

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final Integrador

“Fortalezas, motivación y obstáculos, de los profesionales psicólogos de un centro educativo terapéutico, en el trabajo de pacientes con parálisis cerebral”

Alumna:

RIBAS, STEPHANIE

Tutor:

Dr. JUAN LOMBARDINI

Junio de 2015

Índice

1.	INTRODUCCIÓN.....	2
2.	OBJETIVOS.....	2
2.1.	Objetivo General.....	2
2.2.	Objetivos Específicos.....	2
3.	MARCO TEÓRICO.....	3
3.1.	Parálisis cerebral.....	3
3.1.1.	Clasificación.....	4
3.2.	Descripción de centro educativo terapéutico.....	6
3.2.1.	Personas que concurren.....	8
3.2.2.	Conformación del equipo profesional.....	9
3.2.3.	El rol del Psicólogo en el CET.....	9
3.3.	Motivación.....	11
3.4.	Obstáculos.....	14
3.5.	Fortalezas del carácter.....	17
4.	METODOLOGÍA.....	22
4.1.	Tipo de estudio y diseño.....	22
4.2.	Participantes.....	22
4.3.	Instrumentos.....	22
4.4.	Procedimiento.....	23
5.	DESARROLLO.....	24
5.1.	Resultados.....	24
5.1.1.	Identificar las diferentes áreas del CET en donde el psicólogo lleva a cabo sus tareas.....	24
5.1.2.	Analizar los factores de motivación laboral de los profesionales psicólogos del CET.....	28
5.1.3.	Identificar las fortalezas que prevalecen en los profesionales psicólogos del CET.....	30
5.1.4.	Examinar cuales son los obstáculos con los que se encuentran en su labor diaria los profesionales psicólogos del CET.....	34
6.	CONCLUSIONES.....	37
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

1. INTRODUCCIÓN

La práctica y habilitación profesional se llevó a cabo en un centro educativo terapéutico (CET). El mismo se define por ser una asociación civil sin fines de lucro dedicada a la educación y tratamiento de niños y jóvenes con trastornos neurológicos.

Dicha práctica constó de 20 horas semanales, las cuales fueron en su mayoría trabajo en sala y ateneos sobre diversas temáticas como por ejemplo alimentación y deglución, relación terapéutica, comunicación aumentativa alternativa, etc.

En el centro se encuentra, por un lado, el centro de rehabilitación (CR) cuya función es la de abordar al paciente desde manera interdisciplinaria para obtener así una visión global del paciente y su familia. Por otro lado, se encuentra el CET en donde concurren diariamente más de 200 niños y jóvenes. La finalidad del mismo es potenciar al máximo sus habilidades y capacidades trabajando tanto en un contexto grupal, como así también individual y personalizado incluyendo las terapias semanales que el equipo terapéutico consideren necesarias según cada caso en particular.

La elección de describir el modelo de intervención del equipo de psicología surgió a partir de la participación de talleres, ateneos y jornadas que se llevan a cabo en el CET.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir y analizar las tareas, motivación, fortalezas y obstáculos del equipo de psicología en el CET.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar las diferentes áreas del CET en donde el psicólogo lleva a cabo sus tareas.
- Analizar los factores de motivación laboral de los profesionales psicólogos del CET.
- Identificar las fortalezas que prevalecen en los profesionales psicólogos del CET.
- Examinar cuales son los obstáculos con los que se encuentran en su labor diaria los profesionales psicólogos del CET.

3. MARCO TEÓRICO

Se comenzará describiendo la patología que se trata en la institución y su correspondiente clasificación. Posteriormente se explicará que es un CET, cual es el equipo profesional que lo compone y hacia quienes está orientado el mismo.

Dado que varias de las personas que forman parte del equipo son Licenciados en Psicología, se desarrolla tanto el modelo de intervención profesional dentro del centro como así también los temas que fundamentan teóricamente el posterior desarrollo de los objetivos propuestos como ser la motivación, los obstáculos y las fortalezas de estos trabajadores.

3.1. Parálisis cerebral

En el transcurso de la historia del estudio de la parálisis cerebral (PC), se la ha definido de múltiples y diversas formas. Si bien en la PC ya era conocida en el antiguo Egipto, fue el cirujano británico Little (1861) quien propuso la existencia de una relación entre el parto anormal, las dificultades en el trabajo de parto, el nacimiento prematuro, la asfixia neonatal y deformidades físicas. A este trastorno lo denominó *Cerebral Paresis*.

Posteriormente Freud (1893), quien en ese momento se dedicaba al estudio de la neurología, cuestiona la secuencia causal de Little formulando que los niños con PC ya estaban dañados al momento del parto y como consecuencia de ello tuvieron dificultades en el mismo. Indicó entonces que el trastorno debía originarse en las etapas más tempranas del embarazo, debido a efectos más profundos que influían en el desarrollo del feto. Freud definía a la PC infantil como un concepto general que agrupaba todas las enfermedades cerebrales de la infancia causadas por un efecto directo de etiología accidental ocurrido en el periodo fetal o después del nacimiento y que había afectado a uno o más sistemas de neuronas.

Debido a las múltiples definiciones de PC existentes hasta el momento, en el año 2004 se llevó a cabo en Estados Unidos el Taller internacional para la definición y clasificación de PC. El grupo de expertos que participó coincidió en que las definiciones previas no eran lo suficientemente satisfactorias y es por ello que propusieron una nueva definición. Fueron Rosenbaum, Leviton, Paneth, Jacobsson, Goldstein y Bax quienes en

el año 2005 publicaron una nueva definición a modo de propuesta. Al presente la PC es considerada como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura que se atribuyen a trastornos no progresivos que ocurrieron durante el desarrollo del cerebro fetal o infantil. Se subraya la presencia de un trastorno motor como común denominador de todos los trastornos que se incluyen en este término y se reconoce la existencia de otros trastornos, como ser trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta y/o convulsivos que se presentan como daños acompañantes en estos pacientes. Para hacer una distinción entre la PC y otros trastornos similares, resulta útil aclarar que la PC cuenta con una naturaleza no progresiva ya que ocurre específicamente en el cerebro en desarrollo, distinguiéndose así de cualquier otro trastorno similar que pueda ocurrir en niños o adultos debido a lesiones posteriores que hayan adquirido.

Una propuesta mucho más actual es la que brinda Czorny (2013), quien ya no habla de PC, sino que de Encefalopatía Crónica No Evolutiva (ECNE). La define como una entidad clínica que se manifiesta durante los primeros años de desarrollo del niño y se caracteriza por presentar una deficiencia motora que es permanente y a la vez secundaria a un daño cerebral fijo en su cerebro aún inmaduro. Esto mismo es consecuencia de diversos agentes etiológicos durante los periodos pre, peri y posnatal.

3.1.1. Clasificación

Robaina Castellanos, Riesgo Rodríguez y Robaina Castellanos (2007) sostienen que las diversas definiciones y clasificaciones sobre la PC han constituido una limitación al momento de interpretar los resultados de los estudios de tipo epidemiológicos, dado que resulta necesario partir de conceptos comunes para así poder hacer mediciones y comparaciones. Con el tiempo se fueron detallando numerosos sistemas de clasificación, cada uno regido por uno o varios propósitos diferentes, aunque en general la mayor parte de las clasificaciones enfatizaron en el daño de la estructura corporal y sus funciones. En las múltiples clasificaciones, se hacen presentes categorías fisiopatológicas en donde se incluyen la espasticidad, la discinesia y la ataxia. Es el número de subtipos reconocidos entre los pacientes con movimientos involuntarios extrapiramidales o discinéticos y en la terminología empleada en lo que difieren generalmente estas diversas categorizaciones.

La clasificación que proporciona Hurtado (2007) constituye una interpretación fiable y actual de la PC orientada en función de diversos puntos. El primero de ellos es en función de su etiología y hace una distinción entre prenatal, perinatal y postnatal. La primera de ellas, es la más frecuente y se encuentra asociada a infecciones intrauterinas; procesos vasculares; malformaciones cerebrales de etiología diversa; causas genéticas, etc. La etiología perinatal por su parte, se refiere a hemorragias cerebrales (asociadas a la prematuridad y al bajo peso), encefalopatías hipóxico-isquémica, trastornos circulatorios, infecciones como sepsis o meningitis y trastornos metabólicos. Por último la etiología postnatal hace referencia a meningitis o sepsis graves, encefalitis, accidentes vasculares (malformaciones vasculares, cirugía cardíaca), traumatismos, casi-ahogamiento, etc.

Hurtado (2007) también clasifica a la PC en función del tipo de trastorno dominante. Existe una PC de tipo espástica, la cual se caracteriza por la hipertonía e hiperflexia con disminución del movimiento voluntario, un aumento del reflejo miotático en el que predomina la actividad de ciertos grupos musculares que a largo plazo favorecerá la aparición de contracturas y deformidades. Una PC de tipo disquinética que cuenta con la presencia de movimientos involuntarios y cambios repentinos en el tono. Una PC atáxica, la cual se determina por la presencia de hipotonía, incoordinación del movimiento y un déficit de equilibrio. Y por último también existe una forma mixta de PC que engloba la existencia de varios tipos de alteración motora.

La autora además considera que es posible hacer una clasificación en función de la extensión de la afectación. Esta misma puede ser unilateral (en caso de que solo tenga afectado un hemicuerpo), bilateral, dioplejía (si son las cuatro extremidades las afectadas y un claro predominio de afectación en sus extremidades inferiores), triparesia (en caso de que la afectación de ambas extremidades inferiores y una extremidad superior) y por último tetraparesia si es que las cuatro extremidades esta igualmente afectadas o con un mayor predominio de la afectación en extremidades superiores e inferiores. (Hurtado, 2007)

Asimismo, Hurtado (2007), considera que es necesaria la clasificación de PC en función de la gravedad del trastorno motor, basándose en el sistema internacional de calificación Gross Motor Function Classification System que identifica 5 niveles de afectación de menor a mayor gravedad en lo que corresponde a movilidad general:

- Nivel I (marcha sin restricciones pero limitaciones en habilidades motoras más avanzadas)

- Nivel II (marcha sin soporte ni ortesis pero limitaciones para andar fuera su casa)
- Nivel III (marcha con soporte u ortesis pero limitaciones para andar fuera de casa)
- Nivel IV (su movilidad independiente es algo limitada)
- Nivel V (totalmente dependientes y automovilidad muy limitada)

Además, se presenta una categorización en función de los hallazgos de neuroimagen basándose en la afectación de la sustancia blanca periventricular (la afectación más frecuente), las lesiones corticales y de ganglios basales y por último en las malformaciones cerebrales. Es importante destacar que en el momento en el cual se aborda una clasificación de un niño con PC, resulta de utilidad tener en cuenta cuales son los trastornos más frecuentes que afectarán a su pronóstico general. Por esto mismo es que considera que el trastorno asociado más frecuente es el que se corresponde con los déficit de funciones cognitivas. Estos déficit van desde el retraso mental hasta retrasos específicos de algunas funciones como por ejemplo el lenguaje, la atención, funciones viso-perceptivas, etc. El siguiente trastorno frecuentemente más asociado es el de la epilepsia y en tercer lugar se encuentran los trastornos psiquiátricos. Estos últimos pueden estar relacionados con la misma causante del trastorno motor pero también rasgos obsesivos compulsivos e incluso trastorno del espectro autista. Existen además efectos derivados de la dependencia, como ser la frustración o la baja autoestima que también juegan un papel muy importante y no deben pasarse por alto. El déficit sensorial, fundamentalmente visual y auditivos, también son frecuentes en todas las formas de PC. Asimismo, existen otros trastornos asociados que en ocasiones no se les da tanto valor, pero que claramente repercuten en la calidad de vida tanto del niño como en la de su familia, son el retraso del crecimiento, osteopenia, reflujo esofagogastrico, trastornos respiratorios, de la alimentación, del sueño, etc. (Hurtado, 2007)

3.2. Descripción de centro educativo terapéutico

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2006), mediante la resolución 1328/2006, desarrolla el “Programa nacional de garantía de calidad de la atención medica” en el cual se especifican las acciones que aseguran la calidad de las prestaciones de los servicios de salud. Dentro de esta resolución se define

conceptualmente al centro educativo terapéutico (CET) como aquel que tiene como principal objetivo a la incorporación de conocimientos y aprendizajes a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Estas metodologías es posible que incorporen (reformulados pedagógicamente) recursos extraídos del campo terapéutico, con lo cual el equipo profesional que las produzca y utilice, tendrá una composición y conformación que permita dicho abordaje.

El CET, según el Ministerio de Salud (2006), puede presentar diversos modos de ofertas en cuanto a su atención. Es posible que cuente con una estructura que atienda exclusivamente la discapacidad mental o con un formato que se ocupe de la discapacidad en su asociación con lo motor o lo sensorial. También es habitual que el centro conste de un área designada para servir de soporte a la integración escolar especial o común. Dentro de esta área, se hacen evaluaciones de carácter anual (siempre a cargo de una persona licenciada en psicopedagogía) en donde se pondera la posibilidad de incorporar al niño al sistema de educación común o especial.

Esta programación de la atención, tanto individual como grupal, es comunicada de manera explícita y se establece en cada caso en particular el tipo de tratamiento que se lleva a cabo. Las actividades que se desarrollan en el centro están destinadas a lograr una noción de sí, al autovaloramiento, a la comunicación, a las relaciones con los otros y los objetos de la realidad. Esto es posible realizarlo a niveles prácticos y conceptuales valiéndose del recurso de la vinculación personalizada, en el cual se trabaja con sus pares y con los adultos pertenecientes a su entorno primario y secundario (Ministerio de Salud, 2006).

Dentro del CET las personas con discapacidad serán agrupadas según su edad y diagnóstico funcional en los espacios designados para niños, adolescentes y para jóvenes y adultos. En el caso de los espacios para niños, el CET promueve la integración escolar teniendo en cuenta las condiciones de adaptabilidad del niño y en cuanto a los jóvenes y adultos, lo que se intenta lograr es la integración en aquellos ámbitos sociales en los que el joven demuestre interés y necesidad (Ministerio de Salud, 2006).

En cuanto al ingreso de los niños al CET se realiza una vez que se haya completado su correspondiente plan individual de estimulación temprana (si es que la realizó) o a partir de los 6 hasta los 25 años de edad. El egreso en cambio, se lleva a cabo por diferentes motivos, puede ser que la persona ya haya adquirido un nivel de desarrollo tal que le sea posible acceder algún servicio educativo y/o laboral más apropiado a su

circunstancia, puede ser que dado a sus cambios psico-físicos ya no sea posible continuar en el CET o es posible que ya haya cumplido con los objetivos terapéuticos y de aprendizaje planteados de manera tal que le sea posible una reincorporación tanto a nivel familiar como así también comunitaria (Ministerio de Salud, 2006).

La propuesta para cada niño o joven se renueva cada un lapso de seis meses con el fin de perfeccionar el plan. Dentro de las actividades que se llevan a cabo en el proceso de planificación se incluyen talleres que acompañan las inquietudes y necesidades de los niños y jóvenes, actividades de socialización, recreación, integración y ocupacionales, con la intención de desarrollarlas tanto dentro como así también fuera de la institución (Ministerio de Salud, 2006).

3.2.1. Personas que concurren

El CET, según expresa el Ministerio de Salud (2006), está dirigido a todas aquellas personas que padecen una discapacidad y que presenten una restricción importante en su capacidad de autovalimiento, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, como así también en su cognición y aprendizaje. Principalmente quienes asisten a estos centros padecen trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (en este caso la incorporación de este tipo de población a un CET debe hacerse cuando se encuentre compensado), individuos con discapacidad motora con un compromiso intelectual (de grado moderado, severo y profundo), trastornos sensoriales y/o de la comunicación. Quedan así determinados como beneficiarios de los CET, todas aquellas personas que padezcan una discapacidad y no cuenten con la posibilidad de acceder directamente a un proceso educativo sistemático.

Las prestaciones que brinda el CET varían según el criterio de edad, diagnóstico y condiciones psicofísicas. Lo primero que se hace es realizar una evaluación inicial interdisciplinaria conjuntamente con el planteamiento de objetivos, tanto terapéuticos como de aprendizaje, y se define la estrategia de abordaje para cada caso en particular. De este modo el servicio del CET le facilita al niño o joven entre dos y tres sesiones individuales semanales de las distintas especialidades que se determinaron necesarias (Ministerio de Salud, 2006).

3.2.2. Conformación del equipo profesional

El equipo profesional por el cual se encuentra constituido el CET cuenta, según el Ministerio de Salud (2006), con un equipo básico de director, quien posee una especialización en lo que corresponde los aspectos asistenciales, terapéuticos y educativos, un licenciado en psicología, un licenciado en psicopedagogía, un médico que posea la adecuada especialidad para atender a la población del centro, un asistente social y un terapeuta ocupacional.

El módulo de apoyo, según la resolución del Ministerio de Salud (2006), se compone por un responsable por cada grupo (compuesto entre ocho y diez personas con discapacidad) quien cuenta con una profesión y/o docencia con formación correspondiente a la discapacidad y un auxiliar de grupo el cual es un profesional, un técnico especializado y/o docente con incumbencia en lo que respecta a asistencia terapéutica y educativa como así también estudiantes de carreras afines.

Por último se determina que también integran el CET los profesionales según la discapacidad. Por ellos se entiende a kinesiólogos o terapeutas físicos, psicomotricistas, fonoaudiólogos, musicoterapeutas y otras especialidades que las incumban (Ministerio de Salud, 2006).

3.2.3. El rol del Psicólogo en el CET

En los inicios de los estudios universitarios de Psicología, alrededor de 1960, la acción de lo que hoy en día se llama psicólogo escolar era llevada a cabo por profesionales de diversas formaciones como médicos pediatras, psiquiatras infantiles, licenciados en Pedagogía, especialistas en orientación escolar y profesional, profesionales de diversa formación (como teólogos, filósofos, etc.) formados con algún post-grado en las escuelas de Psicología en donde se contaba con una sección en la que se instruía acerca de las cuestiones educativas (Forns, 1994).

Posteriormente, al instaurarse la propiamente dicha carrera de Psicología, los graduados en esta materia pronto se distinguieron trabajando en el ámbito de la educación. Forns (1994) resalta el desafío que se presenta para estos trabajadores ejercer su rol dentro de una institución educativa fomentando la integración mediante las adecuaciones curriculares. El objetivo es promover la integración social y personal de todos los alumnos lo máximo posible. Debido a que la enseñanza obligatoria es un común denominador para todos los sujetos de entre 6 a 17 años, el rol del psicólogo en

el ámbito educativo será el de proponerse que el mayor número posible de niños con necesidades educativas especiales se mantengan dentro de este conjunto común. Así, la educación en el plano de la diversidad resulta un importante reto en el cual debe garantizarse la educación de manera óptima para cada sujeto contemplando sus características y necesidades específicas (como pueden serlo las psicológicas).

Dentro de este ámbito, el psicólogo debe realizar su trabajo colaborando tanto con el educador del aula como así también con los diversos profesionales especializados en la elaboración de planes personalizados que fomenten el desarrollo individual del niño, en la adecuación de las currículas, programas de intervención y debe además asesorar a la institución educativa acerca de sistemas educativos para cada situación particular. Para llevar a cabo una adaptación curricular, es necesario que el psicólogo tenga en cuenta la valoración de los conocimientos del niño (aquellos contenidos que ya posee y aplica), los aspectos procedimentales de su aprender en los cuales fracasa, sus recursos personales y sociales, el estilo cognitivo, sus habilidades y por último el análisis de las características sociales, adaptativas y de la personalidad del niño o adolescente. Una vez definido esto, se plantean diferentes objetivos de aprendizaje adaptados al caso y se programan actividades y estrategias de aprendizaje (Forns, 1994).

Más específicamente, los profesionales psicólogos que trabajan a diario con patologías de tipo neurológico requieren de una formación y de un tipo de abordaje integrativo para poder hacer un análisis de los diferentes casos. Dubourdiou Hounie (2008) considera que este tipo de abordaje surge de la intermodulación factorial que se presenta inevitablemente en los procesos de salud y enfermedad ya que ningún enfoque es suficiente por sí solo para su abordaje y comprensión. Por esto mismo es que desde este enfoque se intenta integrar aportes de diferentes modelos, pero no los modelos en su totalidad, con el fin de ampliar las estrategias terapéuticas y enriquecerlas.

El beneficio de esta modalidad de abordaje es poder comprender al paciente como una unidad y no como algo fragmentado teniendo en cuenta que se trabaja con un trastorno de discapacidad múltiple, los cuales en su mayoría poseen retraso mental, trastornos del habla y de la comunicación, trastornos visuales, auditivos y viscerales en algunos casos. Por consiguiente el psicólogo debe contar con una flexibilidad que le permita articular una comprensión tanto médica como psicológica a la hora de elegir estrategias, tratamientos, diagnósticos y técnicas (Dubourdiou Hounie, 2008).

3.3. Motivación

En 1954 Maslow aporta su teoría de la motivación humana sustentada en la idea de la existencia de una jerarquía de necesidades superiores e inferiores, todas ellas con propiedades diferentes pero que a la vez integran el repertorio de la naturaleza humana fundamental.

Para visualizar las diferencias entre las necesidades superiores e inferiores, Maslow propone ordenarlas dentro de una pirámide de modo que aquellas necesidades básicas y vitales para la supervivencia como lo son las fisiológicas y de seguridad estén en la parte más básica de la pirámide, mientras que las necesidades que se corresponden con el crecimiento como lo son las sociales, de estima y de autorrealización se sitúan en la parte más elevada. Esta jerarquía de las necesidades humanas se corresponde con la idea de que cuanto más superior es la necesidad, menos indispensable es para la supervivencia de modo que son subjetivamente menos urgentes. En cambio aquellas necesidades que se encuentran en la parte inferior son mucho más tangibles, observables e indispensables que las superiores.

McClelland (1989), por su parte, propone una teoría de la motivación humana en la cual sostiene que existen tres necesidades básicas que todos los individuos desean satisfacer en mayor o menor medida y esto mismo es lo que impulsa a movilizar a la persona a realizar determinadas acciones. La primera de ellas, llamada necesidad de logro, se refiere al cumplimiento de aquellas tareas que se presentan a modo de desafío, como un reto hacia las propias capacidades y se dirige en pos de la búsqueda del éxito. La segunda de ellas representa la necesidad de poder y tiene que ver con la obtención de autoridad y un estatus tal que le permita influir en las demás personas. La tercer y última necesidad se corresponde con la filiación. En este caso, la motivación principal es la de agradar a los demás y sentir pertenencia como por ejemplo ser parte de un grupo, equipo, etc.

Por su parte, Bandura (1989) propone una teoría en la cual la motivación y la acción humanas son reguladas en gran parte por las creencias de control. Estas mismas tienen que ver con tres tipos de expectativas, las primeras de ellas se refieren a la situación-resultado y tienen que ver con las consecuencias que se producen por sucesos externos que nada tienen que ver con la acción personal. Las segundas de las expectativas se relacionan con la acción-resultado y se refieren a aquellas en las cuales el efecto es una consecuencia directa de la acción personal. Por último la expectativa que se relaciona con la autoeficacia percibida, representa la confianza y la seguridad que posee el propio

individuo en sus capacidades para llevar a cabo una tarea con un determinado resultado. Estas últimas influyen tanto sobre la cantidad de esfuerzo que la persona pone en marcha para lograr un determinado objetivo, como así también en la persistencia de la conducta adoptada a pesar de los obstáculos que podrían aminorar la motivación.

Bandura (1989) realiza su aporte a la teoría social cognitiva enfatizando en el rol de las personas, no como simples receptores de influencias ambientales, sino que como sujetos que realizan una contribución causal en la cual son las creencias sobre sus propias capacidades las que ejercen el control sobre los acontecimientos que afectan sus vidas. A éstas Bandura las llama *Creencias de autoeficacia* y las define como el proceso que afecta a los patrones de pensamiento y que a la vez pueden servir de auto ayuda o de auto obstaculización. De este modo, cumplen una importante función sobre el pensamiento permitiendo que las personas puedan predecir la ocurrencia de eventos, evaluando la situación problema y sus propias capacidades para resolverla permitiendo visualizar un escenario posible y servirle este como una guía efectiva para la resolución de la situación.

Bandura (1989) señala que estas creencias de autoeficacia determinan el nivel de motivación de la persona ya que en ellas se refleja la cantidad de esfuerzo que se ejercerá en la tarea y el tiempo que se va a perseverar ante eventuales obstáculos. Cuanto más firme es la creencia en sus capacidades, mayores y más persistentes son sus esfuerzos. De este modo, las personas que poseen dudas sobre sus propias capacidades son quienes disminuyen sus esfuerzos o abandonan sus intentos al momento de abordar una situación problema. En cambio, aquellas que cuentan con una creencia fuerte acerca de sus capacidades ejercen un mayor esfuerzo para dominar así el desafío.

La teoría cognitiva social (Bandura, 1986) distingue tres clases de motivación. La primera de ellas hace referencia a los factores biológicos, según los cuales la motivación de la persona se basa en condiciones biológicas que ante la anticipación de los eventos externos catalogados como aversivos por el sujeto, éste disminuya el esfuerzo en completar desafío. Este potencial de activación de los estados fisiológicos se encuentra bajo en control cognitivo anticipatorio. La segunda clase de motivador se relaciona con los incentivos sociales. A lo largo del desarrollo de la vida las experiencias positivas a menudo se ven recompensadas por reacciones sociales que las avalan y aprueban convirtiéndose así en incentivos. De esta manera las personas llevan a cabo determinadas acciones para ganar la aprobación o por el contrario renunciar a otras para evitar el disgusto o el enojo. La tercera de las fuentes de los factores motivacionales se

basa en el aspecto cognitivo. Las personas motivadas en sí mismas conciben a los eventos futuros como motivadores y reguladores de la propia conducta actual haciendo una previsión de sus conductas y estableciendo una guía para completar el desafío (como se cita en Bandura 1991).

Teniendo en cuenta la teoría de la atribución, (Weiner, 1985) se hace posible destacar la función que el aspecto cognitivo ejerce sobre la motivación. Esta teoría sostiene que los sujetos realizan juicios retrospectivos acerca de las causas y resultados de las situaciones. Así, aquellas personas que acrediten sus éxitos a sus propias capacidades personales y sus fracasos a un esfuerzo insuficiente, llevaran a cabo tareas difíciles y serán persistentes a pesar de los fracasos. En caso contrario, las personas que atribuyen sus fracasos a carencias en sus capacidades y sus éxitos a factores de tipo situacionales, empeñaran poco esfuerzo y se rendirán fácilmente ante la presencia de obstáculos (como se cita en Bandura 1991).

Por otro lado, en lo que refiere al comportamiento, sobre todo el organizacional, es la calidad de vida de los trabajadores lo que siempre ha sido una de las variables de mayor importancia guarda en relación a la satisfacción de los individuos en su trabajo.

Este tema ha sido estudiado a lo largo del siglo desde diferentes aspectos. En 1911 Taylor planteó que la satisfacción en el trabajo se correspondía en absoluto con el salario recibido.

Asimismo, Mayo (1945) también realizó su aporte sosteniendo que era la interacción del individuo con el grupo el factor más determinante de esta satisfacción laboral, dejando por debajo otros factores que asimismo influyan en esta satisfacción como lo son la seguridad, la estima, la afiliación, el interés intrínseco con el trabajo, los logros, etc.

En 1959 fue Herzberg, quien toma los aportes de Maslow y desarrolla una teoría en la cual sostenía que no todos los factores influyen directamente sobre la satisfacción. Aquellos factores que se corresponden con las necesidades más básicas no aportan nada si ya están satisfechos, en cambio los factores que se encuentran más elevados evidentemente aumentan la satisfacción al alcanzarlos. Estos últimos pueden ser los propios logros, la tarea en sí misma, relaciones interpersonales con otros pares, factores personales, la seguridad y también el estatus profesional. Herzberg también plantea que así como hay factores que contribuyen a la satisfacción, hay otros que actúan en pos de la insatisfacción y con ellos se refiere a las políticas de la empresa, supervisión y a las condiciones del trabajo.

En el año 1966, Herzberg propone su teoría bifactorial en la cual explica la satisfacción e insatisfacción laboral haciendo referencia tanto a las características del puesto como a las prácticas de la organización. Según su concepción existen dos factores de motivación laboral, el primero de ellos referido a las características del puesto a los cuales llama factores de motivación con ello se refiere al grado de interés en el trabajo, responsabilidad en la tarea, reconocimiento, avance y crecimiento que dan por resultado un desempeño superior solo cuando no están insatisfechos. El segundo factor, llamado factor de higiene, hace referencia a las características del entorno laboral que son ajenas al puesto y son tales como las condiciones de trabajo, políticas de la compañía, grado de supervisión, salarios y seguridad laboral.

Este último se caracteriza por mantener un grado razonable de motivación, en caso de que sean positivos, pero no la incrementan (Citado en León & Sepúlveda 1979).

3.4. Obstáculos

Los obstáculos (O'Connor et al. 1984) hacen referencia a todos aquellos factores del ambiente que siendo de carácter temporal, afectan al rendimiento y a los aspectos afectivos y motivacionales de los trabajadores. Justamente de aquellas satisfacciones e insatisfacciones que pueden presentarse en la motivación de los trabajadores, es posible que tenga lugar el estrés laboral o burnout.

Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek (1987) sostienen que el estrés laboral se manifiesta en el momento en el cual la percepción de la demanda laboral excede a la percepción propia que se tiene acerca de los recursos con los que se cuenta para llevar a cabo el trabajo.

Sumado a esto, a fines de comprender mejor la manifestación de dicho síndrome psicológico, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) sostienen que es posible resaltar tres características claramente observables en el comportamiento de los individuos. La primera de ella se refiere al agotamiento emocional, que tiene que ver con la pérdida de energía, el agotamiento o la fatiga. En segundo lugar, la despersonalización, la cual guarda relación con un cambio hacia actitudes y respuestas negativas, irritabilidad y pérdida de motivación. La tercera característica hace referencia a la falta de logro personal, la sensación de ser incompetente, manifestar respuestas negativas hacia sí mismo y hacia el propio trabajo

González et al. (2008) destaca la atención y cuidado que llevan a cabo en su trabajo los cuidadores primarios de niños con parálisis infantil severa. Este trabajo centrado en la atención de la persona con discapacidad puede dar lugar a una serie de implicaciones en las cuales se presenten problemas físicos, psicológicos o sociales que dan lugar a una *sobrecarga del cuidador*.

A raíz de ello, llevo a cabo un estudio sobre 102 cuidadores primarios de niños con parálisis cerebral infantil severa en el cual se evaluó la carga percibida por estos trabajadores aplicando entrevistas y cuestionarios sociodemográficos. Los resultados indican que la mayoría de ellos son mujeres con una edad promedio de 34 años. La mayor parte de ellos percibe una sobrecarga de tipo moderada (47%), leve el 24%, mientras que el 17% es severa y solo el 12% no presenta sobrecarga. La conclusión de este estudio indica que la sobrecarga percibida por los cuidadores puede ser un indicador de estrés relacionado con este tipo de cuidados, por ello resulta necesario implementar programas de apoyo para estos cuidadores con el objetivo de enseñar y fortalecer habilidades para cuidar no solo del paciente sino también de sí mismos y así prevenir problemas de índole psicológica

Una investigación más actual es la desarrollada por Fernández Alcantara, García Caro, Pérez Marfil y Cruz Quintana (2013). Sostienen que en el trabajo con pacientes que padecen una enfermedad crónica, los psicólogos se enfrentan a diversos obstáculos que pueden influir en su intervención. Si bien los roles y labores del psicólogo se encuentran bien determinados, poco se sabe sobre los problemas y obstáculos que estos encuentran al llevar a cabo su trabajo. Los autores han realizado una investigación con la finalidad de identificar cuáles son esos obstáculos, problemas o impedimentos con los que se topan los psicólogos en la práctica clínica. Uno de los impedimentos guarda relación con los obstáculos de tipo organizacionales que tienen que ver con el estado general en el que se encuentra el lugar de trabajo, a las instalaciones o el mantenimiento.

Otro de los impedimentos que se ha encontrado en la investigación (Fernández Alcantara et al. 2013) hace alusión a la dificultad para manejar las propias emociones, por ejemplo, ante alguna situación en la cual el psicólogo se encuentre o se haya encontrado involucrado en una realidad similar a la del paciente y se identifique con él de modo tal que empatice demasiado y esto le impida manejar los propios sentimientos de impotencia, sufrimiento o ansiedad. Otra dificultad se presenta al trabajar con la familia del paciente, en ocasiones sucede que los familiares no aceptan del todo el

diagnostico o incluso por temor oculten datos que resulten de utilidad al tratamiento. Asimismo puede suceder que en equipo interdisciplinario con el que se trabaja haya disparidad en los criterios o la falta de coordinación entre compañeros. Todos estos problemas influyen en la atención que presta el psicólogo, por ello es que resulta necesaria la formación tanto de sí mismos como de la institución en la que se encuentren desempeñando su rol.

Dentro de este contexto es que se encuentra el concepto de inteligencia emocional. Gerits, Derksen, Verbruggen y Katzko (2005) brindan un aporte acerca de la forma en que cuidadores de pacientes neurológicos padecen de este síndrome y cuales son aquellos factores que se encuentran comprometidos en el desarrollo de los síntomas. La particularidad del trabajo de estos profesionales está dada en la naturaleza exigente de los mismos pacientes, la demanda es lo que en algunos casos se hace muy grande sobre estos trabajadores de salud, lo cual constituye un potencial antecedente del estrés.

Es así que mediante un estudio longitudinal sobre perfiles de inteligencia emocional de trabajadores de salud que se encontraban al cuidado de pacientes con retraso mental y graves problemas de conducta, se intentó dar cuenta de cuáles eran los componentes emocionales que guardaban mayor relación con el estrés laboral (se utilizó para ello la escala de Bar-On para medir el estrés (Bar-On, 1997). El resultado indica que aquellas trabajadoras con bajas habilidades sociales y un perfil de inteligencia emocional alto denotaron una cantidad de síntomas de burn out notablemente menores.

En hombres sucedió lo mismo con aquellos que contaban con una mayor capacidad de resolución de problemas y habilidades de tolerancia.

De este modo, las bajas habilidades sociales parecieran proporcionar una especie de protección contra el desgaste del trabajo diario, es muy posible que las trabajadoras de salud eviten involucrarse demasiado como una estrategia de afrontamiento.

No se puede negar que el burn out pueda dañar tanto la calidad de atención como al empleo en algunas circunstancias, con lo cual resulta indispensable comprender mejor los factores que desempeñan un papel crítico en la ocurrencia de estrés en este tipo de trabajadores. Es por ello que resultan de gran utilidad los programas dirigidos a las mejoras de las habilidades de inteligencia emocional que ayuden a reducir el agotamiento y el estrés laboral de estas personas. Justamente el Departamento de Salud del Reino Unido (2001, 2009) ya ha introducido un cambio en la política de los servicios de salud, hasta el momento el personal que trabaja en salud mental no recibía el entrenamiento adecuado para satisfacer las necesidades de las personas con déficit

intelectual. Esto se hace evidente en las actitudes negativas en el personal, la falta de habilidades, conocimientos y capacitación en el área. A partir de esto mismo es que se comienza a ponderar y a considerar necesaria la formación por parte de los principales servicios de salud mental con el objetivo de brindar formación y capacitación para aquellas personas que trabajan con pacientes con déficit intelectual, asegurando de este modo una alta calidad de atención para esta población. La finalidad de esta formación es aumentar el conocimiento y la capacitación para mejorar las habilidades y las actitudes del personal que trabaja con pacientes neurológicos.

3.5. Fortalezas del carácter

Tanto el plano de la motivación como el del estrés laboral se encuentran íntimamente ligados a los rasgos del carácter. Rodríguez, Alvarado Izquierdo y Ferreras (2013) consideran que resulta de utilidad comprender como es que las fortalezas trascienden a aquellos psicólogos que en su labor diaria abordan de manera constante cada caso desde una perspectiva interdisciplinaria sin dejar de lado su rol profesional.

Con el propósito de clarificar dicha relación, es válido aludir a la clasificación de los rasgos positivos del carácter llevada a cabo por Peterson y Seligman (2004). Los autores comenzaron por examinar las respuestas que se dieron sobre el buen vivir y el comportamiento moralmente bueno en las tradiciones religiosas y filosóficas que tuvieron un impacto significativo y duradero en la vida humana.

Cada una de las virtudes, engloba una serie de fortalezas pero al tratarse de conceptos totalmente abstractos es que no pueden ser abordadas empíricamente. Es por ello que la clasificación de Peterson y Seligman (2004) se basa sobre 6 virtudes que incluyen 24 fortalezas, siendo estas últimas el objeto mismo de la investigación de Peterson y Seligman.

Los autores arribaron a que existen seis virtudes que se reiteraban en estas tradiciones éticas y filosóficas, ellas son: el coraje, la justicia, la humanidad, la templanza, la sabiduría y la trascendencia. Una vez que se establecieron las seis virtudes nucleares, el siguiente paso fue el de generar una lista de fortalezas del carácter que sean los caminos para alcanzar o para manifestarse dichas seis virtudes, y que puedan ser mensurables empíricamente a diferencia de las virtudes. Dichas fortalezas del carácter son valentía, persistencia, integridad, vitalidad, ciudadanía, liderazgo, imparcialidad, amor, bondad, inteligencia social, perspectiva, apertura mental, amor por el saber,

curiosidad, creatividad, clemencia, humildad, predecía, autorregulación, apreciación de la belleza, gratitud, esperanza, humor y espiritualidad.

De este modo, la investigación de Peterson y Seligman (2004) hace foco sobre las fortalezas del carácter debido a que éstas son medibles, incumben al campo de la ciencia de la psicología y además representan una vía que lleva a otro nivel de abstracción: el de las virtudes.

Con respecto a las fortalezas, Peterson y Seligman (2004) sostienen que para que sea considerada como tal, debe contribuir a la buena vida de la persona como así también a su entorno, debe ser moralmente valorada por sí misma, favorecer el bienestar social, su antónimo debe constituir un rasgo negativo, se debe manifestar en los comportamientos de los individuos de manera tal que pueda ser investigada y posea la característica propia de un rasgo (ser estable a través del tiempo y de las situaciones), debe distinguirse de las demás fortalezas y no ser posible su inclusión en otras, debe corresponderse con patrones culturales consensuados, ser posible de manifestarse en prodigios, ser posible observar la ausencia total de dicha fortaleza y debe ser promovida por instituciones, modelos o temas culturales.

A continuación, se presentan las virtudes con cada fortaleza que las integran y sus descripciones, de acuerdo con Peterson y Seligman (2004):

1. Coraje:

- *Valentía*, se define como la habilidad de actuar de manera voluntaria frente a circunstancias peligrosas en el esfuerzo por conseguir algún bien para uno mismo o para los demás.
- *Persistencia*, se refiere a la continuidad voluntaria de un comportamiento activo que se orienta a una meta, con el fin de alcanzar el objetivo a pesar de los obstáculos o dificultades que puedan surgir y aún así sentir goce por haber finalizado la tarea.
- *Integridad*, representa la capacidad de ser moralmente coherente con sí mismo y coincidir con los propios valores que uno practica. Las personas íntegras tienen sensibilidad hacia las necesidades de los otros y se hace evidente en la asistencia a los demás.
- *Vitalidad*, un aspecto del bienestar que se encuentra marcado por la experiencia subjetiva de sentirse vivo y con energía. Esto mismo esta

relacionado a factores somaticos, como la ausencia de fatiga y el buen funcionamiento corporal, y a factores psicologicos, como experiencias de voluntad y afectividad.

2. Justicia:

- *Ciudadanía o trabajo en equipo*, refiere a un sentimiento de identificación con el bien comun y un sentido de obligación hacia ese valor. Aquellos que poseen esta fortaleza, se caracterizan por defender el interés del grupo por sobre el propio, tiene un gran sentido del deber y hace su parte por el bien del equipo al que pertenece.

- *Liderazgo*, también conforma esta agrupación y se caracteriza por la presencia de atributos cognitivos y temperamentales que están orientados a orientar e influenciar a las personas que componen el grupo. La persona con esta fortaleza preserva las buenas relaciones entre los integrantes del grupo a la vez que motiva y conduce las acciones de los miembros hacia el éxito colectivo.

- *Imparcialidad*, denota el proceso por el cual la persona determina aquello que es correcto o incorrecto moralmente y lo moralmente proscripto. Las personas que la poseen asumen un juicio imparcial para las relaciones sociales, son hábiles para desarrollar una lógica en sentido abstracto de los pactos equitativos, tienen compasión y sienten interés por proteger a los demás.

3. Humanidad:

- *Amor*, describe una orientación cognitiva, emocional y comportamental hacia los demás que se presenta de diversos modos. Uno de los modos, es en el amor hacia quienes son fuente primaria de cuidado y protección, otro es el amor por aquellos que dependen de uno mismo y por último el amor que abarca el deseo apasionado de contacto tanto emocional, como físico y sexual con otra persona.

- *Bondad*, por su parte, consiste en una orientación de uno mismo hacia los demás, que posee un tinte afectivo, que se vincula con la creencia de la humanidad compartida con el otro en la cual la otra persona es digna de atención, ayuda y respeto.

- *Inteligencia social*, indica la capacidad de la persona para pensar acerca de la información emocional tanto interna como externa que proviene de motivaciones y sentimientos. Quienes poseen esta fortaleza constan de una capacidad para comprender y evaluarse a sí mismos y a los demás de modo que saben que saben como acomodarse a las diferentes situaciones sociales.

4. Sabiduría y conocimiento:

- *Perspectiva*, indica un nivel de conocimiento superior acompañado por una capacidad de dar consejos sabios a los demás. Esto le permite resolver arduas preguntas y temas referidos al desarrollo y significado de la vida.

- *Apertura mental*, representa la voluntad de una búsqueda activa de datos y argumentos que, aun yendo en contra de las propias creencias o metas, considerarlos a tal punto de ser capaz de cambiar la propia visión como resultado de esa evaluación imparcial.

- *Amor por el saber*, su tercera fortaleza, habla de la manera en que una persona se relaciona con informaciones y habilidades nuevas y el interés personal por contenidos específicos. Las personas con esta fortaleza experimentan sensaciones positivas al adquirir nuevas habilidades y satisfacer su curiosidad incrementando el conocimiento que ya poseen y/o aprendiendo algo nuevo.

- *Curiosidad*, se refiere al deseo de experimentar y conocer, a la búsqueda y regulación de la propia experiencia en relación a las situaciones desafiantes.

- *Creatividad*, consiste en la producción de ideas o comportamientos que son notoriamente originales y que contribuyen de manera positiva a la vida propia y a la de los demás.

5. Templanza:

- *Clemencia y misericordia*, hace referencia a los cambios sociales que ocurren en la persona cuando esta es ofendida por alguien cercano, volviéndose más positivas y menos negativas las tendencias de acción hacia el transgresor.

- *Humildad o modestia*, representa una estimación exacta de los propios logros o talentos dejando que éstos hablen por sí solos ante las demás personas. Quienes poseen esta fortaleza están bien dispuestos a recibir sugerencias e ideas nuevas.

- *Prudencia*, denota una orientación cognitiva hacia el futuro personal con una forma de razonamiento práctico para alcanzar los objetivos a largo plazo. Las personas que gozan de esta fortaleza tienen un enfoque moderado y sumamente flexible sobre la vida.

- *Autorregulación*, por último, se caracteriza por el control de las propias respuestas frente a estímulos internos o externos que se reciben continuamente, a fines de adaptarse a un cierto patrón como por ejemplo las normas morales o las expectativas de otras personas.

6. Trascendencia:

- *Apreciación de la belleza y la excelencia*, se refiere a la capacidad de sentir sutiles emociones auto trascendente respecto a la belleza del entorno tanto físico como social.

- *Gratitud*, implica un sentimiento de agradecimiento y alegría que brota de la respuesta al reconocimiento de que uno se benefició.

- *Esperanza*, indica una actitud cognitiva, motivacional y emocional en la cual la persona piensa en el futuro con una actitud y expectativa positiva en la cual se van a llevar a cabo los hechos deseados.

- *Humor*, representa un reconocimiento lúdico en el cual la persona que posee esta fortaleza consta de una visión serena y alegre de la vida que le permite ver el lado positivo de las situaciones ante la adversidad y poder preservar un buen estado del ánimo.

- *Espiritualidad*, se caracteriza por la presencia de práctica y creencias que se basan en la afirmación de que existe una dimensión trascendente de la propia vida.

Según Rodríguez et al. (2013), el trabajador social al igual que todos aquellos profesionales que desempeñan su labor en los ámbitos de salud, cuenta con una amplia capacidad para relacionarse con los demás, empatía, asertividad, creatividad, entre otras. Es por ello que sus fortalezas se corresponden con un fuerte contenido humanitario que deberían ser características definitorias de su actividad. Por ello es que los autores se

proponen una investigación con el objetivo de establecer un perfil de virtudes y fortalezas claves en los trabajadores del ámbito de la salud. Los resultados que arrojaron fundamentaron en que las virtudes más importantes en estas personas son la Humanidad y la Justicia.

La virtud Humanidad por su parte, se considera propia de todas aquellas personas quienes se dedican a una labor que implica un acercamiento y cuidado hacia los demás. Este tipo de trabajador debe presentar rasgos empáticos y propios de la generosidad o amabilidad ya que estas fortalezas están asociadas a la propia virtud de Humanidad. En cuanto a la virtud Justicia, se consideró como relevante dado que la labor de estos trabajadores se basa en las características propias de la honradez y la equidad, haciendo sumo hincapié en la igualdad de oportunidades y en una vida social saludable (Rodríguez et al. 2013).

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio y diseño

Descriptivo, no experimental.

4.2. Participantes

La muestra se conformó por 14 profesionales, entre ellos 4 hombres (29%) y 10 mujeres (71%), de un promedio de 30 años de edad, graduados de la carrera de psicología en Capital Federal y que cuentan con una antigüedad promedio de 5 años trabajando en el centro educativo terapéutico.

4.3. Instrumentos

- Inventario de Virtudes y Fortalezas (IVyF) (Cosentino y Castro Solano, 2008)

El inventario, que cuenta con una razonable confiabilidad y estructura factorial, consiste en pares de párrafos en los cuales uno de los pares describe una persona que posee determinada fortaleza y en el otro lo contrario. El psicólogo encuestado debe decidir a cuál de las dos personas se parece más eligiendo entre cinco opciones de respuesta que van desde “Soy muy parecido a la 1ª persona” a “Soy muy parecido a la 2ª persona” (Cosentino, 2009) (ver Anexo I).

- Encuesta diseñada

La encuesta posee un formato dos secciones con múltiples opciones de respuesta, es anónima y autoadministrable y se incluye en un anexo (ver Anexo II). La primera de las preguntas, basada en la motivación de los trabajadores, distingue cuales son los ítems que se valoran en mayor medida y que contribuyen a que realice satisfactoriamente su trabajo.

La segunda pregunta, enmarcada en el plano de los obstáculos, sugiere señalar aquellos factores que le parecen importantes y que afectan su rendimiento laboral.

- Entrevista semidirigida

Fue posible llevar a cabo tres encuentros, de aproximadamente treinta minutos de duración, con el coordinador de psicología y además director del área educativa.

El eje de las reuniones giro en torno a brindar información acerca de la manera en la cual está organizada la institución, cuales con sus diferentes áreas y como se conectan entre sí, cuales son las tareas y el rol de un profesional psicólogo que trabaja con esta población y con este modelo de trabajo integrativo.

4.4. Procedimiento

Se mantuvieron tres entrevistas con el coordinador de psicología y director del área educativa, cuyo objeto fue el de coleccionar información acerca del funcionamiento de los profesionales psicólogos dentro del centro educativo terapéutico. Las mismas tuvieron una duración de 30 minutos cada una y el eje de los encuentros estuvo referido a conocer la manera en la cual interactúan los profesionales psicólogos en las diferentes áreas de la institución y de qué forma llevan a cabo sus tareas.

Para administrar el Inventario de Virtudes y Fortalezas, con el fin de evaluar las fortalezas del carácter de acuerdo a la clasificación de Peterson y Seligman desarrollado por Cosentino y Castro Solano (2008), y la encuesta diseñada para conocer los factores motivacionales y los posibles obstáculos con los que se pueden encontrar los psicólogos al momento de llevar a cabo su tarea dentro del CET, se contactó a los sujetos voluntarios por medio del director de la institución y una vez que se obtuvo su aceptación se les explicó de qué manera sería la autoadministración de las pruebas.

4.5. Modalidad de Análisis de los Datos

Para analizar los datos correspondientes a la encuesta, se volcó la información en una planilla de Microsoft Excel con fórmulas calculando la cantidad y porcentajes de participantes según sexo, sus edades, la antigüedad en la institución y sus respuestas (Anexo III). Se contabilizó la frecuencia relativa y absoluta de las respuestas de los participantes para luego definir cuál o cuáles fueron los ítems más valorados por los encuestados.

Posteriormente, se procedió al análisis de los datos del Inventario de Virtudes y Fortalezas desarrollado por Cosentino y Castro Solano (2008) siguiendo la clave de corrección, obteniendo un puntaje para cada participante que luego se traduce en la prevalencia de una de las 24 fortalezas.

En cuanto al análisis de las entrevistas semidirigidas, se ha partido del material desgrabado del cual se han seleccionado y extraído los contenidos relevantes para realizar de este modo la síntesis descriptiva.

5. DESARROLLO

5.1. Resultados

5.1.1. Identificar las diferentes áreas del CET en donde el psicólogo lleva a cabo sus tareas

A partir de las tres entrevistas que se mantuvieron con el director del área educativa del CET se hace posible entender el trabajo del equipo de psicología, organizado bajo una meta en común a todos los integrantes, que aunque las disciplinas son sumamente diversas, forman igualmente parte de la institución. Esta meta u objetivo consiste en promover el desarrollo mediante la educación y el tratamiento de niños y jóvenes con trastornos neurológicos para que logren, dentro de sus posibilidades, superar sus limitaciones y conseguir su máximo potencial.

Tal como lo manifiesta el Ministerio de Salud (2006) en su Resolución 1328/2006, el CET está destinado a todas aquellas personas que padecen una discapacidad y que además presentan una limitación en su autovalimiento, higiene personal, manejo del entorno, relaciones interpersonales, comunicación, como así también en su cognición y lenguaje. En este caso, la patología con la cual se trabaja a diario en el CET es la de parálisis cerebral.

Para el trabajo diario, los profesionales que conforman el equipo (incluida el área de Psicología) se organizan bajo dos áreas claramente diferentes. Por un lado se encuentra el Centro de Rehabilitación (CR) y el CET propiamente dicho. Dentro de estas dos grandes áreas, es posible hacer una subdivisión entre el trabajo con niños y jóvenes, el trabajo con familias, y por último el trabajo con el equipo profesional mismo.

Con respecto al CET, éste se compone por tres áreas diferenciadas de acuerdo a las diferentes edades e intereses de los alumnos. Para ubicarlos en estas diferentes áreas, se llevan a cabo encuentros interdisciplinarios con el objeto de esclarecer los intereses y necesidades de cada una de las personas que ya concurren o van a concurrir al CET. Así se determina en cuál de las áreas se llevará a cabo su educación y tratamiento, la cantidad y el tipo de sesiones individuales semanales que se le ofrecerán de acuerdo a sus necesidades e intereses.

Esto mismo lo prevé el Ministerio de Salud (2006) al especificar que las prestaciones que se brindan dentro de CET son variadas de acuerdo a las condiciones psicofísicas de cada uno de los evaluados, haciendo hincapié en una evaluación personalizada e interdisciplinaria que sirve de guía para el posterior tratamiento.

Con respecto a las áreas que conforman el CET, por un lado se encuentra el Grupo Terapéutico Inicial (GTI), que se constituye por niños de entre 3 a 6 años, en donde se tiene la primera experiencia de interacción social y el encuentro con pares por fuera de su grupo familiar primario, aquí se hace muy importante una visión individual y personalizada del niño para diagramar un plan terapéutico organizado acorde tanto a las necesidades del pequeño como de su familia. A lo largo de su jornada los niños de GTI llevan a cabo su actividad con el grupo y también con el tratamiento individual con las profesionales.

El Área Educativa (AE) en cambio comprende las edades de entre 6 hasta 15 años en donde se llevan a cabo actividades educativo-terapéuticas con el objetivo de adquirir nuevos aprendizajes y desarrollar al máximo sus capacidades. Dentro de este área tiene lugar el Programa terapéutico inicial (PTI), que se conforma por aquellos niños con un déficit intelectual profundo y severo trabajando principalmente con estímulos sensoriales para lograr la máxima conexión con el medio y el disfrute de los niños. El segundo programa de AE es el de aprestamiento funcional, pensado para niños con un déficit intelectual severo a moderado, en donde se trabaja para alcanzar la adquisición de diferentes contenido a nivel cognitivo y se estimula la comunicación a través de juegos simbólicos, reglados y actividades plásticas. Por último, el Programa curricular

también forma parte del AE y se caracteriza por tener como objetivo principal a la adquisición de la lectoescritura y el cálculo a través de una currícula adaptada, cuentos y juegos reglados. Esto último se desarrolla tal como lo prevé el Ministerio de Salud en su resolución al asignar que estos espacios para niños deben promover la integración escolar teniendo en cuenta las condiciones de adaptabilidad del niño y disponiendo de un área, como lo es el área curricular de AE, para servir de soporte a la integración escolar (Ministerio de Salud, 2006).

Asimismo, la conformación de estas currículas adaptadas se lleva a cabo mediante el trabajo de varios profesionales, entre ellos psicólogos que, tal como plantea Forns (1994), es mediante diferentes evaluaciones de la situación que se hace posible determinar la realidad particular de cada niño o joven y de este modo lograr poner en marcha estrategias educativas que fomenten al máximo la adquisición de conocimientos y habilidades que promuevan el desarrollo del niño dentro de la institución educativa.

En toda el AE, ya sea PTI, aprestamiento funcional o curricular, también se llevan a cabo terapias individuales de acuerdo a la evaluación de las necesidades de cada paciente.

Por último, Área Joven (AJ) se compone por adolescentes de entre 15 hasta los 21 años de edad en donde la meta principal es, además de sostener las terapias individuales, trabajar en grupos resaltando la riqueza que tiene la dinámica de interactuar con sus integrantes. En este aspecto el Ministerio de Salud también resalta la importancia de que las áreas destinadas a jóvenes y adultos fomenten el desenvolvimiento en los ámbitos sociales en los cuales los integrantes expresen tener interés (Ministerio de Salud, 2006).

Esta división por áreas se manifiesta en la institución tal como lo plantea el Ministerio de salud al momento de determinar que aquellas personas discapacitadas que acuden diariamente a la institución deben ser agrupadas de acuerdo a su edad y diagnóstico funcional en los espacios previamente diseñados para niños, adolescentes y jóvenes-adultos (Ministerio de Salud, 2006).

Así constituido el CET, se hace posible comprender los diversos roles que puede tener un psicólogo trabajando ya sea con los niños y jóvenes que asisten cada día, con sus familias y también con el equipo profesional.

La labor de este profesional, con respecto al abordaje de niños y jóvenes del CET, se lleva a cabo dentro del ámbito de la psicoterapia individual tanto regular como así también a demanda, dictar talleres de competencias socioemocionales, talleres psicoeducativos conjuntamente con el área de pediatría acerca del desarrollo de la

sexualidad como así también responder preguntas que los propios alumnos formulan acerca de si mismos. Esto mismo se encuentra enmarcado dentro de lo que determina el Ministerio de Salud (2006) al momento de especificar la necesidad de llevarse a cabo talleres con el objetivo de acompañar a los niños y jóvenes en sus inquietudes y necesidades específicas. En estos talleres ellos mismos puedan ser partícipes preguntando personalmente, intercambiando opiniones y exponiendo sus dudas.

Asimismo, se trabaja con la familia desde los talleres para padres del área de GTI, psicoterapia de orientación y dos jornadas anuales de objetivos. Este equipo de psicología también realiza abordajes dentro del mismo equipo profesional brindando asesoramiento a salas, organizando reuniones de equipo interdisciplinario, brindando ateneos de formación a practicantes voluntarios, *helpers* y terapeutas de grupo, dictan ateneos de equipo directamente a terapeutas de grupo como así también a los terapeutas individuales, se encargan de la organización de la jornada anual interna de psicología, como así también de los ateneos de formación acerca de habilidades sociales, relación terapéutica y conducta, otra de las tareas reside en organizar las prácticas y residencias de universidades y dictar charlas institucionales a los alumnos y además de todo esto, brindar cursos externos acerca del abordaje psicológico de pacientes neurológicos, desarrollo socioemocional, sexualidad y discapacidad.

En cualquier área que se lleve a cabo el trabajo, se llevan a cabo dos reuniones anuales llamadas “Jornadas de objetivos” con la intención de hacer un seguimiento de cada uno de los niños o jóvenes que asisten al CET compartiendo las visiones de cada profesional que lo asiste y su familia. Esto mismo se realiza, como lo prevé el Ministerio de Salud, con el objeto de analizar si se han cumplido o no las metas planteadas para cada niño. De este modo se hace posible enfatizar sobre metas aun no alcanzadas por el niño o joven, reformular otras o bien reconocer si ya han sido alcanzadas y requieren un nuevo objetivo (Ministerio de salud, 2006).

La organización del personal del CET, como lo expresa el Ministerio de salud (2006), se rige por cuerpo directivo de siete profesionales, un equipo médico, tres directores del CET los cuales cada uno asume su dirección sobre una de las tres áreas (GTI, AE o AJ) y además cinco coordinadores por especialidad terapéutica. Todos ellos poseen carreras afines y la formación adecuada para atender la población del centro.

Asimismo, los grupos de las diferentes áreas se componen por entre 4 y 6 niños o jóvenes con la patología que asiste la institución, un terapeuta de grupo asignado a una sala durante todo un año y formado en una profesión afín a tratar la patología con la

cual se trabaja en el centro. Por cada una de las salas coexisten 1 o 2 asistentes estudiantes de carreras a fines que colaboran en el día a día en las actividades.

Como puede evidenciarse, el personal del CET no se limita a tener toda una misma formación en la materia de Psicología, sino que todas estas tareas que se llevan a cabo como psicólogos son en conjunto con otros profesionales de variadas disciplinas como psicopedagogos, kinesiólogos, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos, musicoterapeutas, psicomotricistas, médicos pediatras, trabajadores sociales, etcétera. Esto mismo es lo que sostiene Dubourdieu Hounie (2008) al plantear un enfoque en el cual el abordaje de cada uno de los pacientes se ve más enriquecido si se aborda desde una modalidad integrativa. Con ello se logra una flexibilidad y una apertura que hace posible la comprensión tanto medica como así también psicológica de un mismo caso, permitiendo ampliar las estrategias terapéuticas a la hora de plantear objetivos y tratamientos para cada uno de los pacientes.

5.1.2. Analizar los factores de motivación laboral de los profesionales psicólogos del CET.

De acuerdo con el análisis de las respuestas obtenidas en la encuesta, se calculó la frecuencia relativa de cada ítem (cantidad de veces que se repite la respuesta expresada porcentualmente).

Al momento de responder sobre su motivación, las respuestas más frecuente en los participantes fueron las de “Avance y crecimiento profesional” y “Me reconforta ver avances en mis pacientes” (el 64% de los sujetos). Y en segundo lugar, “Relaciones con los compañeros” y “Sentimiento de bienestar cuando realiza el trabajo” fueron los ítems elegidos por el 57% de los encuestados.

El resto de los ítems fueron elegidos por menos del 36% de los encuestados, “Condiciones de trabajo” el 36%, “Salarios y aumentos” y “Responsabilidad en la tarea” por el 21% de los participantes, “Políticas de la compañía” el 14%, “Reconocimiento institucional” y “Otras opciones” el 7% (la opción “Capacitación”) y por ultimo “Seguridad laboral e Higiene” por el 0% de los sujetos (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Motivación en profesionales psicólogos del CET

Ítem	Porcentaje de sujetos
Avance y crecimiento profesional	64%
Me reconforta ver avances en mis pacientes	64%
Relaciones con los compañeros	57%
Sentimiento de bienestar cuando realiza el trabajo	57%
Condiciones de trabajo	36%
Salarios y Aumentos	21%
Responsabilidad en la tarea	21%
Políticas de la compañía	14%
Reconocimiento Institucional	7%
Otras opciones	7%

A partir de estos resultados, se hace posible identificar la manera en que la autoeficacia personal que perciben los sujetos encuestados posee un gran peso sobre la motivación.

Según Bandura (1986) la expectativa de la autoeficacia representa la confianza y seguridad que posee el propio individuo en sus capacidades para llevar a cabo una tarea. Esto mismo se hace evidente en las opciones preferidas de los encuestados a la hora de elegir aquellas circunstancias que contribuyen a que realicen satisfactoriamente su trabajo (“Avance y crecimiento profesional” y “Me reconforta ver avances en mis pacientes”). A partir de esto es posible revelar el modo en que esta autoeficacia percibida se relaciona con la cantidad de esfuerzo propio que la persona empeña para llevar a cabo su tarea como así también en la persistencia que adopta en su conducta.

Por otro lado, también es importante retomar el aporte de Herzberg (1959), quien sostiene que aquellos factores que se corresponden con las necesidades más básicas no aportan nada si ya están satisfechos, en cambio los más elevados aumentan la satisfacción al alcanzarlos y por ende se relacionan con la motivación. En este caso, los encuestados denotaron una marcada preferencia por lo ítems de “Avance y crecimiento profesional”, “Me reconforta ver avances en mis pacientes”, “Sentimiento de bienestar cuando realiza el trabajo” y “Relaciones con los compañeros” dejando por debajo los ítems que se relacionaban con la higiene, con las políticas de la compañía y los salarios.

De acuerdo con McClelland (1989), existen tres motivaciones particularmente importantes que movilizan a las personas a actuar de determinada manera. Estas son la

necesidad de logro, de poder y de afiliación. Con respecto a los profesionales psicólogos de la institución, denotaron una marcada preferencia por satisfacer la necesidad de logro ya que el ítem “Avance y crecimiento profesional” del apartado de motivación estuvo dentro de los más elegidos por los encuestados (64%). A partir de esto se puede inferir que, desde la perspectiva de McClelland, la motivación de la mayoría de estos sujetos se basa en la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades de logro dirigiendo su conducta hacia el cumplimiento de sus objetivos y la búsqueda del éxito.

5.1.3. Identificar las fortalezas que prevalecen en los profesionales psicólogos del CET.

En base a la grilla de corrección se calcularon las fortalezas sobresalientes de cada encuestado y posteriormente se establecieron las frecuencias relativas para cada una de ellas.

Los resultados arrojaron que Persistencia, Apertura mental y Amor por el saber son las tres fortalezas que más se repiten en los encuestados (con una frecuencia relativa del 50%). Asimismo las fortalezas Bondad e Integridad también sobresalieron, aunque en menor medida pero igualmente relevantes, siendo estas elegidas por el 43% de los sujetos. Seguido de esto, la fortaleza Humildad/Modestia fue prevalente en el 36% de los encuestados, Gratitud y Amor en el 29%, Imparcialidad, Curiosidad y Prudencia en el 21%, Humor, Perspectiva, Clemencia, Inteligencia social, Liderazgo y Autorregulación prevalecieron en el 14% se los sujetos encuestados y por ultimo Vitalidad, Esperanza, Valentía, Ciudadanía, Espiritualidad, Creatividad y Apreciación oscilaron entre el 0 y 7% de los encuestados (Ver Tabla 2).

Tabla 2.

Fortalezas en profesionales psicólogos del CET

Fortaleza	Porcentaje de sujetos
Persistencia	50%
Apertura mental	50%
Amor por el saber	50%
Bondad	43%
Integridad	43%

Humildad/Modestia	36%
Gratitud	29%
Amor	29%
Imparcialidad	21%
Curiosidad	21%
Prudencia	21%
Humor	14%
Perspectiva	14%
Clemencia	14%
Inteligencia Social	14%
Liderazgo	14%
Autorregulación	14%
Apreciación	7%
Creatividad	7%
Espiritualidad	7%
Ciudadanía	7%
Esperanza	7%
Valentía	0%
Vitalidad	0%

Las fortalezas del carácter que prevalecen en los profesionales psicólogos encuestados del CET, según Peterson y Seligman (2004), refieren a aquellas personas que tienen un marcado amor por el saber, experimentando sentimientos positivos en el proceso de adquisición de habilidades, al satisfacer curiosidades, utilizando el conocimiento existente o incluso aprendiendo algo completamente nuevo. Esta fortaleza tiene importantes consecuencias sobre la motivación ya que ayuda a quienes la poseen a persistir ante desafíos y contratiempos. La marcada prevalencia de la fortaleza Apertura mental, por su parte, indica que estos individuos prefieren la búsqueda activa de argumentos contrarios a las creencias propias preferidas. Así, las propias creencias siempre se encuentran sujetas a ser revisadas y reformuladas.

La tercera de las fortalezas que prevalecieron en esta encuesta es la de Persistencia. Peterson y Seligman (2004) la definen como característica de aquellas personas en las cuales existe un claro predominio de una continuación voluntaria en sus acciones o

comportamientos que se encuentran orientados a un objetivo a pesar de los obstáculos o dificultades que puedan surgir.

Como complemento, realizaron tablas de contingencias entre algunos de los ítems referidos a motivación y a fortalezas del carácter. Si bien este análisis excede al objetivo, lo que se intenta es enriquecer el trabajo.

La mayoría de aquellos psicólogos encuestados a quienes el avance y crecimiento profesional contribuye a que realicen satisfactoriamente su trabajo (44,44%), también obtuvieron un puntaje máximo en la fortaleza Amor por el saber. Asimismo obtuvieron el puntaje máximo en esta fortaleza quienes no consideraron este ítem como un factor motivante (60%) (Ver Tabla 3).

De igual modo sucedió con este ítem de motivación en donde la mayoría de los sujetos que consideraron este ítem como un factor motivador (55,5%) alcanzaron la mayor puntuación en la fortaleza Apertura mental sin embargo, aquellos a quienes no se les presenta el avance y crecimiento profesional como un factor motivador, asumen puntajes repartidos en la fortaleza de Apertura mental (Ver Tabla 4).

Por último, de la totalidad de sujetos a quienes les reconforta ver avances en sus pacientes (55,5%) han obtuvieron el máximo puntaje en la fortaleza Bondad. Mientras que a aquellos psicólogos encuestados para quienes este ítem de motivación no es representativo, han obtenido el 40% el puntaje máximo, pero también el 40% el puntaje máximo (Ver Tabla 5).

Tabla 3.

Contingencia entre “Amor por el saber” y “Avance y crecimiento profesional”

Amor por el saber	Avance y crecimiento profesional	
	No	Si
Puntaje: 3	0 0%	2 22,22%
Puntaje: 4	2 40%	3 33,33%
Puntaje: 5	3 60%	4 44,44%
Total	5	9

Tabla

4.

Contingencia entre “Apertura mental” y “Avance y crecimiento profesional”

Apertura mental	Avance y crecimiento profesional	
	No	Si
Puntaje: 2	2 40%	1 11,11%
Puntaje: 3	0 0%	1 11,11%
Puntaje: 4	1 20%	2 22,2%
Puntaje: 5	2 40%	5 55,5%
Total	5	9

Tabla 5.

Contingencia entre “Amor por el saber” y “Me reconforta ver avances en mis pacientes”

Bondad	Me reconforta ver avances en mis pacientes	
	No	Si
Puntaje: 3	2 40%	0 0%
Puntaje: 4	1 20%	4 45,4%
Puntaje: 5	2 40%	5 55,5%
Total	5	9

5.1.4. Examinar cuales son los obstáculos con los que se encuentran en su labor diaria los profesionales psicólogos del CET.

Al momento de seleccionar aquellos factores del medio laboral o propios que pueden afectar su rendimiento en el trabajo, la mayoría de los participantes (57%) eligieron el ítem “Poco avance y crecimiento profesional”.

Seguido de esto, la opción de “Sensación interna de insatisfacción con el trabajo” fue elegida por el 43% de los participantes, “Malas relaciones con los compañeros de trabajo” y “Escasa remuneración monetaria” en un 36%, “Poco reconocimiento institucional” y “Malas condiciones de trabajo” por el 29% y por ultimo las opciones “Me frustra no ver avances en mis pacientes”, “Sentimiento de malestar cuando realiza el trabajo”, “Me abrumba tanta responsabilidad en la tarea”, “Insuficiente seguridad laboral e higiene”, “Políticas de la compañía que son inadecuadas” y “otras opciones” fueron elegidas por menos del 14% de los encuestados (Ver Tabla 6).

Tabla 6.

Obstáculos en profesionales psicólogos del CET

Obstáculo	Porcentaje de sujetos
Poco avance y crecimiento profesional	57%
Sensación interna de insatisfacción con el trabajo	43%
Malas relaciones con los compañeros de trabajo	36%
Escasa remuneración monetaria	36%
Poco reconocimiento institucional	29%
Malas condiciones de trabajo	29%
Políticas de la compañía que son inadecuadas	14%
Otras opciones	7%
Me frustra no ver avances en mis pacientes	0%
Sentimiento de malestar cuando realiza el trabajo	0%
Me abrumba tanta responsabilidad en la tarea	0%
Insuficiente seguridad laboral e higiene	0%

En base a la investigación desarrollada por Fernandez Alcantara et al. (2013), en la cual se identifican aquellos obstáculos con los que se topan con mayor frecuencia los psicólogos en su práctica, se pensaron los ítems “Insuficiente seguridad laboral e

higiene”, “Política de la compañía que son inadecuadas”, “Malas condiciones de trabajo”, “Sentimiento de malestar cuando realiza el trabajo”. En el caso de los psicólogos encuestados, ninguno de estos ítems se encuentra dentro del rango de los obstáculos mayormente elegidos por los profesionales de la institución. A partir de esto es posible inferir que los trabajadores psicólogos del CET por lo general no se topan con este tipo de obstáculos organizacionales o no son lo suficientemente representativos como para entorpecer su labor en la institución.

Resulta de utilidad distinguir entre todos los ítems del cuestionario a aquellos que refieren a cuestiones internas, a los que Fernandez Alcantara et al. (2013) relaciona con la dificultad para manejar las propias emociones. Estos obstáculos relacionados con cuestiones internas se presentan en la encuesta como los ítems “Me frustra no ver avances en los pacientes”, “Sentimiento de malestar cuando realiza el trabajo” y “Me abruma tanta responsabilidad en la tarea”. En ese caso ninguno de los encuestados considero estas opciones como un factor que dificulte su rendimiento en el trabajo. Esta nulidad de puntuación podría relacionarse con un buen manejo de las propias emociones por parte de los psicólogos, como podrían serlo la impotencia, ansiedad o angustia ante el abordaje de un caso clínico.

No obstante, el obstáculo que refiere a la formación profesional (“Poco avance y crecimiento profesional”) fue el más elegido por los participantes. El alto puntaje de este ítem referido a la formación y avance de los profesionales conlleva a relacionarlo con el cambio de política que ha implementado el Departamento de Salud del Reino Unido (2001, 2009) al advertir sobre el inadecuado entrenamiento de los profesionales de salud mental. A partir de este obstáculo que se presenta ante los trabajadores, es que se comienza a prestar especial importancia a la permanente formación y capacitación para de este modo fomentar la adquisición de nuevos y mejores conocimientos sobre la materia de salud mental con la que se trabaja asegurando así una alta calidad de atención.

Otra investigación, no más reciente pero que incumbe al trabajo de los cuidadores, es el estudio llevado a cabo por González et al. (2008) en donde se intenta dar cuenta de la carga percibida por los cuidadores de niños con parálisis cerebral y de la necesidad de implementar programas de apoyo. Este estudio presenta varias semejanzas con los resultados que ha arrojado el apartado acerca de los obstáculos de los profesionales.

Si bien la muestra del estudio de González et al. (2008) es mucho más numerosa, se pueden evidenciar coincidencias al momento de evaluar los resultados. En ambas

situaciones se hace evidente la necesidad de implementar programas de apoyo y de avance tanto en lo profesional como en lo personal para que esto mismo no se presente como un obstáculo al momento de realizar este trabajo. Es posible inferir que resulta de utilidad brindar herramientas a estas personas para evitar futuros problemas y promover habilidades.

Como complemento, aquí también se realizaron tablas de contingencias entre algunos de los ítems referidos a los obstáculos y las fortalezas del carácter. De la mayoría de las personas a quienes el poco avance y crecimiento profesional se les presenta como un obstáculo que interfiere en su rendimiento laboral (62,5%), han obtenido el mayor puntaje en la fortaleza Amor por el saber. Por otro lado, aquellos a quienes este ítem no les representa un obstáculo en su trabajo, también han puntuado por encima del nivel medio en esta fortaleza (entre 33,3 y 50%) (Ver Tabla 7).

Siguiendo en la línea de este obstáculo referido al poco avance y crecimiento profesional, la mayoría de aquellos a quienes se les presenta como un obstáculo (62,5%) han registrado el máximo puntaje en la fortaleza de Apertura mental. Mientras que los sujetos que no consideraron dicho factor como un obstáculo, han puntuado de modo repartido en esta fortaleza (Ver Tabla 8).

Tabla 7.

Contingencia entre “Amor por el saber” y “Poco avance y crecimiento profesional”

Amor por el saber	Poco avance y crecimiento profesional	
	No	Si
Puntaje: 3	1 16,66%	1 12,5%
Puntaje: 4	3 50%	2 25%
Puntaje: 5	2 33,3%	5 62,5%
Total	6	8

Tabla 8.

Contingencia entre “Apertura mental” y “Poco avance y crecimiento profesional”

Apertura mental	Poco avance y crecimiento profesional	
	No	Si
Puntaje: 2	2 33,3%	1 12,5%
Puntaje: 3	1 16,6%	0 0%
Puntaje: 4	1 16,6%	2 25%
Puntaje: 5	2 33,3%	5 62,5%
Total	6	8

6. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron se hace posible señalar las siguientes conclusiones:

Las fortalezas del carácter que prevalecen en los profesionales psicólogos encuestados del CET Amor por el saber y Apertura mental (Ambas pertenecientes a la virtud de Sabiduría) guardan estrecha relación con los resultados arrojados en la encuesta acerca de motivación. En ambos casos el Amor por el saber, la Apertura mental y el ítem “Avance y crecimiento profesional” obtuvieron los porcentajes máximos de puntuación. Asimismo, al momento de analizar las contingencias, la mayoría de los sujetos a quienes el avance y crecimiento profesional se les presenta como un factor motivador, han obtenido el puntaje máximo en ambas fortalezas.

Siguiendo en la línea de estas fortalezas, la mayor parte de quienes consideraron el “Poco avance y crecimiento profesional” como un factor que entorpecen su labor diaria, también obtuvieron el puntaje máximo en las fortalezas de Amor por el saber y Apertura mental. De este modo, es posible suponer que los profesionales psicólogos del CET comparten esta visión de progreso y crecimiento profesional como una meta en común entre ellos.

Por otro lado, también resulta significativo que aquella mayoría a quienes les reconforta ver avances en sus pacientes también hayan adquirieron el máximo puntaje en la fortaleza Bondad. Esto mismo denota que en los profesionales psicólogos del CET existe un importante predominio por dirigirse a los demás con un tinte emocional o

afectivo que se traduce en un trabajo de asistencia basado en el respeto, la ayuda y la comprensión sintiendo goce por ello.

Asimismo, la prevalencia de la fortaleza Persistencia, hace posible destacar la relación entre su predominio y la nulidad del obstáculo “Me frustra no ver avances en mis pacientes” ni “Sentimientos de malestar cuando realiza el trabajo”. Con esto se hace evidente la actitud voluntaria de los profesionales de orientar los comportamiento hacia una meta por sobre cualquier frustración personal o sentimientos de malestar que puedan llegar a superponerse en su labor.

Se ha hecho posible evidenciar, en el análisis de los datos resultantes de una encuesta diseñada y del IVyF (Cosentino & Castro Solano, 2008), cierta predisposición favorable hacia el avance y crecimiento profesional como un factor motivador de los profesionales psicólogos del CET sustentado por la prevalencia de las fortalezas Amor por el saber, Apertura mental y Bondad.

Se podría concluir considerando que sería de gran importancia contemplar la formación de los profesionales como un importante factor, no solo personal de cada trabajador sino también institucional, desde el punto de vista en el cual la organización pueda fomentar e incentivar el crecimiento profesional de cada uno de los trabajadores psicólogos y lograr así un clima laboral favorable. Esta cuestión se hace presente tanto en el estudio de González et al. (2008) sobre la sobrecarga percibida por los cuidadores primarios de niños con parálisis cerebral, como en el cambio introducido por el Departamento de Salud del Reino Unido (2001, 2009) en la política de los servicios de salud. En ambos casos, la implementación de programas de formación y apoyo adquieren un rol importante al momento de mejorar la calidad de atención y fomentar la adquisición de conocimientos y habilidades del personal que permitan optimizar el servicio.

Hubiese sido útil contar con algún instrumento validado para evaluar los constructos de motivación y obstáculos, como lo fue en el caso de las fortalezas, ya que esto mismo se presentó como una limitación a la hora de desarrollar este trabajo. La confección de la encuesta diseñada llevo mucho tiempo y demando muchas correcciones previas hasta arribar a la versión definitiva. Además, a partir del tipo de datos que pudieron obtenerse de una encuesta breve y de un número reducido de casos, solo se pudo llevar a cabo un análisis descriptivo de los mismos.

Asimismo, este trabajo presenta otras limitaciones que permiten pensar en futuras líneas de investigación, como la necesidad de complementar la toma del inventario

IVyF con otras técnicas de evaluación avaladas o también sería útil replicar este estudio o uno similar a una escala mayor para poder llevar a cabo estadísticas inferenciales calculando medias y desvíos. Tal como el trabajo de Rodríguez et al. (2013), en donde se toma como muestra a los profesionales que desempeñan su trabajo en ámbitos de la salud. De este modo se podría abarcar más participantes y no solo limitarse al área de psicología, sino también poder contemplar los resultados de otras disciplinas cercanas como por ejemplo trabajadores sociales, psicopedagogos, analizar si comparten fortalezas en común, conocer mejor los aspectos motivadores y obstaculizadores de estos trabajadores para poder así contribuir a su bienestar optimizando su desempeño en el servicio. Además de esto, sería de gran interés hacer estudios longitudinales y evaluar la estabilidad y evolución de estos perfiles a lo largo del tiempo.

Otra futura línea de investigación posible, que también podría estar relacionada con este tipo de estudio longitudinal, sería aquel en el cual se evalúe la carga percibida por los profesionales que trabajan con pacientes neurológicos, similar a la investigación desarrollada por González et al. (2008), pero esta vez evaluando si esta variable de sobrecarga se modifica luego de implementar programas de apoyo que fomenten la adquisición de nuevas habilidades, no solo para el cuidado del paciente sino que también para cuidarse a si mismos y así prevenir potenciales problemas futuros.

Creo, desde mi punto de vista personal, que tanto la practica realizada como la confección del trabajo final integrador me ha servido para comprender como lleva a cabo su rol un psicólogo en una institución que tiene una visión integrativa en donde se ponderan muchos aspectos y disciplinas por igual. Considero que para trabajar de esta manera es necesario que todos los integrantes compartan una manera particular de trabajar y de sortear los obstáculos. Esto último se vio reflejado en el análisis de datos en tanto que en determinados ítems que la encuesta evaluaba (como por ejemplo Avance y crecimiento profesional o Me reconforta ver avances en mis pacientes) la mayoría de los psicólogos no dudo en considerarlos dentro de sus respuestas como un factor común entre ellos.

A modo de reflexión final, la práctica en el CET ha sido de gran ayuda para tener una primera aproximación a lo que es el ejercicio profesional, lo que ha sido de gran valor personal y sobretodo muy enriquecedor. Además hizo posible afianzar la preferencia por este estilo de trabajo en educación y sobretodo con adolescentes que servirá de gran importancia para el ejercicio futuro.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1991). Self-regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms. *Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation*, 38, 69-164.
- Cosentino, A. C., & Castro Solano, A. (2008). Inventario de virtudes y fortalezas. Manuscrito no publicado.
- Cosentino, A. C. (2009). Evaluación de las virtudes y fortalezas humanas en población de habla hispana. *Psicodebate*, 10, 53-71
- Czorny, L. (2013) “Parálisis cerebral o enfermedad motriz cerebral”. En: H. Arroyo y N. Fejerman (Eds.) et.al. *Trastornos motores crónicos en niños y adolescentes* (pp.5-8). Buenos Aires: Panamericana.
- Department of Health, London (United Kingdom) (2001). *Valuing people A new strategy for learning disability for the 21st century: a white paper*. London: The Stationery Office.
- Department of Healt (2009). Valuing people now: a new three-year strategy for learning disabilities. Recuperado de [http://base-uk.org/sites/base-uk.org/files/\[user-raw\]/11-06/valuing_people_now_strategy_.pdf](http://base-uk.org/sites/base-uk.org/files/[user-raw]/11-06/valuing_people_now_strategy_.pdf)
- Dubourdieu Hounie, M. (2008). *Psicoterapia integrativa*. Montevideo: Psicolibros.
- Fernandez Alcantara M., Garcia Caro, M., Pérez Marfil, M. & Cruz Quintana, F. (2013). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida, *Anales de psicología*, 29, 1-8.

- Freud S. (1893) Infantile cerebral paralysis. Coral Gables, FL: University of Miami Press.
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S. & Novacek, J. (1987). Differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2 (2), 171-184.
- Forns, M. (1994). El psicólogo en el contexto educativo. *Anuario de psicología*, 63, 187-211.
- Gerits, L., Derksen, J., Verbruggen, A. & Katzko M. (2005). Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems, *Personality and Individual Differences*, 38, 33-43.
- González, P. L., Rendón, P. M., del Río, P. B., Macario, P. F., Valdés, M. E., Enríquez, P. M., & Leños, P. L. G. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de medicina física y rehabilitación*, 20, 23-29.
- Herzberg F. (1959) The motivation to work. 2nd ed. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Hurtado, I. L. (2007). La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. *Pediatría Integral*, 11, 687-698.
- León, F. R., & Sepúlveda, M. P. (1979). Satisfacciones e insatisfacciones Herzbergianas en el trabajo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2 (1), 93-113.
- Little WJ. (1861) On the influence of abnormal parturition, difficult labour, premature birth, and asphyxia neonatorum on the mental and physical condition of the child, especially in relation to deformities. *Lancet*
- McClelland, D. C. (1989). *Estudio de la motivación humana*. Madrid: Narcea.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Maslow, A (1954) . Motivation and personality. 2nd ed. Nueva York: Harper and Bros.Publichers, 1970.
- Mayo E. (1945) The social problems of an industrial civilization. Cambridge, Mass.: Harvard University Press
- O'Connor, E. J., Peters, L. H., Pooyan, A., Weekley, J., Frank, B., & Erenkrantz, B. (1984). Situational constraint effects on performance, affective reactions, and turnover: A field replication and extension. *Journal of Applied Psychology*, 69(4), 663-672.doi: 10.1037/0021-9010.69.4.663
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification. Oxford University Press.
- Resolución N° 1328/2006. Modificación del marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimiento de atención a personas con discapacidad. Ministerio de salud. 01 de septiembre de 2006.
- Robaina Castellanos, G. R., Riesgo Rodríguez, S. D. L. C., & Robaina Castellanos, M. S. (2007). Evaluación diagnóstica del niño con parálisis cerebral. *Revista Cubana de Pediatría*, 79(2), 0-0.
- Rodríguez, V., Alvarado Izquierdo J. & Ferreras A. (2013) Una aproximación al trabajo social desde la óptica de la psicología positiva, *Cuadernos de trabajo social*, 26 (2): 397-407.)
- Rosenbaum, P., Levinton, A., Paneth, N., Jacobsson, B., Goldstein, M., & Bax, M. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47(8), 571-576.

Taylor F. (1911) Principles of scientific management. Nueva York: Harper and Bros Publishers.