de vida que evalúa la satisfacción que sienten y experimentan los individuos con ellos mismos y con sus condiciones de vida. Este instrumento fue desarrollado originalmente por un grupo de médicos de atención primaria en The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project), Hanover, New Hampshire EE.UU. Fue en 1988 cuando la World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) adoptó este instrumento,

formando la asociación denominada Coop Wonca. Siendo actualizado y validado por profesores de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec en 2005.

El cuestionario Coop Wonca (ver anexo 1) comprende 9 escalas distintas de un único ítem. Cada una de las escalas presenta un título y plantea una pregunta que hace referencia a lo sucedido en la última semana. A estas preguntas se contesta con una de cinco posibles alternativas acompañadas de una viñeta o signo (figs.1 y 2). Las posibles respuestas se puntúan de 1 a 5, siendo las puntuaciones mayores las que reflejan una mejor salud percibida.

Los títulos de las dimensiones son:

1. Forma física
2. Sentimientos
3. .Actividades cotidianas
4. Actividades sociales
5. Cambio en el estado de salud
6. Estado de salud
7. Dolor,
8. Apoyo social
9. Calidad de vida en general.

Este instrumento, se aplicó antes de realizar la intervención (pretest) con el propósito de obtener información diagnóstica sobre los adultos mayores y se aplicó nuevamente una vez hecha la intervención psicoeducativa para conocer los resultados arrojados por el taller diseñado.

Para evaluar la psicomotricidad, se tomó como referente teórico los postulados de Durivage (2000), y se diseñó una versión para este estudio que retoma los siguientes elementos (ver anexo 2):

- 1.-Percepción

- 2.-Motricidad
- 3.-Esquema corporal
- 4.-Lateralidad
- 5.-Espacio
- 6.-Tiempo-ritmo

Cabe señalar que cada eje valora un indicador en específico (ejemplo: percepción visual; ver anexo 2), donde de acuerdo a cada actividad se obtendrá un puntaje, ya sea cero, (no realiza la actividad) uno (la realiza parcialmente) o dos (la realiza sin dificultad), obteniendo el mayor puntaje el adulto mayor que realice mejor cada una de las actividades.

El presente instrumento se aplicó antes de realizar la intervención (pretest) con el propósito de obtener información diagnóstica sobre los adultos mayores y se aplicó nuevamente una vez hecha la intervención psicoeducativa para conocer los resultados arrojados por el taller diseñado.

**Taller: “Intervención psicoeducativa: una propuesta para fortalecer la psicomotricidad en adultos mayores”.**

Adicionalmente para la presente investigación se diseñó un taller para fortalecer la psicomotricidad en adultos mayores, que se fundamenta en las aportaciones que en el campo de la psicomotricidad ha realizado Johanne Durivage (2000) adaptándolo a las necesidades y características de la población de adultos mayores en cuestión.

La propuesta de intervención establece doce sesiones, de dos horas cada una. Cabe señalar que se estima este tiempo de cada sesión porque implica actividades individuales de los participantes supervisadas, y con ello se requiere darles el tiempo adecuado a la edad y condición de los participantes.

En cada sesión se realizarán ejercicios que retoman los seis ejes de psicomotricidad (ver anexo 3):

- 1.-Percepción
- 2.-Motricidad
- 3.-Esquema corporal
- 4.-Lateralidad
- 5.-Espacio
- 6.-Tiempo-ritmo

Cada una de las sesiones contiene un objetivo general acompañado de procedimientos puntuales a desarrollar en cada uno de los seis ejes, así como de material de apoyo para la realización de las actividades.

#### Registro anecdótico

Adicionalmente para llevar una bitácora del taller se realizó un registro anecdótico (ver anexo 4) que se utilizó en cada una de las sesiones a desarrollar en el Club del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores Leandro Valle con los participantes, en la cual se describió los acontecimientos y experiencias vivenciales que se presenten durante la intervención psicoeducativa reflejando las participaciones de los adultos mayores.

#### **Tratamiento de los datos**

Las evaluaciones tanto de psicomotricidad como de calidad de vida tienen indicadores numéricos en cada reactivo, los cuales se suman para obtener un puntaje por cada variable de estudio. De tal manera que entre más puntaje, mayor cantidad de atributos a evaluar (psicomotricidad y calidad de vida).

Como los instrumentos se aplicaron antes y después de la intervención



psicoeducativa se obtienen dos puntuaciones que se compararon grupalmente a través de las medias por lo que se utilizó un análisis de frecuencia de cada reactivo, no paramétrico, T de Wilcoxon para medidas pareadas.

## **Capítulo IV. Análisis de resultados.**

### **Descripción de participantes.**

Los 20 participantes son adultos mayores de género femenino cuyas edades oscilan entre los 60 y 70 años de edad, pertenecen a un medio económico y social medio – bajo, cuya residencia se encuentra en la Delegación Iztacalco del Distrito Federal. Son autosuficientes, por lo que cuentan con la capacidad de desplazamiento y no tienen ningún tipo de padecimiento ya sea físico o psicológico.

Las participantes gozan de todas sus capacidades intelectuales; atención, memoria a corto plazo y un buen funcionamiento general de sus habilidades cognitivas, salvo algunos casos de debilidad visual debido a la edad con la que cuentan, para esto les es necesario el uso de lentes que les apoya a tener una mejor visión. Ninguna de las personas que realizaron el taller tienen impedimentos físicos graves, dentro de la muestra hubo dos que usaban bastón, sin que éste les impidiera realizar los ejercicios.

### **Reseña del diario de campo.**

Al finalizar cada una de las doce sesiones (con duración de dos horas cada una), los coordinadores del taller reseñaron las observaciones y experiencias de lo que resultó más trascendente y enriquecedor de cada sesión, que se comentan a continuación:

Durante la presentación de los responsables del taller, la convocatoria a la población Adulta Mayor del INAPAM fue abierta y general para todo público que

acude al club, teniendo una primer lista de 31 personas, de las cuales, 29 pertenecían al sexo femenino y dos al masculino, una vez teniendo la confirmación de los participantes se inició con la aplicación de los instrumentos que nos arrojarían los datos diagnósticos de la población (ver análisis cuantitativo), la primera observación que se realizó es que la explicación de la aplicación de los instrumentos debía ser muy concreta para su correcto entendimiento, donde se tenían que explicitar muchas cosas pues el lenguaje y la forma en que se daban las indicaciones al grupo hacia que se perdiera la atención entre los participantes pues entre ellos mismos se preguntaban las indicaciones generando así más dudas, por otro lado, verbalizaron que era la primera vez que los sometían a actividades de este tipo, por lo que su comprensión se les hacía difícil, cuestión que fue modificada para las sesiones posteriores del taller.

Por otro lado, resultó interesante observar que los hombres que inicialmente se habían inscrito dejaron de asistir a partir de la segunda sesión del taller sin que se incorporaran de forma posterior, cabe señalar que en el club se encuentran inscritos cerca de 15 adultos mayores hombres cuya única actividad es el juego de dominó y que éstos se encontraban en el mismo espacio físico donde se llevó a cabo la intervención psicoeducativa, dichos participantes de sexo masculino se negaron a formar parte del grupo al que se aplicó la intervención, por lo que se puede establecer que la disposición a gozar de una mejor calidad de vida, así como tener estilos de vida saludable se da de manera más positiva en las mujeres.

Es conveniente señalar que conforme se fue dando la aplicación de la intervención la curiosidad de los hombres se fue percibiendo, en el sentido de que una vez que terminaba el tiempo de la sesión, se efectuaba también el cierre del inmueble, por lo que el grupo de personas que permanecía jugando domino, se levantaban y empezaban a realizar las actividades físicas que se habían ejecutado durante ese día, particularmente las de el eje de motricidad, el indicador de control postural, cuando caminaban por las líneas elaboradas de 3 metros en el piso, teniendo

éstas forma recta, curva y mixta. (Ver taller, sesión No. 2 “El cuerpo y su relación con los objetos”).

Otro indicador de importancia es el que se identificó con la motivación, pues ésta fue evidente en la puntualidad que mostraron las participantes, pues siempre estuvieron al tanto de la sesión y la hora de comienzo, además de que se acercaban a los coordinadores del taller y señalaban lo útiles que se sentían al darse cuenta y percatarse que aun eran capaces de realizar muchas cosas por sus propios recursos.

El ambiente que se generó en cada una de las sesiones resultó un contexto de unidad y cohesión grupal donde resultan visibles los lazos afectivos, los círculos de amistad, apoyo y solidaridad entre las adultas mayores, pues establecían contacto telefónico, cuestionándose cuando una de ellas faltaba por compromisos sociales o motivos de salud, informando a su vez a los responsables de la intervención psicoeducativa.

Cabe mencionar que el grupo (club) de adultos mayores contaban con una organización interna previa, establecida por ellos mismos, por lo que tenían dos representantes del grupo; la señora Sara y la señora Trini, quienes eran las encargadas de resguardar el material físico con el que cuentan, además de difundir los avisos que llegan de INAPAM, por lo que ésto contribuyó a que las actividades, el establecimiento de horario y la cooperación se diera de forma más efectiva y útil.

## **Reseña de Actividades de los participantes, fase inicial, intermedia y final de la Intervención Psicoeducativa.**

### **Etapa Diagnóstica (Inicial)**

Inicialmente al conformar el grupo de trabajo, se procedió a la aplicación de los

instrumentos que conformaron el pretest, evaluando los elementos de motricidad y calidad de vida. En este aspecto se observó disposición y entusiasmo a las actividades, sin embargo no en todo el grupo se identificó de esta manera, ya que de la totalidad de los adultos mayores inscritos, sólo durante la primera semana desertaron siete participantes, quedando la muestra de 20, una vez presentadas las actividades a realizar se fijó el horario de trabajo. En este primer momento también se identificaron aspectos de desorientación y conocimiento ante las actividades por lo que se iniciaría el proceso de adaptación y aceptación a lo que se vería en el curso, esto fue muy bien recibido por los adultos mayores ya que se dieron elementos de socialización positivos con los coordinadores del taller.

### **Etapa de Aplicación (Intermedia)**

Durante la aplicación del taller y conforme fueron avanzando las sesiones se observó en los participantes mayor disposición al trabajo, esto se manifestó en la puntualidad a cada una de las sesiones, en el cumplimiento de las indicaciones así como en la forma en que realizaban los ejercicios, pues a pesar de que algunas actividades exigían mayor esfuerzo y desgaste físico quedaba de manifiesto la dedicación con que realizaban las actividades. Se observaron valores tales como la solidaridad, respeto al trabajo de las compañeras, en la verbalización de palabras de aliento como “tú puedes”, “lo hiciste bien”, además de que una vez que concluían algún ejercicio el resto del grupo le aplaudía a quien acababa de realizar su rutina. Esta dinámica de trabajo se presentó en cada una de las sesiones de la intervención psicoeducativa hasta concluir.

### **Etapa de Evaluación (Final)**

En la etapa de evaluación, de aplicación del posttest se observó la soltura con que realizaron los ejercicios que ya conocían, donde ya no fue necesario repetir y explicar detalladamente las indicaciones, pues ya tenían bien interiorizadas cada una de las actividades, además comentaban y reseñaban (explicándose entre las

mismas participantes) cómo es que se respondía indicado ítem o la forma en que se llevaba a cabo algún aspecto del taller.

Finalmente comentaron lo útiles que se volvieron a sentir desde la mitad de la aplicación del taller, que volvían a sentirse independientes y autosuficientes, que la mente la tenían ocupada, estando ausente en este tiempo pensamientos negativos y sensaciones de abandono y depresión.

### **Análisis cuantitativo.**

A continuación se presentan las evaluaciones de cada uno de los instrumentos, tanto de psicomotricidad como de calidad de vida los cuales poseen indicadores numéricos en cada reactivo, dichos reactivos se sumaron para obtener un puntaje por cada variable de estudio. De tal manera que entre más puntaje, mayor cantidad de atributos se evaluaron, siendo las puntuaciones mayores las que reflejan una mejor salud y habilidades psicomotoras percibidas.

Como los instrumentos se aplicaron antes (pretest) y después (postest) de la intervención psicoeducativa se obtuvieron dos puntuaciones que se compararon grupalmente por lo que se utilizó el estadístico T de Wilcoxon de muestras pareadas de un solo grupo.

### **Calidad de vida.**

Al evaluar cada ítem del instrumento de calidad de vida (Coop wonca) arrojó los siguientes resultados, de acuerdo a cada factor:

**Forma física:** se observa una puntuación promedio en el pretest de 2.62 que revela una actividad ligera por parte del adulto mayor (un caminar despacio). En el postest la puntuación es 3.62 lo que muestra diferencias significativas pasando al desarrollo de una actividad moderada (caminar a paso rápido).

**Sentimientos:** en el pretest se obtuvo un puntaje promedio de 3 dejando ver una moderada molestia con respecto a sus problemas emocionales tales como ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza o desánimo. A la postre del taller, los resultados obtenidos fueron de 4 en promedio, refiriendo entonces los adultos mayores, que un poco le han molestado los problemas emocionales. Estadísticamente hubo diferencias significativas donde se redujo esa percepción negativa sobre sus sentimientos.

**Actividades cotidianas:** antes de comenzar con la intervención psicopedagógica los resultados arrojados fueron en promedio de 3.43 mostrando dificultad moderada para hacer sus actividades o tareas habituales, a causa de su salud física o por problemas emocionales. Al concluir dicha intervención, se obtuvo un promedio de 4, consiguiendo relatar los adultos mayores la disminución en la dificultad para realizar sus actividades cotidianas, siendo estas diferencias significativas estadísticamente.

**Actividades sociales:** entre los puntajes del pretest y del postest, se obtuvo diferencias significativas ya que se modificó de 3.76 a 4.33, manifestando los adultos mayores una disminución en la limitación de sus actividades sociales a causa de su salud física o estado emocional.

**Cambio en el estado de salud:** en el pretest se consiguió la respuesta promedio de 3.67 calificando los adultos mayores su estado de salud como igual en comparación al de una semana anterior. En el postest el resultado fue de 3.76 dejando ver que sólo el 10% de la población modificó positivamente su respuesta, dando una diferencia de .157 la cual no es estadísticamente significativa (ver tabla 1), cuya respuesta promedio se mantiene en la percepción de su estado de salud igual al de la semana anterior. Este ítem evaluó un aspecto fisiológico el cual no se puede modificar a través de la actividad psicomotora sino de administración medicamentosa la cual no compete al taller realizado.

**Estado de salud:** en este ítem se calificó la percepción del estado de salud en general del adulto mayor, adquiriendo en promedio el puntaje de 2.71 en el pretest y 3.24 en el posttest, alcanzando diferencias significativas, pues las referencias de los adultos mayores sobre su salud fue de buena a muy buena.

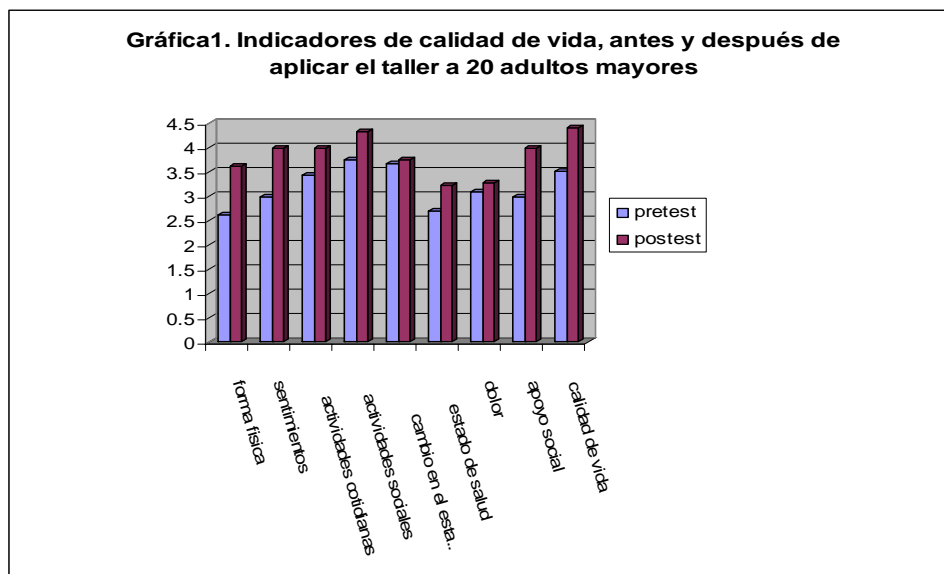
**Dolor:** se obtuvo un puntaje promedio de 3.10 en el pretest y en el posttest 3.29, dejando ver falta de significatividad estadística al obtener una diferencia de .102 (ver tabla 1), es decir, la respuesta promedio sufrió el cambio del 5% de los adultos mayores que participaron que ubican y mantienen su respuesta en la percepción de que el dolor sentido es ligero igual que el de la semana anterior. Al igual que el ítem cambio en el estado de salud no hubo variante; tratan de aspectos fisiológicos que sólo mejoran con la administración de medicamentos.

**Apoyo social:** se consiguió el puntaje promedio de 3 antes y 4 después de la intervención psicomotora, cuyas respuestas van de que algunas personas estaban dispuestas a ayudarles en caso de necesitar o querer algo en algunas situaciones (como sentirse nervioso, sólo o triste, encontrarse enfermo, necesitar hablar con alguien, ayuda en las tareas de la casa o ayuda para cuidar de sí mismo) a que bastante gente estuvieron dispuestas a apoyarles en los casos mencionados, encontrando diferencias significativas estadísticamente.

**Calidad de vida:** el puntaje promedio del pretest es de 3.52 que representa la manifestación de los adultos mayores de indiferencia a cómo le ha ido en la última semana (tomando como referencia el día que se aplica el Coop wonca), modificándose el puntaje promedio en el pretest a 4.43 que describe diferencias significativas, pudiendo referir que les ha ido bastante bien en la última semana.



Para una mejor apreciación se puede observar estos resultados de forma gráfica que se presenta a continuación.



Como se presenta en la tabla 1, a modo de resumen, los datos obtenidos antes y después de la intervención psicomotora dejan ver diferencias estadísticamente significativas en los ítems de forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, estado de salud, apoyo social y calidad de vida.

Asimismo, los ítems cambio en el estado de salud y dolor no presentan modificación ya que involucra al aspecto fisiológico.

**Tabla 1. Indicadores de calidad de vida, antes y después de aplicar el taller a 20 adultos mayores**

	Pretest	Posttest	T de Wilcoxon	Probabilidad
<b>Forma física</b>	2.62	3.62	-4.185	.000
<b>Sentimientos</b>	3.00	4.00	-3.753	.000
<b>Actividades cotidianas</b>	3.43	4.00	-2.972	.003
<b>Actividades sociales</b>	3.76	4.33	-3.464	.001
<b>Cambio en el estado de salud</b>	3.67	3.76	-1.414	.157
<b>Estado de salud</b>	2.71	3.24	-3.317	.001

<b>Dolor</b>	3.10	3.29	-1.633	.102
<b>Apoyo social</b>	3.00	4.00	-3.384	.001
<b>Calidad de vida</b>	3.52	4.43	-3.945	.000

## **Psicomotricidad.**

Los siguientes resultados corresponden al instrumento que evaluó las habilidades psicomotoras de los adultos mayores, cabe mencionar que los datos estadísticos muestran en todos los ejes diferencias significativas estadísticamente.

**Percepción:** Los puntajes obtenidos al aplicar el pretest fueron de 4.95 en promedio, dejando ver una moderada dificultad en la percepción visual al detener la marcha dando un paso después de un estímulo visual, encontrando tres de cuatro imágenes impresas, delineando dos o tres de cuatro figuras con un color designado, encontrando tres figuras iguales de cinco series. En cuanto a la percepción táctil, lograron clasificar objetos, sin ver, de distintos materiales cometiendo un error ya sea de tamaño o textura y realizaron modelado irregular de formas asignadas. Por la percepción auditiva realizaron los movimientos consignados después de dos o más segundos de haber emitido las señales auditivas.

Al concluir el taller los resultados recolectados son de 7.40 revelando una mejoría en la percepción visual al detener los adultos mayores la marcha inmediatamente después de la señal visual, encontraron todas las imágenes diferentes así como las iguales en distintas series; delinearon tres de las figuras según el color asignado. Clasificaron los objetos por forma o textura sin error, en cuanto al modelado se mantuvo irregular. En la percepción auditiva realizaron los movimientos consignados inmediatamente después de la señal.

**Motricidad:** el pretest arrojó el puntaje de 4.35 correspondiente a la realización de movimientos locomotores indicados por el aplicador con tres o menos errores, caminar sobre las puntas de los pies en dos o menos trayectos, dificultad para

ejecutar movimientos con los ojos vendados así como para caminar cargando revistas siguiendo los trayectos marcados. También se observó problemas con la manipulación de pelota al lanzar y cazar, asimismo llevando la pelota en los brazos al caminar entre aros. Para el posttest el puntaje alcanzado es de 7.25 reflejando la realización de movimientos indicados por el aplicador sin error alguno, ejecución de acciones locomotoras con facilidad pudiendo caminar sobre todos los trayectos trazados, ya sea sobre las puntas de los pies o cargando revistas. El caminar entre los aros cargando la pelota lo realizaron con soltura y facilidad.

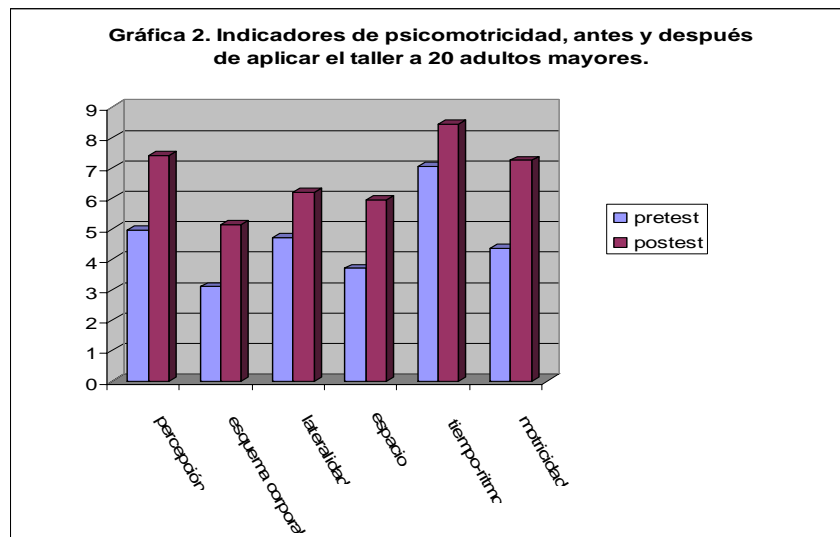
**Esquema corporal:** el puntaje emanado durante el pretest es de 3.10 y en el posttest de 5.15, reflejando una mejoría en la imitación de posturas, armado de rompecabezas con forma de cuerpo humano, en el señalamiento de partes del cuerpo consignadas por el aplicador, representación de oficios y profesiones sin hablar y la creación de figuras definidas con cajitas de cartón.

**Lateralidad:** para este eje el puntaje derivado del pretest es de 4.70 correspondiente a la elaboración de movimientos que implican diferenciación global con dos o más errores; caminar sobre un trayecto perdiendo el equilibrio varias veces al ir colocando un pie frente del otro sin dejar espacio. En el posttest se recavó el puntaje de 6.20 mostrando evolución positiva en las actividades anteriores logrando los adultos mayores realizarlas con menos errores y pérdida del equilibrio.

**Espacio:** los puntajes de este eje son de 3.70 en el pretest y de 5.95 en el posttest, dan pauta al progreso en la adaptación espacial de los adultos mayores al trasladarse entre sillas o cuerdas colocadas a distintas distancias sin tocarlas; una mejor ubicación con respecto a un objeto referente, siguiendo la consigna del aplicador; la estimación cada vez más aproximada a las distancias establecidas. También el trazo de líneas rectas entre líneas paralelas sin tocar éstas últimas.

**Tiempo-ritmo:** antes de iniciar la intervención psicomotora se obtuvo un puntaje de 7.05 manifestando la dificultad para realizar en distintos tiempos las actividades al ritmo de la música: balancear los pies, mover un pañuelo con las manos, caminar y reproducir con las palmas de la mano. Sobre la orientación y estructuración espacial se observó el alcance de la pelota lanzada a mediana velocidad por el adulto mayor después del límite. Los resultados después de la intervención son de 8.45, los cuales declaran la correcta realización de los movimientos antes mencionados siguiendo el ritmo de la música sin error; con respecto al ejercicio de orientación y estructuración espacial los adultos mayores lograron en su mayoría alcanzar la pelota lanzada antes del límite.

Lo anterior se puede resumir en la gráfica 2 que muestra la evolución psicomotora de los adultos mayores .



En el caso de psicomotricidad se puede resumir que hubo diferencias estadísticamente significativas en todos los ejes, como lo muestra la tabla 2.

**Tabla 2. Indicadores de Psicomotricidad, antes y después de aplicar el taller a 20 adultos mayores**

	Pretest	Posttest	T de Wilcoxon	Probabilidad
Percepción	4.95	7.40	-3.968	.000

<b>Motricidad</b>	4.35	7.25	-3.948	.000
<b>Esquema corporal</b>	3.10	5.15	-3.757	.000
<b>Lateralidad</b>	4.70	6.20	-3.719	.000
<b>Espacio</b>	3.70	5.95	-3.871	.000
<b>Tiempo ritmo</b>	7.05	8.45	-3.501	.000

**Principales hallazgos al concluir la aplicación de la Intervención Psicoeducativa.**

Durante el desarrollo de la dinámica de trabajo la actitud de los adultos mayores es de alta aceptación y satisfacción a medida que vivencian el bienestar que les aporta la movilización corporal. El grado de aceptación es evidenciado por el alto porcentaje de adultos mayores que manifiestan estar satisfechos con las actividades propuestas.

La estimulación psicomotora en el adulto mayor aumentó su capacidad de independencia funcional en actividades de la vida diaria manifestado en el Coop wonca.

Tanto la mejoría en el estado emocional de los adultos mayores como el aumento de sus capacidades de autonomía personal en actividades cotidianas podrían explicar el significativo incremento del porcentaje que manifestaron la percepción de su salud como buena o muy buena tras la intervención psicomotora.

La estimulación psicomotora aumentó su capacidad de independencia funcional en actividades de la vida cotidiana. Produjo una significativa mejoría en el estado psicoafectivo de las adultas mayores manifestado en el aumento de su nivel de autoestima y motivado, probablemente por una mayor integración de su imagen corporal y aceptación de su estado físico.

Con los datos obtenidos, se confirma que la estimulación psicomotora en adultos mayores, es una actividad que contribuye eficazmente al mantenimiento de las variables de salud precisas para una mejor calidad de vida.

Una vez realizados los tres momentos de la intervención psicoeducativa, esto es, la aplicación del pretest, aplicación del taller y la ejecución del posttest es que se presentan los principales hallazgos en lo que al desarrollo y fortalecimiento psicomotor del adulto mayor se refiere:

- La adultez mayor como proceso evolutivo de la vida es un área de oportunidad para su estudio desde la psicología educativa, teniendo como premisa fundamental la contribución que se hace desde esta ciencia al desarrollo humano.
- Resulta necesario dar un mayor realce al estudio, entendimiento y comprensión de los adultos mayores durante el proceso de formación de los estudiantes de psicología educativa de la UPN.
- Que teniendo como antecedente el crecimiento demográfico de la población adulta mayor es indispensable crear y fortalecer una cultura de inclusión de esta importante población, minimizando los intentos de exclusión y discriminación.

## **Conclusiones y discusión.**

Todo desarrollo humano se encuentra en correspondencia con momentos concretos de la propia evolución, esto es, que los cambios biopsicosociales que experimentan los individuos a lo largo de su vida lo llevan a experimentar nuevas realidades que es preciso asumir. En el caso de la población adulta mayor, que en el caso de México existe una marcada tendencia al crecimiento demográfico de este grupo de personas se hace prioritario y necesario generar las opciones que den alternativas viables para el desarrollo sustentable y bienestar de salud; tanto física, como psicológicamente.

En este sentido, la aplicación de la Intervención Psicoeducativa par Fortalecer la Psicomotricidad de Adultos Mayores para mejorar su Calidad de Vida resultó una estrategia viable que garantiza un mejor bienestar para la población adulta mayor.

Conviene señalar lo indispensable que es abrir estancias para la educación no formal, como lo señala Sierra (1998), entendiendo a estos espacios como los propicios para seguir generando aprendizajes para la vida, en el caso del presente estudio para garantizar la autonomía y mejor estado de vida de los adultos mayores.

Por otro lado, el profesional de la Psicología Educativa, tiene en este rubro la posibilidad de generar ideas novedosas y funcionales que optimicen los indicadores de calidad de vida del adulto mayor, es así, que Arévalo y Maldonado (2003) hablan de encauzar el trabajo del psicólogo educativo como aquel profesional que debe intervenir en todos los proceso psicológicos que afectan el aprendizaje, o que de éste se derivan, cuya intervención será holística,

atendiendo a los ámbitos personal, familiar, organizacional, institucional. Socio – comunitario y educativo en general.

En lo que respecta al perfil de formación y egreso de la Licenciatura en psicología Educativa, corresponde hacer una respetuosa recomendación de revisar y añadir al Plan de estudios en su línea Psicoevolutiva el estudio más detallado de la etapa no sólo la adultez, sino también, las investigaciones, intervención y tratamiento de la población adulta mayor, ya que las asignatura del mapa curricular (Psicología Evolutiva del Niño, Psicología Evolutiva de la Adolescencia y la Adultez) realizan un corte en lo que respecta a los adultos mayores, no existiendo continuidad en el programa de la línea curricular existiendo de forma posterior la materia Psicología Evolutiva y Escolarización.

Citando a Cortés (1983), compete al psicólogo educativo dar soluciones viables a los distintos problemas psicoeducativos, psicosociales y culturales que afectan a las personas de la tercera edad, evitando las acciones negativas que afectan a este grupo de personas, promoviendo su inclusión y no el rechazo del resto de la población.

Además de considerar que según datos de la ONU (Organización de las Naciones Unidas), la población avanza a un proceso de envejecimiento paulatino, si consideramos que en el año 2000 existían 590 millones de personas mayores a nivel mundial, México será el tercer país de la región mesoamericana con más alto envejecimiento con un 10.5% de la población total, por lo que, como se mencionó con antelación, es importante desarrollar programas y propuestas con el fin de atender a esta población de nuestro país.

En lo que respecta a las aportaciones hechas por Durivage (2000), es preciso señalar la pertinencia de generar un cuerpo de conocimientos sobre teoría psicomotora especializada en el proceso de envejecimiento y entendimiento de la



psicomotricidad fina y gruesa para su aplicación en esta población, ya que al conformar el marco teórico de esta investigación, las aportaciones teóricas más frecuentes se encontraron hacia la estimulación temprana de recién nacidos y al entendimiento de las habilidades psicomotoras en edad preescolar.

Una aportación interesante es la de la autora Española Fernández – Ballesteros, quien tiene un cúmulo importante de estudios sobre los adultos mayores, con las contribuciones en términos de investigación y constructos teóricos por parte de esta autora conviene señalar la importancia que tiene considerar a los adultos mayores en ámbito de inclusión, entendiendo que la vejez es una etapa de la vida y no el final de la misma, es prioritario realizar una consideración más humana con los adultos mayores, como personas que aunque ya no se encuentran en un trabajo activo y remunerado siguen siendo funcionales y que además demandan atención y solución a sus necesidades más fundamentales como lo es: salud, atención médica, espacios de recreación, capacitación, así como garantizar el respeto a sus derechos humanos y a una vida digna.

En lo referente a la parte práctica de la aplicación del taller (explicado en análisis de resultados), resulta alentador tener la posibilidad de poder realizar actividades encaminadas a la mejora de la calidad de vida de la población adulta mayor teniendo como referentes positivos la significatividad que para las propias participantes tuvo la experimentación de la intervención; impactando en su capacidad cognitiva, desplazamiento físico y autosuficiencia.

Finalmente, al revisar los datos cuantitativos de la aplicación del taller se observan cambios significativos en el fortalecimiento psicomotor de los adultos mayores, así como la potencialización de la calidad de vida, lo cual les permite: mayor capacidad de desplazamiento físico, mayor sentimiento de autonomía, autosuficiencia y enriquecimiento del propio autoconcepto.

En resumen, se establece la mejora de la forma física de los participantes, disminución de la percepción dolorosa en la realización de las propias tareas lo que permite un mejor desempeño en las actividades cotidianas.

La mejora del estado de ánimo se refleja en una mayor aceptación del cuerpo, seguridad y confianza en los propios adultos mayores. Así mismo se manifiesta una mayor eficacia auto percibida: se sienten más capaces, útiles y a gusto en su cuerpo, se perciben mayores perspectivas así como desarrollo de estrategias para afrontar el futuro inmediato. Reconocen y valoran que son capaces de aprender.

Aumentó la búsqueda de sus posibilidades y limitaciones en la acción, capacidad de interiorización, la aceptación del contacto corporal, se dio una interacción apropiada con el resto de los participantes del grupo, por lo que se habla de una adecuada adaptación social, así como capacidad para la socialización.

Se observan cambios positivos en los estilos de vida, debido al aumento en la práctica de ejercicio físico, más allá de la participación en el programa de intervención, esto se traduce a mayor autonomía en casa y en el ambiente contextual inmediato.

De igual manera hacer mención y referencia, lo que señala Soler – Vila (2000) cuando se sugiere un estilo de vida saludable, en este sentido, cuando se trabaja y educa para que la vida cotidiana del individuo se dé de una manera más positiva inculcando hábitos de salud, higiene psicológica, esto se vera reflejado en un mayor bienestar y por lo tanto en una mejor calidad de vida.

El componente Psicomotricidad en esta investigación fue un elemento primordial para fortalecer y en algunos casos inculcar en los adultos mayores mejores condiciones de vida, que parecía no estaban consciente de poder hacer algo por ellos para tener o bien no perder la autonomía y autosuficiencia, de esta forma se

coadyuva y beneficia el propio desarrollo arribando a una nueva forma de vivir esta etapa de la vida repercutiendo en la calidad de la misma.

## REFERENCIAS.

- Acevedo, R. (2006) *Calidad de vida*. Argentina, Lugar.
- Agnese, L. (2006) *Psicomotricidad: practica y conceptos*. Barcelona, Miño y Dávila.
- Arevalo, G. , Maldonado, J. (2003) *Funciones y Perfil del Psicologo Educativo*. Argentina, La Plata.
- Ajuriaguerra, J. (1978). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona, Masson,
- Baltes, P., Reese, H.; Nesselroade, J. (1981) *Métodos de Investigación en Psicología Evolutiva. Enfoque del Ciclo Vital*. Madrid, Morata.
- Birren, J. (1970) *A Brief History of the Psychology of Aging*. USA, Gerontologist.
- Buendía, J.(1997) *Gerontología y salud*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Calmels, D. (2001) *Espacio Habitado*. Buenos Aires, Novedades Educativas.
- Camps, V. (2001) *Una vida de calidad*. Barcelona, Ares y Mares.
- Cañal, P. (2000) *La Innovación Educativa*. Madrid, Universidad Internacional de Andalucía.
- Carretero, M., Palacios, J.; Marchesi, A. (1997) *Psicología Evolutiva 3, Adolescencia, Adultes y Senectud*. España, Alianza Psicológica.
- Cortes, F. (1983) *Procesos de Aprendizaje y Ciclo Vital*. Barcelona, A. Psicológica.
- Crosby, P. (2000) *La calidad de vida y yo*. México, Pearson.
- Da Fonseca, V. (2001) *Estudio y Génesis de la Psicomotricidad*. Barcelona, INDE.

- Da Fonseca, V. (2004) *Psicomotricidad: paradigmas del estudio del cuerpo y de la motricidad humana*. México, Trillas.
- Del Río, V. (2004) *Manual Práctico de Psicología para Personas Mayores*. Madrid, Dilema.
- Dumitru, M. (2007) *Más calidad de vida para adultos mayores en plenitud*. México, Mircea Dumitru.
- Duncan, G. (1996) *Estilos de Vida y Adulter Mayor*. España, Sintesis
- Durivage, J. (2000) *Educación y Psicomotricidad*. México, Trillas.
- Estrada, L. (2000) *El Ciclo Vital de la Familia*. México, Posada.
- Fernández – Ballesteros, R. (2001) *Intervención Psicológica en Personas Mayores*. Madrid, Alicante.
- Fierro (1994) *Aprender a vivir con Salud*, México, Gobierno de Tamaulipas.
- Garduño, L. (2005) *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México, UDLA-Puebla.
- García, J. (2005) *Psicomotricidad y Ancianidad*. Madrid, CEPE.
- García, M. (1995) *Entrenamiento de las Habilidades Psicocorporales en la Vejez*. España, Amarú.
- García, M. (2004) *Ancianidad, Familia e Institución*. Salamanca, Amarú.
- Giraldo (1998) *Desarrollo y Calidad de Vida*. Madrid, A. Psicológica.
- González, E. (2002) *Psicología del Ciclo Vital*. Madrid, CCS.
- González, J. (2005) *Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento*. México, Costa-Amic.
- Hernández, R. , Fernández C. y Bautista P. (2003) *Metodología de la investigación*. México, Mc Graw Hill.
- INEGI (2002) *Censo Nacional de Población y Vivienda*. Consultado en [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx) el día 15 de abril de 2008.
- Jiménez, J. (2002) *Psicomotricidad: teoría y practica*. Barcelona, CISSPRAXIS.

Justamante, M. (2003) *Educación para la salud*. Alicante, Universidad de Alicante.

Manfred, F. (1996) *Psicología y Desarrollo Humano*. México, Amorrortu.

Martinelle, F. (1992) *Psicogerontología: Un Nuevo Sendero*. España, Síntesis

Martínez, P., García, G. ; Montorio, J. (1999) *Primeros Pasos en Psicomotricidad*. Madrid, Narcea.

Oblitas, L. (2006) *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, Thomson Corporation.

Organización Mundial de la Salud (1998) *Estudio de la Población Mundial*.

Ríos, A. (2000) *Nuevas Tecnologías de la Información Aplicadas a la Educación*. España, Aljibe.

Rizzi, R. (2001) *La Cooperación en la Educación*. Madrid, MLEP.

Robles, T. (2004) *Calidad de vida para el futuro*. México, Trillas.

Rogers, C. (1970) *Psicología Humanista*. México, FCE.

Rossel, G. (2003) *Manual de educación psicomotriz*. Barcelona, Toray Masson.

Sabino, C. (2004) *Desarrollo y calidad de vida*. España, Unión.

Schinca, M. (2003) *Manual de Psicomotricidad, Ritmo y Expresión Corporal*. Barcelona, CISS PRAXIS.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2001) *Normas de Regulación del Trabajo*.

Sierra, L. (1998) *Educación no formal, nuevas instituciones*. México, Trillas.

Soler – Vila, G. (1998) *Calidad de Vida y Estilos de Vida Saludable*. México, FCE

Stassen, K., Thompson, R. (2001) *Psicología del Desarrollo: Adultez, y Vejez*. España, Panamericana.

Tasset, J. M. (1998) *Teoría y práctica de la psicomotricidad*. Barcelona, Paidós.

Universidad Pedagógica Nacional. (1999) *Programa Educativo de Psicología Educativa; Perfil de Egreso, Licenciatura*. México, Universidad Pedagógica Nacional.

Vega, J. L., Bueno, B. (1995) *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. Madrid, Síntesis.

Wild, R. (2003) *Calidad de vida*. Barcelona, Herber.

Willis, A. (1985) *Introducción a la Pedagogía*, España, Barcanova.

Zemiarower, P. (1992) *Desarrollo y Calidad de Vida*. Barcelona, Sintesis.

# Anexos

## **ANEXO 1.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### **INSTRUCCIONES.**

A continuación encontrará una serie de viñetas (dibujos) acerca de su estado de salud. Con ellas intentamos conocer mejor cómo es su salud.

Hay un total de 9 preguntas, cada pregunta tiene 5 posibles respuestas. Lea cada pregunta detenidamente y después rodee con un círculo el número (a la derecha del dibujo) que mejor describa su situación. Recuerde no hay respuestas buenas ni malas.

### **FORMA FÍSICA.**

Durante la última semana...¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?



<b>Muy intensa</b> (por ejemplo: correr de prisa)		5
<b>Intensa</b> (por ejemplo: correr con suavidad)		4
<b>Moderada</b> (por ejemplo: caminar a paso rápido)		3
<b>Ligera</b> (por ejemplo: caminar despacio)		2
<b>Muy ligera</b> (por ejemplo: caminar lentamente o no poder caminar)		1

## SENTIMIENTOS

Durante la última semana...¿en qué medida le ha molestado los problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza o desánimo?

<b>Nada en lo absoluto</b>		5
<b>Un poco</b>		4
<b>Moderadamente</b>		3
<b>Bastante</b>		2
<b>Intensamente</b>		1

## ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante la última semana...¿cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

<b>Ninguna en absoluto</b>		5
<b>Un poco de dificultad</b>		4
<b>Dificultad moderada</b>		3
<b>Mucha dificultad</b>		2
<b>Todo, no he podido hacer nada</b>		1

**ACTIVIDADES SOCIALES**

Durante la última semana...¿su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales?

<b>No, nada en absoluto</b>		5
<b>Ligeramente</b>		4
<b>Moderadamente</b>		3
<b>Bastante</b>		2
<b>Muchísimo</b>		1

## CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace una semana?

<b>Mucho mejor</b>		5
<b>Un poco mejor</b>		4
<b>Igual; por el estilo</b>		3
<b>Un poco peor</b>		2
<b>Mucho peor</b>		1

**ESTADO DE SALUD**

Durante la última semana...¿cómo calificaría su salud general?

<b>Excelente</b>		5
<b>Muy buena</b>		4
<b>Buena</b>		3
<b>Regular</b>		2
<b>Mala</b>		1

## DOLOR

Durante la última semana...¿cuánto dolor ha tenido?

<b>Nada de dolor</b>		5
<b>Dolor muy leve</b>		4
<b>Dolor ligero</b>		3
<b>Dolor moderado</b>		2
<b>Dolor intenso</b>		1

## APOYO SOCIAL

Durante la última semana..¿había alguien dispuesto a ayudarle si necesitaba y quería ayuda? Por ejemplo sí:

- se encontraba nervioso, sólo o triste
- caía enfermo y tenía que quedarse en la cama
- necesitaba hablar con alguien
- necesitaba ayuda con las tareas de la casa
- necesitaba ayuda para cuidar de sí mismo

<b>Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme</b>		5
<b>Sí, bastante gente</b>		4
<b>Sí, algunas personas</b>		3
<b>Sí, había alguien</b>		2
<b>Nadie en absoluto</b>		1

## **CALIDAD DE VIDA**

¿Qué tal le ha ido durante la última semana?

	<b>Estupendamente, no podría ir mejor</b>	5

<b>Bastante bien</b>	4
<b>A veces bien, a veces mal, partes iguales</b>	3
<b>Bastante mal</b>	2
<b>Muy mal: No podían haber ido peor</b>	1

**ANEXO 2**  
**INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES PSICOMOTORAS**

EJE	INDICADOR	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN	PUNTOS
	Percepción visual	a) Detener la marcha rápida al momento que se indique con una señal visual.	<p>Detiene la marcha inmediatamente después de la señal. 2</p> <p>Detiene la marcha dando un paso después de la señal. 1</p> <p>Detiene la marcha dando dos o más pasos después de la señal. 0</p>	
		b) Indicar con una X en la lámina 1 que contiene una serie de figuras, la que es diferente	<p>Encuentra todas las figuras diferentes. 2</p> <p>Encuentra tres figuras diferentes. 1</p> <p>Encuentra dos o menos figuras diferentes. 0</p>	

ZO-9700

Percepción visual	c) Delinear en la lámina 2:  rojo el círculo  azul el triángulo  verde la cruz	Delinea todas las figuras según el color asignado.	2
		Delinea dos o menos de las figuras con el color asignado.	1
		Delinea las figuras omitiendo el color asignado.	0
	d) Indicar con una X en la lámina 3 que contiene una serie de figuras, la que es igual.	Encuentra todas las figuras iguales.	2
		Encuentra tres figuras iguales.	1
		Encuentra dos o menos figuras iguales.	0
e) Clasificar con los ojos vendados distintos objetos ubicados dentro de una caja de cartón, de acuerdo a su forma y textura	Clasifica todos los objetos por forma y textura sin error.	2	
	Clasifica los objetos cometiendo un error de tamaño o textura	1	
	Clasifica los objetos cometiendo más de dos errores de tamaño o textura.	0	



	Percepción táctil	f) Realizar con plastilina las figuras:  esfera  cubo  pirámide	Realiza las tres figuras con forma regular.  Realiza dos o menos figuras con forma regular.  Realiza las tres figuras con forma irregular.	2  1  0
--	-------------------	---	--	---------------------



M  
O  
T  
O  
R  
I  
C  
I  
D  
A  
D

	Movimientos locomotores	a) Realizar los movimientos:	Realiza todos los movimientos que se le indican correctamente.	2
		-caminar lento		
		-caminar rápido	Realiza los movimientos que se le indican con un error.	1
		-parado mover pie derecho		
		-parado mover pie izquierdo	Realizar los movimientos que se le indican con dos o más errores.	0
		-mantenerse parado solo con el pie derecho		
		-mantenerse parado solo con el pie izquierdo		
Movimientos locomotores	b) Realizar los movimientos:	Ejecuta las acciones con facilidad.	2	
	-sentarse	Ejecuta las acciones con dificultad.	1	
	-acostarse	No logra ejecutar las acciones.	0	

M  
O  
T  
O  
R  
I  
C  
I  
D  
A  
D

Control postural	c) Caminar con las puntas de los pies en un trayecto de 3 m de longitud con forma:	Camina con las puntas de los pies en los tres trayectos.	2
	<p>recta</p> <p>curva</p> <p>mixta</p>	<p>Camina con las puntas de los pies en dos o menos trayectos.</p> <p>No logra caminar con las puntas de los pies en tres o menos trayectos.</p>	<p>1</p> <p>0</p>
	d) Sentarse y pararse de una silla con los ojos vendados	<p>Ejecuta las acciones con facilidad.</p> <p>Ejecuta las acciones con dificultad.</p> <p>No logra ejecutar las acciones.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>

D  
D  
A  
D  
-  
C  
-  
R  
-  
T  
O  
M

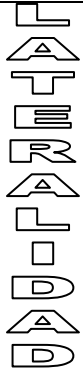
	Disociación	<p>e) Caminar cargando 7 revistas por un trayecto de 5 m en forma:</p> <p>recto</p> <p>curvo</p>	<p>Camina cargando las revistas siguiendo los trayectos con facilidad.</p> <p>Camina cargando las revistas siguiendo los trayectos con dificultad.</p> <p>Camina cargando las revistas sin seguir los trayectos.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
	Coordinación dinámica	<p>f) Caminar sobre los aros colocados en el piso en línea recta llevando una pelota mediana en sus manos</p>	<p>Camina sobre los aros llevando la pelota con facilidad.</p> <p>Camina sobre los aros llevando la pelota con dificultad.</p> <p>No logra caminar sobre los aros llevando la pelota.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>



	Noción corporal	b) Armar un rompecabezas en forma de cuerpo humano y mencionar el nombre de la parte que se arma	Arma el rompecabezas y menciona el nombre de la parte del cuerpo con facilidad.	2
			Arma el rompecabezas y menciona el nombre de la parte del cuerpo cometiendo un error.	1
			Arma el rompecabezas y menciona el nombre de la parte del cuerpo cometiendo más de dos errores.	0
FAROTROOAMCQW		c) Tocar con ambas manos y con los ojos vendados las partes del cuerpo que mencione el aplicador:  cabeza  ojos  nariz  boca  cejas  hombros  codos  rodillas	Toca todas las partes del cuerpo mencionadas sin error.	2
			Toca las partes del cuerpo mencionadas con un error.	1
			Toca las partes del cuerpo mencionadas con dos o más errores.	0

	Exploración	d) Armar la figura que desee con cajas de cartón	Crea una figura definida. Crea una figura indefinida.	2 0
FAROFROO A M Z C G M	Creación	e) Representar los oficios y profesiones para ser adivinado por el resto del grupo:  cartero  carpintero  barrendero  médico  maestro	Actúa todos los movimientos de manera entendible para sus compañeros.  Actúa cinco o menos de los movimientos de manera entendible para sus compañeros.  Actúa los movimientos de manera que no los entienden sus compañeros.	2  1  0





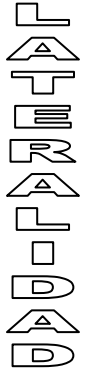
Diferenciación global	a) Realizar los movimientos parado: -girar el brazo derecho hacia delante. Alternar con el brazo izquierdo	Realiza todos los movimientos que se le indican sin error.	2
	-realizar movimientos circulares con pie derecho apoyándose de una silla. Alternar con el pie izquierdo.	Realiza los movimientos que se le indican con un error.	1
		Realiza los movimientos que se le indican con dos o más errores.	0
	b) Realizar los movimientos sentado: -tocar con la mano el hombro derecho. Alternar con el brazo izquierdo	Realiza todos los movimientos que se le indican sin error.	2
		Realiza los movimientos que se le indican con un error.	1
	-Levantar pierna derecha alternando con pierna izquierda.	Realiza los movimientos que se le indican con dos o más errores.	0

L  
A  
T  
E  
R  
A  
L  
I  
D  
A  
D

Diferenciación global	c) Formar parejas, uno de los integrantes crea acciones de baile que serán imitadas por su compañero. Alternar turno	Imita todas las acciones que su compañero le presenta sin error.	2
		Imita todas las acciones que su compañero le presenta con un error.	1
		Imita todas las acciones que su compañero le presenta cometiendo dos o más errores.	0

L  
A  
T  
E  
R  
A  
L  
I  
D  
A  
D

Diferenciación global	d) Realizar movimientos: levantar la mano derecha y pie izquierdo	Realiza todos los movimientos mencionados sin error.	2
	levantar pie derecho y mano izquierda	Realiza los movimientos mencionados con un error.	1
	tocar oreja izquierda y rodilla derecha	Realiza los movimientos mencionados con dos o más errores.	0
	tapar ojo izquierdo con mano derecha		
	tocar hombro derecho con mano izquierda		
Orientación del propio cuerpo	e) Actuar movimientos de actividades cotidianas:	Actúa todos los movimientos de manera entendible para sus compañeros.	2
	peinar	Actúa cinco o menos de los movimientos de manera entendible para sus compañeros.	1
	bañar		
	vestir	Actúa los movimientos de manera que no los entienden sus compañeros.	0
	lavar dientes		
	poner zapatos		



Orientación del propio cuerpo	f) Caminar sobre una línea recta de 2 m. colocando un pie frente al otro sin dejar espacio	Camina el trayecto sin perder el equilibrio.	2
		Camina el trayecto perdiendo una vez el equilibrio.	1
		Camina el trayecto perdiendo el equilibrio dos o más veces.	0

E  
S  
P  
A  
C  
I  
O

E S P A C I O	Adaptación espacial	a) Caminar entre sillas, sin tocarlas, separadas por distancias de:	Camina entre las sillas en las tres distintas distancias sin tocar las sillas.	2	
		1m	Camina entre las sillas en las tres distintas distancias tocando una vez las sillas.	1	
		80 cm	Camina entre las sillas en las tres distintas distancias tocando dos o más veces las sillas.	0	
	Adaptación espacial	b) Cruzar sin tocar las cuerdas ubicadas paralelamente a 20 y 80 cm del suelo.	60 cm	Cruza sin tocar ambas cuerdas.	2
				Cruza tocando una cuerda.	1
				Cruza tocando ambas cuerdas.	0

E  
S  
P  
A  
C  
I  
O

E S P A C I O	Nociones espaciales	<p>c) Ubicarse con respecto a un objeto de referencia según indicación:</p> <p>delante</p> <p>detrás</p> <p>izquierda</p> <p>derecha</p>	<p>Se ubica sin cometer error siguiendo las indicaciones.</p> <p>Se ubica cometiendo un error siguiendo las indicaciones.</p> <p>Se ubica cometiendo dos o más errores en las indicaciones.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
	Estructuración espacial	<p>d) Estimar y comprobar la cantidad de pasos chicos o grandes que se necesitan para recorrer las distancias de:</p> <p>1m</p> <p>3m</p> <p>5m</p>	<p>Estima las distancias con uno o dos pasos de diferencia.</p> <p>Estima la distancia con tres pasos de diferencia.</p> <p>Estima con cuatro o más pasos de diferencia.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>

E S P A C I O	Espacio gráfico	e) Trazar una línea recta entre dos líneas paralelas sin tocar las orillas	<p>Traza la línea recta sin tocar las líneas paralelas.</p> <p>Traza la línea recta tocando una vez las líneas paralelas.</p> <p>Traza la línea recta tocando dos o más veces las líneas paralelas.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
	Orientación espacial	f) Elaborar un croquis del lugar donde se realiza el taller	<p>Ubica los espacios en proporción adecuada.</p> <p>Ubica los espacios sin proporción adecuada.</p> <p>No ubica los espacios ni en lugar y proporción</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
T I E M P O	Regulación del movimiento	a) Balancear sentado los pies alternadamente al ritmo de la música	<p>Balancea los pies siguiendo el ritmo de la música.</p> <p>Balancea los pies más lento o rápido que el ritmo de la música.</p>	<p>2</p> <p>0</p>

<b>T I E M P O  R I T M O</b>	Nociones espaciales	b) Mover un pañuelo con los brazos extendidos al ritmo del tambor	Mueve el pañuelo con los brazos extendidos siguiendo el ritmo del tambor.	2
			Mueve el pañuelo con los brazos doblados siguiendo el ritmo del tambor.	1
			Mueve el pañuelo con los brazos doblados o extendidos sin seguir el ritmo del tambor.	0
	Adaptación a un ritmo	c) Caminar de un extremo del salón al otro siguiendo el ritmo del tambor	Camina siguiendo el ritmo del tambor.	2
			Camina sin seguir el ritmo del tambor.	0
	Repetición de un ritmo	d) Reproducir con las palmas de la mano una serie de ritmos del tambor	Reproduce los sonidos del tambor sin cometer errores.	2
Reproduce los sonidos del tambor con un error.			1	
Reproduce los sonidos del tambor cometiendo dos o más errores.			0	



T I E M P O  R I T M O	Orientación y estructuración espacial	e) Recorrer de un extremo a otro el salón en el tiempo que dura una melodía	Recorre el salón en el tiempo que dura la melodía.	2
			Recorre el salón con un rango de 10 seg. más o menos del tiempo que dura la melodía.	1
			Recorre el salón con un rango de más o menos de 11 seg. del tiempo que dura la melodía.	0
	Orientación temporal	f) Lanzar una pelota a mediana velocidad, tratando de alcanzarla cuando ésta se encuentra en trayectoria antes de cruzar un límite.	Lanza y alcanza la pelota antes del límite.	2
			Lanza y alcanza la pelota después del límite.	1
			No lanza ni alcanza la pelota.	0

**ANEXO 3.**

**TALLER: “Intervención psicoeducativa: una propuesta para fortalecer la psicomotricidad en adultos mayores”**

<b>Sesión No. 1 “Cuerpo y Movimiento”</b>					
Objetivo general: Fortalecer las habilidades psicomotoras por medio de actividades donde se encuentra comprometida la percepción y el movimiento a través del cuerpo.					
<b>EJE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
Sensoriomotriz	Percepción visual	Que el adulto mayor concentre su atención en un estímulo específico que lo lleve a una conducta concreta por medio del cuerpo.	Detener la marcha rápida al momento que se le indique con una señal visual.  En la serie de figuras de la lamina, indicar con una “X” la que es diferente.	pañuelo rojo  lamina de figuras diferenciadas.	20 minutos
Motricidad	Movimientos locomotores	Llegar a la relajación involucrando los elementos equilibrio, automatización, soltura y rigidez.	Realizar los siguientes movimientos: 1) Caminar rápido 2) Caminar lento. 3) Parado mover pie derecho.	ninguno	20 minutos

			<p>4) Parado mover pie izquierdo</p> <p>5) Mantenerse parado con el pie derecho durante dos segundos, posteriormente con el pie izquierdo.</p>		
Esquema corporal	Imitación directa	Realizar imitaciones donde se encuentre comprometido el cuerpo y el dominio de este a través de la concentración, memoria a corto plazo y percepción visual.	<p>Imitar las posturas, usando un pañuelo:</p> <p>1) Sentado frente al aplicador, cruzando la pierna izquierda y sosteniendo el pañuelo con la mano derecha, el brazo extendido durante 3 segundos.</p> <p>2) Tocarse los tobillos con las dos manos, al mismo tiempo durante 3 segundos.</p> <p>3) sentado, simular una expresión de</p>	Pañuelo.	20 minutos.

			enojo, contrayendo los músculos faciales.		
Lateralidad	Diferenciación global	Establecer a través de actividades físicas disociadas la noción de lateralidad.	De pie: Girar brazo derecho hacia delante durante 10 segundos, alternando con el brazo izquierdo.  Realizar movimientos circulares con el pie derecho durante 10 segundos, apoyándose en una silla. Alternar con pie izquierdo.	Sillas	20 minutos.
Espacio	Adaptación espacial.	Delimitar el espacio de acción por	Caminar entre sillas que estarán	Sillas	20 minutos.

		medio de objetos que lo aproximen a la autorregulación del cuerpo en un espacio concreto.	separadas a 1 m. de distancia, posteriormente reduciendo la distancia a 75 cm.		
Tiempo – ritmo	Regulación del movimiento.	Armonizar los elementos de distancia, esfuerzo y tiempo que lleve a la regularización del movimiento.	Sentado, balancear los pies alternadamente al ritmo de la música	Grabadora. Discos de música.	20 minutos.

**Sesión No. 2 “El cuerpo y su relación con los objetos”**

Objetivo general: Realizar aproximaciones de las actividades por medio del cuerpo con el entorno.

EJE	ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Sensoriomotriz	Percepción táctil	Manipular y clasificar objetos con diversas texturas, formas y tamaños.	Clasificar con los ojos vendados distintos objetos de acuerdo a su forma y textura que estarán dentro de una caja.	Objetos de distintas formas y texturas y tamaños.	20 minutos
Motricidad	Control postural.	Seguir una trayectoria determinada manteniendo el equilibrio a través de instrucciones específicas.	<p>Caminar con las puntas de los pies en trayectos de 3 metros de longitud en forma recta, curva y mixta.</p> <p>Sentarse y pararse de una silla con los ojos vendados.</p>	Gises. Sillas Pañuelos.	20 minutos
		Reconocer e interiorizar las partes del cuerpo	Armar un rompecabezas en forma de cuerpo	rompecabezas	20 minutos.

Esquema corporal	Noción corporal.	para la anticipación de movimientos.	humano, al mismo tiempo que mencionan el nombre de la parte del cuerpo que están armando.		
Lateralidad	Orientación del propio cuerpo.	Establecer el uso funcional de las extremidades dominantes para la realización de actividades cotidianas.	Actuar movimientos de actividades cotidianas: peinarse, bañarse, vestirse, lavarse los dientes, ponerse los zapatos.	Ninguno.	20 minutos.
Espacio	Nociones	Fortalecer las nociones espaciales donde	Ubicarse con respecto a un objeto de referencia (silla)	Sillas	20 minutos.

	espaciales.	se estimule la concentración, audición, reacción, planeación y anticipación al llevar a cabo movimientos.	según indicación dada: Delante de, Atrás de, Izquierda de, Derecha de.		
Tiempo – ritmo	Adaptación a un ritmo.	Propiciar la organización de movimientos específicos que obedezcan a un estímulo auditivo favoreciendo la coordinación entre ritmo y movimiento.	Caminar según el ritmo del tambor.	Tambor.	20 minutos.

### Sesión No. 3 “Sonido y acción”

Objetivo general: Armonizar por medio de sonidos el movimiento y la postura del cuerpo.

EJE	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
-----	-----------	----------	---------------	----------	--------



		<b>ESPECÍFICO</b>			
Sensoriomotriz	Percepción auditiva.	Reforzar a través de sonidos la memoria a corto plazo y la atención que lleven a la concentración.	Sentado de espaldas al aplicador, levantar una pelota al escuchar el sonido de un silbato y bajarla al sonido del tambor.	Silbato. Pelotas. Tambor.	20 minutos
Motricidad	Disociación.	Fortalecer por medio de acciones distintas la realización coordinada del movimiento de traslado.	Caminar por dos trayectos distintos (recto y curvo) de 5 metros, cargando en las manos 7 revistas.	Gises Revistas	20 minutos
		Manipular objetos donde se encuentre involucrada la	Armar las figuras que deseen con cajas de cartón.	Cajas de cartón pequeñas.	20 minutos.

Esquema corporal	Exploración	capacidad de representación mental.			
Lateralidad	Orientación del propio cuerpo.	Identificar a través de un compañero los componentes del esquema corporal.	Formar parejas; uno de los integrantes creara acciones de baile que serán imitadas por su compañero, alternando turno.	Música.	20 minutos.
Espacio	Estructuración espacial.	Estimar distancias, donde se refuerce los procesos de anticipación y	Estimar y comprobar cuantos pasos chicos y grandes se	1 metro. Gises.	20 minutos.

		planeación.	necesitan para recorrer una distancia específica. 1, 3 y 6 metros.		
Tiempo – ritmo	Repetición de un ritmo.	Reproducir ritmos que favorezcan la concentración y propicien el movimiento.	Reproducir con las palmas la serie de ritmos del tambor.	Tambor.	20 minutos.

**Sesión No. 4 “Pensamiento, acción – reacción”**

Objetivo general: Vincular los procesos mentales con la acción del movimiento.

<b>EJE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
------------	------------------	----------------------------	----------------------	-----------------	---------------

Sensoriomotriz	Percepción visual.	Estimular los procesos de discriminación figura-fondo reforzando la percepción visual.	Delinear de color rojo la estrella, color azul la luna y color verde la cruz.	Hojas impresas con figuras.	20 minutos
Motricidad	Coordinación dinámica.	Ejercitar y fortalecer las extremidades inferiores en el desplazamiento con objetos.	Caminar sobre los aros colocados en el piso en línea recta, llevando una pelota mediana en sus manos.	Aros. Pelotas	20 minutos
Esquema corporal	Creación	Representar acciones específicas que propicien la imaginación y la	Representar los oficios y profesiones: Cartero, barrendero, carpintero, médico y	Ninguno.	20 minutos.

		creatividad.	maestro, siendo adivinados por el resto del grupo.		
Lateralidad	Diferenciación global.	Realizar actividades simultáneas reforzando acción y movimiento.	Realizar los siguientes movimientos (alternando movimientos)  Levantar mano derecha con pie izquierdo.  Levantar pie derecho con mano izquierda.  Tocarse oreja izquierda y rodilla derecha.  Taparse ojo izquierdo con mano derecha.  Tocarse el hombro derecho con mano	Ninguno.	20 minutos.

			izquierda.		
Espacio	Espacio gráfico.	Ejercitar la coordinación visomotora en un plano gráfico.	Entre dos líneas paralelas trazar una línea recta sin tocar las orillas.	Hojas blancas. Lápices.	20 minutos.
Tiempo – ritmo	Nociones espaciales.	Fortalecer las extremidades superiores del cuerpo en coordinación con el ritmo y movimiento.	Mover el pañuelo con los brazos extendidos siguiendo el ritmo del tambor.	Tambor. Pañuelo.	20 minutos.

**Sesión No. 5 “sentir, moverse y actuar”**

Objetivo general: identificar las habilidades y capacidades que tiene el cuerpo para ejecutar acciones específicas.

EJE	ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO

Sensoriomotriz	Percepción táctil.	Estimular por medio del modelado el sentido del tacto.	Realizar con la plastilina las siguientes figuras:  Cubo. Esfera. Pirámide.	Plastilina en barra.	20 minutos
Motricidad	Coordinación visomotriz .	Reforzar a través de actividades lúdicas la noción de lateralidad involucrando la coordinación ojo mano.	En pareja, lanzarse la pelota sin que caiga al piso, en un solo rebote, con la mano derecha sin que caiga al piso, con mano izquierda sin que caiga al piso.	Pelotas	20 minutos
Esquema corporal	Nociones corporales.	Fortalecer la interiorización del esquema corporal por medio de la actividad proyectada.	Con los ojos cerrados tocar las partes del cuerpo que indique el instructor.	Ninguno.	20 minutos.

				Cabeza. Ojos. Nariz Boca. Cejas. Hombros. Codos. Rodillas.		
Lateralidad	Orientación del propio cuerpo.	Propiciar el desplazamiento involucrando las extremidades inferiores estimando distancia y el equilibrio.	el las y el	Caminar sobre una línea recta de 2 metros, colocando un pie frente al otro sin dejar espacio.	Ninguno.	20 minutos.
Espacio	Orientación espacial.	Propiciar el desplazamiento involucrando la memoria a corto plazo, representación	el la	Elaborar un croquis del lugar donde se lleva a cabo el taller.	Hojas blancas. Lápices.	20 minutos.



		mental y atención.			
Tiempo – ritmo	Orientación y estructuración temporal.	Favorecer la movilidad corporal vinculando la trayectoria con el tiempo.	Recorrer de un extremo a otro el aula en el tiempo que dura una melodía.	Grabadora. Discos de música.	20 minutos.

### Sesión No. 6 “Cuerpo y Movimiento”

Objetivo general: Fortalecer las habilidades psicomotoras por medio de actividades donde se encuentra comprometida la percepción y el movimiento a través del cuerpo.

EJE	ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
		Que el adulto			

Sensoriomotriz	Percepción visual	mayor concentre su atención en un estímulo específico que lo lleve a una conducta concreta por medio del cuerpo.	En la serie de figuras de la lamina, indicar con una "X" la que es igual.	Laminas figuras	20 minutos
Motricidad	Movimientos locomotores	Llegar a la relajación involucrando los elementos equilibrio, automatización, soltura y rigidez.	Realizar los movimientos sobre una colchoneta: -acostarse -sentarse	colchoneta	20 minutos
Esquema corporal	Imitación directa	Realizar imitaciones donde se encuentre comprometido el cuerpo y el dominio de este a través de la concentración, memoria a corto	Imitar las posturas, usando un pañuelo: 1) Sentado frente al aplicador, cruzando la pierna izquierda y sosteniendo el pañuelo con la mano derecha, el	Pañuelo.	20 minutos.

		plazo y percepción visual.	<p>brazo extendido durante 3 segundos.</p> <p>2) Tocarse los tobillos con las dos manos, al mismo tiempo durante 3 segundos.</p> <p>3) sentado, simular una expresión de enojo, contrayendo los músculos faciales.</p>		
Lateralidad	Diferenciación global	Establecer a través de actividades físicas disociadas la noción de lateralidad.	<p>Sentados:</p> <p>Tocar hombro con la palma de la mano derecha alternando con el hombro y mano izquierda.</p> <p>Levantar la pierna derecha alternando con la izquierda.</p>	Sillas	20 minutos.
Espacio	Adaptación espacial.	Delimitar el espacio de acción por	Cruzar sin tocar unas cuerdas	Sillas y cuerda	20 minutos.

		medio de objetos que lo aproximen a la autorregulación del cuerpo en un espacio concreto.	ubicadas paralelamente a 20 cm y a 80 cm del piso.		
Tiempo – ritmo	Orientación temporal.	Armonizar los elementos de distancia, esfuerzo y tiempo que lleve a la regularización del movimiento.	Lanzar una pelota a mediana velocidad, tratando de alcanzarla cuando ésta se encuentra en trayectoria.	Pelota	20 minutos.

### Sesión No. 7 “Cuerpo y Movimiento”

Objetivo general: Fortalecer las habilidades psicomotoras por medio de actividades donde se encuentra comprometida la percepción y el movimiento a través del cuerpo.

EJE	ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
		Que el adulto mayor concentre su atención en un estímulo específico	Detener la marcha rápida al momento que se le indique con una señal	pañuelo rojo	20 minutos

Sensoriomotriz	Percepción visual	que lo lleve a una conducta concreta por medio del cuerpo.	visual. En la serie de figuras de la lamina, indicar con una "X" la que es diferente.	lamina de figuras diferenciadas.	
Motricidad	Movimientos locomotores	Llegar a la relajación involucrando los elementos equilibrio, automatización, soltura y rigidez.	Realizar los siguientes movimientos: 6) Caminar rápido 7) Caminar lento. 8) Parado mover pie derecho.  9) Parado mover pie izquierdo 10) Mantenerse parado con el pie derecho durante dos segundos, posteriormente con el pie izquierdo.	ninguno	20 minutos
		Realizar	Imitar las posturas,		

Esquema corporal	Imitación directa	imitaciones donde se encuentre comprometido el cuerpo y el dominio de este a través de la concentración, memoria a corto plazo y percepción visual.	usando un pañuelo: 1) Sentado frente al aplicador, cruzando la pierna izquierda y sosteniendo el pañuelo con la mano derecha, el brazo extendido durante 3 segundos. 2) Tocarse los tobillos con las dos manos, al mismo tiempo durante 3 segundos. 3) sentado, simular una expresión de enojo, contrayendo los músculos faciales.	Pañuelo.	20 minutos.
Lateralidad	Diferenciación global	Establecer a través de actividades físicas disociadas la noción de lateralidad.	De pie: Girar brazo derecho hacia delante durante 10 segundos, alternando con el	Sillas	20 minutos.

			<p>brazo izquierdo.</p> <p>Realizar movimientos circulares con el pie derecho durante 10 segundos, apoyándose en una silla. Alternar con pie izquierdo.</p>		
Espacio	Adaptación espacial.	Delimitar el espacio de acción por medio de objetos que lo aproximen a la autorregulación del cuerpo en un espacio concreto.	Caminar entre sillas que estarán separadas a 1 m. de distancia, posteriormente reduciendo la distancia a 75 cm.	Sillas	20 minutos.
Tiempo – ritmo	Regulación del movimiento.	Armonizar los elementos de distancia, esfuerzo y tiempo que lleve	Sentado, balancear los pies alternadamente al ritmo de la música	Grabadora. Discos de música.	20 minutos.

		a la regularización del movimiento.			
--	--	-------------------------------------	--	--	--

**Sesión No. 8 “El cuerpo y su relación con los objetos”**

Objetivo general: Realizar aproximaciones de las actividades por medio del cuerpo con el entorno.

<b>EJE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
Sensoriomotriz	Percepción táctil	Manipular y clasificar objetos con diversas texturas, formas y tamaños.	Clasificar con los ojos vendados distintos objetos de acuerdo a su forma y textura que estarán dentro de una caja.	Objetos de distintas formas y texturas y tamaños.	20 minutos
		Seguir una	Caminar con las	Gises.	



Motricidad	Control postural.	trayectoria determinada manteniendo el equilibrio a través de instrucciones específicas.	puntas de los pies en trayectos de 3 metros de longitud en forma recta, curva y mixta.  Sentarse y pararse de una silla con los ojos vendados.	Sillas  Pañuelos.	20 minutos
Esquema corporal	Noción corporal.	Reconocer e interiorizar las partes del cuerpo para la anticipación de movimientos.	Armar un rompecabezas en forma de cuerpo humano, al mismo tiempo que mencionan el nombre de la parte del cuerpo que están armando.	rompecabezas	20 minutos.
Lateralidad	Orientación del propio cuerpo.	Establecer el uso funcional de las	Actuar movimientos de actividades	Ninguno.	20 minutos.

		extremidades dominantes para la realización de actividades cotidianas.	cotidianas: peinarse, bañarse, vestirse, lavarse los dientes, ponerse los zapatos.		
Espacio	Nociones espaciales.	Fortalecer las nociones espaciales donde se estimule la concentración, audición, reacción, planeación y anticipación al llevar a cabo movimientos.	Ubicarse con respecto a un objeto de referencia (silla) según indicación dada: Delante de, Atrás de, Izquierda de, Derecha de.	Sillas	20 minutos.
Tiempo – ritmo	Adaptación a un	Propiciar la organización de	Caminar según el ritmo del tambor.	Tambor.	20 minutos.

	ritmo.	movimientos específicos que obedezcan a un estímulo auditivo favoreciendo la coordinación entre ritmo y movimiento.			
--	--------	---	--	--	--

### Sesión No. 9 “Sonido y acción”

Objetivo general: Armonizar por medio de sonidos el movimiento y la postura del cuerpo.

EJE	ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
Sensoriomotriz	Percepción auditiva.	Reforzar a través de sonidos la memoria a corto plazo y la atención que lleven a la concentración.	Sentado de espaldas al aplicador, levantar una pelota al escuchar el sonido de un silbato y bajarla al sonido del tambor.	Silbato. Pelotas. Tambor.	20 minutos

Motricidad	Disociación.	Fortalecer por medio de acciones distintas la realización coordinada del movimiento de traslado.	Caminar por dos trayectos distintos (recto y curvo) de 5 metros, cargando en las manos 7 revistas.	Gises Revistas	20 minutos
Esquema corporal	Exploración	Manipular objetos donde se encuentre involucrado la capacidad de representación mental.	Armar las figuras que deseen con cajas de cartón.	Cajas de cartón pequeñas.	20 minutos.
Lateralidad	Orientación del propio cuerpo.	Identificar a través de un compañero los componentes del esquema	Formar parejas; uno de los integrantes creara acciones de baile que serán	Música.	20 minutos.

		corporal.	imitadas por su compañero, alternando turno.		
Espacio	Estructuración espacial.	Estimar distancias, donde se refuerce los procesos de anticipación y planeación.	Estimar y comprobar cuantos pasos chicos y grandes se necesitan para recorrer una distancia específica. 1, 3 y 6 metros.	1 metro. Gises.	20 minutos.
Tiempo – ritmo	Repetición de un ritmo.	Reproducir ritmos que favorezcan la concentración y propicien el	Reproducir con las palmas la serie de ritmos del tambor.	Tambor.	20 minutos.

		movimiento.			
--	--	-------------	--	--	--

**Sesión No. 10 “Pensamiento, acción – reacción”**

Objetivo general: Vincular los procesos mentales con la acción del movimiento.

<b>EJE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
Sensoriomotriz	Percepción visual.	Estimular los procesos de discriminación figura-fondo reforzando la percepción visual.	Delinear de color rojo la estrella, color azul la luna y color verde la cruz.	Hojas impresas con figuras.	20 minutos
Motricidad	Coordinación	Ejercitar y fortalecer las	Caminar sobre los aros colocados en	Aros.	20 minutos

	dinámica.	extremidades inferiores en el desplazamiento con objetos.	el piso en línea recta, llevando una pelota mediana en sus manos.	Pelotas	
Esquema corporal	Creación	Representar acciones específicas que propicien la imaginación y la creatividad.	Representar los oficios y profesiones: Cartero, barrendero, carpintero, médico y maestro, siendo adivinados por el resto del grupo.	Ninguno.	20 minutos.
Lateralidad	Diferenciación global.	Realizar actividades simultáneas reforzando acción y movimiento.	Realizar los siguientes movimientos (alternando movimientos)  Levantar mano derecha con pie izquierdo.  Levantar pie derecho con mano izquierda.  Tocarse oreja	Ninguno.	20 minutos.

			<p>izquierda y rodilla derecha.</p> <p>Taparse ojo izquierdo con mano derecha.</p> <p>Tocarse el hombro derecho con mano izquierda.</p>		
Espacio	Espacio gráfico.	Ejercitar la coordinación visomotora en un plano gráfico.	Entre dos líneas paralelas trazar una línea recta sin tocar las orillas.	Hojas blancas. Lápices.	20 minutos.
Tiempo – ritmo	Nociones espaciales.	Fortalecer las extremidades superiores del cuerpo en coordinación con el ritmo y movimiento.	Mover el pañuelo con los brazos extendidos siguiendo el ritmo del tambor.	Tambor. Pañuelo.	20 minutos.



--	--	--	--	--	--

<b>Sesión No. 11 “sentir, moverse y actuar”</b>					
Objetivo general: identificar las habilidades y capacidades que tiene el cuerpo para ejecutar acciones específicas.					
<b>EJE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
Sensoriomotriz	Percepción táctil.	Estimular por medio del modelado el sentido del tacto.	Realizar con la plastilina las siguientes figuras:  Cubo. Esfera. Pirámide.	Plastilina en barra.	20 minutos

Motricidad	Coordinación visomotriz .	Reforzar a través de actividades lúdicas la noción de lateralidad involucrando la coordinación ojo mano.	En pareja, lanzarse la pelota sin que caiga al piso, en un solo rebote, con la mano derecha sin que caiga al piso, con mano izquierda sin que caiga al piso.	Pelotas	20 minutos
Esquema corporal	Nociones corporales.	Fortalecer la interiorización del esquema corporal por medio de la actividad proyectada.	Con los ojos cerrados tocar las partes del cuerpo que indique el instructor.  Cabeza. Ojos. Nariz Boca. Cejas. Hombros. Codos. Rodillas.	Ninguno.	20 minutos.

Lateralidad	Orientación del propio cuerpo.	Propiciar el desplazamiento involucrando las extremidades inferiores estimando distancia y el manteniendo el equilibrio.	Caminar sobre una línea recta de 2 metros, colocando un pie frente al otro sin dejar espacio.	Ninguno.	20 minutos.
Espacio	Orientación espacial.	Propiciar el desplazamiento involucrando la memoria a corto plazo, representación mental y atención.	Elaborar un croquis del lugar donde se lleva a cabo el taller.	Hojas blancas. Lápices.	20 minutos.
Tiempo – ritmo	Orientación y estructuración temporal.	Favorecer la movilidad corporal vinculando la trayectoria con el tiempo.	Recorrer de un extremo a otro el aula en el tiempo que dura una melodía.	Grabadora. Discos de música.	20 minutos.

--	--	--	--	--	--

**Sesión No. 12 “Cuerpo y Movimiento”**

Objetivo general: Fortalecer las habilidades psicomotoras por medio de actividades donde se encuentra comprometida la percepción y el movimiento a través del cuerpo.

<b>EJE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
Sensoriomotriz	Percepción visual	Que el adulto mayor concentre su atención en un estímulo específico que lo lleve a una conducta concreta por medio del cuerpo.	En la serie de figuras de la lamina, indicar con una “X” la que es igual.	Laminas figuras	20 minutos

Motricidad	Movimientos locomotores	Llegar a la relajación involucrando los elementos equilibrio, automatización, soltura y rigidez.	Realizar los movimientos sobre una colchoneta: -acostarse -sentarse	colchoneta	20 minutos
Esquema corporal	Imitación directa	Realizar imitaciones donde se encuentre comprometido el cuerpo y el dominio de este a través de la concentración, memoria a corto plazo y percepción visual.	Imitar las posturas, usando un pañuelo: 1) Sentado frente al aplicador, cruzando la pierna izquierda y sosteniendo el pañuelo con la mano derecha, el brazo extendido durante 3 segundos.  2) Tocarse los tobillos con las dos manos, al mismo tiempo durante 3	Pañuelo.	20 minutos.

			segundos. 3) sentado, simular una expresión de enojo, contrayendo los músculos faciales.		
Lateralidad	Diferenciación global	Establecer a través de actividades físicas disociadas la noción de lateralidad.	Sentados: Tocar hombro con la palma de la mano derecha alternando con el hombro y mano izquierda.  Levantar la pierna derecha alternando con la izquierda.	Sillas	20 minutos.
Espacio	Adaptación espacial.	Delimitar el espacio de acción por medio de objetos que lo aproximen a	Cruzar sin tocar unas cuerdas ubicadas paralelamente a 20	Sillas y cuerda	20 minutos.

		la autorregulación del cuerpo en un espacio concreto.	cm y a 80 cm del piso.		
Tiempo – ritmo	Orientación temporal.	Armonizar los elementos de distancia, esfuerzo y tiempo que lleve a la regularización del movimiento.	Lanzar una pelota a mediana velocidad, tratando de alcanzarla cuando ésta se encuentra en trayectoria.	Pelota	20 minutos.

## ANEXO 4

### Registro anecdótico.

Registro de observación.
Sesión No.
Descripción de actividades:
Observación: