



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA
ESPECIALIDAD DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION**

**IMPACTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOMOTRIZ EN EL ESTRÉS LABORAL DEL
TERAPEUTA FÍSICO DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN
REHABILITACIÓN INTEGRAL – CERi - AREQUIPA, 2015**

Heydi Yosselin, Núñez Cutipa

Arequipa - Perú

2015



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA
ESPECIALIDAD DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION**

**IMPACTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOMOTRIZ EN EL ESTRÉS LABORAL DEL
TERAPEUTA FÍSICO DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN
REHABILITACIÓN INTEGRAL – CERI -AREQUIPA, 2015**

Heydi Yosselin Núñez Cutipa

Tesis preparada a la Universidad Alas Peruanas como requisito para la obtención del Título de Licenciado en Tecnología Médica en la especialidad de Terapia Física y Rehabilitación

Asesor Principal : Lic. T.M. Luis Ibarra Hurtado

Asesor Metodológico : Dr. Cesar Paz Bueno

Asesor De Redacción : Dr. Mario León Ibárcena

Arequipa - Perú

2015

DEDICATORIA:

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios. Al Divino Niño y a la Inmaculada Virgen María.

A mi madre y mejor amiga Ana María, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi Mama Juanita por ser mi segunda madre, por su apoyo incondicional en cada una de mis metas; A mi abuelito Manuel, por ser el ejemplo de padre que tuve durante toda mi vida.

A mis tíos que son como mis hermanos, José y Nicolás; A mi tía Gladys, por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles.

*A mi abuelito Remigio y a mi abuelita
Victorina que a pesar de no estar
físicamente conmigo, me acompañan
día a día desde el cielo.*

*A Gonzalo por su amor, paciencia y
apoyo incondicional, durante todo este
tiempo.*

*A Toby y Arnold por ser ese milagrito
de Dios en mi vida.*

*Finalmente, a todos aquellos que
participaron directa o indirectamente
en la elaboración de esta tesis.*

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, quiero agradecer a mi madre Ana María por el apoyo incondicional que me ofreció todos estos meses, por las buenas ideas que supo transmitirme y por la confianza que puso en mí para llevar a cabo este trabajo.

A mi familia por ser mis guías y en especial a Gladys por su apoyo, que junto a ella pude realizar uno de mis más preciados sueños.

Así mismo agradecer a mi madrina Fancy Por su cariño y siempre apoyo en mis proyectos.

Del mismo modo agradezco a los terapeutas físicos tan dispuestos que colaboraron respondiendo a los cuestionarios y participando del programa de psicomotricidad terapéutica.

Por último, quiero agradecer la colaboración de mi tutor, el Licenciado T.M. Luis Ibarra, quien dedicó parte de su tiempo para ayudarme a realizar dicha tesis, el cual, con poco tiempo y disposición acepto llevar a cabo mi trabajo de investigación, sin ninguna objeción, lo cual lo considero muy importante debido al tiempo que implica ser tutor de una tesis, y más en su caso particular, que lleva adelante varias tesis de los alumnos de la universidad.

¡Gracias a ustedes!

“Somos lo que hacemos y pensamos, para
cambiar lo que somos”

Heydi Núñez

RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto del programa de intervención psicomotriz en el estrés laboral del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI– Arequipa, 2015

Métodos: La población considerada para la presente investigación fueron los terapeutas físicos que laboran en el Centro Especializado en Rehabilitación - CERI –Arequipa. La muestra fue de 20 terapeutas físicos entre 20 a 35 años.

La técnica utilizada en el presente trabajo fue la evaluación. El instrumento que se utilizó para recoger los datos de la variable 1 (Programa de Intervención Psicomotriz) es un cuestionario que fue elaborado para para medir la participación individual de cada terapeuta por sesión, validado por expertos en Psicomotricidad Terapéutica y en Educación en el 2015. El instrumento para recoger los datos de la variable 2 (Estrés Laboral) fue el Cuestionario de Maslach - Burnout.

Se realizó el análisis estadístico mediante el programa informático SPSS.

Resultados: El Programa de Intervención Psicomotriz logra una evolución positiva, ya que en la primera semana la participación fue positiva en un 55% y negativa en un 35% lo que mejora en la última sesión de relajación en un 95% positivo y un 5% negativo. Al igual que el nivel del síndrome de Burnout de los participantes, en la primera semana se manifiesta un estrés alto al 70% y un nivel de estrés bajo al 30%, la aplicación paulatina del Programa de Intervención Psicomotriz manifiesta un efecto positivo ya que en la cuarta semana el nivel de estrés bajo se ha mejorado al 80%, es decir se ha recuperado más de la mitad de los participantes a un nivel sin estrés o estrés bajo, y el nivel de estrés alto que estaba representado en la primera semana con el 70% se ha logrado disminuir a sólo el 20%.

La prueba T de Student para muestras relacionadas obtuvo 2 grados de libertad (gl.), la media después de la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz es 1,478, la significancia es de 0,012. Valor p hallado = $0.012 < 0.05$ se acepta la hipótesis verdadera y se demuestra que si hay mejora en el reducimiento del síndrome de burnout

Palabras Claves: Psicomotricidad Terapéutica, Estrés Laboral

Abstract

Objective: Determine the impact of psychomotor intervention program in Physical Therapist work stress in Comprehensive Rehabilitation Specialized Centre - CERI-Arequipa, 2015

Methods: The population covered by this investigation were physical therapists working in the Rehabilitation Specialized Center - CERI-Arequipa. The sample consisted of 20 physical therapists from 20 to 35 years.

The technique used in this study was the evaluation. The instrument used to collect the data of variable 1 (Intervention Program Psychomotor) was a questionnaire developed to measure the individual participation of each therapist per session, validated by experts in Psychomotor Therapy and Education in 2015. And the instrument to collect data of variable 2 (Work Stress) was the Maslach - Burnout questionnaire.

Statistical analysis was performed using SPSS software.

Results: Psychomotor Intervention Program achieved a positive development, since that first week the turnout, and it was 55% positive and 35% negative improved in the last relaxation session of in 95% positive and negative 5%. The same the level of participants Burnout syndrome in the first week had high stress at 70% and a level of 30% under stress was objetived, the gradual implementation of the Psychomotor Intervention had a positive effect as in the fourth week; the stress level has improved to 80%, ie recovered more than half of the participants to a level of no stress or low stress and high stress level that was represented in the first week 70%, has lowered only 20%.

The t Student test for related samples obtained 2 degrees of freedom (df.), The average after application Psychomotor Intervention Program was 1,478, the significance 0.012. I found value = 0.012 $p < 0.05$ so true hypothesis was accepted and showed that there was an improvement in lowering of burnout syndrome

Keywords: Psychomotor Therapy, Occupational Stress

LISTA DE CONTENIDOS

	Pág.
Portada	
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Epígrafe	
Resumen	
Abstract	
Lista de Contenidos	
Lista de Tablas	
Lista de Graficas	
Lista de abreviaturas	
Introducción	
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	20
1.1. Problema de Investigación	20
1.1.1. Descripción de la realidad Problemática	20
1.1.2. Formulación del problema	23
1.1.3. Horizonte de la investigación	23
1.1.4. Justificación:	24
1.2. Objetivos:	26
1.2.1. General	26
1.2.2. Específicos	26
1.3. Variables:	26

1.3.1. Identificación de variables	26
1.3.2. Operacionalización de variables	27
1.4. Antecedentes Investigativos	28
1.4.1. A Nivel Internacional	28
1.4.2. A Nivel Nacional	29
1.4.3. A Nivel Local	29
1.5. Base Teórica	30
1.6. Conceptos Básicos	74
1.7. Hipótesis	76
1.7.1. Hipótesis Principal	76
1.7.2. Hipótesis Secundarias	76
1.7.3. Hipótesis Estadísticas	76
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	78
2.1. Nivel, Tipo y Diseño de la Investigación	78
2.1.1. Nivel de la Investigación	78
2.1.2. Tipo de la Investigación	78
2.1.3. Diseño de la Investigación	79
2.2. Población, Muestra y Muestreo	79
2.2.1. Población	79
2.2.2. Muestra	79
2.3. Técnicas e Instrumentos:	80
2.3.1. Técnicas	80
2.3.2. Instrumentos	80
2.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	82

2.4.1. Matriz de base de datos	82
2.4.2. Sistematización de computo	84
2.4.3. Pruebas estadísticas	84
CAPITULO III: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	87
3.1 Resultado por indicador de la variable 1	87
3.2 Resultado por indicador de la variable 2	93
3.3 Resultado del Problema de Investigación	106
3.4 Discusión de resultados.	109
4. Conclusiones	112
5. Recomendaciones y/o sugerencias	114
7. Referencias bibliográficas	115
Anexos	122
Anexo 1: Mapa de ubicación	
Anexo 2: Glosario	
Anexos 3-: Instrumento Programa de Intervención Psicomotriz	
Anexos 4-: Instrumento Cuestionario de Maslach	
Anexos 5-: Consentimiento Informado	
Anexo 6 : Disgregación Cuadros estadísticos de la Tabla Nro13 y Nro14	
Anexos 7-: Matriz de Base de datos Programa de Intervención Psicomotriz	
Anexos 8-: Matriz de Base de datos Cuestionario de Maslach	
Anexo 9 : Matriz de Consistencia	

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla N°1:	Operacionalización de las variables	27
Tabla N°2:	Medición del Programa de Psicomotricidad Terapéutica	82
Tabla N°3:	Medición de Burnout	83
Tabla N°4:	Resultados de la Primera Sesión de Esquema e Imagen Corporal en la evaluación de Psicomotricidad terapéutica.	87
Tabla N°5:	Resultados de la Segunda Sesión Control Tónico Postural en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica	89
Tabla N°6:	Resultados de la Tercera Sesión Control Respiratorio en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica	90
Tabla N°7:	Resultados de la Cuarta Sesión Relajación en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica	91
Tabla N°8:	Resultados del Análisis de todo el Programa de Intervención Psicomotriz	92
Tabla N°9:	Resultados del Agotamiento Emocional entre las evaluaciones iniciales y finales	93
Tabla N°10:	Resultados de la Despersonalización entre las evaluaciones iniciales y finales	96

Tabla Nº11:	Resultados de la Realización Personal entre las evaluaciones iniciales y finales	99
Tabla Nº12:	Resultados del Análisis del Síndrome de Burnout de la Primera Semana a la Cuarta Semana	102
Tabla Nº13:	Resultados del Análisis del Síndrome de Burnout entre la Primera Semana a la Cuarta Semana	104
Tabla Nº14:	Resultados del Problema de investigación mediante la T de Student	106
Tabla Nº15:	Comprobación de hipótesis	107

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico N°1: Resultados de la Primera Sesión de Esquema e Imagen Corporal en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica	88
Gráfico N°2: Resultados de la Segunda Sesión de Control Tónico Postural en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica	89
Gráfico N°3: Resultados de la Tercera Sesión Control Respiratorio en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica	90
Gráfico N°4: Resultados de la Cuarta Sesión Relajación en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica	91
Gráfico N°5: Resultados del Análisis de todo el Programa de Intervención Psicomotriz	92
Gráfico N°6: Resultados del Agotamiento Emocional entre las evaluaciones iniciales y finales	94
Gráfico N°7: Resultados del Agotamiento Emocional entre la evaluación de la primera semana y última semana	94
Gráfico N°8: Resultados de la Despersonalización entre las evaluaciones iniciales y finales.	97
Gráfico N°9: Resultados de la Despersonalización entre la evaluación de la primera semana y última semana	97

Grafico N^a10:	Resultados de la Realización Personal entre las evaluaciones iniciales y finales	100
Grafico N^a11:	Resultados de la Realización Personal entre la evaluación de la primera semana y última semana	100
Grafico N^a12:	Resultados del Análisis del Síndrome de Burnout de la Primera Semana a la Cuarta Semana	102
Grafico N^a13:	Resultados del Análisis del Síndrome de Burnout entre la Primera Semana y Cuarta Semana	104

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura N° 1: Modelo de Investigación	78
Figura N°.2: Ubicación de la T de Student	107

LISTA DE ABREVIATURAS

AE	: Agotamiento Emocional
CERI	: Centro Especializado en Rehabilitación Integral
DP	: Despersonalización
GE	: Grupo Experimental
OMS	: Organización Mundial de la Salud
MBI	: Inventa. Bumout de Maslach
R1	: Aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz
RP	: Realización Personal
T1	: Evaluación Inicial
T2	: Evaluación Final
VD	: Variable Dependiente
VI	: Variable Independiente

INTRODUCCION

Según la OMS uno de los problemas de Salud Mental que constituye el factor causal de muchas enfermedades, y es considerado el "mal del siglo", es el "estrés laboral" que afecta al individuo y al ser humano que se encuentra en constante adaptación frente a los cambios que se suscitan en su entorno generado en los últimos tiempos por el avance de la ciencia y la tecnología, entre otros.

Los últimos avances de la ciencia y la tecnología han producido serias repercusiones y modificaciones en el estilo de vida del individuo, causando con mucha frecuencia el estrés que influye no sólo en la calidad de vida, sino también en el ámbito laboral, que se desarrolla con frecuencia ante las diversas situaciones estresantes las cuales pueden ser perjudiciales para la salud.

Las condiciones que pueden causar estrés pueden ir desde: las inadecuadas condiciones de iluminación en el servicio, existencia de ruidos y ambientes contaminados, constituyendo una carga mental de trabajo, falta de control sobre las tareas e inadecuadas relaciones interpersonales con el equipo de salud y con el paciente, dificultades personales que suelen presentarse en las obligaciones familiares, falta de comunicación con los hijos y la pareja.

En los últimos avances, todas estas condiciones y entre otras, pueden conllevar al "Síndrome de Burnout", que en un 60% afecta a los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, terapeutas físicos, etc.).

El Burnout es un problema característico de "servicios humanos", es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación de continua de ayuda hacia el "cliente".

El Profesional en Terapia Física conlleva, entre otras tres características que a su vez son factores de riesgo y que determinan la aparición del síndrome; un gran esfuerzo mental y físico, continuas reorganizaciones de las tareas; que agravan el nivel de carga, esfuerzo mental y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción, incidiendo en los profesionales de terapia física, ya que

enfrentan situaciones que puede ocasionar diversas reacciones emocionales, como estrés, falta de control, entre otros.

El profesional de Terapia Física como miembro del equipo de salud debe poseer ciertas características o cualidades que le permitan a la par estar actualizados y comprometidos para así poder enfrentar situaciones generadoras de estrés, mediante el uso de mecanismos orientados a mantener y/o restablecer el equilibrio psicoemocional, el cual podría conllevar a una mejor atención integral con calidad al paciente en su tratamiento.

Partiendo de la unidad biopsicosocial del individuo, la psicomotricidad permite llevar a cabo un entrenamiento en el manejo de las funciones del sistema nervioso, con el fin de producir cambios en patrones de actuación y hábitos. Así como una reeducación guiada para el uso consciente del cuerpo (movimientos, posturas, identificación de señales, activación adecuada), y su relación con sus emociones, pensamientos y conductas.

La Psicomotricidad es una ciencia actual, práctica, que interviene en la autonomía del individuo a la hora de conservar su salud y bienestar. Lo que permitirá actuar sobre el estrés del terapeuta físico permitiéndole: Aprender a vivir de forma más consciente, evitando automatismos que nos limitan, ejercer un correcto dominio psicósomático, evitando tensiones y manejando emociones y aprender a controlar el estrés y la ansiedad, para prevenir o tratar conductas y trastornos (depresiones, insomnio, ansiedad, etc.).

Es por ello que el propósito del estudio estuvo orientado a los resultados que proporcionaron los terapeutas físicos que laboran en el Centro en Rehabilitación Integral – CERI ,y la información actualizada sobre el nivel de estrés que poseen , que permita la formulación de un programa de intervención psicomotriz dirigido a fortalecer los mecanismos a nivel intrapersonal e interpersonal para afrontar problemas o situaciones estresantes y así mejorar su salud mental y poseer enfermedades causadas por el estrés.

CAPITULO I:

MARCO TEÓRICO

1.1. Problema de Investigación

1.1.1. Descripción de la Realidad Problemática

De un tiempo a esta parte se escucha hablar de estrés, pues vivimos en una sociedad cada vez más compleja, con muchas presiones, obligaciones, responsabilidades y poco tiempo libre para desconectarse de los problemas laborales y dedicárselo a uno mismo, a pensar, a pasear, a los amigos y a las relaciones afectivas. A las imposiciones externas se añaden las internas: nos forzamos a nosotros mismos a hacer unas cosas determinadas, impulsados por la necesidad de conseguir reconocimiento y aprecio de los demás, o intentando ser tal y como pensamos que esperan que seamos, una vez más para conseguir respeto, aceptación y estimación. Además de las circunstancias personales y familiares, se añaden a este panorama las presiones y exigencias que recibimos en el ámbito laboral, mucho más intensas cuando se trata de profesiones asistenciales, en las que una persona tiene que hacerse cargo de las necesidades de otras o suplir carencias en diferentes terrenos, como es el caso de los Terapeutas físicos.

Los medios de comunicación, por su parte, empiezan a hablar de síndrome de desgaste profesional o del profesional, llamado burnout, anglicismo que hasta hace pocos años era casi desconocido. Asistimos a un incremento de la difusión de situaciones de burnout en diferentes profesiones, al tiempo que las investigaciones muestran que hay una mayor propensión a padecer este síndrome por parte de los profesionales de salud.

Por otra parte, en las últimas décadas se están desarrollando numerosas investigaciones sobre las relaciones entre la psicomotricidad y las funciones cerebrales. Es por ello que la actividad motriz es la principal fuente de aprendizaje y desarrollo de las personas desde que son niños. Es necesaria tanto para su desarrollo físico y psicomotor como para la construcción de conocimiento.

Partiendo de una visión integral del ser humano la psicomotricidad integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y expresarse del individuo en un contexto psicosocial.

Es así que se describe a la Terapia Psicomotriz como la disciplina que incorpora, sugiere e implementa en forma plástica una sucesión de recursos técnicos, según el tratamiento, adaptándolos a los tiempos que abarcan la necesidad del paciente, o del grupo en el que se encuentran incluidos.

Es por ello que hay una relación muy estrecha entre psicomotricidad y relajación, la contracción muscular elimina las trazas como memoria tónica de una acción mal vivida, haciendo posible que las acciones de la experiencia pasada y la representación de un espacio mental sean libres.

En cuanto la relajación permite al cuerpo revivir y restablecer una verdadera relación primaria, un verdadero diálogo tónico-emocional entre el sujeto y sí mismo, y los otros.

Actualmente, es un procedimiento aceptado por muchos centros de salud en países desarrollados, sin embargo, en Perú y en Arequipa el desarrollo de esta disciplina es todavía bastante incipiente.

En respuesta a esa necesidad, el estudio presente determina el impacto que produce la psicomotricidad terapéutica aplicada en el Terapeuta físico sobre los niveles de estrés laboral en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI.

1.1.2. Formulación del Problema

A. Problema Principal

¿Cuál es el impacto del programa de intervención psicomotriz en el estrés laboral del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI – Arequipa, 2015?

B. Problemas Secundarios

- a) ¿Cuál es el impacto del programa de intervención psicomotriz en el agotamiento emocional del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015?
- b) ¿Cuál es el impacto del programa de intervención psicomotriz en la despersonalización del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI– Arequipa, 2015?
- c) ¿Cuál es el impacto del programa de intervención psicomotriz en la realización personal del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI– Arequipa, 2015?

1.1.3. Horizonte de Investigación

- A. Campo : Salud Humana
- B. Área : Ciencias Clínicas - Tecnología Médica Rehabilitación
- C. Línea : Terapia Complementaria

1.1.4. Justificación

A. **Ser de Actualidad;** La psicomotricidad es un planteamiento de intervención actual, el cual se basa en el desarrollo de las habilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo cual lleva a centrar interés en el movimiento de cada persona. Se viene desarrollando en distintos países de Europa, así como América del Norte y en algunos de América del Sur, como una forma de intervención temprana y preventiva de las distintas disfunciones patológicas, psíquicas y motoras.

El estrés de las personas en este siglo XXI va en incremento, sobre todo en las personas que laboran en el sector de salud, la psicomotricidad es una innovadora forma de intervención terapéutica la cual se realizara en el Terapeuta Físico que labora en el Centro Especializado de Rehabilitación Integral – CERI - Arequipa, y así dar a conocer y difundir los beneficios que nos puede traer esta innovadora forma de intervención terapéutica.

B. **Ser novedoso;** Debido a que no se hallaron antecedentes´ de investigación relacionados a la aplicación de programas de intervención psicomotriz en el estrés laboral, así mismo se utilizaron instrumentos los cuales pueden validarnos el nivel de estrés en el terapeuta físico antes y después de la aplicación de la intervención psicomotriz.

C. **Ser trascendental;** ya que el programa de intervención psicomotriz, permitirá al terapeuta físico mejorar su estado de ánimo, expresión corporal, salud mental, confianza en sí mismo y sensibilizarse. Ayudará a su autonomía y el fortalecimiento de la empatía en el rol que desempeña con los demás.

El terapeuta físico podrá hacer uso de las técnicas del programa de intervención psicomotriz, para prevenir el estrés y poder desempeñarse adecuadamente en sus labores diarias.

D. **Tener un impacto social;** Debido a que la sociedad actual está evolucionando, progresando más rápido y las necesidades son mayores, el estrés incrementa según estas necesidades y las personas deben mejorar

cada vez más su desempeño. El personal de salud en especial el Terapeuta Físico está en constante agotamiento emocional y corporal, por lo que está más propenso a desarrollar enfermedades como el estrés, lo cual puede desencadenar una serie de signos y síntomas dañinos para su salud.

Es por ello que se buscan alternativas de prevención para evitar el estrés y una de ellas según esta investigación es el programa de intervención psicomotriz el cual es accesible y económico, debido a que nuestro cuerpo y el movimiento es nuestra mejor arma para contrarrestar los efectos del estrés

E. **Tener Utilidad;** Ya que la psicomotricidad terapéutica posee objetivos los cuales nos ayudaran a solucionar el problema planteado sobre el estrés laboral del terapeuta físico y servirá de guía para futuras investigaciones no solo en estrés laboral sino en otro tipo de enfermedades.

La aplicación del programa de intervención psicomotriz ayudara a mejorar la salud psíquica del Terapeuta Físico.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Determinar el impacto del programa de intervención psicomotriz en el estrés laboral del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI– Arequipa, 2015

1.2.2. Objetivos Específicos

- a) Precisar el impacto del programa de intervención psicomotriz en el agotamiento emocional del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI– Arequipa, 2015
- b) Precisar el impacto del programa de intervención psicomotriz en la despersonalización del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI– Arequipa, 2015
- c) Precisar el impacto del programa de intervención psicomotriz en la realización personal del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI– Arequipa, 2015

1.3. Variables

1.3.1. Identificación de las variables

- A. Variable 1 : Programa de intervención psicomotriz
- B. Variable 2 : Estrés laboral

1.3.2. Operacionalización de las variables

Tabla Nª1: Operacionalización de las variables

VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	
		Test	Evaluación
1V.I Programa de intervención psicomotriz	1. Esquema e Imagen Corporal		Aplicación del Programa de Psicomotricidad Terapéutica
	2. Control Tónico postural		
	3. Control respiratorio		
	4. Relajación		
V.D Estrés Laboral	1. Agotamiento emocional	Cuestionario Burnout de Maslach	
	2. Despersonalización		
	3. Realización personal		

1.4. Antecedentes Investigativos

1.4.1. A nivel Internacional

La intervención psicomotriz en educación: su influencia sobre el esquema corporal y el autoconcepto en niños de 5 años.

Autor: Justo Martínez Eduardo.

Año: 1996.

Universidad: Granada.

Centro de lectura: Psicología.

Centro de realización: Departamento de Psicología evolutiva y de la educación programa de doctorado: psicología de la intervención en el ámbito educativo.

Resumen:

Se ha realizado un estudio para comprobar: 1) si existe relación entre esquema corporal, imagen corporal, concepto corporal y autoconcepto; 2) la influencia de un programa de intervención psicomotriz en niños de 5 años. la experiencia se ha realizado en dos colegios, con una muestra total de 48 sujetos. se ha utilizado un diseño experimental de dos grupos relacionados: experimental y control, con tres fases: pretest, postest y seguimiento. el programa aplicado al grupo experimental se ha elaborado según los objetivos y principios metodológicos de la educación infantil y se ha fundamentado en un enfoque global y vivenciado de la acción educativa. se han obtenido correlaciones significativas entre esquema corporal, imagen corporal y autoconcepto. el programa de intervención psicomotriz ha mejorado todos estos aspectos en los niños a los que se les ha aplicado.

1.4.2. A nivel Nacional

Se efectuó la revisión correspondiente en la Facultades de Medicina, Psicología, Educación y Tecnología Médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Nacional Federico Villareal, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad Alas Peruanas y en el internet; poniendo de manifiesto que no existen investigaciones científicas relacionadas con el tema de la tesis propuesta, ya que se trata de una investigación vivencial.

1.4.3. A nivel local

Se efectuó la revisión correspondiente en la Facultades de Medicina, Psicología, Educación y Tecnología Médica de la Universidad Nacional de San Agustín, Universidad Católica de Santa María, Universidad Católica San Pablo, Universidad Alas Peruanas y en el internet: poniendo de manifiesto que no existen investigaciones científicas relacionadas con el tema de la tesis propuesta, ya que se trata de una investigación vivencial.

1.5. Base Teórica

1.5.1. Aproximación a la Psicomotricidad

1.5.1.1. Origen y evolución del concepto

El concepto de psicomotricidad surge a principios del siglo XX se destaca la relación que existe entre lo psicológico (psique) y la forma de manifestarse (motricidad). Su fin es superar el modelo anatomo-clínico y así entender a la persona como una unidad que vive y se expresa globalmente.¹

En el año 1905, el neurólogo francés E. Dupre empezó a observar las características de niños débiles mentales, relacionando las anomalías neurológicas y psíquicas con las motrices, describiendo el primer caso clínico específico: la debilidad motriz, según se posee alteraciones y retraso en su motricidad.¹

Durante la primera parte del siglo pasado se observa una gran influencia neurológica en el concepto de psicomotricidad, por los avances de la neuropsiquiatría y la neurofisiología en cuanto la patología cortical.¹

Aparece durante la mitad del siglo XX un contexto filosófico y científico, que tiene su principal representante en el paralelismo psicomotor. Esta concepción considera que hay una relación entre los fenómenos psicológicos y los motores y supone un avance a la superación del pensamiento dualista cartesiano suscitado por René Descartes, quien separó las sustancias que denominó: cuerpo y alma. Alma; para Descartes es la que tiene la capacidad de discernir entre lo bueno y lo malo, juega el papel de lo que ahora llamamos "mente".²

Heuyer en 1936, fue la figura más destacada de este periodo, quien estableció la relación que existe entre el desarrollo de la motricidad, la inteligencia y la afectividad, es decir, por primera vez aparece una concepción global del ser. Heuyer estudió cómo los trastornos de las funciones motrices van acompañados de los trastornos de carácter, llegando a establecer programas de tratamiento para resolver estos problemas, anticipando lo que sería la reeducación psicomotriz.²

Luego, Henri Wallon y los aportes de la psicobiología dan cuenta de la importancia del desarrollo emocional del niño, basándose en la unidad psicobiológica del individuo, donde psiquismo y motricidad representan la expresión de las relaciones del individuo y del medio. De allí la importancia del movimiento en el desarrollo psíquico del niño y en la construcción del esquema corporal que no es dado inicialmente, no es una entidad biológica, es una construcción.³

Wallon dio a conocer las relaciones del tono (tono muscular) como principal antecesor de todo acto motor y trama en que se teje la emoción, es decir la expresión más primitiva de la actividad específicamente humana, que es la actividad de relación. Dentro de este fenómeno tónico concede preponderancia a la función postural de comunicación, esencial en el niño pequeño. Función mediante la cual el niño da y recibe.⁴

Sin embargo Jean Piaget afirma que la actividad motriz es el punto de partida del desarrollo de la inteligencia, llegando a concluir que la construcción de la inteligencia y sobre todo en la génesis de las nociones (cantidad, espacio, tiempo, etc.), que el movimiento es el propio, el mismo psiquismo, debido a que en los primeros años esta inteligencia es sensorio motriz, pues el conocimiento corporal tiene relación no sólo con el propio cuerpo, sino que también hace referencia constante al cuerpo del otro.²

Siguiendo con el estudio, Julián de Ajuriaguerra y su equipo suman elementos del psicoanálisis y desarrollan el papel de la función tónica no sólo como telón de fondo de la acción corporal, sino también como medio de relación con el otro. Analiza las relaciones entre el tono y el movimiento, asociando el desarrollo del gesto con el lenguaje, y se transforma en el verdadero artífice de los principios clínicos de la Psicomotricidad, al describir inicialmente los síndromes psicomotores.⁵

Entretanto E. Guilmain en 1935, quien tomo los postulados wallonianos y las concordancias psicomotoras, crea el primer método de evaluación psicomotora.⁶

Por eso, el tercer cuarto del siglo pasado se caracteriza por el proceso autónomo que se inicia en el ámbito de la Psicomotricidad y por la búsqueda de su propia identidad, se destaca la figura de Ajuriaguerra y la de Dialkine; los cuales consiguen aislar los distintos trastornos psicomotores, relacionarlos con otros síndromes y establecer los distintos tratamientos que se podían llevar a cabo con estos niños.⁶

A partir de estos trabajos aparece en Francia, en el año 1960, la primera Carta de Reeducción Psicomotriz, que aportó la fundamentación teórica del examen psicomotor, así como una serie de métodos y técnicas de tratamiento de los diversos trastornos motrices. Todos estos aportes constituyen la base de la disciplina, ya que se empiezan a tratar las disfunciones, se especifican objetivos y se establecen tratamientos.⁶

Se agregan también Louis Picq y Pierre Vayer, Huguette Bucher, Jean Le Boulch (con su método derivado de la Educación Física al que denomina Psicocinética); Bernard Aucouturier (Práctica Psicomotriz), André Lapierre (Psicomotricidad Relacional primero y Análisis Corporal de la Relación luego), Françoise Desobeau, Jean Bergés (con sus test de imitación del gestos y sus técnicas de relajación) y tantos otros,

todos ellos investigadores y científicos provenientes de los campos de la Educación, la Reeducción y la Terapia, quienes crean y recrean distintos métodos, técnicas, aplicaciones clínicas y pedagógicas relacionadas con la Psicomotricidad.²

Ballesteros en 1982; Viscarro y Camps en el 2001 refieren que en la actualidad existen dos tendencias diferenciadas en psicomotricidad:¹

- **La postura normativa.** Representada por Picq y Vayer en 1977, Le Boulch en 1972, Defontaine en 1982 etc. Proviene de la corriente más tradicional, que consideran al cuerpo como instrumento. Parten de un diagnóstico psicomotor previo a partir del cual, se establecen las dificultades de la persona y se aplican una serie de técnicas y ejercicios programados para superar los déficits y potenciar las habilidades de aprendizaje. ¹
- **La postura dinámica.** Representada principalmente por Lapierre en el 2002 y Aucouturier en 1977. Consideran al niño en su globalidad. Tratan el cuerpo y el movimiento destacando su dimensión afectiva. Parten de la vivencia y de la experimentación de lo que el niño tiene de positivo y de lo que sabe hacer. Se plantean como objetivo favorecer la relación con el otro sobre un plano tónico-emocional que desarrolla la organización del yo y de las funciones cognoscitivas. Está basada en la actividad motriz espontánea. ¹

En el intento de conciliar estas dos posturas surgen una postura mixta y otra ecléctica, que combinan aspectos de cada una de las posturas normativa y dinámica. ¹

- **La postura mixta.** Representada por Amicale en 1986; Blázquez y Ortega en 1984; Antón en 1979; Berruezo en 1999; García Núñez en 1996; García Núñez y Holgado en 1990, entre otros. Consideran el cuerpo como un instrumento adaptado al medio. Valoran la

importancia de la percepción vinculada al movimiento. Priorizan la propia experimentación y la relación con los otros. Promueven el desarrollo global del niño a través de la acción corporal integrada y sistematizada en el Diseño Curricular. Algunos parten de la actividad motriz espontánea mientras que otros, se centran en la actividad guiada individual de experimentación y representación en pequeños grupos.¹

- **La postura ecléctica.** Representada por Viscarro y Camps en el 2001, intenta recoger las aportaciones de las posturas anteriores, especialmente de la dinámica. Resaltan la importancia y significación de la interacción adulto-niño que se produce en cada sesión. Por lo que se acercan más a la teoría del desarrollo propuesta por Vigostsky. Intentan favorecer el desarrollo global y armónico del niño partiendo de la vivencia, de la experimentación y la planificación de los contenidos de Educación Infantil de modo que, las actividades en las sesiones de psicomotricidad preparen, consoliden los aprendizajes y potencien los aspectos de relación social.¹

1.5.1.2. Definición de la Psicomotricidad

Algunos autores consideran a la psicomotricidad como una ciencia (Le Boulch, 1982; Coste, 1978; Sergio, 1991), otros la definen como una técnica (Coste, 1977); (Maigré y Destrooper, 1986); (García Núñez, Fernández Vidal, 1994); (Berruezo, 1995), otros autores la distinguen como una metodología de actuación práctica (Aucouturier y Lapierre, 1980); (Sassano y Bottini, 1992); (Castro Llano, 1987); (López, 1988); (Levín, 1991); (Viscarro y Camps, 2001). Menéndez (1989, 1992), concibe la psicomotricidad como un ámbito del comportamiento y como una concepción y técnica educativa, reeducativa y terapéutica. Herrán (2004) considera la psicomotricidad como una intervención evolutivo-educativa.

La mayoría de autores convienen en considerarla como una disciplina educativa, reeducativa y terapéutica (Ajuriaguerra, 1986); (Calmels, 1991); (García Núñez, 1993) (Morales y García Núñez, 1994); (Arnaiz, 1994); (Boscaini, 1992).²

Muniain en 1997, define la psicomotricidad como:

Una disciplina educativa/reeducativa/terapéutica, concebida como diálogo, que considera al ser humano como una unidad psicosomática y que actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento, en el ámbito de una relación cálida y descentrada, mediante métodos activos de mediación principalmente corporal con el fin de contribuir a su desarrollo integral.⁷

Pastor en el 2005 sistematizo las definiciones estableciendo diferentes maneras de entender la noción de Psicomotricidad:

a) **Como rama del conocimiento.** Un extenso sector de autores incluyendo a Le Boulch, cuando identifica la Psicocinética pretenden delimitar la Psicomotricidad como una ciencia claramente diferenciada de otras áreas del conocimiento. Desde esta perspectiva, se argumenta la necesidad de crear unos estudios universitarios de Psicomotricidad que puedan servir como referente para delimitar un espacio profesional propio.⁸

b) **Como proceso evolutivo y de adaptación,** “estructurante que interviene en la modelación del cuerpo y de su manera de estar en el mundo y es base para el desarrollo de otras funciones”⁹

También se considera como un proceso de ayuda que acompaña al niño/a en su propio itinerario reeducativo que va desde la experiencia motriz y el movimiento hasta el acceso a la capacidad de descentración.¹⁰

- c) **Como una técnica o “conjunto de técnicas** que tienden influir en el acto intencional o significativo, para estimularlo o modificarlo, utilizando como mediadores la actividad corporal y su expresión simbólica”¹¹
- d) **Como proceso educativo**, LaGrange define la psicomotricidad como: una educación global que al accionar los potenciales intelectuales, afectivos, sociales, motores y perceptivos del niño, le da una seguridad, un equilibrio y permite su desenvolvimiento al organizar de manera correcta sus relaciones con los diferentes medios en los que está llamado a evolucionar. Es una preparación para la vida de adulto.¹²

En el Fórum Europeo de Psicomotricidad celebrado en Marburg en 1995, se aceptó el término de “Psicomotricidad” entre los psicomotricistas. A partir de este momento, las distintas asociaciones españolas de psicomotricidad se constituyeron formalmente en una Federación de Asociaciones de Psicomotricistas del Estado Español en Santa Cruz de Tenerife el 3 de octubre de 1998. Este grupo de asociaciones que integran la Federación aceptaron la definición de Psicomotricidad aportada en el Fórum Europeo:

Basado en una visión global de la persona, el término "psicomotricidad" integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad, así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. Partiendo de esta concepción se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico. Estas prácticas psicomotrices han de conducir a la formación, a la titulación y al perfeccionamiento

profesionales y constituir cada vez más el objeto de investigaciones científicas.¹³

Las distintas asociaciones españolas de psicomotricistas coinciden en que el término psicomotricidad integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y expresarse en un contexto psicosocial.¹

En la actualidad la Psicomotricidad se constituye como la concreción de un determinado modelo basado en el paradigma unitario y globalista que permite entender la intervención en determinadas esferas de la personalidad y como consecuencia, desarrollar diversas estrategias según cuales sean los ámbitos de aplicación y, por tanto, los objetivos propuestos.¹

1.5.1.3. Base Teórico - Conceptuales en Psicomotricidad

Wallon es el autor de referencia principal que dio al término psicomotricidad la expresión teórica más sólida y coherente, también son importantes las contribuciones de Piaget con su enfoque biológico y sensorio-motor estructurado y constructivista. Más tarde, Ajuriaguerra con su perspectiva neurofuncional y neuropsiquiatría.¹

Como reacción al movimiento anatómo-fisiológico nacen las contribuciones psicomotrices de Lapierre en el 2002; Aucouturier; Vayer; Soubiran y Jolivet, entre otros), que se basan en una concepción más relacional, afectiva, lúdica y emocional y acaban por definir los modelos teóricos franceses de la psicomotricidad.¹⁵

Para Fonseca en 1999, las dimensiones conceptuales sobre la motricidad y la corporalidad no agotan la explicación de elementos de estudio complejos como son el cuerpo y el movimiento humanos. Ambos trascienden la pura dimensión biológica en la medida en que fue con tales instrumentos práxicos que el ser humano incorporó,

incorpora e incorporará al mundo natural un mundo civilizacional. La civilización humana es tributaria del cuerpo y la motricidad.¹⁶

1.5.1.4. **Los Contenidos de la Psicomotricidad**

Algunos autores engloban el cuerpo y el movimiento como contenido esencial y específico de la Psicomotricidad. Sin embargo, el concepto instrumental del movimiento y del tratamiento sintomático ha evolucionado hacia una concepción global que, junto con las aportaciones psicodinámicas, trasladan el acento de lo motriz a lo corporal, instrumentalizando el movimiento en función de la relación, la afectividad, el mundo imaginario.¹

La acción se constituye en el tipo de movimiento puramente humano puesto que se trata de una secuencia de movimientos coordinados elaborados con un fin determinado. Este tipo de actividad motriz, con entidad autónoma pero compuesta por una serie de movimientos que se combinan y coordinan siempre de una determinada manera es lo que se denomina praxia.¹

Piaget postula en 1975, las praxias son sistemas de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención. Son fruto de la experiencia individual, del aprendizaje y reflejan el aspecto intencional de la conducta. Tienen enorme importancia en la conducta humana, pero sus mayores trascendencias se encuentran en el desarrollo del pensamiento y del lenguaje. Tanto filogenéticamente como ontogenéticamente la acción es anterior a las formas más complejas de la comunicación humana. Las primeras acciones del bebé, que se manifiestan a través de los movimientos reflejos, tienen una significación psicofisiológica y permiten una adaptación vital del bebé con su entorno.¹⁷

A lo que Ajuriaguerra en 1983 nos refiere de estas acciones, a modo de diálogo tónico, se convierten en un medio de comunicación del

bebé con sus progenitores, que los atienden y confieren significado a sus acciones, como si el niño tuviera realmente intención de comunicarse con ellos.¹⁸

Este procedimiento de actuación tiene unas consecuencias notables para el desarrollo del niño puesto que, es en este momento, cuando las líneas natural y cultural del desarrollo se fusionan, para dar paso a formas de acción más complejas, que permitirán una comunicación más adaptativa con su medio. Posteriormente Vygotsky en 1979 postula que el niño interiorizará estas acciones y le servirán para regular su propia acción.¹⁹

Piaget en 1983 nos refiere que a lo largo del desarrollo del niño estas acciones sufrirán reestructuraciones internas para ir ajustándose continuamente a las modificaciones del medio.²⁰

La acción, a partir de este momento, constituirá aquellos movimientos que son el fruto de la maduración, la experiencia anterior de la persona, la transmisión educativa y de las reestructuraciones internas, que provocan la aparición de nuevos tipos de acción. Por tanto, las acciones son movimientos y comportamientos que mantienen a la persona en relación con su medio físico y sociocultural.¹

La acción a través del movimiento es para Fonseca en 1983, una de las formas más significativas de adaptación al mundo exterior, a la vez que constituye una proyección inteligible de una subjetividad situada en el mundo. Es la concretización de una presencia dinámica en el mundo, que caracteriza y engrandece la experiencia personal. Por tanto, el movimiento constituye una forma de exteriorización total de la personalidad.²¹

Significado del movimiento para la psicomotricidad

Wallon en 1978 nos define el movimiento que no es algo puramente motriz ya que, desde los inicios de la comunicación en que las emociones se expresan de manera tónica, el movimiento, es comunicación, es lenguaje. El niño se construye a sí mismo a partir del movimiento. Su desarrollo va del acto al pensamiento de la acción a la representación.²²

En todo este proceso se va desarrollando una vida de relación, de afectos, de emociones y de comunicación. La psicomotricidad ha destacado la importancia de este proceso e intenta analizarlo mediante indicadores como son: la coordinación (expresión y control de la motricidad voluntaria), la función tónica, la postura, el equilibrio, el control emocional, la lateralidad, la organización espacio-temporal, el esquema corporal, la organización rítmica, las praxias, la grafomotricidad, la relación con los objetos y la comunicación a cualquier nivel: tónico, postural, gestual o verbal.¹

Es por ello que Berruezo en el 2001 nos señala que el objetivo de la Psicomotricidad está en permitir el desarrollo de las posibilidades motrices expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que lleva a centrar su actividad e investigación sobre el movimiento y el acto.²³

Lo específico de la psicomotricidad es el movimiento en cuanto a la realización por parte de un sujeto que se encuentra en relación con el otro y con el mundo, donde la persona mediante el propio movimiento sintetiza tanto la dimensión motriz, como la cognitiva, la afectiva o la relacional. Desde este punto de vista, el movimiento se encuentra en la encrucijada de la acción y la representación, en la cual se realiza la praxia, que se constituye en acto psicomotor por medio de su realización en el ámbito de la relación. ¹

Boscaini en 1992 postula que ´para la psicomotricidad el movimiento asume también una dimensión comunicativa; es también lenguaje por el cual el movimiento llega a ser acto psicomotor, expresión de una constante dinámica entre el cuerpo sus funciones la realidad externa en situación relacional. ²⁴

La Psicomotricidad se interesa por la realización del movimiento como expresión simultánea de cuatro elementos fundamentales:¹

- A. El deseo de hacer como primer impulso de la acción.
- B. La posibilidad de moverse que viene dada por la capacidad instrumental y también por situaciones ambientales favorables.
- C. El saber hacer, que requiere la capacidad de representación mental de la acción y el aprendizaje.
- D. El querer hacer que está ligada al investimento afectivo del propio cuerpo, de la propia acción y ajena y de la realidad, tanto en su dimensión consciente como inconsciente.

Concepción globalizadora de la psicomotricidad

La Psicomotricidad, además de reivindicar la importancia de la acción como una forma de relación adaptativa de la persona con su medio, ofrece una concepción globalizadora que integra perfectamente las dimensiones corporales, cognitiva y afectiva emocional favoreciendo la formación integral de la persona. ¹

Lora en 1991 nos refiere que la presencia del cuerpo se manifiesta en todas las dimensiones humanas: en la dimensión biológica, psicológica y social.²⁵

- **Dimensión biológica**, considerada desde una doble perspectiva: como una estructura orgánico funcional orientada hacia la salud de la persona, y como estructura dinámica dotada de un potencial biomecánico que posibilita la relación con el medio. Básico para el desarrollo psicomotor.²⁵
- **Dimensión psicológica**, se origina en la actividad sensorial motriz, primera manifestación de la inteligencia y base del pensamiento concreto. La segunda, enraizada en el tono muscular y ejercida a través del sentido propioceptivo, da origen a la postura y a la actitud en la que se hace presente, la afectividad y la comunicación con los otros.²⁵
- **Dimensión social**, al considerar el movimiento corporal de naturaleza social, que posibilita en primer lugar, mediante el diálogo tónico, el encuentro entre los seres humanos permitiendo posteriormente, la interiorización de las experiencias corporales vividas, en beneficio individual de cada persona. Este proceso se hace posible mediante la intervención educativa.²⁵

Actualmente, podemos entender la Psicomotricidad como un nuevo abordaje del cuerpo, expresión contemporánea de motricidad, inteligencia, afectividad y comunicación. Estas cuatro dimensiones se exteriorizan de manera conjunta a través de indicadores psicomotores más específicos: tono, postura, motricidad, equilibrio, gnosia, praxia, esquema corporal, lateralidad, espacio-tiempo y ritmo, objeto, sensorialidad, etc.¹

El cuerpo se manifiesta a través de estos diferentes indicadores en el seno de una relación emocionalmente participativa y compartida cuya expresividad es función del deseo propio y del otro. El cuerpo psicomotor, constitutivo y expresión del Yo, representa: ¹

- Un cuerpo real, constituido por las diferentes competencias neuromotoras y neuropsicológicas.
- Un cuerpo imaginario, lugar originario y de elaboración de pensamientos arcaico afectivo.
- Un cuerpo comunicante y simbólico, que encuentra su evolución en la palabra como el verdadero medio de comunicación.

El cuerpo es el punto de partida de la percepción permitiendo la configuración del mundo interno y externo. La imagen del cuerpo tiene su origen en la percepción del cuerpo de los otros y en la comparación con la propia existencia. El cuerpo es, además, el instrumento de relación interpersonal, que permite el valor social de la comunicación, como el ámbito más puramente humano y no tanto el que proviene de sus posibilidades de construcción y acción.¹

Para Picq y Vayer en 1977, la psicomotricidad incide en la persona a partir de su cuerpo y su acción. Para conocer las dimensiones de su cuerpo, tradicionalmente se ha hecho una estructuración de contenidos que organizaba las conductas motrices en tres tipos: ²⁶

- **Conductas motrices** de base que son más o menos instintivas. Estas conductas están relacionadas con la coordinación dinámica general y la coordinación visomotora, el control postural y el equilibrio. ²⁶
- **Conductas neuromotrices** constituyen los elementos del movimiento y la acción humana que tienen una mayor dependencia de la maduración del sistema nervioso central. Estas conductas se refieren a la lateralidad, control del tono muscular y relajación, sincinesias y paratonías. ²⁶
- **Conductas perceptivo-motrices** Según Herrán en el 2003 están ligadas a la conciencia y la memoria. Estas conductas se

relacionan con la orientación espacial, la estructuración temporal y el ritmo. La organización y estructuración espacio-temporal es un proceso que integrado en el desarrollo psicomotor resulta fundamental en la construcción del conocimiento. El espacio y el tiempo constituyen la red fundamental de la lógica del mundo sensible. Se transformarán en espacio mental o psicomotor en función de la eficacia del emergente manejo de lo simbólico.²⁷

El desarrollo psicomotor está ligado a la organización del esquema corporal, la lateralidad, la percepción, el control del propio cuerpo, la estructuración espacio-temporal y el dominio del equilibrio.²⁶

Dimensiones corporales de la psicomotricidad

En el 2002 Berruezo, agrupa los diferentes conceptos con referencia al cuerpo que se utilizan en el campo de la psicomotricidad en cuatro dimensiones corporales:²⁸

A. ***El cuerpo que se mueve.*** Esta categoría integra los contenidos que se refieren a aspectos puramente motores (conductas motrices básicas, conductas neuromotrices y perceptivo motrices) como:²⁸

- *Control tónico-postural.*
- *Equilibrio.*
- *Coordinación dinámica.*
- *Coordinación visomotriz.*
- *Orientación espacial.*
- *Dominancia lateral.*
- *Control respiratorio.*
- *Relajación.*
- *Ritmo, secuencia.*

B. ***El cuerpo que conoce.*** En esta categoría se incluyen los contenidos que hacen referencia a aspectos de elaboración, de representación o de control, cognitivos del movimiento como: ²⁸

- Control corporal.
- Imagen corporal.
- *Esquema corporal.*
- Identidad.
- *Estructuración temporal.*
- Ejecución práxica.
- Creatividad.
- Aprendizaje perceptivo-motor.
- Grafo motricidad.

C. ***El cuerpo que se relaciona.*** En esta categoría se agrupan contenidos que se refieren a la dimensión relacional o comunicativa del movimiento como: ²⁸

- Diálogo tónico.
- Comunicación.
- Lenguaje.
- Empatía.
- Seducción.
- Agresividad.
- Liderazgo.
- Respeto a las normas.
- Conflicto.
- Cooperación-competición.
- Construcción-destrucción.
- Juego.

D. ***El cuerpo que siente.*** Esta categoría se refiere a los contenidos que tienen que ver con los aspectos emocionales o afectivos del movimiento como: ²⁸

- Expresión emocional.
- Simbolización.
- Placer.
- Seguridad.
- Temores, miedos.
- Frustración.
- Aceptación.
- Rechazo.
- Deseo.
- Angustia.
- Bloqueo.
- Fantasía.

Berruezo presenta esta clasificación como punto de partida para que los psicomotricistas vayan incorporando nuevos contenidos a partir de la reflexión sobre la acción, con el objeto de construir un cuerpo conceptual común, compartido y consensuado en el ámbito de la actividad psicomotriz.²⁸

- **Control Tónico – Postural**

La función tónica

La función tónica es la base de la construcción corporal y verdadera piedra angular de la unidad funcional que constituye el ser humano donde no existen fronteras entre el cuerpo y el espíritu.⁶

Según Stambak en 1979, la actividad tónica es una actividad muscular sostenida que prepara para la actividad motriz fásica. Se trataría de algo parecido a un estado de atención del cuerpo que le mantiene preparado para la acción. Fundamentalmente ha sido definido el tono como un estado permanente de ligera contracción en el cual se encuentran los músculos estriados, cuya finalidad es la de servir de telón de fondo a las actividades motrices y posturales.²⁹

A lo que Coste refiere en 1980 que existe una variabilidad en la expresión del tono dependiendo de la postura, la acción o el movimiento que se esté elaborando o manteniendo. Así pues, el tono se manifiesta por un estado de tensión muscular que puede ir desde una contracción exagerada (paratonía, catatonía) hasta una descontracción en estado de reposo (hipotonía) en donde casi no se percibe, aunque existe, la tensión muscular.³⁰

Hablar del tono es hablar de Wallon, pues él fue quien puso de relieve la enorme importancia del mismo en el desarrollo y en la actividad del individuo. Wallon en 1942, considera que el movimiento en todas sus formas es consecuencia de la actividad muscular.³¹ La función tónica es la mediadora del desarrollo motor, puesto que organiza el todo corporal, el equilibrio, la posición y la postura que son las bases de la actuación y el movimiento dirigido e intencional. El tono depende de un proceso de regulación neuromotora y neurosensorial.⁶

La cualidad de los movimientos está estrechamente ligada al tono de base, es decir, a los datos neurológicos y a la maduración nerviosa. La función tónica, al actuar sobre todos los músculos del cuerpo, regula constantemente sus diferentes actitudes y de este modo se constituye en base de la emoción. El tono es, consecuentemente, la base con la que se forman las actitudes, las posturas y la mímica. Al ser fuente de emociones y materia prima de reacciones posturales, el tono prepara la representación mental.⁶

La función tónica es, pues, el telón de fondo y la condición primaria de cualquier acción motriz. Además, funciona como filtro y mediación en la comunicación entre el adulto y el niño, cuando este último no ha aprendido todavía el lenguaje-verbal. Es lo que Ajuriaguerra en 1986 denominó diálogo tónico y que consiste en un intercambio corporal de información que se produce entre la madre y el niño recién nacido y que fundamentalmente se expresa por estados de tensión-distensión muscular que reflejan sensaciones de placer-displacer y que provocan reacciones de acogida-rechazo en el otro.⁶

En la función tónica se imprimen todas las cargas afectivo-emocionales del individuo: estados de tensión, de ansiedad, de alegría, motivación, deseo, repulsión.⁶

La importancia de la función tónica en la psicomotricidad es variada:

A. El tono es uno de los elementos que componen el esquema corporal. Ello se debe a que es una fuente constante de estimulaciones propioceptivas que continuamente nos informan de cómo están nuestros músculos y cómo es nuestra postura. El tono nos permite tener conciencia de nuestro cuerpo y el control tónico nos permite adaptar el esfuerzo al objetivo. Gracias a la regulación del tono empleamos el grado de tensión muscular necesario para

cada movimiento, ni más, ni menos. Para Berruezo en 1993 hablar de tono es hablar de ajuste, de control, de dialéctica entre la excitación y la inhibición, entre la tensión y la distensión.³²

B. Coste en 1980 nos refiere que el tono guarda una estrecha relación con la postura, a la que en gran medida determina, constituyendo así una unidad tónico-postural cuyo control facilita la posibilidad de canalizar la energía tónica necesaria para realizar los gestos o para prolongar una acción o una posición del cuerpo.³⁰

C. Según Stambak en 1979, el tono actúa determinantemente sobre las actitudes y las emociones. 29 Es así como Rigo en 1990 nos recuerda que Wallon ha sido quien ha puesto de manifiesto el papel preponderante del tono en la génesis y en la expresión de las emociones, así como en la toma de conciencia de sí mismo y en la construcción del conocimiento del mundo y de los demás, por la reciprocidad de las actitudes, de la sensibilidad, y de la acomodación perceptiva y mental. Parece ser la formación reticular, como uno de los sistemas reguladores del tono, la responsable de su relación con las emociones debido a su protagonismo entre los sistemas de reactividad emocional. De este modo, la actitud, la forma de reaccionar, determina la forma de ser y las emociones que uno tiene. Existe una regulación recíproca de lo tónico-emocional y de lo afectivo-situacional.³³

Por esta razón Berruezo y García en 1994 nos explican que las tensiones emocionales se expresan mediante tensiones musculares y viceversa, podemos provocar vivencias emocionales con la sola emulación de las posturas, las contracciones y los gestos que se corresponden con determinada.³⁴

D. Fonseca en 1998 se refiere al tono muscular, de nuevo por medio de la formación reticular, está estrechamente unido a los procesos de atención y percepción. Encontramos así una fuerte interrelación entre la actividad tónica muscular y la actividad tónica cerebral. De este modo, al intervenir sobre el control de la tonicidad muscular, intervenimos también sobre los procesos de atención, lo que resulta imprescindible para cualquier aprendizaje. Así pues, el tono pone en relación motricidad, afectividad e inteligencia (percepción y conocimiento).³⁵

El tono muscular es el punto de arranque de la estructuración psicomotriz y es por ello que muchas de las alteraciones o dificultades que aparecen en el desarrollo infantil se remontan a una deficiencia tónica.⁶

El tono es algo muy variable. Está cambiando continuamente en función de las adaptaciones y equilibraciones propias de la acción o postura que se está llevando a cabo. A pesar de ello, cada individuo por su peculiar desarrollo presenta un estilo tónico propio, que precisamente incide en su caracterización y que determina un ritmo propio de evolución motriz.⁶

Lora en 1991 distingue dos tipos de tono: el tono de actitud, donde se inscriben los gestos surgidos en la relación con los demás que irán configurando el comportamiento y la forma de ser, y el tono de sostén, que gestiona la posición erecta y la postura y se afianza por el equilibrio de fuerzas musculares que permite ejecutar una acción y mantener una posición.²⁵

- **Control respiratorio**

El aire es el primer alimento del ser humano que, únicamente mediante la respiración, nutre nuestro organismo. Por tanto, este acto, la respiración, anticipa, acompaña y sigue a cualquier acto vital, participa, mantiene e integra el desarrollo del individuo en cada uno de sus aspectos y en cada momento de su existencia⁶

La respiración corriente está regulada por el reflejo automático pulmonar y por los centros respiratorios bulbares, que adaptan de una manera automática la respiración a las necesidades de cada momento. Además, que se relaciona con procesos psicológicos como la atención y las emociones, tenemos influencias inconscientes. ⁶

El acto respiratorio se compone de dos fases: la inspiración y la espiración. La respiración se realiza principalmente de dos formas: torácica y diafragmática, es decir: por elevación del tórax o por empuje y relajación del diafragma. También puede considerarse una tercera forma: la clavicular, en la que la elevación de los hombros provoca la entrada de aire en los pulmones. Una respiración armoniosa hace participar a la región abdominal en la inspiración. La respiración diafragmática cuesta menos esfuerzo y permite almacenar una mayor cantidad de aire.⁶

Para Picq y Vayer en 1977, existieron relaciones claras entre la respiración del niño y su comportamiento general, y esta constituye un elemento del esquema corporal. Estos autores encontraron dificultades respiratorias de forma generalizada en los deficientes mentales, descubriendo además de una respiración insuficiente, una estrecha relación con las alteraciones de las funciones psicomotrices. ²⁶

Los mencionados autores consideran la educación respiratoria como un elemento esencial de la educación psicomotriz.⁶ El ritmo habitual de la respiración de cada individuo influye en su personalidad y su desarrollo psicomotor, pues es la base del ritmo propio del individuo. Independientemente de esto, el ritmo respiratorio varía en función de las situaciones y los conflictos que vive el sujeto. En general, durante los momentos en que nos encontramos tranquilos y seguros la respiración es pausada, mientras que en las situaciones de inseguridad tiende a acelerarse el ritmo respiratorio.⁶

- **Relajación**

Es conveniente hablar de relajaciones en plural, ya que se podrían enumerar una serie de métodos en los que se diferencian claramente objetivos y aplicaciones diversas.³⁶

Dentro de los métodos de relajación encontramos dos grupos: las estáticas y las dinámicas, siendo la diferencia entre ellas que en las estáticas el cuerpo del relajado se encuentra en determinada posición, con escasa variación de postura; mientras que, en las dinámicas, la relajación muscular es permanente, tanto en la posición que prepara para el movimiento, como en el movimiento mismo.³⁶

Training autógeno de Schultz:

Dentro de los métodos globales, influido por la hipnosis, tiene su punto de partida mental. Es un sistema de ejercicios fisiológico en general del organismo, que permite todas las realizaciones propias de los estados sugestivos. Es ante todo una auto-hipnosis provocada por modificaciones del estado tónico³⁶

Método de Ajuríaguerra:

En este método hay ausencia de inducción verbal y apunta al análisis de las resistencias tónicas. No se centra en la distensión muscular, sino en la interpretación de las cenestesias nuevas en la relación con el terapeuta y en regresión. El objetivo es provocar una transformación de este yo corporal, por medio de la toma de conciencia de diferentes tensiones y de su comprensión y dominio por medio de la integración y elaboración de nuevas cenestesias agradables encontradas en la cura.³⁶

Relajación progresiva de Jacobson:

Tiende a reducir el tono muscular y en consecuencia a disminuir la excitabilidad y poner el córtex en reposo. No hay interpretación de las manifestaciones afectivas que surjan. Exige del sujeto (a diferencia de Schultz) una extrema atención y un estado de vigilancia muy agudo. Se trabaja sobre la contracción y relajación de diversos grupos musculares en forma progresiva y con un orden estable, hasta que el sujeto llega a captar las mínimas tensiones y la tensión residual. El objetivo es conducir al sujeto a que sienta progresivamente la tensión y después la relajación, detectar tensiones cada vez menores y de esta forma conocer cada vez mejor su cuerpo, aspecto importante para la construcción del esquema corporal.³⁶

Método de Bergés y Bounes (niños):

Este método se basa en la relajación de Schultz con una progresión que recuerda a la propuesta de Jacobson. Tiene en cuenta los aportes de Wallon y Ajuriaguerra con relación al diálogo tónico y de los fenómenos de regresión y transferencia relacionados con este. El objetivo es proveer un medio para que el niño esté a la escucha de lo que sucede en su cuerpo, y así obtener nuevas relaciones entre el cuerpo y el medio ambiente, las emociones y las respuestas del cuerpo. Es un modo original de abordar el cuerpo todo y no la parte que pone el síntoma por delante.³⁶

- **Esquema Corporal**

Shilder en 1935 nos habla del esquema corporal, como la organización de todas las sensaciones referentes al propio cuerpo (principalmente táctiles, visuales y propioceptivas) en relación con los datos del mundo exterior, desempeña un importante papel en el desarrollo infantil puesto que esta organización se constituye en punto de partida de las diversas posibilidades de acción.³⁷

Le Boulch en 1992 considera el esquema corporal como una intuición global o conocimiento inmediato que nosotros tenemos de nuestro propio cuerpo, tanto en estado de reposo como en movimiento, en relación con sus diferentes partes y, sobre todo, en relación con el espacio y con los objetos que nos rodean.³⁸

Coste en 1980 dio una concepción, el esquema corporal es la organización psicomotriz global, comprendiendo todos los mecanismos y procesos de los niveles motores, tónicos, perceptivos y sensoriales, expresivos (verbal y extra verbal), procesos en los que y por los cuales el aspecto afectivo está constantemente investido.³⁰

El esquema corporal es el resultado de la experiencia del cuerpo, de la que el individuo toma poco a poco conciencia, y la forma de relacionarse con el medio con sus propias posibilidades.⁶

El esquema corporal se elabora al compás del desarrollo y la maduración nerviosa, de la evolución sensorio motriz y en relación con el mundo de los demás.⁶

El desarrollo del esquema corporal. Según Vayer en 1985 se ajusta a dos leyes psicofisiológicas, válidas antes y después del nacimiento.³⁹

- Ley céfalo-caudal: El desarrollo se extiende a través del cuerpo desde la cabeza a los pies, es decir, que los progresos en las estructuras y las funciones empiezan en la región de la cabeza, extendiéndose al tronco, para finalizar en las piernas. Por ejemplo: el control del cuello (3 meses) precede al del tronco (6 meses).³⁹
- Ley próximo-distal: El desarrollo procede del centro a la periferia, es decir, parte del eje central del cuerpo hasta los extremos de los miembros. Por ejemplo: el control del tronco precede a la habilidad manual.³⁹

El esquema corporal puede considerarse la clave de la organización de la personalidad, manteniendo la conciencia, la relación entre los diferentes aspectos y niveles del yo. Podemos distinguir cronológicamente varias etapas en la elaboración del esquema corporal:⁶

- 1ª etapa: Del nacimiento a los dos años. El niño comienza con el enderezamiento y el movimiento de la cabeza, continúa con el enderezamiento del tronco que le lleva a la postura sedente, que facilita la prensión de las manos al liberarse del apoyo. La individuación y el uso de los miembros lo lleva a la reptación y al gateo.⁶
- 2ª etapa: De los dos a los cinco años. Es el período de globalidad, de aprendizaje y de dominio en el manejo del cuerpo. A través de la acción, y gracias a ella, la prensión va haciéndose cada vez más precisa, asociándose a los gestos y a una locomoción cada vez más coordinada. La motilidad y la cinestesia, íntimamente asociadas, permiten al niño una utilización cada vez más diferenciada y precisa de todo su cuerpo.⁶

- 3ª etapa: De los cinco a los siete años. El niño pasa de su estado global y sincrético a un estado de diferenciación y análisis, es decir, de la actuación del cuerpo a la representación. La asociación de las sensaciones motrices y cinestésicas al resto de datos sensoriales, especialmente visuales, permiten el paso progresivo de la acción del cuerpo a la representación. Se produce un mayor desarrollo de las posibilidades del control postural y respiratorio, el conocimiento de la derecha y la izquierda, la independencia de los brazos con relación al tronco.⁶

- 4ª etapa: De los siete a los once años. Se produce la elaboración definitiva de la imagen corporal. Se logra la posibilidad de la relajación global y segmentaria, la independencia de brazos y piernas con relación al tronco, la independencia funcional de los diferentes segmentos corporales. La consecuencia final de todo ello es la posibilidad de desarrollar los aprendizajes y relacionarse con el mundo exterior, puesto que el niño dispone ya de los medios para la conquista de su autonomía.⁶

El conocimiento del propio cuerpo a nivel representativo se desarrolla poco a poco. El proceso no se completa definitivamente hasta los once o doce años. Este desarrollo depende, por una parte, de la maduración del sistema nervioso y de la propia acción corporal. También influyen el medio ambiente con el que el niño se relaciona y la relación afectiva con las personas de su ambiente. Finalmente está determinado por la representación que se hace el niño de sí mismo y de los objetos de su mundo con los que se relaciona.⁶

- **Imagen Corporal**

La imagen corporal tiene su origen en la experiencia de ser tocado o acariciado y posteriormente en todas las experiencias cinestésicas (de movimiento), táctiles y visuales que se desprenden de las diversas actividades de exploración del mundo exterior que realiza la persona.⁶

Se va construyendo en la medida en que la persona es capaz de sacar conclusiones de unidad acerca de sus acciones y referirlas a su cuerpo. Por ello, la imagen corporal está ligada al conocimiento del mundo exterior, pero, al mismo tiempo, al desarrollo de la inteligencia. Por eso existen unas relaciones constantes en el persona entre las posibilidades de organizar su propio cuerpo y las posibilidades de organizar las relaciones que existen entre los elementos del mundo exterior.⁶

Una imagen adecuada del esquema corporal es la base de la propia identidad personal. La integración de los propios movimientos, sensaciones y percepciones permite a las personas reconocerse como sujetos de sus deseos, sentimientos y acciones, es decir, como individuos con capacidad de iniciativa y como seres diferentes de los objetos y las personas.⁶

1.5.2. Psicomotricidad Aplicada

El ámbito de intervención de la Psicomotricidad es extenso se trabaja en educación, reeducación y terapia a lo largo de todas las etapas del desarrollo de la persona. El psicomotricista es el profesional que se encarga de la intervención dirigida tanto a sujetos sanos como a quienes padecen cualquier tipo de trastorno, limitación o discapacidad y su trabajo puede desarrollarse de forma individual o grupal en calidad de profesional libre o integrado en instituciones educativas o socio sanitarias.¹

Berruezo en 1999 y 2000 propone competencias se concretan en las siguientes áreas):^{6, 40}

- **Área de diagnóstico**, pretende la comprensión global de la persona mediante la aplicación de instrumentos específicos de valoración como: el balance psicomotor y la observación psicomotriz.^{6, 40}
- **Área de prevención**, se centra en la detección y prevención de trastornos psicomotores o emocionales en poblaciones de riesgo o en determinadas etapas evolutivas.^{6, 40}
- **Área de educación**, trata de facilitar la maduración psicomotriz en el marco curricular del centro educativo.^{6, 40}
- **Área de terapia**, su objetivo es la intervención psicomotriz sobre trastornos psicomotores del desarrollo, así como sobre alteraciones emocionales y de la personalidad, a partir de un proyecto terapéutico realizado sobre la base de un diagnóstico.^{6, 40}
- **Área de formación**, investigación y docencia, su finalidad es la capacitación para el desarrollo de la actividad profesional, la profundización en sus ámbitos de competencia y la transmisión de los contenidos vinculados a esta práctica.^{6, 40}

La especificidad de la Intervención psicomotriz se matiza a través de: ⁴¹

- Mediación corporal, fundamentalmente a través del movimiento.
- Consideración global de la/s persona/s o sujeto/s de la intervención, que implica una determinada concepción del cuerpo.
- Importancia de la relación (con el psicomotricista, con los objetos, con los demás).
- Contribución al desarrollo y al bienestar de la/s persona/s sujeto de la intervención.
- Encuadre en un espacio privilegiado: la sala de psicomotricidad.
- Presencia del psicomotricista que interviene con una específica cualificación (un sistema de actitudes y un sistema de acción) a la que accede mediante una formación con tres componentes (personal, teórico y práctico).
- Vinculación a los aspectos disfuncionales del desarrollo desde el punto de vista preventivo, reeducativo o terapéutico.

1.5.2.1. Ámbitos de intervención de la Psicomotricidad

Según Boscaini en 1990⁴²; Morales y Núñez en 1994⁴³: La psicomotricidad como disciplina aplicada se centra fundamentalmente en dos grandes ámbitos de intervención: Educación y Salud.

Boscaini en el 2002 refiere que la Psicomotricidad aplicada interviene en el área educativa y sanitaria a través de intervenciones de tipo preventivo-pedagógico y reeducativo-terapéutico utilizando métodos y técnicas de mediación corporal por los cuales el movimiento, la acción y los objetos constituyen los medios fundamentales de expresión, comunicación y relación consigo mismo y el entorno: actividades sensomotoras, perceptivas, simbólicas; actividades de juego, de expresión corporal; actividades musicales y rítmicas; actividades pictóricas y plásticas; grafo motricidad y relajación.⁴⁴

Estos criterios respetan la dinámica individual en función de las etapas del desarrollo general y se diferencian según el trabajo educativo o clínico. Los dos últimos criterios prevalecen en la práctica psicomotriz educativa mientras los dos primeros son fundamentales en la clínica terapéutica.¹

El trabajo del psicomotricista se realiza normalmente dentro de un espacio-tiempo, indicativo de las diferentes etapas del desarrollo humano:¹

- **Espacio afectivo y tónico-emocional** en el cual se expresan sus necesidades profundas, se modifica la relación primaria y se construyen las primeras fronteras del yo.¹
- **Espacio sensorio-motor**, de las primeras iniciativas y conocimientos del medio ambiente.¹
- **Espacio del juego simbólico** en el cual se expresa sus propios conflictos y se vivencian las emociones.¹
- **Espacio de la realidad** en el cual el cuerpo se utiliza de manera funcional aprendiendo competencias adaptativas, mientras la mente es capaz de pensar sobre el cuerpo y de reflexionar autónomamente sin necesidad de pasar por el cuerpo mismo.¹

De este modo, se le permite al niño la posibilidad de pasar del pensamiento corporal, vivido, expresado y actuado, al plano abstracto. La intervención psicomotriz, sea educativa, reeducativa o terapéutica debe favorecer una armonía entre la emotividad, las competencias motoras, la actividad mental y las capacidades comunicativas dentro de una dinámica relacional personal y social.¹

1.5.2.2. Principios de intervención en Psicomotricidad

La intervención psicomotriz se fundamenta en una serie de principios fundamentales:¹

- **Prevención:** Intervención dirigida a todas las personas, de todas las edades, con la finalidad de evitar problemas futuros y conseguir una armonía y equilibrio entre la estructura afectiva motriz e intelectual. ¹
- **Desarrollo:** La intervención psicomotriz se propone el máximo desarrollo de las capacidades, habilidades y potencialidades de la persona.¹
- **Unidad:** Consideración de la persona como una unidad indivisible y a la psicomotricidad como el núcleo activador de todas sus dimensiones bio-psico-sociales.¹
- **Intervención social:** La intervención psicomotriz debe tener en cuenta en todo momento el contexto social que rodea su intervención.¹
- **Individualización:** Adecuación de los programas de intervención a las características individuales de las personas.¹
- **Actividad:** La consideración de la persona como un ser dinámico, que participa activamente en la consecución de los objetivos de la intervención psicomotriz. ¹

1.5.2.3. Finalidad de la Intervención:

- **Preventiva:** Intervención con objeto de evitar problemas futuros.
- **Compensatoria:** Intervención en las dificultades de relación interpersonal, social y de aprendizaje.
- **Desarrollo:** Intervención para optimizar el crecimiento personal en todos los aspectos.¹

- **La intervención** va dirigida a la persona individualmente o al grupo y se lleva a cabo en diferentes instituciones según el ámbito de intervención. La intervención psicomotriz, con finalidad preventiva, se efectúa a través de:
 - **Diagnóstico y Balance psicomotor.** Las pruebas específicas del examen psicomotor se centran en el examen del tono, de la postura, la calidad motora, las coordinaciones (visomotora, óculo manual y finas), el equilibrio estático y dinámico, examen de la lateralidad, esquema corporal, examen gnóstico-práxico, examen de la organización espacio-temporal y el examen grafomotor.¹
 - **Estimulación psicomotriz temprana.** Proceso dirigido al neonato y/o al infante de riesgo con el fin de permitir lograr el máximo potencial de desarrollo posible. Actúa sobre cuatro áreas funcionales básicas:¹
 - Integraciones propioceptiva-vestibular y vestíbulo-óculo motriz.
 - Las modalidades perceptuales ópticas, visuales y auditivas.
 - Los procesos de pensamiento simbólico.
 - Los procesos de contenidos simbólicos.

El trabajo preventivo se desarrolla tanto en centros de estimulación, como en hogares o escuelas infantiles teniendo por finalidad la evitación de trastornos o la reducción de previsibles consecuencias de factores de riesgo.¹

La intervención **compensatoria** se realiza a través de:

- Reeducación de trastornos psicomotores:
- Retrasos del desarrollo psicomotor.
- Alteraciones de la maduración y regulación tónica.
- Trastornos del esquema corporal.
- Trastornos de la lateralidad.
- Trastornos de la organización espacio-temporal.
- Disarmonías psicomotrices.
- Trastornos tónico-emocionales.

- Dispraxias.
- Inestabilidad psicomotriz.
- Trastornos grafo motores.
- Tratamiento de deficiencias intelectuales, personalidad, emocionales y relacionales.¹¹

La intervención psicomotriz va a favorecer también el desarrollo global del niño en sus aspectos motores, cognitivos y socio-afectivos a través del movimiento libre y espontáneo con una intervención del psicomotricista basada en la escucha, el respeto y en la vivencia de la experiencia, aplicando las técnicas de intervención psicomotriz:

- Juego.
- Actividad rítmica.
- Actividad expresiva.
- Actividad motriz voluntaria.
- Relajación.

La intervención va dirigida a la persona individualmente o al grupo y se lleva a cabo en diferentes instituciones según el ámbito de intervención.

El trabajo educativo se centra en las escuelas de educación infantil, educación primaria y educación especial y está orientado a la prevención y la atención de los trastornos, así como a dirigir el desarrollo por la vía de la adaptación y el ajuste a los aprendizajes.¹

1.5.2.4. La Psicomotricidad en la educación

Nace de la concepción de la educación vivenciada iniciada por André Lapierre y Bernard Aucouturier que consideran el movimiento como elemento insustituible en el desarrollo infantil. Autores como Jean Le Boulch o Pierre Vayer consolidan esta tendencia. La práctica psicomotriz se dirige a individuos sanos, en el marco de la escuela ordinaria, trabajando con grupos en un ambiente enriquecido por

elementos que estimulen el desarrollo a partir de la actividad motriz y el juego.¹

El propósito de la psicomotricidad en la educación es el de lograr la consecución de las máximas posibilidades de desarrollo, de habilidades de autonomía y de comunicación, partiendo de la experiencia vivencial a través del cuerpo, para facilitar el acceso del niño a la representación mental, al lenguaje, la comunicación y a la elaboración de su personalidad, con el fin de optimizar los aprendizajes escolares.¹

1.5.2.5. La Psicomotricidad en reeducación y terapia

Nace con los planteamientos de la neuropsiquiatría infantil francesa de principios de siglo y se desarrolla a partir de las ideas de Wallon, impulsadas por el equipo de Ajuriaguerra, Diatkine, Soubiran y Zazzo. Se trabaja con individuos que presentan trastornos o retrasos en su evolución y se utiliza la vía corporal para el tratamiento de los mismos. Estas intervenciones se dirigen a las primeras etapas del desarrollo, en niños, adolescentes, adultos y ancianos.¹

La reeducación se sitúa entre la educación y la terapia y se dirige a ayudar a la persona o grupo de personas afectadas de trastornos psicomotores, mientras que la terapia se dirige al tratamiento individual de la persona que presenta trastornos psicomotores asociados a trastornos de personalidad. La finalidad de la psicomotricidad en este ámbito se orienta a la superación de los déficits o las inadaptaciones que se producen por trastornos en el proceso evolutivo.¹

La intervención se estructura con planteamientos sanitarios: Se parte de una disfunción o síntoma. Se realiza un examen clínico. Se formula un diagnóstico y un pronóstico. Se inicia una fase de tratamiento y seguimiento hasta el alta clínica. Estas intervenciones se dirigen

básicamente a neonatos, niños, adolescentes, adultos y ancianos en situaciones individuales o de grupo.¹

La psicomotricidad en el ámbito de la reeducación y la terapia actúa en servicios de rehabilitación y neuropsiquiatría, en secciones de pediatría, en centros médico pedagógicos, en secciones de obstetricia y ginecología. Centros para toxicómanos y servicios para ancianos. Los ámbitos de intervención son muy diversos: deficiencias físicas (parálisis cerebral, alteraciones motoras), psíquicas (salud mental, deficiencia mental), deficiencias sensoriales (visuales y auditivas), trastornos (TDAH, trastornos de conducta, entre otros).¹

Fonseca en 1987 nos habla acerca de la Gerontopsicomotricidad, que tiene como objetivo principal la creación de programas y currículos psicomotores para personas de tercera edad con la finalidad de retrasar los efectos del envejecimiento y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.⁴⁵

Según Hermant en 1994 la Psicomotricidad puede intervenir es en el mundo del trabajo, en aspectos como:⁴⁶

- La carga mental del trabajo y la relajación.
- La ergomotricidad y el estudio del puesto de trabajo.
- Las cadencias y trastornos del ritmo.

En síntesis, la intervención psicomotriz, sea en fase evolutiva, sea en la de reorganización y estabilización de la personalidad, debe favorecer una armonía entre la emotividad, las competencias motoras, la actividad mental y las capacidades comunicativas dentro de una dinámica relacional personal y social.¹

1.5.3. Estrés

Todos oímos y utilizamos la palabra estrés y otros términos relacionados, como miedo, ansiedad, angustia, fatiga o depresión, pero es difícil, incluso para los científicos e investigadores, delimitar claramente de qué estamos hablando y cuál es el significado, el alcance y las consecuencias de estos conceptos.⁴⁷

El estrés es a veces definido como una condición meramente muscular: "es una rigidez o endurecimiento de los músculos y del tejido conjuntivo que excede del tono necesario para su funcionamiento normal". Sin embargo, es mucho más que eso. El estrés es una respuesta importante, el Dr. en medicina Hans Selye pionero en las investigaciones sobre el estrés, lo define como "una respuesta corporal no específica ante cualquier demanda que se le haga al organismo (cuando la demanda externa excede los recursos disponibles)". Esta respuesta es parte normal de la preparación del organismo para el enfrentamiento o para la huida.⁴⁷

Cano en el 2002, desde el punto de vista de la psicología, el estrés ha sido entendido desde los tres enfoques siguientes:⁴⁷

- **-Como estímulo:** El estrés es capaz de provocar una reacción o respuesta por parte del organismo.
- **-Como reacción o respuesta:** El estrés se puede evidenciar en cambios conductuales, cambios fisiológicos y otras reacciones emocionales en el individuo.
- **-Como interacción:** El estrés interactúa entre las características propias de cada estímulo exterior y los recursos disponibles del individuo para dar respuesta al estímulo.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) postula que el estrés es "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción".⁴⁷

Autores como Lazarus y Folkman en 1986, afirman que no siempre constituye un proceso negativo en nuestras vidas, ya que dependerá de la valoración que cada sujeto hace del proceso y de su capacidad para controlar la situación y afrontar las consecuencias del estrés.⁴⁸

1.5.3.1. Síntomas del Estrés

El estrés afecta órganos y funciones de todo el organismo. Los síntomas más comunes son:⁴⁷

- Depresión o ansiedad
- Dolores de cabeza
- Insomnio
- Indigestión
- Sarpullidos
- Disfunción sexual
- Nerviosismo
- Palpitaciones rápidas
- Diarrea o estreñimiento

Uno de los primeros síntomas en aparecer es el nerviosismo, un estado de excitación en el que el sistema nervioso responde de forma exagerada o desproporcionada a estímulos considerados normales.

La ansiedad también suele ser punto común en personas que se sienten "estresadas". Se trata de un trastorno psicosomático, que comienza afectando a la mente, pero acaba repercutiendo sobre diversos órganos del cuerpo, produciendo taquicardia, dolor de estómago, colon irritable (alternancias entre estreñimiento y diarrea), etc.⁴⁷

Se han identificado tres etapas en la respuesta al estrés.

Primera etapa, alarma, el cuerpo reconoce el estrés y se prepara para la acción, ya sea de agresión o de fuga. Las glándulas endocrinas liberan hormonas que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas y hacen más lenta la digestión.⁴⁷

Segunda etapa, resistencia, el cuerpo repara cualquier daño causado por la reacción de alarma. Sin embargo, si el estrés continúa, el cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños.⁴⁷

Tercera etapa, agotamiento, La exposición prolongada al estrés agota las reservas de energía del cuerpo y puede llevar a situaciones extremas. Ciertos tipos de jaqueca y dolor de cara o espalda, el asma, úlcera péptica, hipertensión, asma y estrés premenstrual, son ejemplos de alteraciones relacionadas con el estrés. Además, el estrés emocional puede causar o empeorar muchos trastornos de la piel, desde picores, cosquilleo y dolor hasta los que producen sarpullido y granos.⁴⁷

1.5.3.2. Fases del Estrés

Hans Selye habla de tres fases del síndrome general de adaptación:

- Alarma: Se caracteriza por la liberación de hormonas. Se movilizan los sistemas defensivos del organismo para lograr la adaptación y afrontar la situación de estrés. Hay aumento de la secreción de glucocorticoides, de la actividad de Sn simpático, de la secreción de Noradrenalina por la medula suprarrenal. Síndromes de cambios de lucha o huida. Y se presenta una baja resistencia a los estresantes.⁴⁷
- Resistencia: La activación hormonal sigue siendo elevada. El organismo llega al clímax en el uso de sus reservas, al reaccionar ante una situación que lo desestabiliza. Se normalizan, la secreción de glucocorticoides, la actividad simpática y la secreción de Noradrenalina. Desaparece el síndrome de lucha/huida, y hay una alta resistencia (adaptación) a los estresantes.⁴⁷
- Agotamiento: El organismo pierde de manera progresiva su capacidad de activación. Queda inhibida la provisión de reservas, lo que trae como consecuencia enfermedades e incluso la muerte. Hay aumento de la secreción de glucocorticoides, pero finalmente hay un marcado

descenso. Triada de estrés (suprarrenales hipertrofiadas, timo y ganglios linfáticos atrofiados, úlceras sangrantes de estómago y duodeno). Pérdida de la resistencia a los estresantes, puede sobrevenir la muerte.⁴⁷

1.5.3.3. Estrés Laboral

El estrés en el trabajo aparece cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control.

El estrés laboral, según Cano en el 2002 señala que "hablamos de estrés cuando se produce una discrepancia entre las demandas del ambiente, y los recursos de la persona para hacerles frente". El estrés es una respuesta adaptativa por parte del individuo, que en un primer momento nos ayuda a responder más rápida y eficazmente a situaciones que lo requieren.⁴⁹

Nuestro cuerpo se prepara para un sobreesfuerzo, somos capaces de procesar más información sobre el problema y actuamos de forma rápida y decidida. El problema es que nuestro cuerpo tiene unos recursos limitados y aparece el agotamiento.⁴⁷

Desde este punto de vista, puede considerarse al estrés laboral como el factor que desencadena o libera efectos tanto físicos (consecuencias físicas) como psicológicos (consecuencias psicosociales) en los individuos. Peiró en 1992 nos dice que produce cambios en: la percepción, las respuestas emocionales y afectivas, la apreciación primaria y secundaria, las respuestas de afrontamiento.⁵⁰

1.5.3.4. Consecuencias del Estrés Laboral

Inicialmente el estrés puede dinamizar la actividad del individuo provocando un proceso de incremento de recursos (atención, memoria, activación fisiológica, rendimiento, etc.) que hace aumentar la productividad. Sin embargo, cuando este proceso de activación es muy intenso o duro mucho tiempo, los recursos se agotan y llega el cansancio, así como la pérdida de rendimiento.⁴⁷

Las consecuencias negativas del estrés son múltiples, pero a grandes rasgos, cabe señalar su influencia negativa sobre la salud, así como sobre el deterioro cognitivo y el rendimiento.⁴⁷

El estrés puede influir negativamente sobre la salud por varias vías, como son:

- Por los cambios de hábitos relacionados con la salud,
- Por las alteraciones producidas en los sistemas fisiológicos (como el sistema nervioso autónomo y el sistema inmune).
- Por los cambios cognitivos (pensamientos) que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud.

- **En primer lugar**, el estrés modifica los hábitos relacionados con salud, de manera que aumentan las conductas no saludables, tales como fumar, beber, o comer en exceso, y se reducen las conductas saludables, como hacer ejercicio físico, guardar una dieta, dormir suficientemente, conductas preventivas de higiene, etc. Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente a la salud y, por supuesto, pueden desarrollarse una serie de adicciones, con consecuencias muy negativas para el individuo en las principales áreas de su vida, como son la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la salud, etc.⁴⁷

- **En segundo lugar**, el estrés puede producir una alta activación fisiológica que, mantenida en el tiempo, puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas o psicosomáticas, tales como dolores de cabeza tensionales, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, problemas sexuales, etc., a su vez, el estrés puede producir cambios en otros sistemas. en especial puede producir una inmunodepresión, hace aumentar el riesgo de infecciones (como la gripe) y puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas, como el cáncer.⁴⁷
- **En tercer lugar**, el estrés puede desbordar al individuo de manera que comience a desarrollar una serie de sesgos o errores cognitivos en la interpretación de su activación fisiológica, o de su conducta, o de sus pensamientos, o de algunas situaciones, que a su vez le lleven a adquirir una serie de temores irracionales, fobias, etc., que de por si son un problema de salud (los llamados trastornos de ansiedad), pero que a su vez pueden seguir deteriorando la salud en otras formas.⁴⁷

Estos trastornos de ansiedad son mucho más frecuentes en mujeres que en varones (de 2 a 3 veces más frecuentes), pero por lo general una crisis de ansiedad coincide con un periodo de mucho de estrés que se ha prolongado un cierto tiempo. La edad de aparición se encuentra entre los 17 y los 35 años, justo en su edad más productiva.⁴⁷

El estrés también puede ocasionar una serie de perturbaciones sobre los procesos cognitivos superiores (atención, percepción, memoria, toma de decisiones, juicios, etc.). Así, por ejemplo, los estudiantes con alta ansiedad de evaluación presentan una disminución del rendimiento, mientras que los programas de entrenamiento en reducción de ansiedad a los exámenes no sólo reducen ésta, sino que mejoran el rendimiento académico. aumentando la nota media.⁴⁷

A. Agotamiento Emocional

Es la pérdida de recursos emocionales, la persona se vuelve menos sensible con las demás personas y muy duro consigo mismo. ⁵¹

El agotamiento emocional se traduce en un profundo cansancio que actúa como freno para la acción. ⁵¹

Esta es una forma que tiene nuestro cuerpo y nuestra mente de hacernos parar. Cuando conscientemente no somos capaces de tomar una decisión porque la duda o el miedo nos paralizan y la situación es ya insostenible. nuestro inconsciente torna las riendas ⁵¹

Dentro de nosotros reside un fuerte instinto de autoprotección que se pone en marcha para protegernos de lo que nos dañan. ⁵¹

Así, ante una situación que ya no podemos tolerar y que no somos capaces de afrontar para solucionarla. nuestro cuerpo y nuestra mente más profunda se alían para obligarnos a decidir, para ponernos en una tesitura en la que tendremos que decantarnos por nuestro bienestar y supervivencia. ⁵¹

Es entonces cuando se hace presente el agotamiento emocional, a modo de freno que nos obliga a parar, a pensar, a replantearnos nuestro presente y a decidir nuestro futuro. ⁵¹

B. Despersonalización

Consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia las personas ⁵¹

El Trastorno de despersonalización es un desorden disociativo en el cual el individuo es afectado por sentimientos de despersonalización,

de desrealización, o ambas. Los síntomas incluyen sensación de automatismo, pasando por la vida, pero no sintiéndose parte de ella. como en una película o un sueño, experimentando una desconexión subjetiva con el cuerpo y con el ambiente, una dificultad para relacionarse a sí mismo con la realizado. ⁵¹

Momentos ocasionales de despersonalización son normales. mientras sentimientos persistentes o recurrentes no lo son. Se convierte en un trastorno cuando la disociación es persistente e interfiere con las funciones sociales y ocupacionales necesarias para la vida diaria, A menudo la víctima de este desorden interpreta que se está volviendo loca, a pesar de que casi nunca llega a pasar. ⁵¹

C. Falta de realización personal

Con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, siente insuficiencia profesional y baja autoestima personal. Esta fase se caracteriza por tener una sensación generalizada de que nada vale la pena y que es imposible mejorar las cosas. ⁵¹

1.6. Conceptos Básicos

- 1.6.1. **Psicomotricidad:** “La psicomotricidad es una ciencia que estudia a la persona a través de su cuerpo en movimiento y en relación con su mundo interno y externo y de sus posibilidades de percibir, actuar y relacionarse con los otros, con los objetos y consigo mismo. Guarda relación con el proceso de maduración, donde el cuerpo es el origen de las adquisiciones cognitivas, afectivas y orgánicas. Psicomotricidad es, pues, un término que se emplea para designar una concepción del movimiento organizado e integrado, en función de las experiencias vividas por el sujeto cuya acción es el resultado de su individualidad, su lenguaje y su socialización.”²
- 1.6.2. **Movimiento:** “El movimiento que no es algo puramente motriz ya que, desde los inicios de la comunicación en que las emociones se expresan de manera tónica, el movimiento, es comunicación, es lenguaje. El niño se construye a sí mismo a partir del movimiento. Su desarrollo va del acto al pensamiento de la acción a la representación.”¹
- 1.6.3. **Control Tónico Postural:** “Capacidad de adaptar o adecuar la postura del cuerpo a diversas actividades y ser capaces de mantenerlas durante un cierto periodo de tiempo. La precisión de la postura tiene siempre como punto de partida la experimentación y observación del propio cuerpo.”⁵²
- 1.6.4. **Respiración:**” La respiración está estrechamente vinculada a la percepción del propio cuerpo: juego del tórax y del abdomen, pero así mismo a la atención interiorizada que controla tanto la resolución muscular como el relajamiento segmentario.”²⁶

1.6.5. **Relajación:** “Retorno del músculo, después de una contracción a su longitud normal, también a la reducción de una tensión mental provocado o de miedo, la ansiedad, la emoción el trabajo intelectual.”

53

1.6.6. **Esquema Corporal:** “El esquema corporal es la intuición de conjunto o de conocimiento inmediato que poseemos de nuestro cuerpo en situación estática o en movimiento, así como de las relaciones entre sus diferentes partes y, sobre todo, de sus relaciones con el espacio y con los objetos que lo rodean.”⁵⁴

1.6.7. **Imagen Corporal:** “Es propia de cada persona, está ligada al sujeto y a su propia historia, por lo que se actualiza constantemente. Se define como una noción referida a las sensaciones, información o experiencias estructuradas por el cuerpo mismo según las aferencias sensoriales y los componentes emocionales y sociales. Los aspectos emocionales y las interacciones sociales constituyen la urdimbre de la imagen corporal que se construye siempre bajo la mirada del otro. Por esta razón adquiere tanta importancia que exista una educación emocional, una verdadera alfabetización emocional adecuada que prime las emociones positivas. .⁵⁴

1.6.8. **Tono:** “El tono es determinado como el grado de contracción que tiene en cada momento los músculos, está sujeto a controles voluntarios e involuntarios que demuestra el sujeto por ejemplo al estar tenso o relajado. A través de las experiencias el niño va regulando su propio tono adecuando con ello las acciones del objetivo perseguido y tendiendo cada vez mayor control sobre su propio cuerpo.”⁵⁵

1.6.9. **Estrés:** "El estrés es una respuesta corporal no específica ante cualquier demanda que se le haga al organismo (cuando la demanda externa excede los recursos disponibles)".⁵²

1.7. Hipótesis

1.7.1. Hipótesis Principal

La aplicación del programa de intervención psicomotriz tendrá un impacto positivo en el estrés laboral del terapeuta físico debido a que las técnicas de psicomotricidad intervienen directamente sobre la toma de conciencia de las fluctuaciones tónico-emocionales, por lo que permite al cuerpo revivir y restablecer una verdadera relación primaria, un verdadero dialogo tónico-emocional entre el sujeto y sí mismo, y los otros.

1.7.2. Hipótesis Secundarias

- a) La aplicación del programa de intervención psicomotriz tendrá un impacto positivo en agotamiento emocional del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015
- b) La aplicación del programa de intervención psicomotriz tendrá un impacto positivo la despersonalización del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral -CERI– Arequipa, 2015
- c) La aplicación del programa de intervención psicomotriz tendrá un impacto positivo en la realización personal del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI – Arequipa, 2015

1.7.3. Hipótesis Estadísticas

- A. Existe una diferencia significativa entre las medias de antes y después de la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz en el estrés laboral en el Terapeuta Físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI.

- B. Existe una diferencia significativa entre las medias de antes y después de la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz en el agotamiento emocional en el Terapeuta Físico Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI.

- C. Existe una diferencia significativa entre las medias de antes y después de la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz en la despersonalización en el Terapeuta Físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI.

- D. Existe una diferencia significativa entre las medias de antes y después de la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz en la realización personal en el Terapeuta Físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1. Nivel, Tipo y Diseño de Investigación:

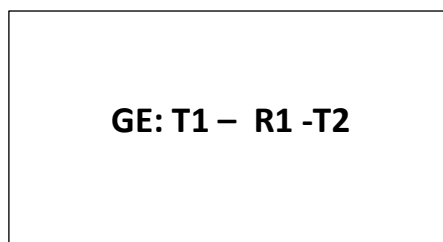
2.1.1. Nivel de Investigación:

El grado de profundidad de la investigación es exploratorio relacional

2.1.2. Tipo de Investigación:

Según Elsa Barrientos es una investigación Cuasi experimental, descrita en el siguiente modelo:

Figura Nro. 1: Modelo de Investigación



Dónde:

GE: Grupo Experimental

T1: Evaluación Inicial

T2: Evaluación Final

R1: Aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz

2.1.3. Diseño de Investigación:

Longitudinal y Prospectivo

2.2. Población y Muestra:**2.2.1. Población:**

La población fue de 20 Terapistas Físicos, entre 20 y 35 años, que trabajan en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI, Arequipa.

2.2.2. Muestra

A criterio del investigador y cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión se ha considerado trabajar con toda la población (20 participantes) para ser un grupo experimental, del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI, Arequipa.

2.3. Técnicas e Instrumentos

2.3.1. Técnicas

La técnica utilizada en este trabajo de investigación es la evaluación y la encuesta.

2.3.2. Instrumentos

Para recoger los datos de la variable 1 La técnica de evaluación del programa de intervención Psicomotriz que se propone en este trabajo de investigación (ANEXO 3) y para la variable 2 de estrés laboral (síndrome de Burnout) corresponde al cuestionario de Maslach propuesta por la psicóloga Cristina Maslach en 1974 (ANEXO 4).

A. Programa de Intervención Psicomotriz (ANEXO 3)

- Consta de 5 sesiones,
- Las sesiones de psicomotricidad, se realizaron 1 vez por semana (sábados), por un mes.
- La duración de la primera sesión es de 15 minutos por participante para presentar el Programa de Intervención Psicomotriz y explicar de qué consiste.
- La duración de cada una de las cuatro sesiones siguientes será aproximadamente de 60 minutos.
- Los objetivos de cada sesión se plantean de acuerdo a lo que se trabaja en cada una: Esquema e Imagen Corporal, Control tónico Postural, Control Respiratorio y Relajación.
- Se evaluó la participación de cada terapeuta en cada sesión, si era Positiva o Negativa.
- El Programa de Intervención Psicomotriz que se utilizó para la investigación fue aplicado de la siguiente manera:

- FASE I: PRESENTACION DEL PROGRAMA 15 minutos por participante.
- FASE II: REDESCUBRIENDOME: Esquema e Imagen Corporal. Duración 60 minutos
- FASE III: MI CUERPO, MI MOVIMIENTO Y MIS EMOCIONES: Control Tónico Postural. Duración 60 minutos.
- FASE IV: MEJORANDO MI RESPIRACION: Control Respiratorio. Duración 60 minutos.
- FASE V: VOLVER A NACER: Relajación. Duración 60 minutos:

B. Cuestionario de Maslach (ANEXO 4)

- Se trata de un cuestionario autoadministrado.
- Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.
- Mide tres aspectos importantes: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.
- Consta de 22 ítems en forma de afirmaciones, sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia sus pacientes.
- El tiempo de evaluación es aproximadamente de 10 a 15 minutos, donde el participante debe leer y llenar cada ítem. Las puntuaciones
- Las Puntuaciones elevadas de AE y DP, bajas de RP son indicadores de estrés alto. Mientras las puntuaciones bajas en AE y DP, elevadas en RP son indicadores de estrés bajo.
- Se evalúa a través de instrumento, aspectos de carácter personales, gerencial y profesional, que pueden influir en la aparición de Burnout.

2.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

2.4.1. Matriz de Base de Datos

A. Matriz de Base de datos del Programa de Intervención Psicomotriz

Tabla N°2: Medición del Programa de Psicomotricidad Terapéutica

DIMENSION	INDICADORES	PARTICIPACION POR SESION DE PSCOMOTRICIDAD	
		POSITIVO	NEGATIVO
Impacto del Programa de intervención Psicomotriz en el Terapeuta Físico del Centro especializado en Rehabilitación Integral CERI	1. Esquema e imagen corporal	SI	NO
	2. Control Tónico Postural	SI	NO
	3. Control respiratorio	SI	NO
	4. Relajación	SI	NO

Cada sesión es evaluada de acuerdo a la participación de cada uno de los integrantes del Programa de intervención Psicomotriz de acuerdo su comportamiento y la participación del mismo teniendo dos resultados

Positivo: Tres respuestas positivas indican que se integró completamente al Grupo de Intervención Psicomotriz.

Negativo: Tres respuestas negativas indican que no se integró al Grupo de Intervención Psicomotriz.

La matriz se encuentra en el anexo N° 6

B. Matriz de Base de datos del Cuestionario de Maslach

Medición del cuestionario de Maslach Bumout

El cuestionario de Maslach es una prueba específica para medir el desgaste, agotamiento e insatisfacción en el trabajo.

1. Para obtener la puntuación en:

- AE (Agotamiento emocional) deben sumar los números con los que valorado las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 13,14, 16. 20
- DP (Despersonalización). Se procede la misma forma con las preguntas 5, 10, 11, 15, 22.
- LP (Logros personales) se realiza lo mismo con las preguntas 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Para conocer el grado de estrés laboral de cada profesional se llevó a de la siguiente escala de medición de Bumout.

Tabla N°3: Medición de Burnout

CRITERIOS	BAJO	MEDIO	ALTO
AE	Int 16	17-27	Sup 28
DP	Int 5	6-10	Sup. 11
RP	Int 33	34-39	Sup. 40

Interpretador,

- Puntuación: elevada en AE y DP. baja en LP son indicadores de estrés alto.
- Puntuación: baja en AE y DP. elevada en LP indicadores de estrés bajo.

Se evalúa a través del instrumento. Aspectos de carácter personal, gerencia' y profesional que pueden influir en la aparición del Bumout.

La Matriz se encuentra en el nexa Nª 7

2.4.2. Sistema de Computo

Para el procesamiento de la información del trabajo de investigación, se utilizó la siguiente sistematización:

- Para los textos de información del trabajo de investigación se utilizó el programa de Microsoft Word 2010[®].
- Ordenamiento y Codificación de datos, con programas estadísticos de Microsoft Excel 2010[®].
- Representación de los datos a través de tablas estadísticas y polígonos de frecuencia.
- Análisis e Interpretación de los resultados de acuerdo a los indicadores de cada variante y el problema principal.

2.4.3. Pruebas Estadísticas

Según el problema de investigación tenemos dos variables, entonces es de tipo racional y por lo tanto se ha procedido aplicar la prueba estadística de t de Student, para muestras relacionadas ya que esta prueba se utiliza en estudios de tipo longitudinal es decir cuando se realizan dos medidas en dos momentos temporales distintos, a esta prueba también se le conoce como la prueba del antes y e después.

El objetivo de la t de Student es comparar dos medidas en un mismo grupo una medida antes y una medida después de un tratamiento se compara una variable numérica en el mismo grupo, pero en momentos distintos.

La Hipótesis estadística fue: Existe una diferencia significativa entre las medias de antes y después de la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz en el estrés laboral (Síndrome de Burnout)), conformada por el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal en el Terapeuta Físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI – Arequipa 2015.

Después procedemos a redactar la Hipótesis nula; La Hipótesis Nula sería: No hay diferencia significativa en las medias del estrés laboral (Síndrome de Burnout) antes y después de la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz

El siguiente paso es definir el nivel alfa (α), que se refiere al porcentaje de error que estamos dispuestos a correr al aplicar dicha prueba y en las ciencias sociales generalmente se utiliza un nivel alfa (α) de 5% que en notación decimal es 0.05.

Después tendemos que elegir la prueba a utilizar ya sea no paramétrica o paramétrica; para ello recordemos que estamos utilizando una prueba estadística de t de student, para muestras relacionadas y se han aplicado dos medidas en dos momentos temporales distintos, por lo tanto, nuestro estudio es longitudinal, entonces según la variable fija la que crea los grupos, nos crea dos medidas una antes. Y la variable aleatoria, es decir la variable de comparaciones es numérica, por lo tanto, la prueba a aplicar es la prueba t de Student para muestras relacionadas.

Tenemos que calcular el P- valor, pero antes es necesario corroborar si la variable numérica que sería el estrés laboral, (agotamiento, despersonalización y realización personal), actúa con normalidad para eso hay dos pruebas la de Kolmogorov – Smirnov (>30 individuos) y la de Chapiro Wilk para muestras pequeñas (<30 individuos).

Aquí es donde utilizamos el software SPSS tenemos 20 muestras y las medidas del antes de la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz y después de la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz.

La prueba t de Student para muestras relacionadas obtuvo los siguientes resultados: Con 2 grados de libertad (gl), podemos observar que la media después de la aplicación del Programa e Intervención Psicomotriz es 1,478, la significancia es de 0,012.

El criterio a seguir es el siguiente si la probabilidad en P- valor menor o igual (\leq) al valor alfa (α) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis verdadera, pero si la probabilidad obtenida en P- valor es mayor ($>$) al valor alfa(α), que es 0.05 se rechaza la hipótesis verdadera y se acepta la hipótesis nula.

En nuestro estudio P- valor es de $0.012 < 0.05$, por lo que se acepta la hipótesis verdadera y se demuestra que el Programa de Intervención Psicomotriz si tiene efectos significativos sobre el estrés laboral del Terapeuta Físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI.

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

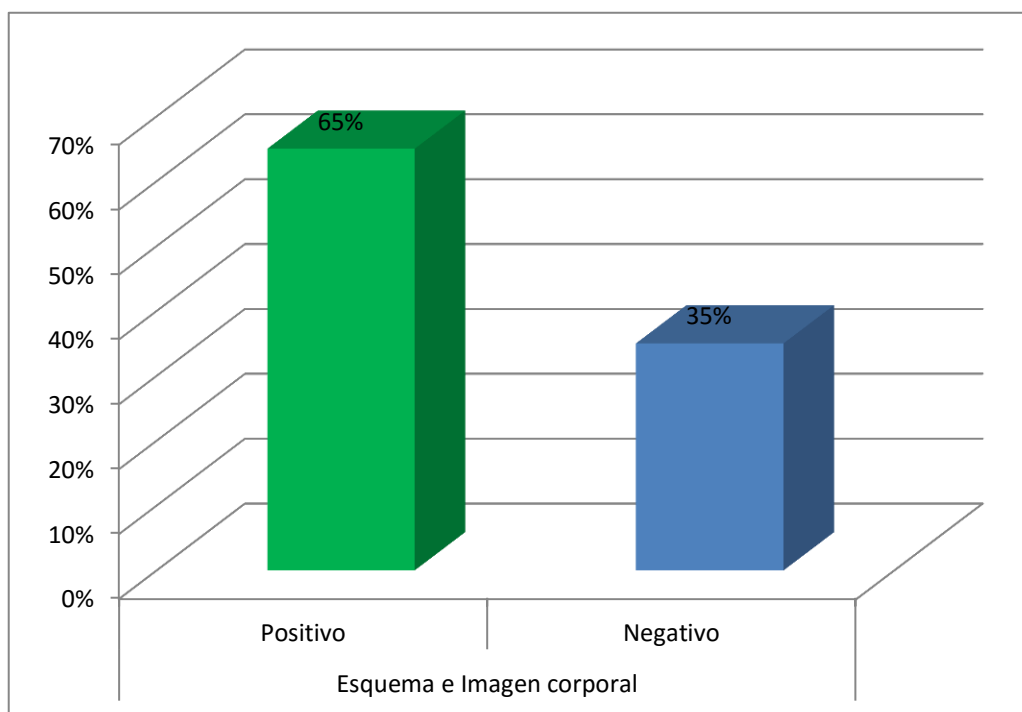
3.1. Resultados de los Indicadores de la variable: Programa de Intervención Psicomotriz. (VI)

3.1.1. Indicador 1: Esquema e Imagen Corporal (EIC)

Tabla N⁴: Resultados de la Primera Sesión de Esquema e Imagen Corporal en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica

		f	%
Esquema e Imagen corporal	Positivo	13	65
	Negativo	7	35
TOTAL		20	100%

Grafico N°1: Resultados de la Primera Sesión de Esquema e Imagen Corporal en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica



INTERPRETACION

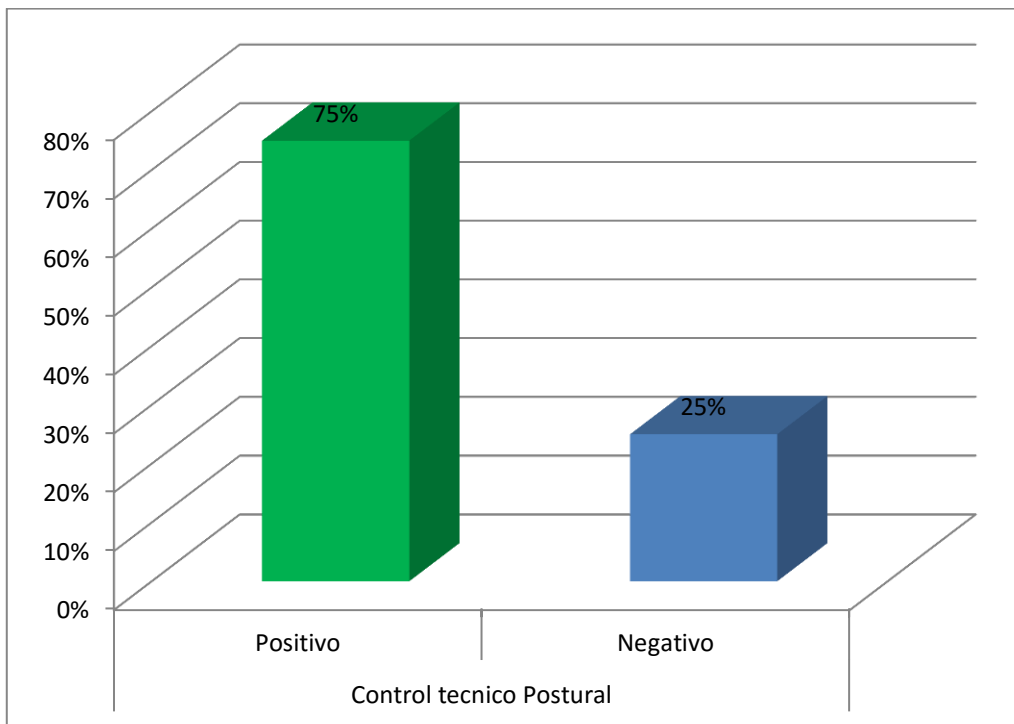
A los participantes del Programa de Intervención Psicomotriz se les calificó la adaptación en la sesión, en especial durante la parte de esquema e imagen corporal. Por lo que, el análisis de la Sesión de Esquema e imagen corporal se logra apreciar que surgió un efecto positivo ya que se logra culminar al final de la sesión en el nivel positivo, con el 65% en cambio en el nivel negativo está representado con el 35%.

3.1.2. Indicador 2: Control Tónico Postural (CTP)

Tabla N°5: Resultados de la Segunda Sesión Control Tónico Postural en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica

		f	%
Control Tónico Postural	Positivo	15	75
	Negativo	5	25
TOTAL		20	100%

Grafico N°2: Resultados de la Primera Sesión de Control Tónico Postural en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica



INTERPRETACION

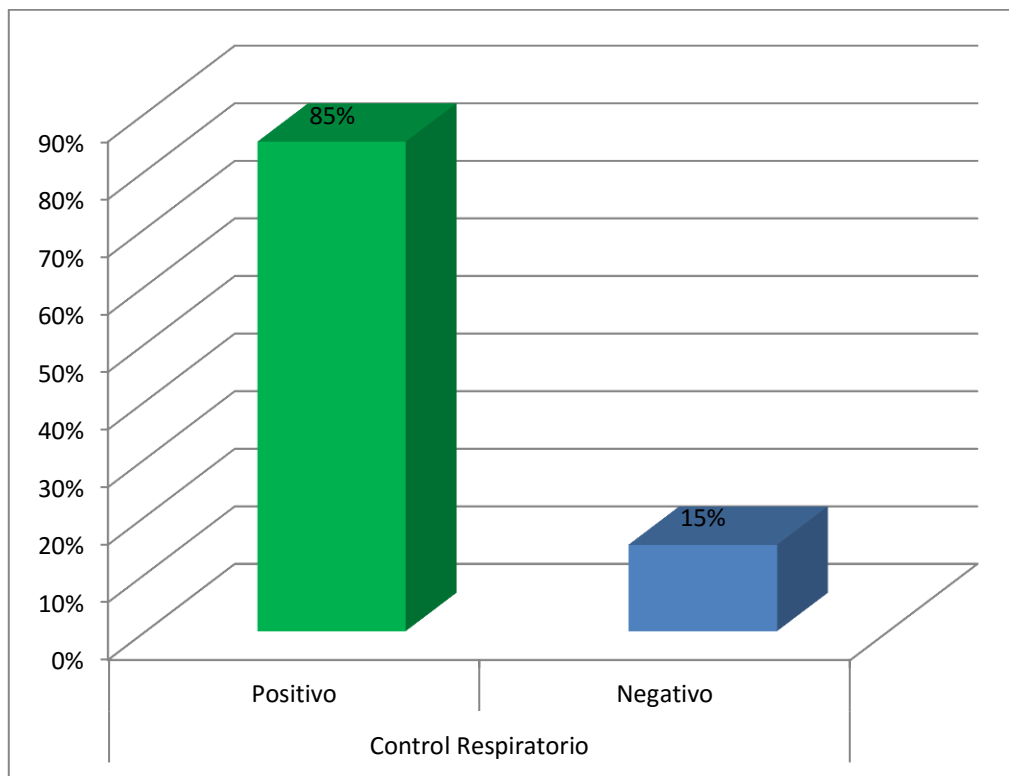
Como se aprecia en el siguiente gráfico, en cuanto a la sesión de Control Tónico Postural los participantes del Programa de Intervención Psicomotriz manifiestan un nivel positivo de evolución: Positivo o mejora con la sesión con 75% y un nivel negativo de mejora es del 25%, es decir se aprecia que la sesión logra establecer un dominio y control tónico del cuerpo, de las posturas y el movimiento, lo cual hace que disminuya el estrés en los participantes del Programa de Intervención Psicomotriz.

3.1.3. Indicador 3: Control Respiratorio (CR)

Tabla N°6: Resultados de la Tercera Sesión Control Respiratorio en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica

		f	%
Control Respiratoria	Positivo	17	85
	Negativo	3	15
TOTAL		20	100%

Grafico N°3: Resultados de la Tercera Sesión Control Respiratorio en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica



INTERPRETACION

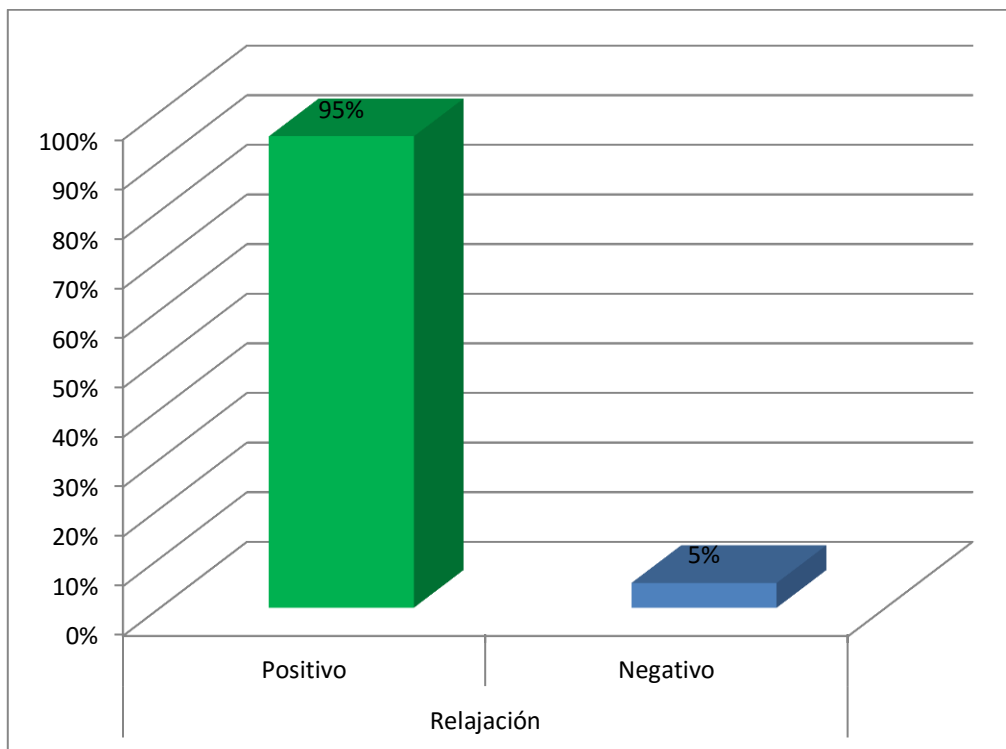
Como se aprecia en el siguiente gráfico, en cuanto a la sesión de Control Respiratorio los participantes del Programa de Intervención Psicomotriz manifiestan un nivel positivo de evolución: Positivo o mejora con la sesión con 85% y un nivel negativo de mejora es del 15%, es decir se aprecia que la sesión logra mejorar y liberar tensiones físicas y psíquicas a la vez lograr la aceptación y valoración ajustada y positiva de sí mismo, de las posibilidades y limitaciones propias, lo cual hace que disminuya el estrés en los participantes del Programa de Intervención Psicomotriz.

3.1.4. Indicador 4: Relajación (RJ)

Tabla Nª7: Resultados de la Cuarta Sesión Relajación en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica

		f	%
Relajación	Positivo	19	95
	Negativo	1	5
TOTAL		20	100%

Grafico Nª4: Resultados de la Tercera Sesión Relación en la evaluación de Psicomotricidad Terapéutica



INTERPRETACION

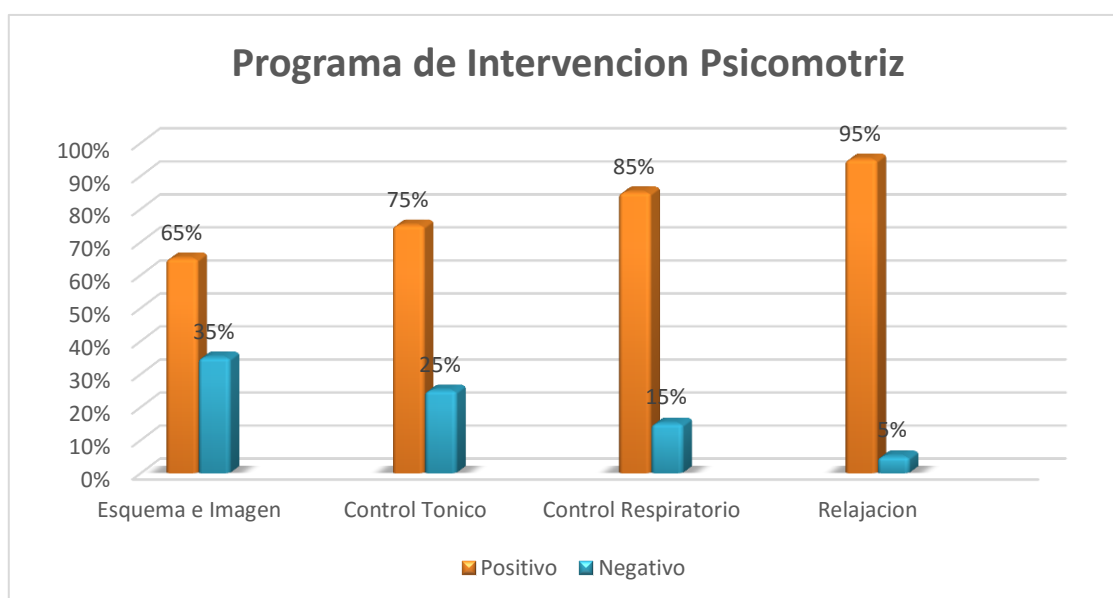
Como se aprecia en el siguiente gráfico, en cuanto a la sesión de Relajación los participantes del Programa de Intervención Psicomotriz manifiestan un nivel positivo de evolución: Positivo o mejora con la sesión con 95% y un nivel negativo de mejora es del 5%, es decir se aprecia que la sesión logra mejorar la relación de uno mismo y los demás a la vez reducir el tono muscular y en consecuencia a disminuir la excitabilidad y poner el córtex en reposo, lo cual hace que disminuya el estrés en los participantes del Programa de Intervención Psicomotriz.

3.1.5. Indicador 4: Análisis de todo el Programa de Intervención Psicomotriz

Tabla Nª8: Resultados del Análisis de todo el Programa de Intervención Psicomotriz

	Esquema e Imagen		Control Tónico		Control Respiratorio		Relajación	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Positivo	13	65	15	75	17	85	19	95
Negativo	7	35	5	25	3	15	1	5
TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%

Grafico Nª5: Resultados del Análisis de todo el Programa de Intervención Psicomotriz



INTERPRETACION

Como se aprecia en el siguiente gráfico, en el Programa de Intervención Psicomotriz se logra apreciar que los participantes han ido evolucionando semana a semana, ya que en la primera semana observamos que la participación fue positiva en un 55% y negativa en un 35% lo que mejora en la última sesión de relajación en un 95% positivo y un 5% negativo.

Por lo que concluimos que el Programa de Intervención Psicomotriz fue aceptado positivamente por la mayoría de los participantes.

3.2. Resultados de los Indicadores de la variable: Estrés Laboral. (VD)

3.2.1. Indicador 1: Agotamiento Emocional (AE)

Tabla N^o9: Resultados del Agotamiento Emocional entre las evaluaciones iniciales y finales

AGOTAMIENTO EMOCIONAL		f	%
Semana 1	Nivel Bajo	7	35
	Nivel Medio	10	50
	Nivel Alto	3	15
Semana 2	Nivel Bajo	11	55
	Nivel Medio	7	35
	Nivel Alto	2	10
Semana 3	Nivel Bajo	14	70
	Nivel Medio	4	20
	Nivel Alto	2	10
Semana 4	Nivel Bajo	15	75
	Nivel Medio	4	20
	Nivel Alto	1	5

Grafico N°6: Resultados del Agotamiento Emocional entre las evaluaciones iniciales y finales

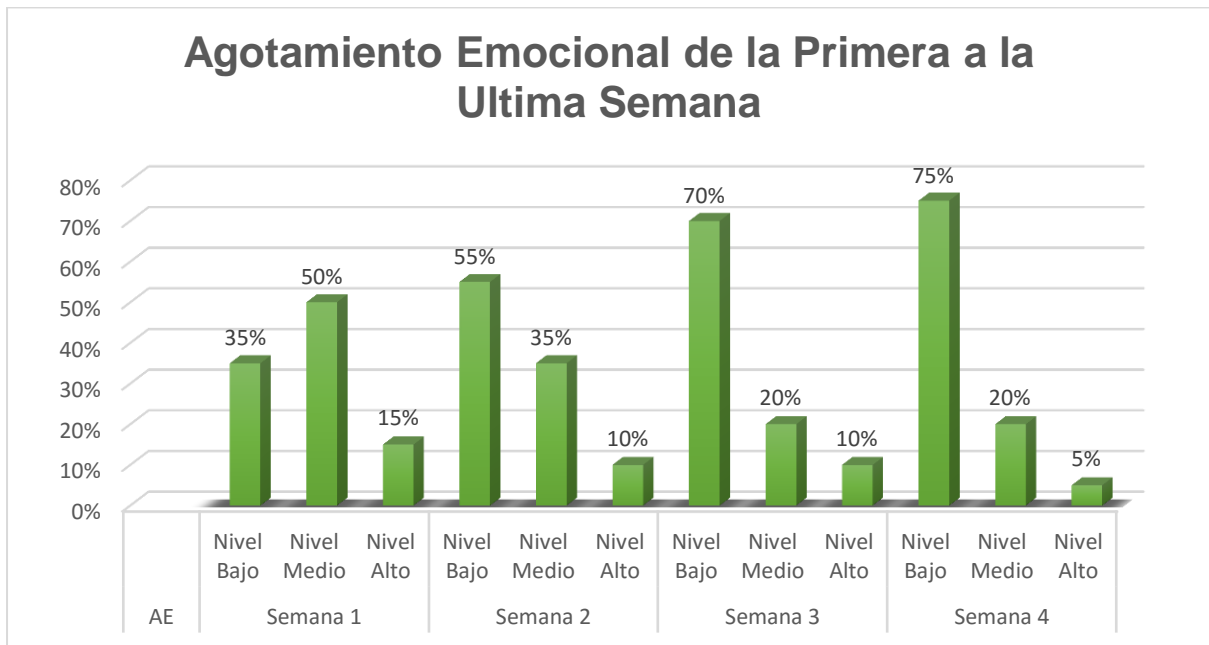
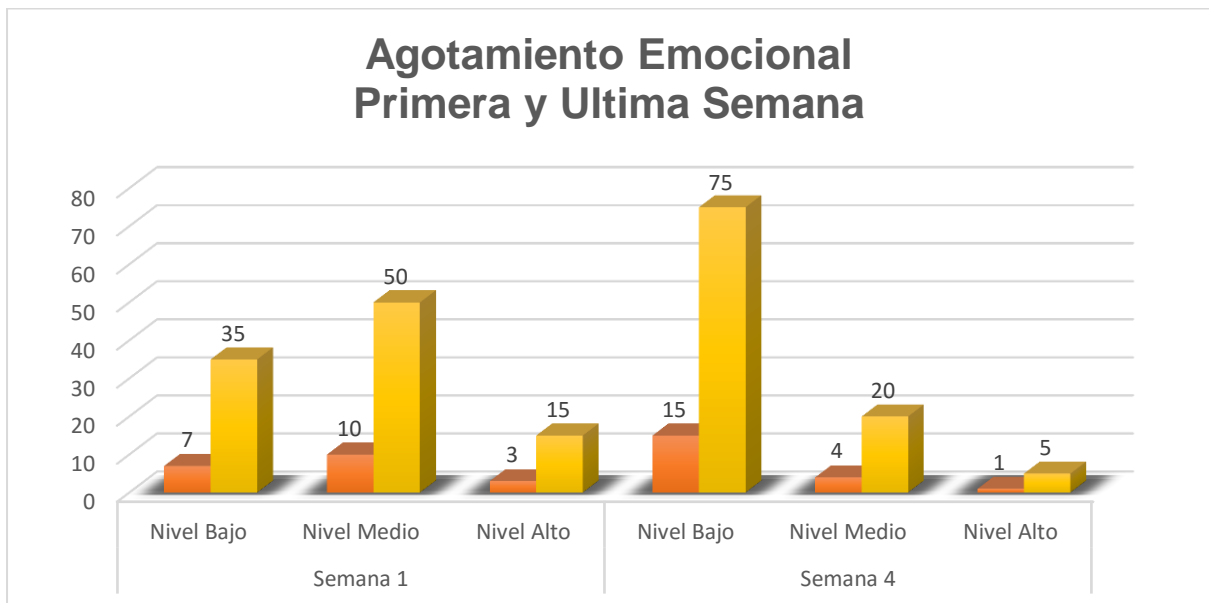


Grafico N°7: Resultados del Agotamiento Emocional entre la evaluación de la primera semana y última semana



INTERPRETACION

El Agotamiento Emocional se considera como la pérdida de recursos emocionales, la persona se vuelve menos sensible con las demás personas y muy duro consigo mismo; así como se traduce en un profundo cansancio que actúa como freno para la acción. Dentro de nosotros reside un fuerte instinto de autoprotección que se pone en marcha para protegernos de lo que nos dañan, por ello los participantes en un nivel inicial presentan: un 50% en un nivel medio y 35% un nivel bajo, aplicando las sesiones de Psicomotricidad Terapéutica en la cuarta semana se logra incrementar el nivel bajo de Agotamiento Emocional a un 75%, es decir que se ha logrado disminuir el Agotamiento Emocional de los participantes.

Entonces concluimos que el Programa de Intervención Psicomotriz realizado en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral CERI fue POSITIVO.

.

3.2.2. Indicador 2: Despersonalización (DP)

Tabla N^o10: Resultados de la Despersonalización entre las evaluaciones iniciales y finales

DESPERSONALIZACION		f	%
Semana 1	Nivel Bajo	10	50
	Nivel Medio	4	20
	Nivel Alto	6	30
Semana 2	Nivel Bajo	13	65
	Nivel Medio	3	15
	Nivel Alto	4	20
Semana 3	Nivel Bajo	15	75
	Nivel Medio	3	15
	Nivel Alto	2	10
Semana 4	Nivel Bajo	17	85
	Nivel Medio	2	10
	Nivel Alto	1	5

Grafico N°8: Resultados de la Despersonalización entre las evaluaciones iniciales y finales

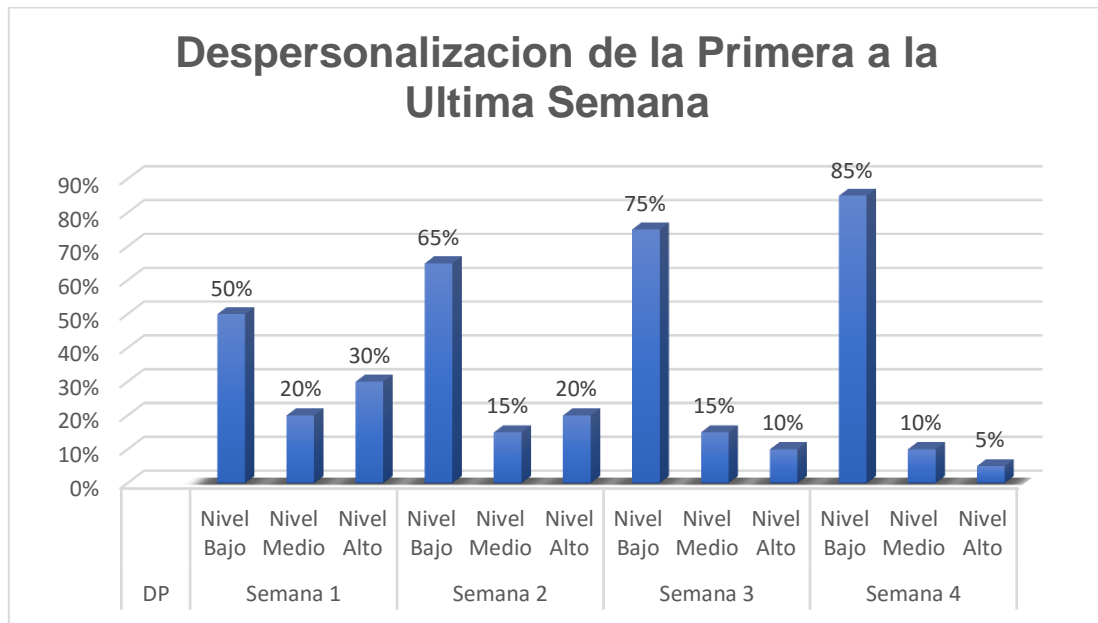
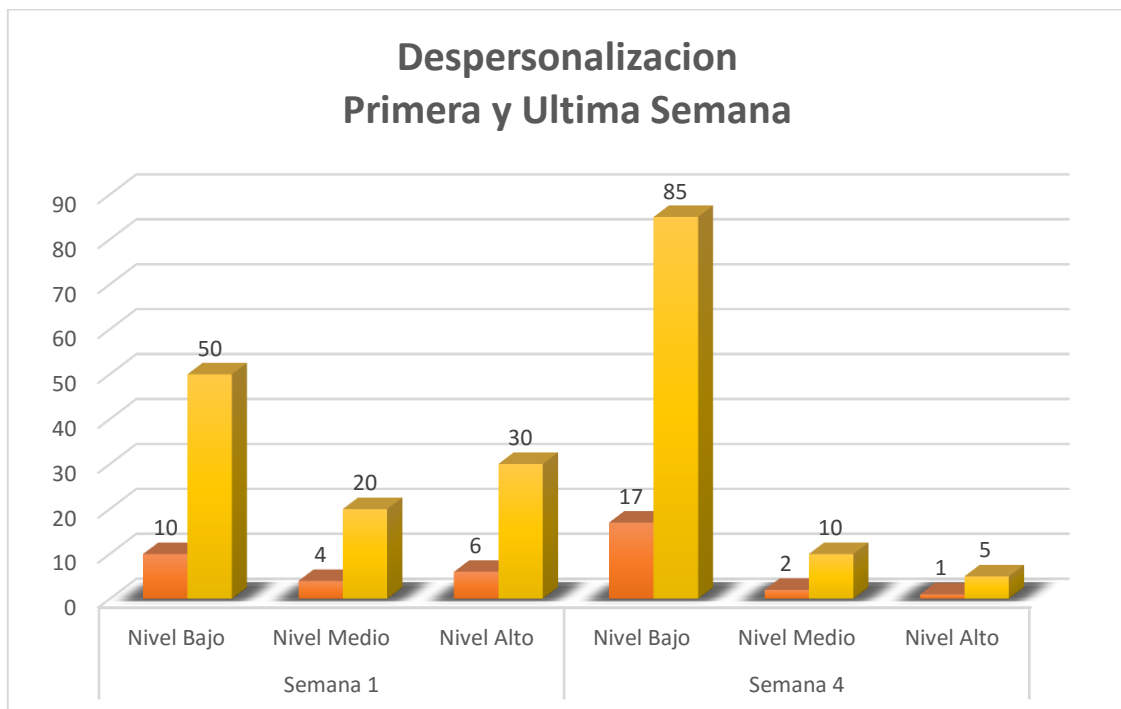


Grafico N°9: Resultados de la Despersonalización entre la evaluación de la primera semana y última semana



INTERPRETACION

El Trastorno de Despersonalización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia las personas. Es un desorden disociativo en el cual el individuo es afectado por sentimientos de despersonalización, de desrealización, o ambas, inicialmente en la semana 1 podemos apreciar que los participantes presentan un 50% en el nivel bajo mientras que el 30% corresponde al nivel alto, aplicando las sesiones de Psicomotricidad Terapéutica en la cuarta semana se logra incrementar el nivel bajo de Despersonalización a un 85%, es decir que se ha logrado disminuir la Despersonalización de los participantes.

Entonces Concluimos que el Programa de Intervención Psicomotriz realizado en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral CERI fue POSITIVO.

.

3.2.3. Indicador 3: Realización Personal (RP)

Tabla N^o11: Resultados de la Realización Personal entre las evaluaciones iniciales y finales

REALIZACION PERSONAL		f	%
Semana 1	Nivel Bajo	9	45
	Nivel Medio	5	25
	Nivel Alto	6	30
Semana 2	Nivel Bajo	6	30
	Nivel Medio	5	25
	Nivel Alto	9	45
Semana 3	Nivel Bajo	3	15
	Nivel Medio	4	20
	Nivel Alto	13	65
Semana 4	Nivel Bajo	0	0
	Nivel Medio	2	10
	Nivel Alto	18	90

Grafico N°10: Resultados de la Realización Personal entre las evaluaciones iniciales y finales

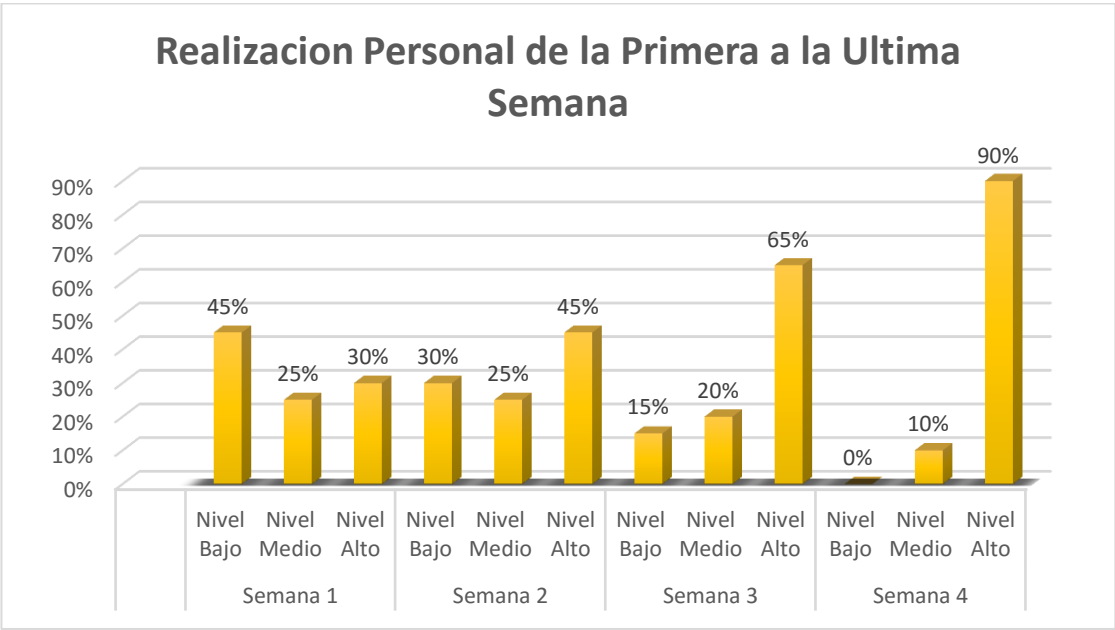
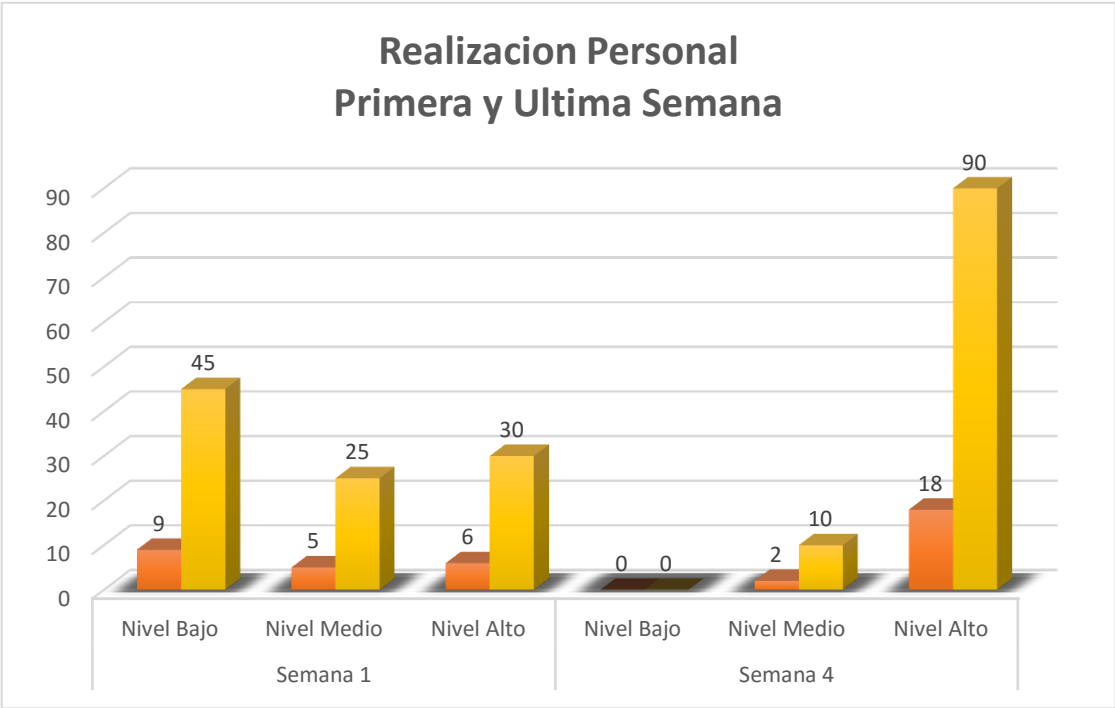


Grafico N°11: Resultados de la Realización Personal entre la evaluación de la primera semana y última semana



INTERPRETACION

Uno de los sentimientos de plenitud más importantes que puede experimentar una persona es la realización personal, la sensación de ser una persona autónoma, independiente y capaz de afrontar nuevos retos. Una persona que se siente realizada encuentra un sentido profundo a su día a día, valora el aprendizaje que ha adquirido a lo largo de la vida. Sin embargo se ve afectada por el estrés del día a día, lo cual causa una insatisfacción al momento de realizar las actividades; es por ello que los participantes inicialmente en la semana 1 apreciamos que presentan un 45% en el nivel bajo mientras que el 30% corresponde al nivel alto, aplicando las sesiones de Psicomotricidad Terapéutica en la cuarta semana se logra incrementar el nivel alto de realización personal a un 90%, es decir que se ha logrado incrementar la realización personal de los participantes.

Entonces Concluimos que el Programa de Intervención Psicomotriz realizado en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral CERI fue POSITIVO.

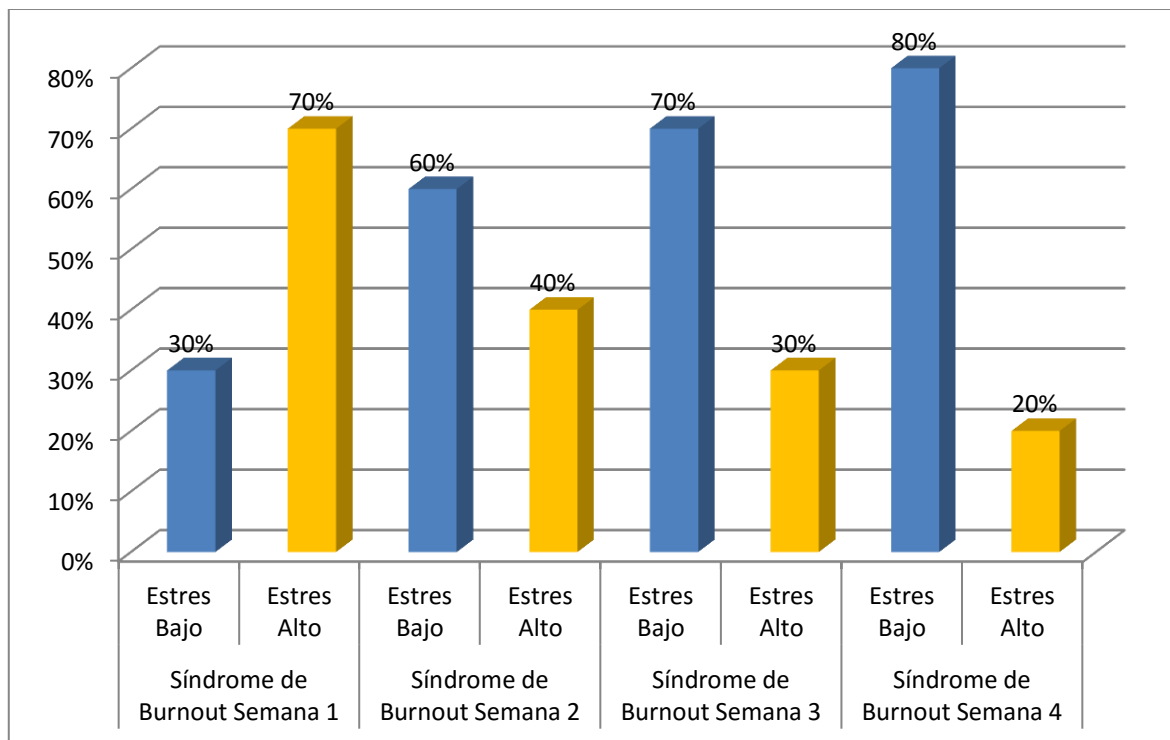
.

3.2.4. Análisis del Síndrome de Burnout

Tabla N°12: Resultados del Análisis del Síndrome de Burnout de la Primera Semana a la Cuarta Semana

		f	%
Síndrome de Burnout Semana 1	Estrés Bajo	6	30
	Estrés Alto	14	70
Síndrome de Burnout Semana 2	Estrés Bajo	12	60
	Estrés Alto	8	40
Síndrome de Burnout Semana 3	Estrés Bajo	14	70
	Estrés Alto	6	30
Síndrome de Burnout Semana 4	Estrés Bajo	16	80
	Estrés Alto	4	20

Grafico N°12: Resultados del Análisis del Síndrome de Burnout de la Primera Semana a la Cuarta Semana



INTERPRETACIÓN

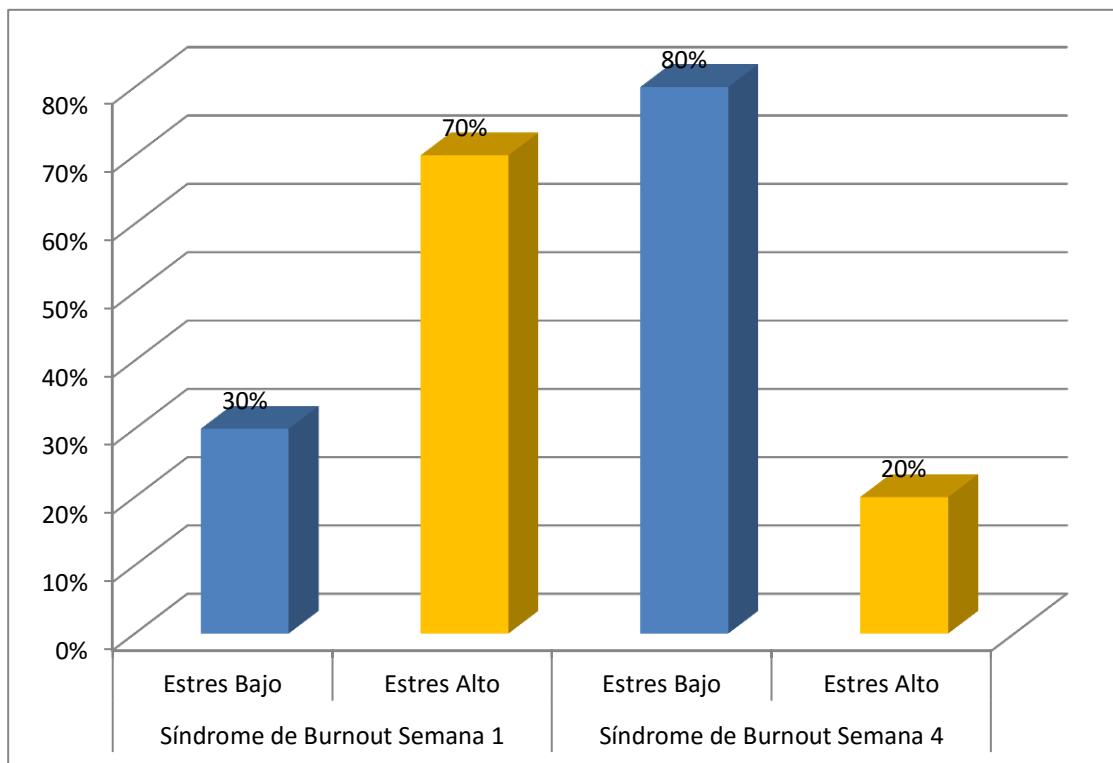
El síndrome de Burnout está presente en todas las empresas, ninguna escapa a su presencia, a mayor síndrome de trabajador quemado generará mayor insatisfacción, y esto ocasionara que la productividad disminuya radicalmente, en esta grafica se aprecia que el nivel de estrés alto la primera semana está representado con el 70%, aplicando las sesiones del Programa de Intervención Psicomotriz, se aprecia que el estrés mostrado por los participantes, disminuye y la motivación personal se incrementa, en la segunda semana, se aprecia que el estrés se ha reducido al 40%, seguidamente; en la tercera semana se logra la disminución del estrés alto a un 30%, y finalmente el estrés en su presencia alta está disminuido al 20%

Por lo que concluimos que los niveles de estrés bajo se han mejorado en un nivel inicial de 30% y culmina en un estrés bajo al 80% en la cuarta semana, lo que nos indica que el Programa de Intervención Psicomotriz realizado en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral CERI fue POSITIVO.

Tabla Nª13: Resultados del Análisis del Síndrome de Burnout entre la Primera Semana y Cuarta Semana

		f	%
Síndrome de Burnout Semana 1	Estrés Bajo	6	30
	Estrés Alto	14	70
Síndrome de Burnout Semana 4	Estrés Bajo	16	80
	Estrés Alto	4	20

Gráfico Nª13: Resultados del Análisis del Síndrome de Burnout entre la Primera Semana y Cuarta Semana



INTERPRETACIÓN

Apreciamos que inicialmente se tomó una prueba para saber el nivel del síndrome de Burnout de los encuestados, en la primera semana se manifiesta un estrés alto al 70% y sólo un nivel de estrés bajo al 30%, la aplicación paulatina del Programa de Intervención Psicomotriz manifiesta un efecto positivo en los participantes ya que se aprecia a simple vista que en la cuarta semana el nivel de estrés bajo se ha mejorado al 80%, es decir se ha recuperado más de la mitad de los participantes a un nivel sin estrés o estrés bajo, y el nivel de estrés alto que estaba representado en la primera semana con el 70% se ha logrado disminuir a sólo el 20%.

Por lo que concluimos que el Programa de Intervención Psicomotriz realizado en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral CERI fue POSITIVO.

3.3. Resultados del Problema de Investigación

COMPROBACION DE LA HIPOTESIS POR LA T DE STUDENT

Resultados finales y comprobación en la T de student

Tabla Nª14: Resultados del Problema de investigación mediante la T de Student

Prueba de Muestras Relacionadas								
	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
1ra semana - 4ta semana	1,478	0,730	0,152	1,162	1,794	6,705	2	0,012

Fuente: Base de Datos

Figura N°2: Ubicación del valor de la T student

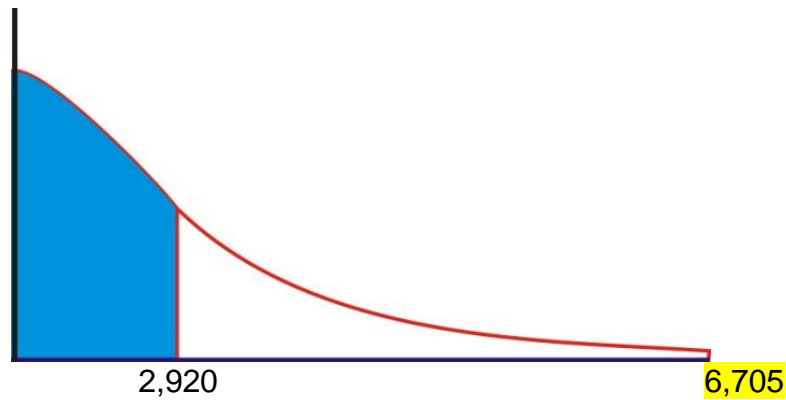


Tabla N°15: Comprobación de hipótesis

Grados de libertad	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01
1	1.0000	3.0777	6.3137	12.7062	31.8210
2	0.8165	1.8856	2.9200	4.3027	6.9645
3	0.7649	1.6377	2.3534	3.1824	4.5407
4	0.7407	1.5332	2.1318	2.7765	3.7469
5	0.7267	1.4759	2.0150	2.5706	3.3649

INTERPRETACIÓN

La prueba T de Student para muestras relacionadas obtuvo los siguientes resultados: Con 2 grados de libertad (gl.), podemos observar que la media después de la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz es 1,478, la significancia es de 0,012.

El primer valor de derecha a izquierda "Sig" indica la probabilidad que la varianza poblacional sean diferentes; esta información es importante ya que si se estiman iguales se usa un procedimiento estadístico para calcular t de student para muestras relacionadas y si las varianzas son distintas se utiliza una variante en la fórmula.

Al observar la tabla notamos que el valor para "Sig." es 0,012 que es inferior a 0,05. Esto significa que existe una influencia del 100% entre la media inicial y la media final.

$H_0 = p > 0.05$

$H_0 =$ La aplicación del programa de intervención psicomotriz tendrá un impacto negativo en el estrés laboral del terapeuta físico debido a que las técnicas de psicomotricidad no intervienen directamente sobre la toma de conciencia de las fluctuaciones tónico-emocionales, por lo que no permite al cuerpo revivir y restablecer una verdadera relación primaria, un verdadero dialogo tónico-emocional entre el sujeto y sí mismo, y los otros.

Valor p hallado = $0.012 < 0.05$ se rechaza esta hipótesis y se demuestra que hay mejora del taller en la mejora del síndrome de burnout

$H_1 =$ La aplicación del programa de intervención psicomotriz tendrá un impacto positivo en el estrés laboral del terapeuta físico debido a que las técnicas de psicomotricidad intervienen directamente sobre la toma de conciencia de las fluctuaciones tónico-emocionales, por lo que permite al cuerpo revivir y restablecer una verdadera relación primaria, un verdadero dialogo tónico-emocional entre el sujeto y sí mismo, y los otros

$H_1 = p < 0.05$

Valor p hallado = $0.012 < 0.05$ se acepta la hipótesis verdadera y se demuestra que si hay mejora en el reducimiento del síndrome de Burnout

El valor de T hallado es de 2,920 y el valor parámetro (2 gl) es de 2.920 inferior al valor t hallado y también se demuestra que hay diferencia entre el pre test (primera semana) y post test (cuarta semana).

3.4. Discusión de los Resultados

Se acuerdo a los resultados obtenidos, los trabajadores del Centro Especializado e Rehabilitación Integral entre 20 y 35 años han logrado cambios y una mejora significativa a nivel laboral según el Programa de Intervención Psicomotriz. y el Cuestionario de Maslach.

3.4.1. Discusión de los Resultados a nivel de la Variable Independiente (VI)

Según la tabla 12, los terapeutas físicos que laboran en el Centro especializado en Rehabilitación CERI, tienen elevado nivel de estrés alto demostrando que el 70.0% de los terapeutas están afectados con estrés alto (Alto Agotamiento emocional, Alta Despersonalización y baja Realización Personal). Por lo que se elaboró un Programa de Intervención psicomotriz para contrarrestar los efectos del estrés y liberar tensiones.

Este programa de Intervención Psicomotriz se rige a la Técnicas Corporales y Dimensiones de la Psicomotricidad, por lo que se estructuró en cuatro sesiones Aucuturianas y en cada una de ellas se trabajó una dimensión importante de la psicomotricidad dada por Berruezo (esquema e imagen corporal, control tónico postural, control respiratorio y relajación), al culminar con las sesiones se obtuvo resultados positivos. Logrando disminuir efectivamente los niveles de estrés (agotamiento emocional y despersonalización) y aumentar la realización personal.

3.4.2. Discusión de los Resultados a nivel de la Variable Dependiente (VD)

Según la tabla 12 y 13, los terapeutas físicos que laboran en el Centro especializado en Rehabilitación CERI, en la primera semana tienen elevado nivel de estrés alto demostrando que el 70.0% el cual fue evolucionando positivamente hasta la cuarta semana donde solo se observó un 20% de estrés alto.

El instrumento que se utilizó el Cuestionario de Maslach el cual mide el Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, se demostró que, por su facilidad y rapidez, es confiable a la hora de manejar los datos. Sin embargo, se observaron algunas limitaciones en cuanto a la interpretación ítems, ya que algunos de los participantes no entendieron con claridad las opciones de respuestas planteadas. Se podría crear nuevos ítems con preguntas cerradas, que eviten las sugerencias del encuestador, y de más fácil comprensión por parte de la población a la que se aplica los instrumentos.

Los niveles de Agotamiento Emocional eran elevados en las dos primeras semanas ocasionando problemas en su realización personal la cual era baja, mientras que los niveles de despersonalización se encontraban en menor proporción.

3.4.2. Discusión de los Resultados a nivel del Problema

Partiendo del estrés laboral, este se presenta de una forma repentina, sino que se instaura a lo largo del tiempo por lo que es el conjunto de agotamiento, cansancio, frustraciones, dificultades interpersonales, las cuales forman parte de un deterioro psicofísico. Por lo que se debe buscar una ayuda psicológica y física, para poder equilibrar todos esos aspectos, La Psicomotricidad a lo largo de los años ha ido evolucionando logrando actualmente tratar temas como el estrés, el envejecimiento, etc. ayudando a mejorar la autonomía de la persona, las relaciones de la persona consigo mismo y el medio en el que se desenvuelve. La Psicomotricidad posee diferentes técnicas entre las cuales encontramos las técnicas corporales, de relajación, respiración; las cuales ayudan a mejorar y liberar el estrés acumulado.

Los resultados demostraron la utilidad y los beneficios del Programa de Intervención psicomotriz en los diferentes problemas que se planteó para la investigación.

Por lo que el impacto del programa de Intervención Psicomotriz en el estrés laboral es positivo, según el cuestionario de Maslach en los Terapeutas Físicos que laboran en el Centro especializado en Rehabilitación CERI, Arequipa, 2015.

Las conclusiones según los resultados obtenidos en esta investigación son significativas, tal como se había planteado en la Hipótesis.

A modo de sugerencia a futuras investigación sobre el tema, sería conveniente aplicar este estudio en otro tipo de poblaciones y grupos con mayor número de participantes, para poder comparar los resultados aquí expuestos.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Que el Programa de Intervención Psicomotriz tiene un impacto positivo, ya que disminuye el estrés laboral del terapeuta ,quedando comprobada la hipótesis planteada
- SEGUNDA:** Que el Programa de Intervención Psicomotriz tiene un impacto positivo, ya que disminuyó el agotamiento emocional del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015
- TERCERA:** Que el Programa de Intervención Psicomotriz tiene un impacto positivo, ya que disminuyó la despersonalización del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015
- CUARTA:** Que el Programa de Intervención Psicomotriz tiene un impacto positivo, ya que aumento la realización personal del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015
- QUINTA:** Que hay una diferencia significativa entre las medias de antes y después del Programa de Intervención Psicomotriz sobre el estrés laboral del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015
- SEXTA:** Que hay una diferencia significativa entre las medias de antes y después del Programa de Intervención Psicomotriz sobre el agotamiento emocional del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015
- SEPTIMA:** Que hay una diferencia significativa entre las medias de antes y

después del Programa de Intervención Psicomotriz sobre la despersonalización del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015

OCTAVA: Que hay una diferencia significativa entre las medias de antes y después del Programa de Intervención Psicomotriz sobre la realización personal del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015

RECOMENDACIONES:

- PRIMERA:** Se recomienda al Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI, continuar con la aplicación del Programa de Intervención Psicomotriz, utilizando los instrumentos de este trabajo para obtener más datos estadísticos durante un periodo de tiempo más prolongado y así obtener mejores resultados. Así mismo adaptar este programa a otros grupos etarios y a otro grupo de trabajadores de salud.
- SEGUNDA:** Se recomienda a otros Centros de salud, Hospitales y Clínicas implementar programas similares utilizando instrumentos validados y así obtener datos estadísticos confiables, que comprueben la calidad de estos programas y así brindar un mejor servicio al público, mejorar la salud y calidad de trabajo.
- TERCERA:** Se recomienda a los docentes de Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Alas Peruanas, dar mayor énfasis en la Psicomotricidad como Intervención Terapéutica y tomarla como atención primaria para prevenir diferentes enfermedades. Así los alumnos puedan conocer los beneficios de la psicomotricidad en sus diferentes aspectos.
- CUARTA:** Se recomienda al Seguro Social de Salud del Perú, realizar Programas de Intervención Psicomotriz y fomentar su práctica ya que este otorga numerosos beneficios y así prevenir el estrés laboral, el cual trae consecuencias como diferentes patologías y así mismo logara buenas relaciones interpersonales entre los participantes lo que llevara a mejorar el trabajo hacia el público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maldonado Pascual, Antonia. La Psicomotricidad en España a través de la revista Psicomotricidad - CITAP (1981.1996). (Tesis Doctoral). Barcelona: Facultat de Psicologia, Departament de Psicologia Evolutiva i de l'Educació Programa Doctorat, Interacció i influència educativa ;2008.
2. Miguel Sassano. ¿Qué es la Psicomotricidad? En: Pablo Bottini. La Construcción del Yo Corporal, Cuerpo, esquema e imagen corporal en Psicomotricidad. Madrid: Miño y Dávila; 2013.p. 13-52
3. Oramas Pérez, Lorena. Propuesta de un programa de practica psicomotriz para niños de 2 a 3 años. (Tesis Doctoral). Universidad Metropolitana, Facultad de ciencias y artes, escuela de educación. 2000.
4. Rigal Robert. Bases Teóricas de la Psicomotricidad. Canadá. UQAM. 2013.
5. Ajuriaguerra, J. Manual de psiquiatría Infantil. Barcelona: Masson;1973.
6. Berruezo, Pedro Pablo. El contenido de la psicomotricidad. En Bottini, P. Psicomotricidad: prácticas y conceptos. Madrid: Miño y Dávila; 2000. P. 43-99.
7. Muniain, J.L.: "Noción/Definición de Psicomotricidad". Psicomotricidad, Revista de Estudios y Experiencias CITAP. 1997;(55): 53-86.

8. Pertejo, Y.; Margas, M.O., L. Evolución del desarrollo psicomotor. En: Fernández Ballesteros, R. Psicodiagnóstico III. Madrid, UNED, 1983. p. 87-119.
9. Basquin, M. Usos actuales del concepto de Psicomotricidad. En: Richard, J. Y Rubio, L. Terapia psicomotriz, Barcelona, Masson, 1995, p. 27.
10. García Olalla, D. La práctica psicomotriz educativa: una propuesta pedagógica para Educación Infantil. Barcelona: ICE. Universidad de Barcelona; 1995.
11. Morales, J.M. y García Núñez, J.A.: "El papel del psicomotricista en el sistema educativo", Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias CITAP.1994;(48): 7-14.
12. Lagrange, Georges. Educación Psicomotriz: Guía práctica para niños de 4 a 14 años. Barcelona: Fontanella, 1976, p. 51.
13. Berruezo, Pedro Pablo. El cuerpo, el desarrollo y la psicomotricidad, Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias CITAP.1995;(49): 15-26.
14. Fonseca, Vítor Da. Psicomotricidad e Investigación. En: Anton, M y cols. Desarrollo e Intervención Psicomotriz. I Congreso Estatal de Psicomotricidad. Barcelona: FAPEE;2001.

15. Lapierre, Andre. La Psicomotricidad relacional En: Llorca, M, Ramos, V, Sánchez, J y Vega, A (coords.). La Practica Psicomotriz: Una propuesta Educativa mediante en cuerpo y el movimiento. Málaga: Ajibe; 2002.
16. Fonseca, Vítor Da. Manual de la Observación Psicomotriz: Significación Psiconeurológica de los factores psicomotores. Barcelona: INDE; 1999.
17. Piaget, Jean. Psicología del Niño. Madrid: Morata; 1975.
18. Ajuriaguerra, Julián. De los movimientos espontáneos al dialogo tónico-postural y las actividades expresivas. Anuario de Psicología. 1983; (28):7-18.
19. Vygotsky, Lev Semiónovich. Pensamiento y Lenguaje. Buenos Aires: Pléyade; 1979.
20. Piaget, Jean. ¿A dónde va la educación? Barcelona: Teide; 1983.
21. Fonseca, Vítor Da. Definición y clasificación de la deficiencia. Boletín de Psicomotricidad CITAP. 1983; (9): 19-36.
22. Wallon, Henry. Del acto al pensamiento. Buenos Aires: Lautaro; 1978
23. Berruezo, Pedro Pablo. El Contenido de la Psicomotricidad. Reflexiones para delimitación de su ámbito teórico y práctico. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 2001;(1): 39-48.
24. Boscaini, Franco. Hacia una especificidad de la Psicomotricidad. Psicomotricidad Revista de estudios y experiencias .1992; (40):5-49.

25. Lora, Josefa. Educación Corporal. Barcelona: Paidotribo; 1991.
26. Picq, L y Vayer, P. Educación Psicomotriz y retraso mental. Barcelona: Científico-Médica; 1977.
27. Herrán, Elena. El movimiento en Psicomotricidad. En: González, T y Ruiz, A. (Ed.) INDIVISA, Boletín de Estudios e Investigación – Monografía II – II Congreso Estatal de Psicomotricidad “Movimiento, Emoción y Pensamiento”. Madrid: La Salle (Centro Superior de Estudios Universitarios); 2003.
28. Berruezo, Pedro Pablo. Las conductas motrices. En: Llorca, M. Ramos, V. Sánchez, J y Vega, A (coords.). La práctica psicomotriz: Una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento. Málaga: Aljibe; 2002.
29. Stambak, Mira. Tono y psicomotricidad. Madrid: Pablo del Río; 1979.
30. Coste, J. C. Las cincuenta palabras claves de la psicomotricidad. Barcelona: Médica y Técnica; 1980.
31. Wallon, Henri. De l'acte à la pensée. Essai de psychologie comparée. París: Flammarion; 1942.
32. Berruezo, Pedro Pablo. “La psicomotricidad: definición, conceptos básicos, objetivos y contenidos”, En Requena, M.D. y Vázquez-Dodero, B. (eds.). Desarrollo Cognitivo y Motor. Madrid: MEC; 1993.

33. Rigo, E. La psicopedagogía de Henri Wallon. Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 1990.
34. Berruezo, P. P. y García, J.A. Psicomotricidad y Educación Infantil. Madrid: CEPE; 1994.
35. Fonseca, Vítor Da. Ontogénesis de la motricidad. Madrid: G. Núñez; 1998.
36. Camacho, Mariana y Paolillo Gabriela. Relajación y Narración: Recursos originales del psicomotrista en educación. En: Seminario y Talleres: Poniendo el cuerpo a la educación y a la clínica: 25 años de formación universitaria en Psicomotricidad. Montevideo: Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Universidad de la Republica; 2003.
37. Schilder, P. The Image and Appearance of the Human Body. Londres: Kegan Paul; 1935.
38. Le Boulch, J. Hacia una ciencia del movimiento humano. Barcelona: Paidós; 1992.
39. Vayer, P. El niño frente al mundo. Barcelona: Científico-Médica; 1985.
40. Berruezo, Pedro Pablo. "El psicomotrista, un profesional para las necesidades espaciales". En: Pilares, P. y Arraez. J. editores: Motricidad y necesidades especiales Motor. Granada: AMNE; 1999.

41. Hernández Lechuga, M. Apuntes Diplomado en Psicomotricidad Terapéutica y Educativa. Santiago. CICEP; 2015.
42. Boscaini, Franco. Terapia Psicomotriz y competencia del terapeuta de la psicomotricidad. Propuesta para una definición del perfil profesional. Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias .1990; (34):69-74.
43. Morales, J. M. y GarcíaNúñez, J. A. El papel del psicomotrista en el sistema educativo. Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias .1994; (48): 7-17.
44. Boscaini, Franco. Nuevas necesidades y nuevas respuestas. El rol de la Psicomotricidad. En: Llorca. M; Ramos. V; Sánchez, Vega, A. Coord.: La práctica psicomotriz una nueva propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento. Málaga: Ajibe; 2002.
45. Fonseca, Vítor Da. Gerontopsicomotricidad: Una aproximación al concepto de retrogénesis psicomotora. Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias .1987; (25): 25-42.
46. Hermant, G. Génesis y perspectivas de la escuela francesa de la psicomotricidad. Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias .1994; (47): 7-21.
47. Paris, Laura. Estrés laboral, satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico en trabajadores de una industria cerealera. (Tesis Doctoral). Argentina:

Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Psicología y Relaciones Humanas; 2011.

48. Lazarus R.S, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca S.A; 1986.

49. Cano, A. La Naturaleza del Estrés [Documento www]. Recuperado el 16 de abril de 2010; 2002

Extraído de :http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm

50. Peiró J.M, Meliá J.L. La medida de la satisfacción laboral en contexto organizacionales: el cuestionario de satisfacción S20/23. [Documento www]. Recuperado 29 de septiembre de 2010; 1989

Extraídos de: http://www.uv.es/meliá/Research/Art_Satisf/ArtS20_23.PDF

51. Cano, V. A. Síntomas que puede provocar el estrés laboral. [Documento www]; 2002.

Extraído de:

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estrés_lab/síntomas.htm

52. Sugrañes, E y Ángel, M. La Educación Psicomotriz (3-8 años). Cuerpo, movimiento, percepción, afectividad: una propuesta teórica. Práctica. Barcelona: Graó; 2007.

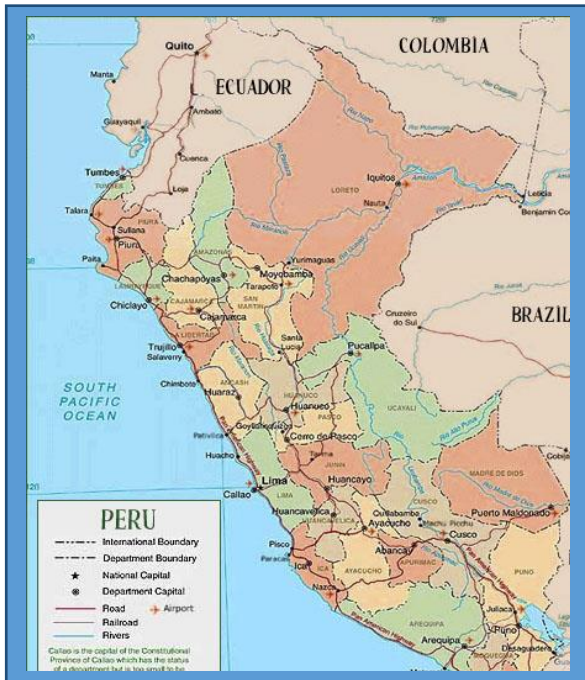
53. Zurita Pérez, Rebeca. El trabajo de la relajación en la etapa de secundaria. Innovación y experiencias educativas. 2009;(23):1-11.

54. Calderón Lupercio, Katherine Alexandra. Análisis de la importancia de la expresión corporal en el desarrollo psicomotor de los niños de 4 a 5 años del Centro Infantil “Divino Niño 1 del Cuerpo de Ingenieros del Ejército” de la Ciudad de Quito; Propuesta alternativa. (Tesis Doctoral). Sangolquí: Escuela Politécnica del Ejército;2012.
55. Cobos, P. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo. Madrid: Pirámide;2006.

ANEXOS

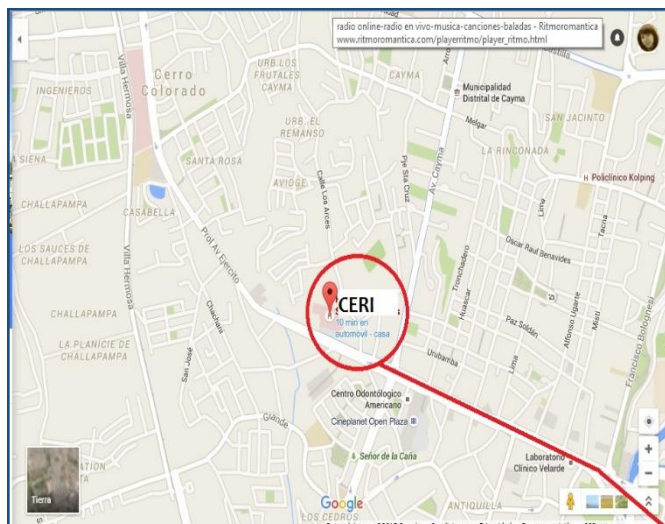
Anexo Nro. 1

Mapa de Ubicación (Perú, Arequipa, Distrito)



Leyenda:

El estudio se realizará en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral CERI en la Av. Ejército 1020, frente Al Centro Comercial Real Plaza, Ubicado en el distrito de Cayma Arequipa



Anexo Nro.2

Glosario

1. **Coordinación motriz fina:** Dominio que el niño debe llegar a adquirir de sus manos y dedos, y habilidad para coordinar músculos finos tales como los requeridos en tareas donde se utilicen combinadamente el ojo y la mano.
2. **Coordinación visomotriz:** capacidad de coordinar la visión con los movimientos del cuerpo o de sus partes.
3. **Lateralidad:** conjunto de predominancias particulares de una u otra de las diferentes partes simétricas del cuerpo, a nivel de las manos, pies, ojos y oídos.
4. **Orientación espacial:** El cuerpo del niño es el centro de coordenadas de donde parten una serie de direcciones que le ayudarán a situarse y a marcar puntos de referencia con respecto al exterior. A partir de esas coordenadas se puede localizar: arriba-abajo, alto-bajo, delante-detrás, derecha-izquierda
5. **Organización:** surge cuando se establecen formas de relación extremas con otro individuo u objeto que son independientes. Así tenemos sobre la mesa, debajo de la mesa.
6. **Noción Temporal:** Habilidad que tiene una persona para ordenar escenas según sus episodios y ubicarse en el tiempo, manejando los conceptos correspondientes (ayer, hoy mañana, primero, después, por último, etc.)

7. **Proyección Corporal:** La capacidad que tiene la persona para reproducir posiciones corporales.

8. **Relación Espacial:** Es la habilidad del observador para percibir la posición de los demás objetos en relación al él mismo y entre ellos.

9. **Ritmo:** La organización, secuencia e intervalos con que se suceden los sonidos. Siempre está asociado a movimiento.

Anexo Nro. 3

PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOMOTRIZ

FECHA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	EJERCICIOS	MATERIALES	DURACION
Del 28 de Setiembre al 2 de Octubre	FASE I PRESENTACION DEL PROGRAMA - Presentación del Programa de Intervención Psicomotriz				15 min. por terapeuta físico
3 de Octubre	FASE II: REDESCUBRIENDOME: Esquema e Imagen Corporal, Control Tónico postural, Control Respiratorio y Relajación.				
Sábado 3 de Octubre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer las normas de actuación de la intervención. ➤ Establecer lazos de confianza con los demás. 	Primera Parte: Ritual de Entrada	<p>Todo el grupo de Participantes reunidos en el centro de la sala, formando un círculo y sentados en el suelo.</p> <p>Se indica a los participantes que digan su nombre uno por uno y que es lo que espera de esa sesión.</p>	CD de Música Instrumental	5 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer su propio cuerpo y el de los otros, sus posibilidades de acción y aprender a respetar las diferencias. ➤ Participar en juegos y actividades estableciendo relaciones equilibradas y constructivas con los demás, evitando la discriminación en razón de las características personales, sexuales y sociales, así como los comportamientos agresivos y las actitudes competitivas. 	Segunda Parte: Actividad Motriz	<p>Se les pide a los participantes que empiecen a caminar por toda la sala, estiren cada parte de su cuerpo</p> <p>Luego se les da la indicación que busquen un lugar frente al espejo donde puedan sentirse cómodos, pedirles que se sienten frente al espejo y observen detalladamente: su rostro, su mirada, sus gestos, estoy cansado, me siento feliz o triste, como me siento en estos momentos.</p> <p>Terminado el tiempo de 10 minutos, se da la indicación que se levanten de sus lugares y vuelvan a caminar por toda la sala y se encuentren con uno de los participantes que no conocen muy bien o no traten muy a menudo, ambos se tapan los ojos con la pañoleta y uno por uno empezara a tocar cuidadosamente el rostro de su compañero, tomándose tiempo en cada detalle. Al finalizar y ambos participantes hayan hecho la actividad se sacarán las pañoletas y compartirán uno con el otro lo que sintieron y que es lo que el rostro de cada uno nos daba a entender.</p>	Espejo CD de Música Instrumental Pañoletas	25 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer y representar su cuerpo, sus elementos y algunas de sus funciones, descubriendo las posibilidades de acción y de 	Tercera Parte: Relajación y Control de la respiración	<p>Se les indica a los participantes poner las pañoletas en el suelo y formar un círculo alrededor de ellas uno a uno observara la pañoleta que más le agrada, que más les gusta, les hace recordar algún momento o a</p>	CD de Música Instrumental	15 minutos

	expresión, y coordinando y controlando cada vez con mayor precisión gestos y movimientos.		alguien, se les pedirá que recojan esa pañoleta y busquen un lugar cómodo donde puedan estar tranquilos con la pañoleta, Se le indica que cierre los ojos y por medio de sus otros sentidos (tacto, olfato, etc.) empiece a explorar la pañoleta, se le pide que envuelvan la pañoleta con esas experiencias por las cuales la eligieron. Después de haber terminado la actividad se les indica a los participantes que se levanten y formen un círculo.		
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar la lengua como instrumento de comunicación, de representación, aprendizaje y disfrute, de expresión de ideas y sentimientos, y valorar la lengua oral como un medio de relación con los demás y de regulación de la convivencia. 	Cuarta Parte: Expresión de la comunicación y creatividad	Indicar a los participantes que se sienten y mantengan el círculo. En este momento hay un intercambio de información mediante el diálogo con el grupo sobre las diferentes actividades que se han ido sucediendo, que es lo que han sentido, como se sienten. Solo compartirán sus experiencias aquellos participantes que deseen conversar y compartir	CD de Música Instrumental	10 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar las relaciones Interpersonales y la Comunicación. 	Quinta Parte: Ritual de despedida	Al culminar con el dialogo se les indica a los participantes que culmino la sesión, se da las indicaciones para la próxima sesión que cada uno traiga una o más pañoletas. Para terminar, nos despediremos todos con un fuerte abrazo.	CD de Música Instrumental	5 minutos
10 de Octubre	FASE III: MI CUERPO, MI MOVIMIENTO Y MIS EMOCIONES: Control Tónico – postural, Control respiratorio, relajación y esquema e imagen corporal.				
Sábado 10 de octubre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer las normas de actuación de la intervención. ➤ Establecer lazos de confianza con los demás. 	Primera Parte: Ritual de Entrada	Todo el grupo de Participantes reunidos en el centro de la sala, formando un círculo y sentados en el suelo. Recordar si algún participante no está.	CD de Música Instrumental	5 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participar en los diferentes juegos respetando las normas. ➤ Respetar las diferencias que puedan existir entre los participantes ➤ Establecer un dominio y control tónico del cuerpo y de las posturas. ➤ Crear un mejor dialogo tónico. ➤ Potenciar los aspectos sociales de la 	Segunda Parte: Actividad Motriz	Se les indica a los participantes dispersarse por toda el área, de un momento a otro se les pedirá armar grupos de dos, después de cuatro, de cinco así sucesivamente. Hasta que se les pide formar dos grupos Se les indica sacar las pañoletas que han traído y colocarlas en medio de la sala. Las pañoletas están dispuestas entre ambos grupos,	CD de Música Instrumental	25 minutos

	<p>relación en un ambiente de actividad lúdica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Participar en juegos y actividades estableciendo relaciones equilibradas y constructivas con los demás, evitando la discriminación en razón de las características personales, sexuales y sociales así como los comportamientos agresivos y las actitudes competitivas. 		<p>a los cuales se les da la consigna de que deben reunir la mayor cantidad de pañoletas en un tiempo determinado, por lo que deberán cuidar de las pañoletas que ya hayan reunido. La norma en esta segunda fase es cuidarse y cuidar al compañero, sin dañar a nadie.</p> <p>Después de un determinado tiempo se les pide que se vayan alejando poco a poco del juego de recolectar pañoletas se sienten en un círculo.</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar y liberar tensiones físicas y psíquicas. ➤ Aceptación y valoración ajustada y positiva de sí mismo, de las posibilidades y limitaciones propias. ➤ Lograr un mejor control respiratorio de manera consciente y correcta. 	<p>Tercera Parte: Relajación y Control de la respiración</p>	<p>Se les pide a todos que formen un círculo y caminen lentamente siguiéndolo.</p> <p>Luego que se recuesten sobre el piso boca arriba y se les pide que cierren los ojos y sigan las instrucciones. Se les dará una técnica de respiración en la cual cada uno deberá llenar sus pulmones con todo el aire que puedan, luego retener el máximo tiempo que puedan y por último botarlo de una manera fuerte por la boca. Luego de realizar esta propuesta por 5 minutos se le pide a cada terapeuta que se estire poco a poco y bostece</p>	<p>CD de Música Instrumental</p>	<p>15 minutos</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relacionarse con los demás, de forma cada vez más equilibrada y satisfactoria, interiorizando progresivamente las pautas de comportamiento social y ajustando su conducta a ellas. ➤ Mejorar la comunicación, empatía, asertividad con los compañeros de grupo. 	<p>Cuarta Parte: Expresión de la comunicación y creatividad</p>	<p>Se les pide a los participantes formar tres grupos y se indica que con las pañoletas armen un objeto, animal, etc. A su creatividad, pero en 3D.</p> <p>Terminada la construcción cada grupo presentara a su creación a todos, mencionando porque eligieron esa construcción y si fue fácil o no realizarla,</p> <p>Luego indicar que todos se sienten formando un círculo para poder dialogar sobre las actividades de la sesión.</p>	<p>CD de Música Instrumental Pañoletas</p>	<p>10 minutos</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar las relaciones Interpersonales y la Comunicación. ➤ 	<p>Quinta Parte: Ritual de despedida</p>	<p>Al culminar con el dialogo se les indica a los participantes que culmino la sesión, se da las indicaciones para la próxima sesión, que traigan un manta, lapicero y una hoja A4 en blanco. Para terminar, nos despediremos todos con un fuerte abrazo.</p>	<p>CD de Música Instrumental</p>	<p>5 minutos</p>

17 de Octubre	FASE IV: MEJORANDO MI RESPIRACION: Control Respiratorio, Esquema e Imagen Corporal, Control Tónico postural, y Relajación.				
Sábado 17 de octubre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer las normas de actuación de la intervención. ➤ Establecer lazos de confianza con los demás. 	Primera Parte: Ritual de Entrada	<p>Todo el grupo de Participantes reunidos en el centro de la sala, formando un círculo y sentados en el suelo. Recordar si algún participante no está.</p>	CD de Música Instrumental	5 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contener y ser contenidos. ➤ Confianza en las propias posibilidades de acción, participación y esfuerzo personal en los juegos y en el ejercicio físico. Gusto por el juego. ➤ Nociones básicas de orientación y coordinación de movimientos. ➤ Participar en juegos y actividades estableciendo relaciones equilibradas y constructivas con los demás, evitando la discriminación en razón de las características personales, sexuales y sociales, así como los comportamientos agresivos y las actitudes competitivas. ➤ Establecer un dominio y control tónico del cuerpo y de las posturas. 	Segunda Parte: Actividad Motriz	<p>Se les pide a todos los participantes que se dispersen por toda la sala y empiecen a caminar. Se les da la consigna que se estiren, respiren, caminen lento luego rápido por un tiempo. Se les pide que se formen grupos de 8 personas y formen un círculo, se elige a una persona para que este en el medio la cual deberá cerrar los ojos. Se le pide a esta persona que cruce sus manos al pecho y se disponga dura como una tabla y confíe. A las personas que están a su alrededor se les indica que deben de moverla de un lugar a otro, con cuidado y siempre acogiéndola para que se sienta segura.</p> <p>Esta actividad se realizará con cada uno de los integrantes del grupo.</p> <p>Al culminar realizamos la siguiente actividad en sus respectivos grupos se pide un voluntario que se eche en el suelo con las manos cruzadas al pecho a la vez dando la indicación que tiene que parecer una tabla. Entre todos los integrantes lo levantarán lo más alto que puedan con cuidado sosteniendo cada parte de su cuerpo, si la persona se siente segura podrán pasearla y luego bajarla, se realiza con cada miembro del grupo.</p>	CD de Música Instrumental	25 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar y liberar tensiones físicas y psíquicas. ➤ Lograr un mejor control respiratorio de manera consciente y correcta. 	Tercera Parte: Relajación y Control de la respiración	<p>Después se les pide pongan la manta que trajeron sobre el suelo y se echen sobre ella, adoptando la posición como duermen o más cómoda para descansar y que cierren los ojos y sientan cada parte que está apoyada al suelo, cada una de las superficies en contacto. Se encuentran allí un promedio de 10 a 15 minutos, después de este tiempo se les pide que lentamente se pongan boca arriba y sigan as instrucciones.</p>	CD de Música Instrumental	15 minutos

			<ol style="list-style-type: none"> 1. En posición de decúbito supino (tumbados en el suelo boca arriba), inspiramos por la nariz con firmeza, dirigiendo el aire hacia la parte inferior de los pulmones; el diafragma proyectará el abdomen hacia afuera (respiración diafragmática) 2. Se sigue inspirando dirigiendo el aire hacia la parte media del pulmón, expandiendo las costillas del tórax y el esternón (respiración torácica media) 3. Volvemos a inspirar llenando la parte más alta del pulmón hasta alcanzar el ápice: expandimos las costillas superiores del tórax y levantamos los hombros (respiración clavicular) Ayúdate de una de tus manos presionando sobre el diafragma para conseguirlo con mayor facilidad. 4. Por último, intenta hacer los 3 tipos de respiración en una sola inspiración por la nariz. Debes sentir como el aire pasa por los 3 estadios (abdomen, media y clavícula) 5. Practicar el mismo ejercicio de pie. <p>. Culminando esto se le pide que se reincorpore a sentado poco a poco.</p>		
	<p>➤ Relacionarse con los demás y adquirir progresivamente pautas elementales convivencia y relación social, así como ejercitarse en la resolución pacífica de conflictos.</p>	<p>Cuarta Parte: Expresión de la comunicación y creatividad</p>	<p>Se les indica a los participantes sacar el lapicero, la hoja bond que trajeron y sentarse en círculo. Con el lapicero escribir una palabra representativa de cada uno en la hoja, al culminar hacer un avioncito y lanzarlo a la persona que queremos y la otra persona a otra hasta que el avioncito se pierda, se realizara lo mismo 5 veces, y el ultimo participante que se quede con el avión formara una frase con esas palabras, la frase debe ser dirigida a uno mismo.</p> <p>Luego se podrá dialogar sobre esa frase que significa para cada uno culminando esto se conversara de las actividades anteriores de la sesión.</p>	<p>CD de Música Instrumental Hoja Bond A4 Lapicero</p>	<p>10 minutos</p>
	<p>➤ Mejorar las relaciones Interpersonales y la Comunicación.</p>	<p>Quinta Parte: Ritual de despedida</p>	<p>Al culminar con el dialogo se les indica a los participantes que culmino la sesión, se da las indicaciones para la próxima sesión. Para terminar, nos despediremos todos con un fuerte abrazo.</p>	<p>CD de Música Instrumental</p>	<p>5 minutos</p>

24 de Octubre	FASE V: VOLVER A NACER: Relajación, Esquema e Imagen Corporal, Control Tónico postural, y Control Respiratorio.				
Sábado 24 de octubre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer las normas de actuación de la intervención. ➤ Establecer lazos de confianza con los demás. 	Primera Parte: Ritual de Entrada	Todo el grupo de Participantes reunidos en el centro de la sala, formando un círculo y sentados en el suelo. Recordar si algún participante no está.	CD de Música Instrumental	5 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar sus capacidades físicas básicas, destrezas motrices, su conocimiento de la estructura y funcionamiento del cuerpo para la actividad física y para adaptar el movimiento a las circunstancias y condiciones de cada situación 	Segunda Parte: Actividad Motriz	Ambos compañeros se empujan con el hombro. Inmovilizar al compañero (atrapar y ser atrapado) Otra pareja inmoviliza a otra pareja Inmovilizar individualmente por colores de prendas.	CD de Música Instrumental	25 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar y liberar tensiones físicas y psíquicas. ➤ Valoración positiva y respeto por las diferencias, aceptación de la identidad y características de los demás, evitando actitudes discriminatorias ➤ Lograr un mejor control respiratorio de manera consciente y correcta. 	Tercera Parte: Relajación y Control de la respiración	Se les pide a los terapeutas que forme dos grupos con la misma cantidad de personas en cada uno. Luego se les pide que formen dos círculos uno dentro del otro. Los que se encuentran dentro deberán echarse boca arriba en el suelo de manera que formen un círculo. Se les pide a los que están dentro cerrar los ojos y hacer de cuenta que están dormidos. Los de afuera cambiaran de posición a los que están echados, a una posición fetal y luego boca arriba, así intercalando a cada uno hasta terminar con todos, se da la indicación de hacerlo con cuidado y amor. Cuando se culmina con el grupo que está dentro se les pide a los que estuvieron realizando la actividad que se echen y los que estaban dentro realizar la misma actividad.	CD de Música Instrumental	15 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relacionarse con los demás y adquirir progresivamente pautas elementales convivencia y relación social, así como ejercitarse en la resolución pacífica de conflictos. 	Cuarta Parte: Expresión de la comunicación y creatividad	Luego indicar que todos se sienten formando un círculo para poder dialogar sobre las actividades de la sesión. A la vez como es la última sesión se les pedirá su opinión acerca de cómo se han sentido durante el desarrollo de todo el programa.	CD de Música Instrumental	10 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar las relaciones Interpersonales y la Comunicación. 	Quinta Parte: Ritual de despedida	Al culminar con el dialogo se les indica a los participantes que culmino el programa, pues es la última sesión, Para terminar, nos despediremos todos con un fuerte abrazo.	CD de Música Instrumental	5 minutos

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ

El Programa de Intervención Psicomotriz que se utilizó para la investigación fue aplicado de la siguiente manera:

- **Según la frecuencia:** Las sesiones de psicomotricidad, se realizaron 1 vez por semana (sábados), por un mes.

- **Según la duración:** El tiempo de aplicación de cada sesión:
 - **FASE I: PRESENTACION DEL PROGRAMA 15 minutos por participante**
 - **FASE II: REDESCUBRIENDOME: Esquema e Imagen Corporal**
Duración 60 minutos distribuidos de la siguiente manera:
 - ✓ Primera Parte: Ritual de Entrada: 5 minutos
 - ✓ Segunda Parte: Actividad Motriz: 25 minutos
 - ✓ Tercera Parte: Relajación y Control de la respiración: 15 minutos
 - ✓ Cuarta Parte: Expresión de la comunicación y creatividad: 10 minutos
 - ✓ Quinta Parte: Ritual de despedida: 5 minutos
 - **FASE III: MI CUERPO, MI MOVIMIENTO Y MIS EMOCIONES: Control Tónico Postural**
Duración 60 minutos distribuidos de la siguiente manera:
 - ✓ Primera Parte: Ritual de Entrada: 5 minutos
 - ✓ Segunda Parte: Actividad Motriz: 25 minutos
 - ✓ Tercera Parte: Relajación y Control de la respiración: 15 minutos
 - ✓ Cuarta Parte: Expresión de la comunicación y creatividad: 10 minutos
 - ✓ Quinta Parte: Ritual de despedida: 5 minutos
 - **FASE IV: MEJORANDO MI RESPIRACION: Control Respiratorio**
Duración 60 minutos distribuidos de la siguiente manera:
 - ✓ Primera Parte: Ritual de Entrada: 5 minutos
 - ✓ Segunda Parte: Actividad Motriz: 25 minutos
 - ✓ Tercera Parte: Relajación y Control de la respiración: 15 minutos
 - ✓ Cuarta Parte: Expresión de la comunicación y creatividad: 10 minutos
 - ✓ Quinta Parte: Ritual de despedida: 5 minutos

○ **FASE V: VOLVER A NACER:**

Relajación

Duración 60 minutos distribuidos de la siguiente manera:

- ✓ Primera Parte: Ritual de Entrada: 5 minutos
- ✓ Segunda Parte: Actividad Motriz: 25 minutos
- ✓ Tercera Parte: Relajación y Control de la respiración: 15 minutos
- ✓ Cuarta Parte: Expresión de la comunicación y creatividad: 10 minutos
- ✓ Quinta Parte: Ritual de despedida: 5 minutos

➤ **Según el Objetivo:** Se define los objetivos según la sesión de psicomotricidad.

➤ **Según los beneficios:** Se obtienen luego de aplicar las actividades ya mencionadas.

Nota:

Paras las sesiones de psicomotricidad se usó música instrumental la cual pueden encontrarla en:

- <https://www.youtube.com/watch?v=YHjlfNWtyqM>
- <https://www.youtube.com/watch?v=jl4bZnmtCcs>
- <https://www.youtube.com/watch?v=SiV0DaYSA74>

Tabla de Medición de Psicomotricidad Terapéutica

DIMENSION	INDICADORES	PARTICIPACION POR SESION DE PSCOMOTRICIDAD	
		POSITIVO	NEGATIVO
Impacto del Programa de intervención Psicomotriz en el Terapeuta Físico del Centro especializado en Rehabilitación Integral CERI	1. Esquema e Imagen Corporal	SI	NO
	2. Control Tónico postural	SI	NO
	3. Control respiratorio	SI	NO
	4. Relajación	SI	NO

Cada sesión es evaluada de acuerdo a la participación de cada uno de los integrantes del Programa de intervención Psicomotriz de acuerdo su comportamiento y la participación del mismo teniendo dos resultados

Positivo: tres respuestas positivas indican que se integró completamente al Grupo de Intervención Psicomotriz.

Negativo : tres respuestas negativas indican que no se integró al Grupo de Intervención Psicomotriz.

Fuentes Bibliográficas

- Berruezo, P. Regulación normativa de la profesión de psicomotricista. La psicomotricidad en el ámbito de la administración pública: Sanidad, Servicios Sociales y Educación, en Actas de las I Jornadas sobre psicomotricidad. Ámbito profesional del psicomotricista. Instituto de Ciencias Sanitarias y de la Educación. Sevilla. 1996
- Bottini, P. (comp.). Psicomotricidad: prácticas y conceptos. Miño y Dávila. Madrid/Buenos Aires. 2000.
- Fuentes, S. Apuntes Diplomado desarrollo del pensamiento. Santiago.2006.
- Hernández Lechuga, M. Apuntes Diplomado en Psicomotricidad Educativa. Santiago. 2007.
- Hernández Lechuga, M. Apuntes Diplomado en Psicomotricidad Educativa y Terapéutica. Instituto para el desarrollo Infantil, ARIE, Lima.2015.

Anexo Nro.4

Protocolo del Instrumento Escala de Maslach

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Esta es la tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%. está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los cadentes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización. realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional, Consta de 9 preguntas.

Valora vivencia de estar exhausto emocionalmente por las mandas del trabajo.

Puntuación máxima 54

2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems.

Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes, frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems.

Evalúa los sentimientos de autoeficada y realización personal en el trabajo.

Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

- Cansando emocional, 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Despersonalización. 5, 10, 11, 15, 22.
- Realización personal, 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

La escala se mide según los siguientes rangos,

0 = Nunca,

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4= Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Instrumento:

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados y Marque con un X: 0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA V. A LA SEMANA 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

Nro.	Preguntas	0	1	2	3	4	5	6
01	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
02	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
03	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
04	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes / clientes							
05	Trato a algunos pacientes / clientes como si fueran objetos impersonales -							
06	Trabajo todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
07	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes / clientes							
08	Me siento "quemado" por mi trabajo							
09	Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							

10	Me he vuelto .s insensible con la gente desde quo ejerzo esta protestón / tarea								
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.								
12	Me siento muy activo								
13	Me siento frustra. en ml trabajo.								
14	Creo que estoy trabajan. demasiado.								
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes / clientes								
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés.								
17	Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes / clientes								
18	Me siento estimulado después de trabajo- con mis pacientes / clientes.								
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea.								
20	Me siento acabado.								
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma								
22	Siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus problemas								

Fuente: Maslach, C. (1997). *Inventario Burnout. Maslach (15,1315: Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA.

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total:
Cansancio emocional	1 2 3 6 8 13 14 16 20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4 7 9 12 17 18 19 21	

Los resultados CIE cada subescala:

- Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

- **Matriz de Base de datos por cada instrumento**

Medición del cuestionario de Maslach Bumout

El cuestionario de Maslach es una prueba específica para medir el desgaste, agotamiento e insatisfacción en el trabajo.

1. Para obtener la puntuación en:

- AE (Agotamiento emocional) deben sumar los números con los que valorado las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 13,14, 16. 20
- DP (Despersonalización). Se procede la misma forma con las preguntas 5, 10, 11, 15, 22.
- LP (Logros personales) se realiza lo mismo con las preguntas 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Para conocer el grado de estrés laboral de cada profesional se llevó a de la siguiente escala de medición de Bumout.

CRITERIOS	BAJO	MEDIO	ALTO
Agotamiento Emocional	Inferior a: 16	Entre :17-27	Superior a :28
Despersonalización	Inferior a: 5	Entre: 6-10	Superior a :11
Realización Personal	Inferior a: 33	Entre: 34.39	Superior a :40

Interpretador,

- Puntuación: elevada en AE y DP. baja en LP son indicadores de estrés alto.
- Puntuación: baja en AE y DP. elevada en LP indicadores de estrés bajo.

Se evalúa a través del instrumento. aspectos de carácter personal, gerencia' y profesional que pueden influir en la aparición del Bumout.

Referencia Bibliográfica del Instrumento Validado:

Maslach. C. (1997). Inventa. Bumout de Maslach MBI): Síndrome del quemado por estrés laboral. Madrid: TEA. Extraído de: (Http: l/vww.depresion.pstcornag.comitestestresiaboral php)

Anexo Nro.5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con DNI
Acepto participar voluntariamente del Programa de Intervención Psicomotriz que se
realizará en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI.

Estoy en conocimiento de que este Programa de Intervención es parte del proyecto
de tesis realizado por el bachiller en Tecnología Médica: Heydi Yosselin Núñez
Cutipa identificada con DNI: 73030250; a quien autorizo utilizar mis antecedentes e
información sobre mi desempeño en las sesiones del programa, para los fines que
estime convenientes en su investigación.

Firma:

Fecha:

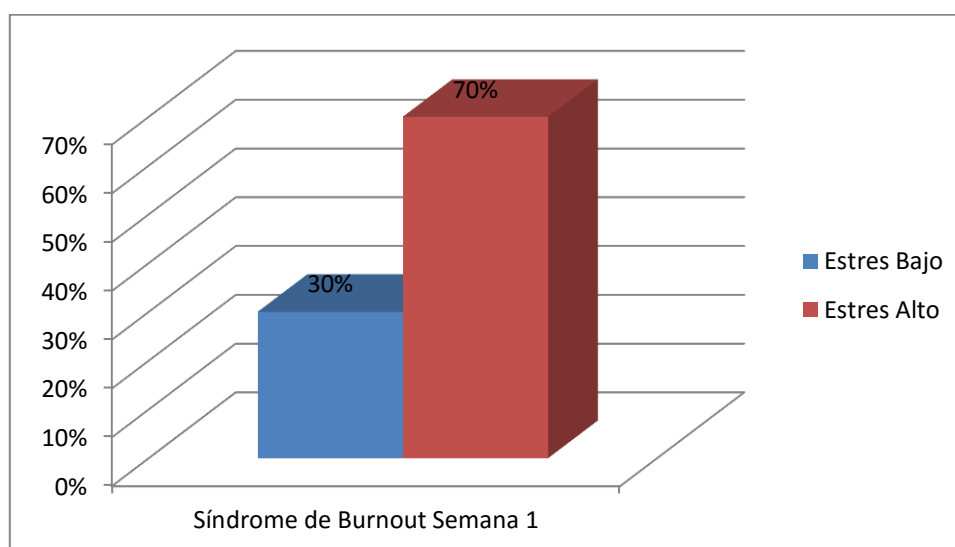
Anexo Nro. 6

Disgregación de la Tabla Nro12

Tabla Nro. 1: Síndrome de Burnout Semana 1

	f	%
Estrés Bajo	6	30,0
Estrés Alto	14	70,0
Total	20	100,0

Grafico Nro.1 Síndrome de Burnout Semana 1



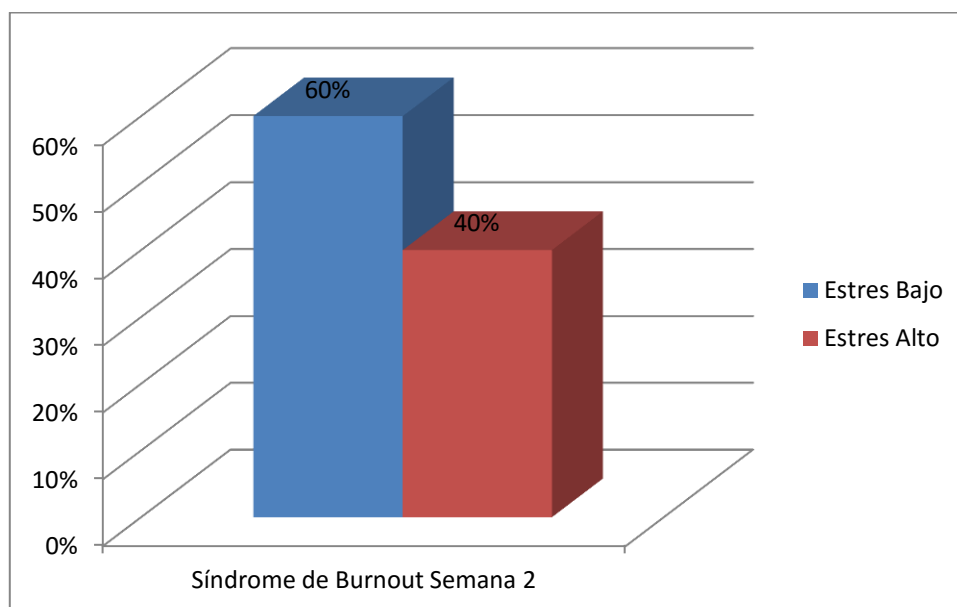
INTERPRETACIÓN

Toda empresa de servicios ya sea particular o estatal está compuesta por los trabajadores y ellos a su vez manifiesta una representatividad con su entorno de trabajo, muchas veces los factores externos afectan la productividad del trabajador y con ello genera un estado psicológico de insatisfacción, el síndrome del trabajador quemado analizado en la primera semana manifiesta un estrés alto con el 70% y sólo el 30% de los participantes presentan un estrés bajo

Taba Nro. 2: Síndrome de Burnout Semana 2

	f	%
Estrés Bajo	12	60,0
Estrés Alto	8	40,0
Total	20	100,0

Grafico Nro. 2: Síndrome de Burnout Semana 2



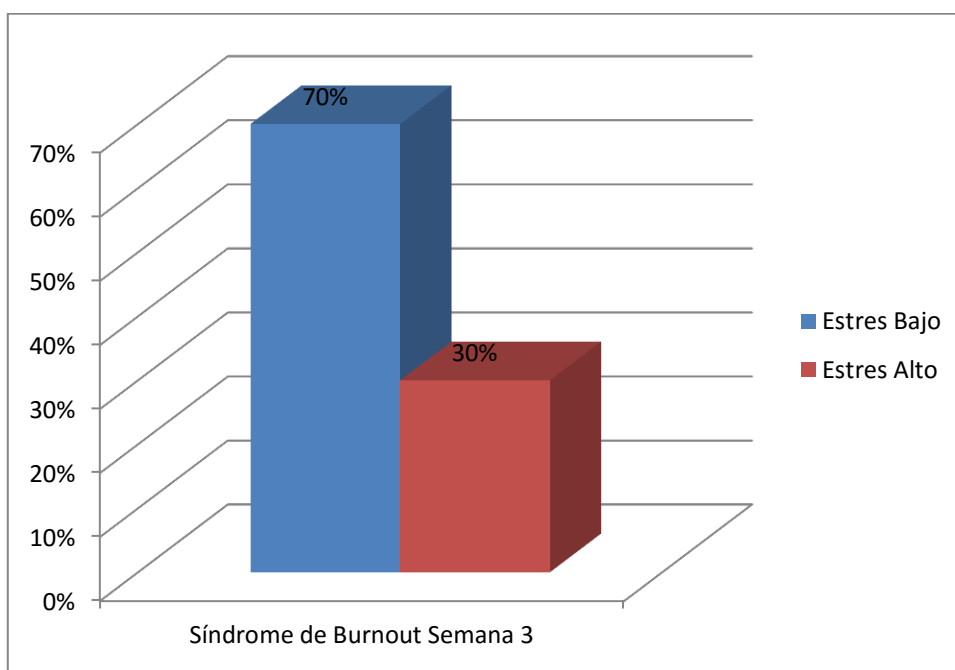
INTERPRETACIÓN

En el análisis de la segunda semana, ya los participantes han recibido la primera sesión del Programa de Intervención Psicomotriz para mejorar su situación en cuanto al estrés laboral y evitar la presencia del síndrome de Burnout, los encuestados evoluciona favorablemente manifestando un estrés bajo el cual está representado con el 60% y un estrés alto en proyección del 40%, la evolución es significativa.

Tabla Nro3: Síndrome de Burnout Semana 3

	f	%
Estrés Bajo	14	70,0
Estrés Alto	6	30,0
Total	20	100,0

Grafico Nro.3: Síndrome de Burnout Semana 3



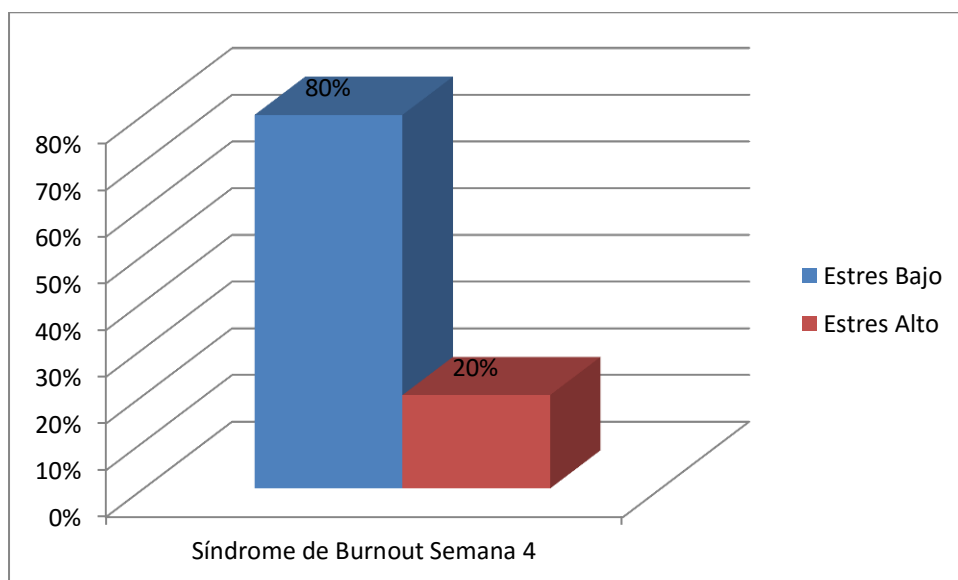
INTERPRETACIÓN

En la tercera semana, los participantes han manifestado un progreso evolutivo positivo, ya que los niveles de estrés están defendiendo escalonadamente, el síndrome del trabajador quemado se está viendo reducido a un nivel de 70% de bajo estrés, es decir que el índice de encuestados se está incrementando a niveles positivos y sólo el 30% manifiesta un estrés alto.

Tabla Nro. 4: Síndrome de Burnout Semana 4

	f	%
Estrés Bajo	16	80,0
Estrés Alto	4	20,0
Total	20	100,0

Grafico Nro. 4: Síndrome de Burnout Semana 4



INTERPRETACIÓN

Se hizo una última evaluación en la cuarta semana para saber el progreso y evolución de los participantes en cuanto a la presencia del síndrome del trabajador quemado y ellos manifestaron una proyección interesante y positiva ya que el 80% de los trabajadores presenta un estrés bajo, sólo el 20% manifiesta un estrés alto, a este grupo se le tiene que trabajar individualmente para saber la raíz de sus problemas y evitar que el síndrome del trabajador repercuta negativamente en él ;y ello conlleve a que se generalice en sus demás compañeros de trabajo.

Anexo 8 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>A. Problema Principal ¿Cuál es el impacto del programa de intervención psicomotriz en el estrés laboral del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI – Arequipa, 2015?</p>	<p>A. Objetivo General: Determinar el impacto del programa de intervención psicomotriz en el estrés laboral del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015</p>	<p>A. Hipótesis Principal La aplicación del programa de intervención psicomotriz tendrá un impacto positivo en el estrés laboral del terapeuta físico debido a que las técnicas de psicomotricidad intervienen directamente sobre la toma de conciencia de las fluctuaciones tónico-emocionales, por lo que permite al cuerpo revivir y restablecer una verdadera relación primaria, un verdadero dialogo tónico-emocional entre el sujeto y sí mismo, y los otros.</p>	<p>Variabes Independiente (VI) Programa de Intervención Psicomotriz</p>	<p>Variable I Apreciamos que inicialmente se tomó una prueba para saber el nivel del síndrome de Burnout de los encuestados, en la primera semana se manifiesta un estrés alto al 70% y sólo un nivel de estrés bajo al 30%, la aplicación paulatina del Programa de Intervención Psicomotriz manifiesta un efecto positivo en los participantes ya que se aprecia a simple vista que en la cuarta semana el nivel de estrés bajo se ha mejorado al 80%, es decir se ha recuperado más de la mitad de los participantes a un nivel sin estrés o estrés bajo, y el nivel de estrés alto que estaba representado en la primera semana con el 70% se ha logrado disminuir a sólo el 20%. Por lo que concluimos que el Programa de Intervención Psicomotriz realizado en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral CERI fue POSITIVO.</p>	<p>1ra. Que el Programa de Intervención Psicomotriz tiene un impacto positivo, ya que disminuye el estrés laboral del terapeuta, quedando comprobada la hipótesis planteada 2da. Que el Programa de Intervención Psicomotriz tiene un impacto positivo, ya que disminuyó el Agotamiento Emocional del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015) 3ra. Que el Programa de Intervención Psicomotriz tiene un impacto positivo, ya que disminuyó la Despersonalización del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015. 4ta. Que el Programa de Intervención Psicomotriz tiene un impacto positivo, ya que aumento la Realización Personal del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015.</p>
<p>B. Problemas Secundarios</p> <p>a) ¿Cuál es el impacto del programa de intervención psicomotriz en el agotamiento emocional del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015?</p> <p>b) ¿Cuál es el impacto del programa de intervención psicomotriz en la despersonalización del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015?</p> <p>c) ¿Cuál es el impacto del programa de intervención psicomotriz en la realización personal del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI – Arequipa, 2015?</p>	<p>B. Objetivos Específicos</p> <p>a) Precisar el impacto del programa de intervención psicomotriz en el agotamiento emocional del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015</p> <p>b) Precisar el impacto del programa de intervención psicomotriz en la despersonalización del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015</p> <p>c) Precisar el impacto del programa de intervención psicomotriz en la realización personal del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015</p>	<p>B. Hipótesis Secundarias</p> <p>a) La aplicación de un programa de intervención psicomotriz tendrá un impacto positivo en agotamiento emocional del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015</p> <p>b) La aplicación de un programa de intervención psicomotriz tendrá un impacto positivo la despersonalización del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015</p> <p>c) La aplicación de un programa de intervención psicomotriz tendrá un impacto positivo en la realización personal del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral – CERI – Arequipa, 2015</p>	<p>Variable Dependiente (VD) Estrés Laboral</p>	<p>El síndrome de Burnout está presente en todas las empresas, ninguna escapa a su presencia, a mayor síndrome de trabajador quemado generará mayor insatisfacción, y esto ocasionara que la productividad disminuya radicalmente, en esta grafica se aprecia que el nivel de estrés alto la primera semana está representado con el 70%, aplicando las sesiones del Programa de Intervención Psicomotriz, se aprecia que el estrés mostrado por los participantes, disminuye y la motivación personal se incrementa, en la segunda semana, se aprecia que el estrés se ha reducido al 40%, seguidamente; en la tercera semana se logra la disminución del estrés ato a un 30%, y finalmente el estrés en su presencia alta está disminuido al 20% Por lo que concluimos que los niveles de estrés bajo se han mejorado en un nivel inicial de 30% y culmina en un estrés bajo al 80% en la cuarta semana, lo que nos indica que el Programa de Intervención Psicomotriz realizado en el Centro Especializado en Rehabilitación Integral CERI fue POSITIVO.</p>	<p>5ta Que hay una diferencia significativa entre las medias de antes y después del Programa de Intervención Psicomotriz sobre el estrés laboral del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015 6ta. Que hay una diferencia significativa entre las medias de antes y después del Programa de Intervención Psicomotriz sobre el Agotamiento Emocional del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015. 7ma. Que hay una diferencia significativa entre las medias de antes y después del Programa de Intervención Psicomotriz sobre la Despersonalización del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015. 8va. Que hay una diferencia significativa entre las medias de antes y después del Programa de Intervención Psicomotriz sobre la Realización Personal del terapeuta físico del Centro Especializado en Rehabilitación Integral - CERI – Arequipa, 2015.</p>

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

