



VNIVERSITATIS VALÈNCIA

(3148) Programa de doctorado en Promoción de la Autonomía y Atención Socio-Sanitaria a la Dependencia

Tesis doctoral

**El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de residencias de personas con discapacidad y su relación con las actitudes hacia las personas con discapacidad**

José Munsuri Rosado

Codirigida por:

Dra. Sacramento Pinazo-Hernandis

Dr. Pedro Gil-Monte

FACULTAT DE PSICOLOGIA. JUNIO 2018



*Para Ana y José,  
espacio y tiempo.*



## **A Sonia Aleixandre, in memoriam**

### **AGRADECIMIENTOS**

A Sacra, por su capacidad de abastecer, abundar, abrigar, acabar, acaldar, acalugar, acemar, acendrar, aceptar, acercar, acoger, acomodar, acompañar, acompasar, acondicionar, contentar, acordar, acorrer, acrianzar, activar, actualizar, acudir, adaptar, adecuar, adelantar, adiestrar, admitir, adrizar, afianzar, afinar, afortunar, agilizar, aglutinar, agradar, agregar, ahijar, ajuiciar, albergar, albriciar, aleccionar, alegrar, alentar, aliar, alimentar, aliviar, allanar, alumbrar, aluzar, amenizar, amistar, amostar, animar, antelar, apaciguar, apadrinar, aparar, apasionar, apercibir, aplacar, aportar, apoyar, apreciar, aquietar, arreglar, arrobar, arropar, asesorar, asistir, atemperar, atender, atinar, auspicar, auxiliar, avalorar, avanzar, avivar, ayudar y otros muchos verbos que contiene y que le faltan al diccionario.

A Pedro por reencontrarnos, por sus orientaciones y enseñanzas.

A Esperanza. Instigado por ella me embarqué en esta travesía.

A Pilar y Ángela, compañeras y amigas.

Y sobre todo a las personas que trabajan ayudando a personas.



*Leer, por lo pronto, es una actividad posterior a la de escribir: más resignada, más civil, más intelectual.*

Jorge Luís Borges



## Contenido

Índice de Tablas.	11
Índice de Figuras.	15
RESUMEN	17
INTRODUCCIÓN	21
I. MARCO CONCEPTUAL	27
1. La discapacidad	29
1.1. Conceptos	29
1.2. Epidemiología. Perfil de la PCD	41
1.3. La institucionalización	43
2. Las actitudes	47
2.1. Conceptos. Formación. Modelos teóricos:	47
2.2. Actitudes hacia las PCD	53
3. El síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)	69
3.1. Concepto de SQT	69
3.2. Modelos sobre el proceso SQT	71
3.3. Instrumentos de estimación psicométrica del SQT	75
4. Los cuidadores profesionales	78
5. Relaciones entre valores, SQT y actitudes hacia las PCD en profesionales	87
6. Evidencia empírica del modelo	91
7. Objetivos e hipótesis	95

II. MÉTODO	99
1. Diseño	101
2. Población y muestra	102
3. Instrumentos	106
4. Procedimiento	114
4.1. Recogida de datos.	114
4.2. Análisis realizados:	118
5. Resultados	122
6. Discusión	175
7. Limitaciones del estudio	207
8. Propuestas de futuro	209
9. Conclusiones	210
III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	219
IV. ANEXOS	255
Anexo 1: Listado de residencias para Personas con Discapacidad Intelectual, Física y Mixtas	257
Anexo 2: Carta a los Directores/as de los Centros.	263
Anexo 3: Instrumentos	267

**Índice de Tablas.**

Tabla 1. <i>Población con Discapacidad residente en centros, por grupo de edad y grupo de deficiencia. Total personas</i>	42
Tabla 2. <i>Población con Discapacidad residente en centros para PCD por grupo de deficiencia</i>	42
Tabla 3. <i>Población con discapacidad de 6 a 64 años residente en centros, por sexo y tipo de deficiencia. Porcentaje</i>	43
Tabla 4. <i>Definiciones clásicas del concepto actitud</i>	48
Tabla 5. <i>Instrumentos de medida de las Actitudes hacia las PCD</i>	60
Tabla 6. <i>Instrumentos de medida de Actitudes hacia las PCD en general</i>	64
Tabla 7. <i>Principales instrumentos de valoración del SQT</i>	76
Tabla 8. <i>Perfiles profesionales con especificación del grado de definición de rol y formación</i>	83
Tabla 9. <i>Residencias, número de participantes y trabajadores</i>	103
Tabla 10. <i>Datos descriptivos de la muestra. Características de los centros</i>	104
Tabla 11. <i>Datos Descriptivos de la muestra: Aspectos demográficos</i>	105
Tabla 12. <i>Percepción estado de salud</i>	105
Tabla 13. <i>Niveles y perfiles de SQT</i>	110
Tabla 14. <i>Escalas utilizadas en la investigación</i>	112

Tabla 15. <i>Esquema general de objetivos, hipótesis y análisis estadístico del estudio</i>	120
Tabla 16. <i>Datos descriptivos de las escalas</i>	125
Tabla 17. <i>Prevalencia de distintos niveles de SQT</i>	126
Tabla 18. <i>Prevalencia de nivel crítico de SQT sin sentimiento de Culpa. (Perfil 1) y con sentimiento de culpa (Perfil 2)</i>	127
Tabla 19. <i>Prevalencia de distintos niveles de la dimensión ilusión por el trabajo (SQT)</i>	127
Tabla 20. <i>Prevalencia de distintos niveles de la dimensión Desgaste psíquico (SQT)</i>	128
Tabla 21. <i>Prevalencia de distintos niveles de la dimensión Indolencia (SQT)</i>	128
Tabla 22. <i>Prevalencia de distintos niveles de la dimensión Culpa (SQT)</i>	129
Tabla 23. <i>Valores medios y desviación típica escala actitudes hacia las PCD (Yuker et al., 1960)</i>	131
Tabla 24. <i>Estadísticos total-elemento de la escala actitudes hacia las PCD (Yuker et al., 1960)</i>	132
Tabla 25. <i>Matriz de correlación de los ítems</i>	134
Tabla 26. <i>Matriz de correlación antiimagen. Diagonal (a): Índice de Medida de adecuación a la muestra</i>	135
Tabla 27. <i>Índices de KMO y prueba de Bartlett</i>	136
Tabla 28. <i>Varianza total explicada solución de 5 factores</i>	138

Tabla 29. <i>Análisis de componentes principales. 5 componentes extraídos. Matriz de componentes rotados</i>	139
Tabla 30. <i>Varianza total explicada</i>	141
Tabla 31. <i>Análisis de componentes principales. 2 componentes extraídos. Matriz de componentes rotados</i>	142
Tabla 32. <i>Estadísticos descriptivos del factor 1 (primera versión)</i>	143
Tabla 33. <i>Estadísticos total- elemento del factor 1 (primera versión)</i>	144
Tabla 34. <i>Estadísticos total- elemento del factor 1 (segunda versión)</i>	145
Tabla 35. <i>Estadísticos total- elemento del factor 1 (tercera versión)</i>	145
Tabla 36. <i>Estadísticos descriptivos del factor 1 (tercera versión)</i>	146
Tabla 37. <i>Estadísticos descriptivos del factor 2 (primera versión)</i>	146
Tabla 38. <i>Estadísticos total - valor del factor 2 (primera versión)</i>	147
Tabla 39. <i>Estadísticos total - valor del factor 2 (versión final)</i>	148
Tabla 40. <i>Estadísticos descriptivos del Factor 2 (versión final)</i>	148
Tabla 41. <i>Correlación del ítem 17 con los elementos del Factor 1</i>	149
Tabla 42. <i>Correlación del ítem 17 con los elementos del Factor 2</i>	149
Tabla 43. <i>Matriz de correlación entre elementos del Factor 2 (versión final)</i>	149
Tabla 44. <i>Estadísticos total - valor del Factor 1 (versión final)</i>	150
Tabla 45. <i>Estadísticos descriptivos del Factor 1 (versión final)</i>	150

Tabla 46. <i>Matriz de correlación entre elementos del Factor 1 (versión final)</i>	151
Tabla 47. <i>Distribución de los ítems en los factores solución de Yuker et al. (1970) y de Munsuri (2018)</i>	151
Tabla 48. <i>Análisis descriptivos para la escala total de APD y para los factores obtenidos después de la recodificación</i>	154
Tabla 49. <i>Prevalencia de Actitudes hacia las PCD</i>	154
Tabla 50. <i>T-Test Sexo y Actitudes hacia las PCD (total y dimensiones)</i>	155
Tabla 51. <i>T-Test Puesto de trabajo y Actitudes hacia las PCD (total y dimensiones)</i>	155
Tabla 52. <i>Prueba de Chi cuadrado de Pearson. Edad, Estudios completados Actitudes hacia las PCD.</i>	156
Tabla 53. <i>Análisis bivariado de las correlaciones entre las diferentes dimensiones de los instrumentos del estudio</i>	157
Tabla 54. <i>Análisis bivariado de las correlaciones entre las Actitudes hacia PCD y SQT y sus dimensiones</i>	162
Tabla 55. <i>Índices de modificación de ajuste del modelo hipotetizado de path análisis estructurales</i>	167
Tabla 56. <i>Efecto Indirecto Estandarizado de las variables Valores morales, de competencia Afrontamiento centrado en el problema y por evitación y Autoeficacia sobre Actitudes hacia las PCD</i>	174

## Índice de Figuras.

<i>Figura 1. Distribución geográfica de Residencias para PCD en la Comunidad Valenciana</i>	24
<i>Figura 2. Teoría de la Conducta Planeada (TCP). Ajzen, 1991</i>	51
<i>Figura 3. Búsqueda y selección instrumento de medida de actitudes</i>	59
<i>Figura 4. Modelo teórico sobre SQT. (Gil-Monte, 2005)</i>	75
<i>Figura 5. Factores que determinan la calidad del cuidado institucional en residencias. Montoro, 1999</i>	79
<i>Figura 6. Modelo teórico del cuidado asistencial institucional a personas mayores y/o con discapacidad. Montoro, 1999</i>	81
<i>Figura 7. Antecedentes y consecuentes de los valores. (Rokeach 1973)</i>	88
<i>Figura 8. Resultado del estrés laboral en la aparición de actitudes negativas y sentimiento culpa en el modelo SQT. (Gil-Monte 2005)</i>	89
<i>Figura 9. Relaciones entre variables analizadas y SQT</i>	98
<i>Figura 10. Proceso de obtención de la muestra y centros excluidos de la investigación</i>	116
<i>Figura 11. Distribución de los casos para la variable SQT (total)</i>	126
<i>Figura 12. Distribución de los casos para la dimensión Ilusión por el trabajo</i>	127
<i>Figura 13. Distribución de los casos para la dimensión Desgaste psíquico</i>	128
<i>Figura 14. Distribución de los casos par la dimensión Indolencia</i>	128

<i>Figura 15. Distribución de los casos para la dimensión Culpa</i>	129
<i>Figura 16. Gráfico de sedimentación</i>	137
<i>Figura 17. Modelo Hipotetizado</i>	166
<i>Figura 18. Mediación de la variable SQT entre Valores morales y Actitudes hacia las PCD</i>	169
<i>Figura 19. Mediación de la variable SQT entre Valores de competencia y Actitudes hacia las PCD</i>	170
<i>Figura 20. Mediación de la variable SQT entre Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y Actitudes hacia las PCD</i>	171
<i>Figura 21. Mediación de la variable SQT entre Estrategias de afrontamiento de evitación y Actitudes hacia las PCD</i>	172
<i>Figura 22. Mediación de la variable SQT entre Autoeficacia y Actitudes hacia las PCD</i>	173

## RESUMEN

Introducción. El *Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (SQT) o *Burnout* es un síndrome psicológico (no una enfermedad mental) que se produce a causa de una respuesta prolongada al estrés en el lugar de trabajo (Maslach, 2003), un proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico y, por tanto, es un fenómeno que está vinculado a la aparición de riesgos psicosociales en el trabajo, un fenómeno subjetivo y de carácter negativo en el que entran en juego cogniciones, emociones y actitudes (negativas) hacia los otros en el trabajo, principalmente los usuarios o clientes (Gil-Monte, 2005). Aunque el SQT puede darse en diferentes colectivos profesionales, el mayor número de casos y las más importantes repercusiones según la mayoría de los estudios, se produce entre profesionales de ayuda o del sector servicios, lo que acarrea consecuencias sociales severas. Los trabajadores y trabajadoras de asistencia sanitaria, servicios sociales, salud mental, derecho penal, educación, son colectivos profesionales vulnerables (Olivares, Vera y Juárez, 2009). Las personas que realizan cuidados profesionales en residencias, en concreto, obtienen altas puntuaciones en las dimensiones que definen el SQT (Martínez, Méndez, Secanilla, Benavente y García, 2014). El grupo de profesionales de atención a la dependencia y discapacidad son una población de alto riesgo con una alta tasa de prevalencia de estrés laboral. Según Gil-Monte (2012) el SQT avanza de forma paralela desde el deterioro en el plano cognitivo (pérdida de ilusión por el trabajo o baja realización personal) y el deterioro en el plano emocional (desgaste psíquico), a las actitudes y comportamientos de cinismo e indiferencia hacia el cliente (indolencia o despersonalización). La Indolencia (despersonalización) se considera como una estrategia de afrontamiento disfuncional, en lugar de una estrategia efectiva (Taris, Le Blanc, Schaufeli y Schreurs, 2005) realizada después de una etapa de reevaluación. Además, el modelo de Gil-Monte considera que en algunos casos, las actitudes negativas en el trabajo, sobre todo hacia las personas

con las que los y las profesionales establecen relaciones laborales, dan lugar a sentimientos de culpa (Gil-Monte, 2012; Ekstedt y Fagerberg, 2005). Esta variable podría explicar diferentes tipos de SQT (Vanheule, Lievrouw y Verhaeghe, 2003). Los sentimientos de culpa son sentimientos desagradables de remordimiento asociados con el reconocimiento de haber violado, o ser capaz de violar la norma moral. Objetivo del estudio: El propósito de este estudio fue investigar la relación entre el SQT, y las actitudes hacia las personas con discapacidad siguiendo el modelo de proceso del SQT de Gil-Monte (2005) en profesionales que trabajan en residencias de personas con discapacidad. Se puso a prueba un modelo de path analysis para establecer las relaciones entre los Valores -morales y de competencia-, las Estrategias empleadas -afrentamiento del problema o de evitación- y la Autoeficacia en el desempeño; el SQT; las actitudes hacia las personas con discapacidad, la Salud y los Síntomas de depresión. Método. Participantes. La muestra del estudio estuvo compuesta por 551 profesionales de 36 residencias de la Comunidad Valenciana (256 de Valencia, 187 Alicante y 108 Castellón), España. En cuanto al género, el 75.4% eran mujeres (n= 414) y el 24.6% eran hombres (n=135). La mayor parte del colectivo profesional está entre 31 y 50 años (60.6%). Instrumentos. El SQT se evaluó mediante el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) (Gil-Monte, 2011), con un  $\alpha$  de Cronbach de .86. Este instrumento contiene 20 ítems distribuidos en cuatro dimensiones denominadas: 1. Ilusión por el trabajo (5 ítems), definida como el deseo del individuo para alcanzar los objetivos en el trabajo, ya que es una fuente de realización personal ( $\alpha=.88$ ). 2. Desgaste psíquico (4 ítems), se define como el agotamiento emocional y físico debido al hecho de que en el trabajo se debe tratar a diario con personas que presentan o causan problemas ( $\alpha=.85$ ). 3. Indolencia (6 ítems), define el aspecto de las actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los y las clientes de la organización ( $\alpha=.70$ ). 4. Culpa (5 ítems), define el aspecto de los sentimientos de culpa por las actitudes negativas desarrolladas en el

trabajo, especialmente hacia las personas con las que se establecen relaciones de trabajo ( $\alpha=.79$ ). Los ítems se responden en una escala de frecuencia de cinco puntos, que va de 0 (Nunca) a 4 (Muy frecuentemente: todos los días). Bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo, junto con altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia, así como en la Culpa, indican altos niveles de SQT. Los problemas psicósomáticos se evaluaron mediante la subescala UNIPSICO (9 ítems) ( $\alpha=.88$ ). Los ítems incluyen diferentes trastornos psicósomáticos relacionados con el trabajo (por ejemplo, dolores de cabeza, dolor músculo-esquelético, la calidad del sueño, ansiedad), y se responden en una escala de frecuencia de cinco puntos, que va de 0 (Nunca) a 4 (Muy a menudo). La depresión se evaluó mediante la Escala autoadministrada de Depresión de Zung (1965), con 20 ítems, obteniendo un valor  $\alpha$  de Cronbach de .83. Las actitudes hacia las personas con discapacidad se midieron con una adaptación de a EAPD-O de Yuker, Block y Campbell (1960) y obtuvo un valor  $\alpha$  de Cronbach de .73. La escala, en su forma original, está compuesta por 20 ítems. La autoeficacia en el trabajo se midió con la Escala de Baessler y Schwarzer (1996) compuesta por un solo factor y 10 ítems, obteniendo un valor  $\alpha$  de Cronbach de .87. Los valores sociales se midieron con el factor 2, Valores Instrumentales, con 18 ítems, de la Escala de Rokeach ( $\alpha=.79$ ), pero diferenciamos entre valores morales, 9 ítems,  $\alpha= .83$  y valores de competencia, 9 ítems  $\alpha=.76$ . El afrontamiento se midió con la Escala de Afrontamiento modificada del Occupational Stress Indicator de Cooper, Sloan y Williams (1988), con dos factores y 10 ítems, con un valor  $\alpha=.81$  en la dimensión de afrontamiento centrado en la tarea (6 ítems) y  $\alpha= .53$  en la dimensión evitación (4 ítems). Resultados. Se utilizó el programa AMOS 22, para evaluar el modelo. Los índices de ajuste del modelo para la muestra analizada fueron: CMIN (Chi<sup>2</sup>) (47)=182.63 ( $p<.000$ ); RMSEA=.07; GFI=.95; AGFI=.91; CFI=.93; NFI=.90. Esto indica que el ajuste de este modelo fue adecuado. Se encontró una relación negativa significativa entre la puntuación total en SQT y las actitudes hacia las personas con discapacidad

( $\beta=-.18$ ,  $p<.036$ ). Conclusiones. Los resultados obtenidos proporcionan evidencia empírica de la relación entre el SQT y las actitudes hacia las personas con discapacidad para la muestra de profesionales que trabajan en el ámbito de la discapacidad, en residencias de la Comunidad Valenciana; y contribuyen a la validación empírica del modelo de Gil-Monte (2005).

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral comienza con una revisión de la bibliografía que ha permitido centrar el tema a investigar. A partir de la lectura de publicaciones sobre el mismo pudimos redactar la primera parte o marco conceptual, que está dividida en cuatro capítulos. En primer lugar, abordaremos el concepto de discapacidad y cómo ha ido cambiando a lo largo del tiempo desde un enfoque centrado en la discapacidad hasta un modelo centrado en la persona. Rescatando el título del libro de viajes del italiano Carlo Levi de la década de los 50 *Las palabras son piedras*, veremos cómo la evolución terminológica camina en paralelo a los cambios sociales. Así conceptos y términos relativos a la discapacidad y la realidad social, en general, han estado en evolución en las últimas décadas, al tiempo que el campo de los derechos de las personas con discapacidad (PCD) ha cobrado cada vez más realidad. Después hablaremos de la epidemiología. A continuación trataremos el tema de la institucionalización.

En el segundo capítulo nos centraremos en el concepto de actitud, cómo se forman las actitudes y los modelos teóricos que lo explican, para desarrollar en una segunda parte cómo son las Actitudes hacia las PCD.

El tercer capítulo desarrolla diferentes modelos sobre el SQT, para detenerse en el modelo de Gil-Monte (2005) que se caracteriza por recoger variables antecedentes (estresores de la organización); estrategias personales (afrentamiento del estrés) y elementos resultantes del estrés laboral crónico (el SQT, caracterizado por deterioro cognitivo, deterioro emocional y el desarrollo de actitudes negativas, que conducen a un sentimiento de culpa) y aquellos elementos individuales de carácter demográfico o psicológico ( edad, estatus, educación, autoeficacia, locus de control...) que pueden favorecer o dificultar el desarrollo del SQT.

Para finalizar este bloque teórico se desarrolla un capítulo dedicado a los cuidados y a los profesionales que cuidan.

El segundo bloque es la investigación realizada en donde hablamos de los objetivos, las hipótesis, el diseño de investigación y el análisis de resultados. Hemos querido analizar en esta investigación la relación que existe entre estrés laboral, el SQT y las actitudes hacia las PCD en el contexto del cuidado profesional a PCD institucionalizadas en residencias de la Comunidad Valenciana. Presentaremos los datos derivados de los diversos análisis realizados.

Los recursos para PCD en la Comunidad Valenciana dependen del tipo de discapacidad y de la edad. Según la terminología empleada por la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, están integrados por:

- Centro de Atención Temprana (personas menores de 6 años)
- Centro Ocupacional para PCD (personas en edad laboral: 16-65 años)
- Centro de día para PCD (entre 16 y 65 años)
- Centro de Atención Diurna para PCD en situación de dependencia (PCD y dependencia)
- Residencia para PCD (entre 16 y 65 años)
- Centro de Atención Residencial para PCD en situación de dependencia
- Vivienda tutelada para PCD física o intelectual (personas mayores de 18 años y con un grado de discapacidad mayor del 33%)

La Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, define residencias para PCD como “aquellos recursos de vivienda destinados a las PCD que precisen de una atención integral, continuada, personal y multidisciplinar, que no puede ser llevada a cabo en

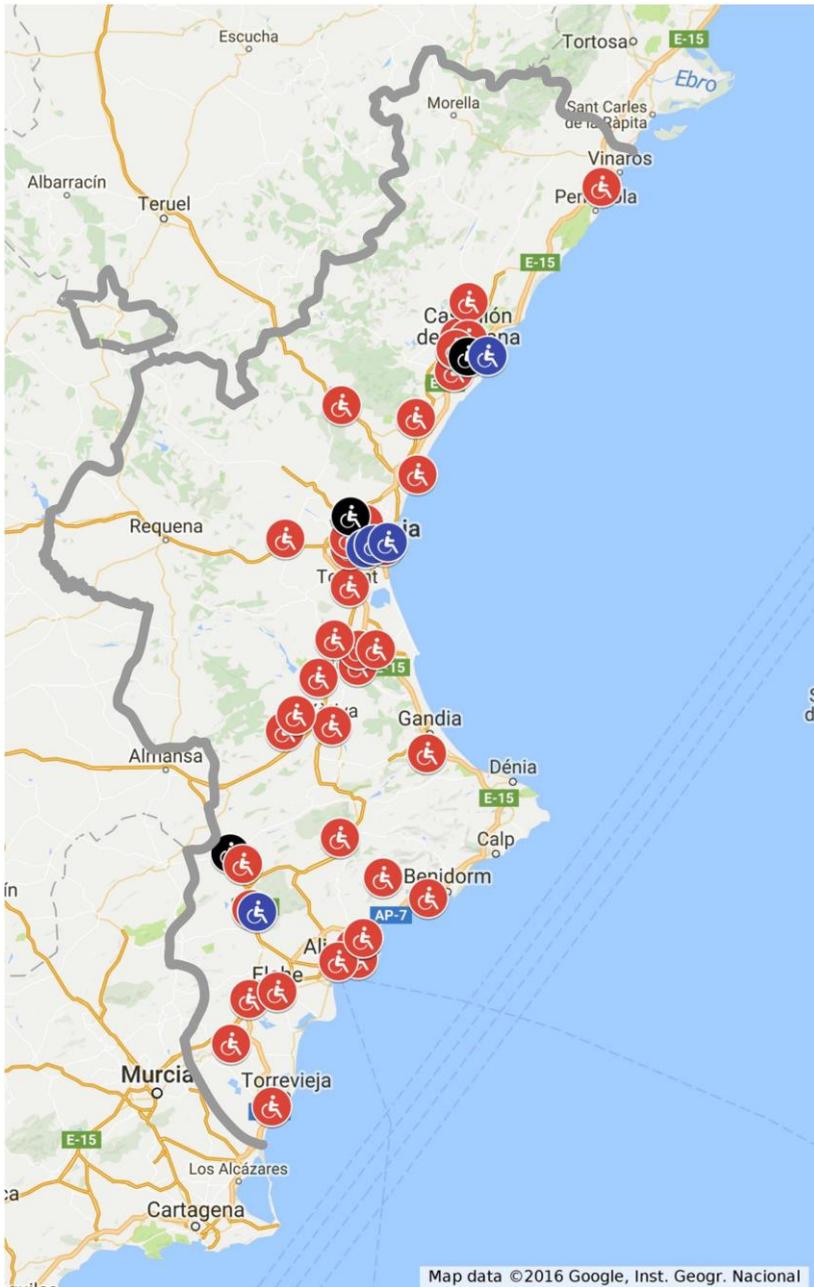
su medio familiar por sus condicionamientos personales o familiares”. Considera beneficiarias de los mismos a aquellas “PCD con autonomía limitada y discapacidad intelectual y/o física con afectación grave, con edades comprendidas entre 16 y 65 años”<sup>1</sup>. A partir de datos de la propia Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana constatamos que en la Comunidad Valenciana hay 44 residencias para PCD Intelectual (PCDI) y 3 de carácter mixto, que atiende además a personas mayores y PCD mental.<sup>2</sup> Por otro lado, hemos localizado 5 centros residenciales para PCD física. Todo ello supone un total de 2208 plazas residenciales para PCD.

Los recursos residenciales se encuentran distribuidos de un modo desigual tal y como se puede apreciar en el mapa que aparece a continuación (Figura 1), en el que se representan con el icono de discapacidad en rojo las residencias para PCD psíquica, en azul las residencias para PCD física y en negro las residencias mixtas. Podemos observar asimismo que de los 52 centros contabilizados, en la provincia de Valencia hay 25, 16 en Alicante y 11 en Castellón. Además, las residencias están situadas preferentemente en las zonas próximas a la costa (de mayor densidad de población) y cerca de las capitales de provincia, quedando el interior del territorio distante de las mismas.

---

<sup>1</sup><http://www.inclusio.gva.es/web/discapacitados/residencia-para-personas-con-discapacidad4a8>

<sup>2</sup><http://www.inclusio.gva.es/busqueda-centros>



**Figura 1. Distribución geográfica de las Residencias para PCD en la Com. Valenciana**

En este contexto de falta de recursos es más fácil que se produzca una sobrecarga en los cuidadores y las cuidadoras profesionales.

Según indica la Organización Mundial de la Salud:

discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.<sup>3</sup>

En la misma línea, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), plantea que el concepto de discapacidad:

...engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social) (OMS, 2011, p.7).

La discapacidad afecta a muchos seres humanos; aproximadamente un 15% de la población mundial, esto es, 785 millones de personas (según datos de las OMS), se encuentran en situación de discapacidad, siendo especialmente evidente en aquéllas con menores ingresos.

Por otro lado, la discapacidad va unida a la condición humana y casi todas las personas en algún momento de su vida van a estar en situación

---

<sup>3</sup><http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

de discapacidad (o dependencia) (Verdugo, Gómez y Navas, 2013). Sabiendo que la población mundial está envejeciendo, es de esperar que aumente el número de personas con alguna limitación funcional o situación de dependencia.

Con frecuencia, algunas PCD precisan de ayudas profesionales, e incluso en ocasiones viven en centros residenciales, pisos tutelados o instituciones que desarrollan esta actividad profesional. El cuidado a PCD conlleva una gran carga de trabajo y a menudo una atención de 24 horas los 365 días del año. Gran parte de este grupo profesional, trabajadoras y trabajadores vocacionales y que muestran compromiso con su trabajo, pueden estar soportando situaciones de estrés laboral.

En el contexto de cuidado, las actitudes de los y las profesionales hacia las PCD son un elemento importante que no debemos desdeñar, y que pueden afectar al ejercicio profesional.

# **I. MARCO CONCEPTUAL**



## 1. La discapacidad

### 1.1. Conceptos

Siempre resulta básico definir los conceptos que se van a manejar, y en el caso de la discapacidad lo es especialmente; por un lado, para poder disponer de unos elementos comunes y consensuados que nos permitan trabajar en la misma línea y con similares criterios (lenguaje común); por otro, por ser el lenguaje una importante herramienta en el cambio o mejora de las actitudes sociales hacia las Personas con Discapacidad (en adelante, PCD).

Se entiende por discapacidad, la imposibilidad o la dificultad de la persona que presenta un trastorno físico o mental para el desarrollo normal de su actividad. Como consecuencia de la discapacidad puede aparecer la dependencia.

Esto no ha sido siempre así. Históricamente y a nivel popular se ha explicado la discapacidad desde un enfoque fatalista, naturalista y teocéntrico, ya que tanto las deficiencias que suponía como las dependencias sociales que acarrea se atribuían a causas religiosas o morales, de carácter inevitable y culpable. De ello deriva entre otras cosas la marginación y exclusión social. "sostiene una antigua sentencia valenciana que dels pecats dels pares, els fills es fan xeperuts, o lo que es lo mismo: que las discapacidades de los hijos son consecuencia de los pecados paternos" (Ariño, 2011).

La terminología y conceptos relativos a las deficiencias, discapacidades y minusvalías ha experimentado una continua revisión y cambio en las

últimas décadas, resultando actualmente sorprendente y chocante leer u oír, al referirse a las PCD física, expresiones como *inválido/a*, *minusválido/a*, *inútil*, *tullido/a*, *impedido/a*, *deficiente*, *incapacitado/a*, *tarado/a*, *paralítico/a*, etc., términos que hasta no hace mucho formaban parte del lenguaje no solo popular, sino también profesional. Pese a ello, lamentablemente seguimos encontrando aún hoy y en algunos lugares indicaciones de “servicios para minusválidos”, “tarjeta de incapacidad”, “ascensor para discapacitados”, entre otras.

Estos cambios terminológicos se van produciendo a medida que va modificándose la visión social de la discapacidad. Casado (1991) plantea cuatro modelos sociales de entender la discapacidad según la mentalidad de la época, pudiendo coexistir rasgos de varios de ellos en situaciones y contextos determinados:

- *Integración utilitaria*: aceptación de las PCD "con resignación providencialista o fatalista."
- *Exclusión aniquiladora*: la persona es excluida del exterior, confinada u oculta en el domicilio.
- *Atención especializada y tecnificada*: Predominancia de los profesionales, unidades y servicios técnicos especializados sobre la persona atendida.
- *Accesibilidad*: que pretende la normalización, o derecho a una vida similar a las demás personas.

Desde 1950 aproximadamente, se han producido grandes cambios no solo en la percepción del tema de la discapacidad, sino a nivel político y de derechos que podemos resumir en el paso desde la *normalización*, propuesto en 1959 por el director del Servicio Danés para el Retraso Mental, a la *integración*, originariamente en el ámbito escolar, en el Reino Unido, a través del Informe Warnok de 1978, para llegar a la *inclusión*, en la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales celebrada

en Salamanca en 1984 y propuesto por la UNESCO y que poco a poco también se hizo extensivo a todos los ámbitos de la discapacidad (Egea y Sarabia, 2004).

La OMS estableció con carácter experimental en 1980 una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías -CIDDDM-en continuidad o como complemento a la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-. La CIE se basó en la Lista de Causas de Muerte que adoptara el Instituto Internacional de Estadística allá por 1893 y que desde 1948 asumiera la OMS incluyendo además causas de morbilidad. La clasificación de la OMS pretendía establecer un sistema universal de clasificación de los accidentes y enfermedades y sus consecuencias en la inserción social de las personas, definiendo la discapacidad como un efecto negativo duradero de las enfermedades (incluyendo los traumas y los accidentes). Diferenció entre Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías del siguiente modo:

- Deficiencia: es cualquier pérdida o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica. Las deficiencias representan trastornos orgánicos.
- Discapacidad: es cualquier restricción o ausencia de la capacidad funcional para llevar a cabo actividades cotidianas en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades representan trastornos funcionales de la persona (y son producidas por la deficiencia).
- Minusvalía: es la desventaja social que experimenta una persona como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, lo cual limita o impide que lleve a cabo un rol que se considera normal en función de su edad, sexo y otros factores culturales.

Respecto a la CIE, se trata de un sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos. Se

pretende con ello permitir el registro sistemático, análisis, interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recogidos en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. Fue publicada por la OMS en 1948 (6ª Edición). Desde 1992 se utiliza la 10ª edición, aunque la OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. Está desarrollando la undécima revisión (CIE-11), de la que ya se han publicado algunos avances.

En 2001 la OMS publicó una revisión de la CIDDDM para poder ser empleada a nivel internacional, era la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF 1- . "El objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud" (OMS, 2001), ampliando el concepto de discapacidad que pasó a considerarse "cualquier alteración en la condición de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia en las actividades diarias". También intenta completar la CIE, pues ambas clasificaciones se refieren al estado de salud de las personas; en un caso, haciendo el diagnóstico de las enfermedades, los trastornos y otras condiciones de salud (CIE); y en el otro, centrándose en el funcionamiento tanto de los estados de salud como de los de discapacidad. La CIF propone la siguiente clasificación:

- Déficit en el funcionamiento: Pérdida o anomalía de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. Este término sustituye al término "deficiencia", tal como se utilizaba en la anterior CIDDDM).
- Limitación de la actividad: Dificultades que una persona puede tener en la ejecución de las actividades. Este término sustituye al término "discapacidad", tal como se utilizaba en la CIDDDM.
- Restricción en la participación: Problemas que una persona puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. Este

término sustituye al término “minusvalía” tal como se utilizaba en la CIDDM.

- Barrera: Son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que le condicionan el funcionamiento y la convierten en discapacitada. Discapacidad, en la CIF, es un término que se utiliza para referirse a los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Indica aspectos negativos de la interacción entre la persona con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales).

La nueva clasificación incluye tanto los aspectos positivos como los negativos en relación con los estados de salud y hace referencia expresa a los factores de contexto que influyen en la realización personal de los individuos con discapacidad (Cantón, 2014). Estamos ante un modelo social de la discapacidad que tiene en cuenta los componentes de salud y los factores contextuales —personales y ambientales— que influyen y condicionan la calidad de vida (Padilla-Muñoz, 2010).

Este planteamiento biopsicosocial de la discapacidad como proceso ha favorecido el concepto de diversidad funcional, relacionado con un modelo sociológico-social-colectivo, que plantea la posibilidad de que la sociedad sea la "discapacitada", al no ser capaz de adaptarse a las PCD; una sociedad que discapacita al individuo con sus obstáculos y barreras físicas y culturales (Vazquez, 2008).

El término *diversidad funcional* surge a partir de la idea de diversidad, muy habitual en el mundo de la biología. En nuestro país no ha arraigado completamente, aunque poco a poco va introduciéndose.

No obstante, no todos los que investigan estos temas apoyan esta terminología, Almeida et al. (2010, p. 35-36) sostienen que el empleo

habitual del concepto de diversidad en el contexto de la discapacidad "esconde mayor perversión que el uso de cualquier otra idea, aun aquellas más tradicionales y conservadoras que inscriben a la misma en la visión de la tragedia personal o de la disfunción social a ser rehabilitada". Se basan para ello en que es un concepto que resulta ambiguo, referencia a lo natural, remite a una idea de equivalencia, tranquiliza nuestras conciencias por su corrección política y por su inscripción en el terreno de lo evidente. Argumentan que si "la diversidad es algo que nos enriquece", ¿por qué hay que atender a la diversidad?. La idea de atención conduce a la de déficit, central en la discapacidad; por otro lado, "los procesos de naturalización y de corrección política borran las huellas de los procesos históricos concretos de producción de diferencias (...) ¿Qué sucede para que esta diversidad tan enriquecedora excluya a algunos diversos y los "incluya" en circuitos diferenciados?" La noción de diversidad se vuelve ambigua, fugaz, débil, encubridora, al ignorar las relaciones de poder de nuestra sociedad (Almeida et al., 2010, p.36).

Recientemente y en la misma línea: Plena inclusión, movimiento de asociaciones de PCD intelectual y del desarrollo y sus familias y el Comité Español de Representantes de PCD (CERMI), se ha manifestado a favor del término *PCD* frente al de personas con *diversidad funcional*, mediante la campaña "No nos cambies el nombre, ayúdanos a cambiar la realidad".

El comité basa esta defensa, por un lado, en el hecho de que 'personas con discapacidad' es un concepto socialmente reconocido y que tiene el amparo de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada en 2006 y aceptada por la mayor parte de países. Por otra parte, el uso del término 'personas con diversidad funcional' es ambiguo y hace

invisible al colectivo, puede generar confusión e inseguridad jurídica y rebajar la protección que todavía necesitamos.<sup>4</sup>

También la idea de discapacidad intelectual se ha visto modificada por nuevos enfoques en el diagnóstico, la clasificación y la provisión de apoyos (Verdugo, Schalock, Thompson y Guillen, 2013). Ya en 1992 la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) propuso una definición de discapacidad intelectual alejada del rasgo de la persona para poner el punto de mira en la interacción de la misma y su contexto (funcionamiento) y no en los aspectos individuales (Verdugo, 1994).

Una década después, una nueva propuesta fue planteada por el Comité sobre Terminología y Clasificación de la AAMR coordinado por Ruth Luckasson, ahondando en la misma línea: “Discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años.” (Luckasson et al., 2002, p.31).

Las posteriores definiciones planteadas por la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y Desarrollo (AAIDD) han tenido grandes consecuencias no solo en la definición sino también en la concepción, y prácticas profesionales en torno a la Discapacidad Intelectual en todo el mundo, influyendo notablemente sobre otros sistemas clasificatorios (DSM, CIE, CIF) (Verdugo, et al., 2013). Baste como muestra de ello que, cuando la Asociación Americana de Psiquiatría publicó la DSM IV (1995),

---

<sup>4</sup>[http://www.cocarmi.cat/sites/default/files/np\\_no\\_ens\\_canviis\\_el\\_nom\\_v1.2\\_cast.pdf](http://www.cocarmi.cat/sites/default/files/np_no_ens_canviis_el_nom_v1.2_cast.pdf)  
<http://www.laopinion.es/sociedad/2017/03/27/cermi-reivindica-termino-personas-discapacidad/761629.html>  
<http://canariasnoticias.es/2017/03/24/el-cermi-canarias-defiende-el-uso-del-termino-personas-con-discapacidad-en-lugar-de>

incluía en los Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia la etiqueta diagnóstica “Retraso mental”; en cambio, en la nueva edición publicada en 2013, que aparece en castellano en 2014 (DSM V) se habla de “trastornos del neurodesarrollo” y se incluyen en este apartado las Discapacidades Intelectuales (discapacidad Intelectual, retraso global del desarrollo y discapacidad Intelectual no especificada). Alcantud, Alonso y Rico (2015, p. 108) definen los trastornos del desarrollo como "una disfunción permanente o transitoria (neurológica, psicológica o sensorial) que hace que se desvíe el desarrollo del niño/a de forma significativa del curso normativo".

Progresivamente se ha ido pasando de un enfoque con la atención centrada en las características personales, a uno de interacción, que remarca la importancia del ambiente. En las últimas definiciones se incluye la dimensión de participación, en este modelo amplio y multidimensional (Verdugo, et al., 2013b).

Tradicionalmente, las PCD incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales intelectuales o sensoriales a largo plazo; así lo afirma por ejemplo la Organización de Naciones Unidas en su Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La complejidad de la atención precisa de un desarrollo de clasificaciones mucho más cuidadoso. (NU, 2007).

Como recoge Montserrat Boqué, las encuestas de discapacidad realizadas en el Estado español en sus tres ediciones (1986, 1999 y 2008) han favorecido el análisis de esta realidad. Hasta la edición de 1999 no se había definido con precisión qué son las discapacidades y las dificultades para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria que causan la dependencia (Boqué, 2014).

La Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES-99), realizada en 1999 por el INE ha sido un referente importante en el Libro Blanco sobre Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España y la base para la publicación en 2007 de la Ley 39/2006, *de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia*, mal llamada Ley de la Dependencia, hasta ahora poco desarrollada y que define la autonomía como "la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria." (BOE, 2006).

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008) consideró 44 tipos de discapacidades y las clasificó en 8 categorías: visión; audición; comunicación; aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas; movilidad; autocuidados; vida doméstica; interacciones y relaciones personales.

Estas situaciones de discapacidad se establecieron a partir de 36 tipos de deficiencias, clasificadas a la vez en 8 grupos: mentales, visuales, auditivos, lenguaje, habla y voz, osteoarticulares, sistema nervioso, viscerales y otras deficiencias.

En la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) de 2008 que realizó el INE, se utilizó una clasificación de "deficiencias mentales" en los términos siguientes:

- Retraso madurativo: Se refiere a niños y niñas con un desarrollo psíquico inferior a lo normal, hasta la edad de 14 años, pudiendo observarse en ellos problemas de conducta y aprendizaje debido a su nivel madurativo.

- Deficiencia intelectual profunda y severa: Se refiere a personas con un CI entre 0-34, con características determinadas según la edad, en las áreas de desarrollo psicomotor y del lenguaje, en habilidades sociales y ocupacionales, en autonomía personal y social, en el proceso educativo y de conducta; son incapaces de valerse por sí mismas en alimentación, excreción, higiene, vestido y que precisan constantemente la ayuda de una tercera persona para asistencia y protección.
- Deficiencia intelectual moderada: Se refiere a personas con un CI entre 35-49. Pueden aprender habilidades sociales y ocupacionales, aunque no superan 2º de EGB (Primaria). Pueden contribuir a su mantenimiento los talleres protegidos, bajo estrecha supervisión.
- Deficiencia intelectual ligera: Se refiere a personas con un CI de 50-69. Siendo adolescentes pueden adquirir habilidades prácticas y conocimientos académicos hasta el nivel de 6º de EGB (Primaria), aunque a partir de 2º y 3º precisan apoyos especiales. Las personas adultas con deficiencia mental ligera desarrollan capacidades sociales y comunicativas similares a las de aquellas de sin retraso; a muchas no se les reconoce como retrasadas fuera de la escuela o después de terminar su educación. Consiguen un nivel mínimo de autonomía e integrarse en centros especiales de empleo o en empleo ordinario con apoyo.
- Inteligencia límite: Se refiere a personas con un CI de 70-85, con dificultades para adaptarse a las exigencias del entorno y a ambientes competitivos. Hasta la adolescencia, presentan los mismos intereses que los demás niños y niñas de su edad y después, presentan problemas de adaptación social. Los/as adolescentes pueden adquirir habilidades prácticas y conocimientos académicos hasta el nivel de 6º de EGB (Primaria), en Secundaria, precisan apoyos especiales. Las personas con

- inteligencia límite son capaces de adquirir una independencia mínima con sus habilidades sociales y/o laborales, aunque precisan apoyos de forma intermitente. No suelen tener el reconocimiento legal de discapacidad (lo que se conoce como Certificado de Minusvalía).
- Demencias: Es una pérdida progresiva de las funciones cerebrales que afecta a la memoria, y que puede ir acompañada de alteraciones del comportamiento, el aprendizaje y la comunicación. Se refiere a todos los tipos de demencia incluso la demencia tipo Alzheimer y a aquellas deficiencias que obedecen a procesos degenerativos que acaban causando demencia y en los que la edad de la persona influye decisivamente.
  - Enfermedad mental: Se refiere a alteraciones mentales graves con una duración superior a dos años. Sus consecuencias dificultan o impiden el desarrollo de capacidades funcionales en aspectos básicos de la vida afectando al área familiar, social y laboral. Requieren, por ello, atención psiquiátrica y social. Se incluyen: la esquizofrenia y otros trastornos esquizoides, los trastornos de tipo paranoico y los trastornos afectivos (trastorno maníaco, trastorno bipolar, depresión crónica con/sin síntomas psicóticos).
  - Otros trastornos mentales y del comportamiento: Se refiere a personas con deficiencias de las funciones mentales generales y específicas que tienen su origen en: trastornos mentales orgánicos (por ejemplo una psicosis alcohólica), trastornos del espectro autista, trastornos generalizados del desarrollo, fobias, obsesiones, trastornos somáticos, hipocondrías, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y somatomorfos, trastorno de la personalidad, ...<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup><http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/clasi07a.pdf>

Abordar la discapacidad es algo complejo, y basándonos en lo ya expuesto por Egea y Sarabia (2004), podríamos apuntar las siguientes observaciones:

1. Afecta a un importante número de personas en nuestra sociedad, por trabajar y/o por vivir con ella. Se necesitan marcos teóricos de referencia útiles para todos, y todo indica que estos siguen siendo cambiantes.

2. En este contexto, la terminología empleada se deteriora con el uso, lo que motiva una continua revisión. El “etiquetaje”, sea cual sea, produce devaluación, estigmatización y provoca un continuo cambio de los mismos. Aunque parece que cada vez estemos más cerca de un lenguaje no segregador o no excluyente, el tema no está resuelto, lo que produce inestabilidad e inquietud en científicos y población, que no pueden asumir el ritmo de cambios que se plantean.

3. Pese al paso del tiempo, las personas y la sociedad mantenemos ideas del pasado que cuesta mucho ir sustituyendo por otras más actuales, no obstante se han producido y se producen cambios y actualmente se tiene una mayor sensibilidad hacia estos temas y los derechos de las PCD, materializándose en políticas sociales consecuentes con ello.

4. En el contexto social de globalización en el que vivimos, se observa un movimiento de acercamiento de los distintos posicionamientos sobre la discapacidad. Hemos visto estos movimientos en la Organización Mundial de la Salud o la Asociación Americana de Retraso Mental y todo indica que se seguirá por esa línea de aproximación.

5. La implicación de las PCD organizadas ha obtenido claramente unos frutos indiscutibles en igualdad y no discriminación. No obstante deben diferenciarse los aspectos reivindicativos del adecuado rigor científico necesario para el estudio de la discapacidad. La separación de ambos planteamientos es necesaria para no plantear modelos sesgados por intereses no pertinentes en ese contexto.

## **1.2. Epidemiología. Perfil de la PCD**

Según datos de la encuesta más reciente sobre este ámbito, la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia de 2008 (próximamente está prevista una nueva encuesta del INE) en España hay 3.85 millones de PCD de 6 o más años de edad (tasa de discapacidad del 89.7 por mil habitantes), 452.800 en la Comunidad Valenciana, siendo el tipo de discapacidad más frecuente el relacionado con la movilidad.

Centrándonos en la discapacidad intelectual, se estima que en los países desarrollados alrededor de un 1% de la población tiene discapacidad intelectual, entendiendo como tal la coexistencia de una limitación significativa en la inteligencia y en las habilidades adaptativas que ha sido evidente antes de los 18 años de edad (Tamarit, 2005) lo que supone que en España haya más de 400.000 PCD intelectual.

Los mismos datos indican que las tasas de prevalencia de discapacidad hasta los 45 años son mayores en hombres que en mujeres. En ambos sexos el tipo de discapacidad más frecuente en las personas que habitan en residencias (90% de los casos), es la relacionada con la movilidad, autocuidados y vida doméstica (Huete, 2015). Entendiendo la discapacidad como dificultades funcionales, "existe una tipología bastante diversa, con frecuencias altas en discapacidades de la comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica e interacciones y relaciones personales" (Huete, 2015, p.32).

En lo que respecta a la edad y el género en las PCD residentes en Centros, la mayoría (60.5%) son mayores de 80 años. También en las PCD residentes en Centros, las mujeres son mayoría en los grupos de edad de más de 65 años, no así en la población en edad laboral, de los que un 61.9% son varones. (Huete, 2015).

Considerando el "grupo de deficiencia" (término éste poco adecuado y en desuso, como ya vimos, desde planteamientos del Modelo Social de la Discapacidad, pero utilizado en la encuesta del INE), la mayor parte de las personas residentes en Centros o Residencias presentan deficiencias mentales: 160.472, frente a 108.667 con otras deficiencias, según EDAD (2008), aunque la diferencia es menor en los grupos de mayor edad, como muestra la Tabla 1.

**Tabla 1.**  
***Población con Discapacidad residente en centros, por grupo de edad y grupo de deficiencia.***  
***Total personas.***

Grupo	6-64 años	65-79 años	80 y más años	Total
Mentales	40.957	34.619	84.896	160.472
Otras	5.922	24.747	77.998	108.667
Total	46.879	59.366	162.894	269.139

Fuente: Huete, 2015. Datos del INE. (EDAD, 2008)

Su distribución no es homogénea, pues viven en residencias para PCD un 90% de personas con deficiencia mental y solo un 10% de personas con otras deficiencias, como muestra la Tabla 2.

**Tabla 2.**  
***Población con Discapacidad residente en centros para PCD por grupo de deficiencia.***

Grupo	Centro para PCD
Mentales	32.544
Otras	3.325
Total	35.869

Fuente: elaboración propia a partir de Huete, 2015. Datos del INE (EDAD, 2008)

El análisis de las variables sexo y tipo de deficiencia en personas de 6 a 64 años residentes en centros indica que entre las mujeres hay casi dos

puntos menos de deficiencias mentales que en los hombres. En cambio en éstos hay 2.4 puntos más en deficiencias del sistema nervioso y un punto más en deficiencias visuales y en deficiencias osteoarticulares, más allá de los datos de significatividad de estos grupos, que no los conocemos, tal y como puede apreciarse en la Tabla 3.

**Tabla 3.**  
***Población con discapacidad de 6 a 64 años residente en centros, por sexo y tipo de deficiencia. Porcentaje.***

	Varones	Mujeres	Diferencia
Mentales	88.0	86.3	-1.8
Del sistema nervioso	15.6	18.0	2.4
Visuales	6.4	7.4	1.1
Osteoarticulares	4.3	5.7	1.3
De oído	4.3	4.1	-.2
Viscerales	2.9	5.3	2.4
Del lenguaje, habla y voz	1.9	1.4	-.5
Otras deficiencias	.1	.1	.0

Fuente: Huete, Huete 2015. Datos del INE (EDAD, 2008).

### **1.3. La institucionalización**

Mirando atrás, la discapacidad se ha visto asociada a la mendicidad. Cabe mencionar que en la ciudad de Valencia ya existían en la Edad Media cofradías de mendigos ciegos que actuaban entre otras cosas como garantes de cierto nivel de protección social en caso de desgracias: accidentes, enfermedades, enterramiento, viudedad y orfandad. Algunas cofradías además de ayudas monetarias y de medicinas, contaban con hospitales propios. "La de ordenanzas más antiguas -1329- estaba vinculada a la iglesia de la Santísima Cruz de Valencia (hoy Iglesia del Carmen, que formaba parte del Real Monasterio de Nuestra Señora del Carmen, 1281)" (Casado, 2011).

Históricamente la acogida de personas con grandes discapacidades, sin recursos o familiares encargados de su cuidado, en instituciones de tipo benéfico o asilar -habitualmente de carácter religioso- ha sido la práctica más difundida en nuestro país hasta el siglo XX. En el caso concreto de la discapacidad intelectual es pertinente recordar que en Valencia, por iniciativa del fraile mercedario fray Juan Gilabert Jofré se fundó en 1410 el primer hospital de *ignoscents, folls e orats*, que Domingo (1954) traduce de la lengua lemosina a los términos médicos castellanos de mitad del siglo XX como *oligofrénicos, psicóticos y demenciados*. No debemos perder de vista el carácter médico de la institución y no puramente asilar (Domingo y Calatayud, 1959). Vemos que ya desde su momento fundacional, el que fue manicomio de Valencia y durante más de 600 años (hasta el último tercio del siglo XX) acogía a PCD intelectual, siendo un referente histórico universal citado en textos científicos e incluso literarios, por ejemplo, Lope de Vega en su divertida comedia de juventud *Los locos de Valencia* ya describe la vida manicomial que en él se desarrollaba.

Otro valenciano ilustre, Juan Luis Vives, afincado en aquel momento en Brujas, escribe en 1525 *De subventionem pauperum*, en el primero de sus dos libros analiza *el socorro de los pobres* desde una vertiente individual (actitudes y conductas) y en el segundo, desde una aproximación racional, analiza la situación, realizando un diagnóstico que le permite plantear respuestas de acción pública. Además apuesta por que sean las autoridades civiles (no religiosas) las que asuman esas competencias. Los criterios que guíen esos planteamientos deben ser, según él, la autosuficiencia económica mediante el trabajo y medidas regeneradoras (instrucción, integración laboral, rehabilitación profesional y subsidios económicos en caso de salarios muy bajos). En aquellos casos en los que no sea posible tal integración laboral propone: terapia ocupacional, asistencia de mantenimiento y utilización de los hospitales -desinternamiento de

personas asiladas válidas, acogimiento de personas dependientes ambulantes y saneamiento económico- (Casado, 2011).

En Europa, las instituciones residenciales han sido el modo más común de atender las necesidades de alojamiento y asistencia en las necesidades de la vida diaria de las personas con problemas desde principios del siglo diecinueve. Así ha ocurrido también con el colectivo de PCD, recibiendo alojamiento en instituciones durante siglos como respuesta del Estado de Bienestar al riesgo social de dependencia. (Huete, 2015).

El sociólogo canadiense Erwin Goffman en los años 60 definió institución total como “lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1970, p. 13).

En su obra *Internados*, Goffman (1970) clasificaba las instituciones totales en cinco categorías básicas, las dos primeras se refieren a los centros que vamos a abarcar en la presente tesis doctoral:

1. Aquellas residencias o instituciones destinadas al cuidado de personas incapaces e inofensivas, agrupando aquí a personas huérfanas, ancianas, indigentes, PCD sensorial, etc.
2. Las que atienden a personas que no pueden desempeñar su propio cuidado y que son una amenaza social, como aquellas con enfermedades infecciosas, psiquiátricas, lepra, etc.
3. Centros que protegen a la sociedad de quienes representan un peligro para ella, como cárceles, prisiones, campos de concentración.
4. Instituciones destinadas al mejor cumplimiento de una tarea laboral como los cuarteles, barcos, campos de trabajo, mansiones señoriales con personal de servicio interno, etc.

5. Estructuras que pretenden ser un refugio frente al mundo como los conventos, monasterios, abadías...

En el caso de las PCD intelectual, la des-institucionalización se inició tras la Segunda Guerra Mundial, alcanzando gran trascendencia en las décadas de los 60 y 70 del pasado siglo y coincidiendo entre otras cosas con los planteamientos de la anti-psiquiatría, siendo efectivo en España a partir de los 80. El movimiento de la anti-psiquiatría entendía que las instituciones eran deshumanizadoras y dificultaban la integración de las personas en la sociedad.

Actualmente, y sin entrar en consideraciones de otra índole, existe un considerable número de PCD que viven en residencias. Los últimos datos de EDAD indican que en España 3.874.900 PCD viven en hogares y 264.400 en centros residenciales (Jimenez y Huete, 2010), lo que supone un 6.5% de las PCD. De aquéllas residentes en centros, unas 216.000 viven en residencias para personas mayores (80% del total). En Centros para PCD residen unas 35.900 (14%), todas ellas entre 16 y de 65 años. El resto (6%) vive en hospitales psiquiátricos y geriátricos (INE, 2009).

Realizando un cálculo a partir de estas cifras, podemos estimar que en la Comunidad Valenciana, de las aproximadamente 450.000 PCD, unas 29.000 viven en centros (6.5%) y específicamente en residencias para PCD, unas 3.700 personas, aunque nuestro estudio muestra que son 2.208 el número de plazas existentes.

España, Italia, Grecia y Portugal tienen una baja utilización del cuidado institucional, frente al resto de países europeos. Dinamarca, Reino Unido y Países Bajos los que más han desarrollado este sistema, por su parte, Francia, Bélgica, Alemania, Austria, Suecia tienen un desarrollo medio (Bettio y Plantega, 2004).

## 2. Las actitudes

### 2.1. Conceptos. Formación. Modelos teóricos:

Según Corominas (1954, p.30) la palabra actitud deriva del italiano *attitudine* y está documentada por Carducho en nuestra lengua desde 1633, incorporado como término propio de las artes plásticas, para posteriormente extenderse a otras acepciones. La actitud personal podría definirse como una disposición de ánimo, una predisposición manifestada de algún modo, hacia situaciones, circunstancias, personas... Se usa habitualmente en el sentido de "manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar" (Moliner, 1988, p. 46).

Basándose en los trabajos previos sobre el tema, para Rodríguez (1991), la actitud es aquella organización duradera de creencias y cogniciones en general, que tiene una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, predisponiendo a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto, identificando, pues, tres componentes, el cognitivo, afectivo y conductual.

La actitud puede también plantearse como "un juicio evaluativo (bueno o malo) de un objeto. Así, una actitud representa la propensión favorable o negativa de la persona hacia el objeto actitudinal" (Worchel, Cooper, Goethals, Olson, 2003, p.126).

Desde las primeras definiciones del término actitud de Bogardus (1931) o Allport (1935; 1954) como una predisposición a actuar que va acompañada de una carga afectiva (positiva o negativa), la investigación sobre el concepto ha sido un tema importante para la psicología social. Con objeto de mostrar las muchas definiciones y matices que se han planteado en las últimas décadas sobre el concepto "actitud", recogemos un listado de definiciones clásicas con los autores y año en que las formularon. Tabla 4.

**Tabla 4.*****Definiciones clásicas del concepto actitud.***

Referencias	Definición
Bogardus (1931, p.52)	Actitud es una tendencia a actuar a favor o en contra de algún factor ambiental que, por consiguiente, se convierte en un valor positivo o negativo.
Allport (1935, p.10)	Las actitudes son procesos mentales individuales que determinan las respuestas potenciales y reales de cada persona en su mundo social.
Allport (1935, p.810)	Una actitud es un estado mental o neuronal de preparación, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directo o dinámico sobre las respuestas del individuo a cada uno de los objetos y situaciones con los que se relaciona.
Thurstone (1946, p.258)	Actitud es un grado de afecto positivo o negativo asociado con algún objeto psicológico.
Campbell (1950, p. 18)	Actitud es un síndrome de consistencia de respuesta con respecto a un conjunto de objetos sociales
Allport, (1954, p. 451)	Actitud es un estado mental natural de disposición (a responder), organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa y/o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado.
Krech, Crutchfield y Ballachey (1962, p. 177)	Actitud es un sistema duradero de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos emocionales y tendencias de acción a favor o en contra respecto a un objeto social.
Newcomb, Turner y Converse (1965, p. 40)	Actitud es un estado de preparación para la activación motivacional
Fishbein (Ed) (1967, p. 256)	Actitud es una predisposición aprendida a responder a un objeto o clase de objetos de una forma consistente, favorable o desfavorable.
Shaw y Wright (1967, p. 10)	Actitud es un sistema relativamente duradero de reacciones afectivas y evaluativas que se basa y refleja en los conceptos o creencias evaluativas que han sido aprendidas, acerca de las características de un objeto social o una clase de objetos sociales.

Rosnow y Holz (1967)	Actitud es la organización de las creencias, de los sentimientos y de las predisposiciones personales a comportarse de un modo peculiar.
Triandis (1971, p. 2)	Actitud es una idea provista de una carga emocional que predispone a una clase de acciones ante un determinado tipo de situaciones sociales.
Sunners (Ed.) (1978)	Actitud es una disposición fundamental que interviene, junto con otras influencias, en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, las cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación-evitación con respecto a él.
Antonak (1988, p. 109)	La actitud es una idea cargada de emoción que predispone a una clase de acciones en una clase particular de situaciones sociales.
Lambeth (1989, p. 217)	Actitud es una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación a un objeto que tiene componentes o consecuencias cognoscitivas, efectivas y probablemente, comportamentales.
Gleitman (1991)	Las actitudes son posiciones mentales relativamente estables hacia ideas, objetos o personas.
Noe (2002).	Las actitudes son una combinación de creencias y sentimientos que predisponen a una persona a comportarse de una determinada manera
Baron, Byrne, Rodriguez (2005, p. 130)	"Las actitudes pueden ser vistas como reacciones casi automáticas hacia el mundo que nos rodea (...) Parecen operar como esquemas -marcos mentales que nos ayudan a interpretar y procesar muchos tipos de información-. Más aún, ellas matizan fuertemente nuestras percepciones y pensamientos acerca de temas, personas, objetos o grupos a los cuales hacen referencia".

---

Fuente: Adaptado de Arias, Verdugo, Gómez y Arias. (2013)

Del conjunto de estas definiciones podemos ver la actitud, como tendencia o predisposición, estado o proceso mental o posiciones mentales, grado de afectos, emociones hacia algo y en algunas de ellas se vislumbran, con mayor o menor claridad, sus elementos componentes, las creencias o conocimientos, las emociones o sentimientos y las acciones o comportamientos.

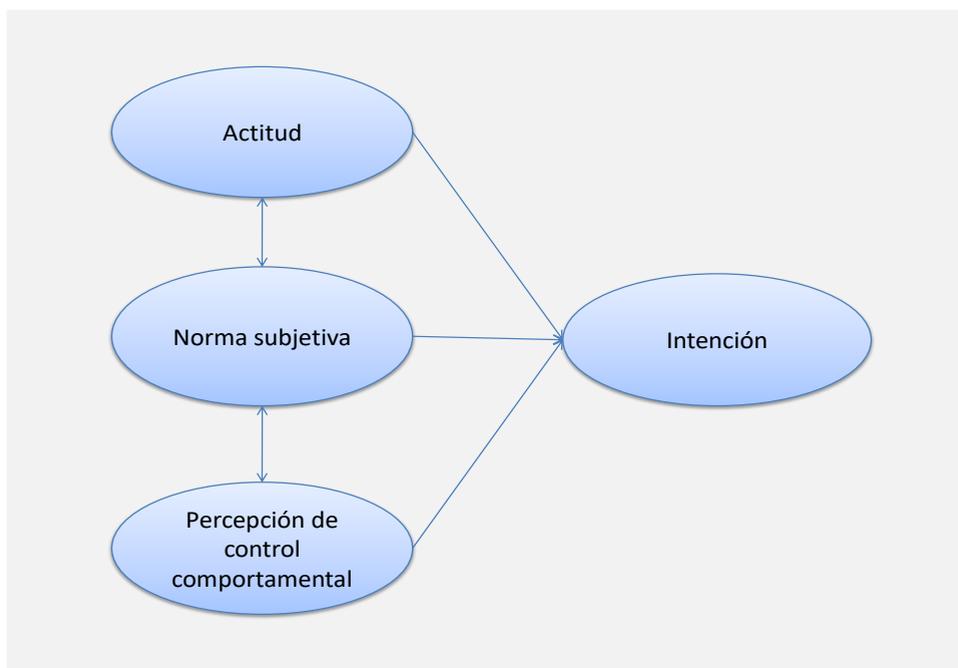
Es especialmente interesante la relación entre actitudes y comportamientos, como dice Ovejero, (1998, p.192): "Si nos ha interesado tanto y nos sigue interesando el tema de las actitudes es por una razón obvia: porque creemos que está muy estrechamente relacionado con las conductas". Pero la idea de que las actitudes influyen en las conductas ha cambiado con el tiempo. En los años 20 del pasado siglo, con los trabajos de Allport se sostenía que la actitud era una predisposición hacia cierto comportamiento en determinadas situaciones sociales, en *La naturaleza del prejuicio* (Allport, 1971, p. 265) señalaba que "la presión cultural crea dificultades para el individuo cuyas actitudes privadas están en discordancia con las del grupo". A finales de los 60 se pensaba que había un débil vínculo entre actitudes y comportamientos. Las restricciones situacionales moderan la relación entre actitudes y conductas. Las actitudes pueden también fortalecerse por su expresión explícita y así convertirse en mejores predictores de la conducta (De Bono y Snyder, 1995).

Existe evidencia que sugiere que las actitudes sí afectan a la conducta, pero la fuerza de esta relación está determinada por diferentes factores (Petty y Krosnick, 1995).

La relación entre actitud y comportamiento fue planteada por Ajzen y Fishbein en su *Teoría de la Acción Razonada* (TAR). Para ellos, básicamente son las actitudes hacia el comportamiento y las normas subjetivas (de

carácter social) las que forjan las intenciones, que determinan de manera causal dicho comportamiento (Ajzen y Fishbein, 1980).

Para poder explicar la toma de decisiones en situaciones complejas, esta teoría fue completada posteriormente al añadir un nuevo elemento explicativo: el grado de control percibido de la conducta. Se matiza su ejecución en función de cómo perciba el sujeto las posibilidades de llevarla a cabo, valorando las dificultades (falta de habilidades y/o competencias del sujeto) y los obstáculos en esa acción (oportunidades, recursos...) por tanto, no únicamente su voluntad (control volitivo incompleto de la conducta). Es la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) (Ajzen, 1991; 2011) Figura 2.



**Figura 2. Teoría de la Conducta Planeada (TCP). Ajzen, 1991**

En cuanto a los componentes de la actitud (Hogg y Vaughan, 2010), desde los años 30 del siglo XX, los psicólogos sociales han propuesto distintos modelos de definición de las actitudes. Para algunos autores como Thurstone, la actitud es el “afecto hacia un objeto psicológico o contra éste” (1931, p. 261). Fishbein y Ajzen (1975) y Petty y Cacciopo (1986) plantean la actitud como un sentimiento general positivo o negativo hacia algo, distinto de las creencias o las conductas. Son los modelos de un componente (afectivo).

A partir de las teorías de Allport, la actitud se entiende como una predisposición implícita de la persona que influye en sus decisiones. "Las actitudes son procesos mentales individuales que determinan las respuestas potenciales y reales de cada persona en su mundo social." (Allport, 1935, p. 10) Son los modelos de dos componentes, (afectivo y conductual).

La actitud es una organización duradera de creencias, sentimientos y tendencias conductuales (componente cognitivo, afectivo y conductual) hacia objetos, eventos...por ejemplo: "Actitud es una idea provista de una carga emocional que predispone a una clase de acciones ante un determinado tipo de situaciones sociales" (Triandis, 1971, p. 2). Son los modelos de tres componentes.

En cuanto a los procesos que subyacen a las actitudes, Eagly y Chaiken (2005) propusieron un modelo que contempla la coexistencia de procesos cognitivos, afectivos y conductuales “De modo consistente con muchos otros teóricos (Zanna y Rempel, 1988), planteamos que las actitudes pueden formarse mediante procesos cognitivos, afectivos o conductuales y que pueden expresarse mediante respuestas cognitivas, afectivas y conductuales. De tal manera que las actitudes pueden tener antecedentes

variados del lado de los insumos y varias consecuencias del lado de los resultados.”(Eagly y Chaiken, 2005, p. 6).

En estos términos el modelo tridimensional de actitudes, es planteado por De Boer:

Una actitud es el punto de vista o la disposición de una persona hacia un "objeto" en particular (otra persona, una cosa, una idea, etc.). Se considera, además, que las actitudes constan de tres componentes; 1) cognitivo, 2) afectivo, 3) comportamiento. El componente cognitivo está formado por las creencias de esa persona o por los conocimientos sobre el "objeto"; los sentimientos sobre el "objeto" se refieren al componente afectivo y, finalmente, con respecto al componente de comportamiento, este refleja la predisposición de una persona a actuar hacia el "objeto" de una manera particular (De Boer, 2012, p.20)

Por tanto, las actitudes tanto en su formación como en su manifestación son una amalgama de componentes cognitivos, afectivos y comportamentales.

## **2.2. Actitudes hacia las PCD**

Las Actitudes hacia las PCD que tenga la población están en la base del éxito de las políticas de inclusión social de las PCD. La información puede transmitirse con mayor o menor éxito, pero el desarrollo de creencias y actitudes adecuadas que posibiliten aquellos comportamientos sociales que favorezcan la inclusión social de las PCD es una empresa más compleja. Resulta de gran importancia que el colectivo profesional que trabaja con PCD posea actitudes positivas hacia ellas, su desempeño profesional no sólo debe permitirlo, sino que debería garantizarlo.

Las principales causas que hay tras unas actitudes negativas hacia la discapacidad (Arias, Verdugo, Gómez y Arias, 2013, p.73) son:

1. El condicionamiento sociocultural basado en normas, expectativas y estándares profundos y arraigados: importancia dada a la integridad física, la belleza, la apariencia personal; también a conceptos como la productividad, el logro personal y la competitividad; el rol de enfermo o de enferma como exento de obligaciones sociales (incluso la medicalización que sufrimos en nuestra sociedad, situando a la persona con discapacidad como «paciente») o su consideración como diferente o amenazante.
2. Las influencias de la niñez por prácticas de crianza e influencias tempranas familiares que forman el sistema de valores.
3. La ambivalencia actitudinal intensifica los sentimientos de culpa, que son reducidos humillando o rebajando la valía de las PCD.
4. Las amenazas a la integridad de la imagen corporal. Algunos factores asociados a la representación mental del propio cuerpo que generen miedos, amenazas ansiedad... favorecen la formación de actitudes negativas hacia las PCD.
5. Situaciones no estructuradas generadoras de ansiedad con reacciones tanto emocionales como intelectuales.
6. La influencia de los factores relacionados con la discapacidad: limitación funcional, gravedad, atribución de posibilidad de contagio, bondad del pronóstico, afectación a la estética corporal, visibilidad o partes del cuerpo afectadas...
7. Castigo por comisión de acciones pecaminosas: asociación de responsabilidad personal o moral con la etiología de la discapacidad.
8. Aversión estética, disgusto o repulsión hacia determinados signos visibles.
9. Comparabilidad con el grupo minoritario. Consideración como grupo marginal y devaluado por el grupo de las personas sin discapacidad.

10. Conductas que inviten al prejuicio. Conductas específicas de las PCD (ser dependientes, buscar ganancias secundarias, actuar de forma insegura) pueden producir prejuicios y favorecer las actitudes negativas en el observador.

Aunque existan algunos trabajos previos, los estudios sobre actitudes de los sujetos sin discapacidad hacia las PCD y sobre la necesidad de modificar las actitudes del primer grupo hacia el segundo, se desarrollaron a partir de la década de los 70 del pasado siglo, aunque frecuentemente se trata de resultados inconsistentes, contradictorios y con carencias metodológicas o deficientes diseños, según la revisión realizada por Santiago, Marrero y Díaz (2003).

Jesús López realizó en 2013 un riguroso análisis de los estudios y revisiones sobre actitudes y discapacidad del que entresacamos los siguientes datos: al autor sitúa las primeras revisiones en la década de los setenta, principalmente trabajos sobre actitudes hacia las PCD y su modificación (trabajos de desensibilización sistemática para modificar actitudes hacia PCD), prejuicio racial, relación entre lenguaje y actitudes, enfermedad mental, actitudes de los educadores hacia alumnos con discapacidad, integración en clases ordinarias. En los años 80 se produce un gran número de publicaciones científicas sobre actitudes y población con discapacidad (estrategias de intervenciones para modificar las actitudes negativas hacia las PCD). "Como consecuencia del incremento de la integración educativa, comienzan a surgir estudios en los que se evalúan las actitudes de estudiantes hacia sus iguales con discapacidad intelectual". Por otro lado, al producirse el proceso de desinstitucionalización de PCDI "surge el interés por analizar los efectos del contacto y la información en las actitudes hacia este colectivo así como la importancia de mejorar las actitudes de la población general hacia la integración de estas personas". También se

trabaja en colectivos de PDF, adultos y en el contexto laboral (prejuicios de empresarios hacia trabajadores con discapacidad).

En la década de los 90 disminuye la producción científica sobre este tema, centrándose sobre todo en costes y calidad de servicios entre otros.

En la primera década del XXI se produce un claro incremento en las publicaciones sobre actitudes y discapacidad, con estudios sobre actitudes hacia enfermedad mental severa, "vida independiente total", derechos de las PCD, así como "estudios sobre actitudes hacia estudiantes con discapacidad en niveles educativos superiores, como reflejo de la creciente diversidad existente a estos niveles". Empieza a introducirse el término inclusión frente al de integración. También se cuestionan los instrumentos de medidas de actitudes por su antigüedad y porque "no cubren algunos aspectos relevantes de nuestra cultura actual" (López, 2013, p.123-131).

Para la evaluación de las Actitudes hacia las PCD se han empleado métodos indirectos y métodos directos. Los métodos indirectos son aquellos en los que el investigador/evaluador interpreta las actitudes del sujeto utilizando distintos métodos a partir de las respuestas de las personas participantes sin conocer que son observados o sin conocer el propósito de la evaluación con el fin de disminuir sesgos. Pueden evaluarse respuestas fisiológicas (electroencefalograma, electromiografía facial), respuestas conductuales, pruebas proyectivas, tiempos de reacción. No se utilizan mucho por ser métodos muy costosos.

Los métodos directos son los que más desarrollo han tenido. Quienes participan conocen que sus actitudes están siendo sometidas a evaluación. Los más habituales en estudios de Actitudes hacia las PCD han sido las escalas de clasificación, también se han empleado listas de comprobación, rankings, cuestionarios de opinión y entrevistas (Arias et al., 2013).

Aunque los cuestionarios han sido y son los métodos más utilizados Verdugo, Jenaro y Arias (1998) y Mampaso (2004), también se realizan estudios sociométricos, estudio de actitudes a través de imágenes, simulación de situaciones, etc.

En la década de los 50 y 60 del siglo XX se desarrollaron escalas de valoración de actitudes hacia discapacidades específicas, especialmente para la ceguera, que fueron adaptadas para estudios en otros tipos de discapacidad, como la sordera, deficiencias mentales o discapacidad física (Verdugo, 1994).

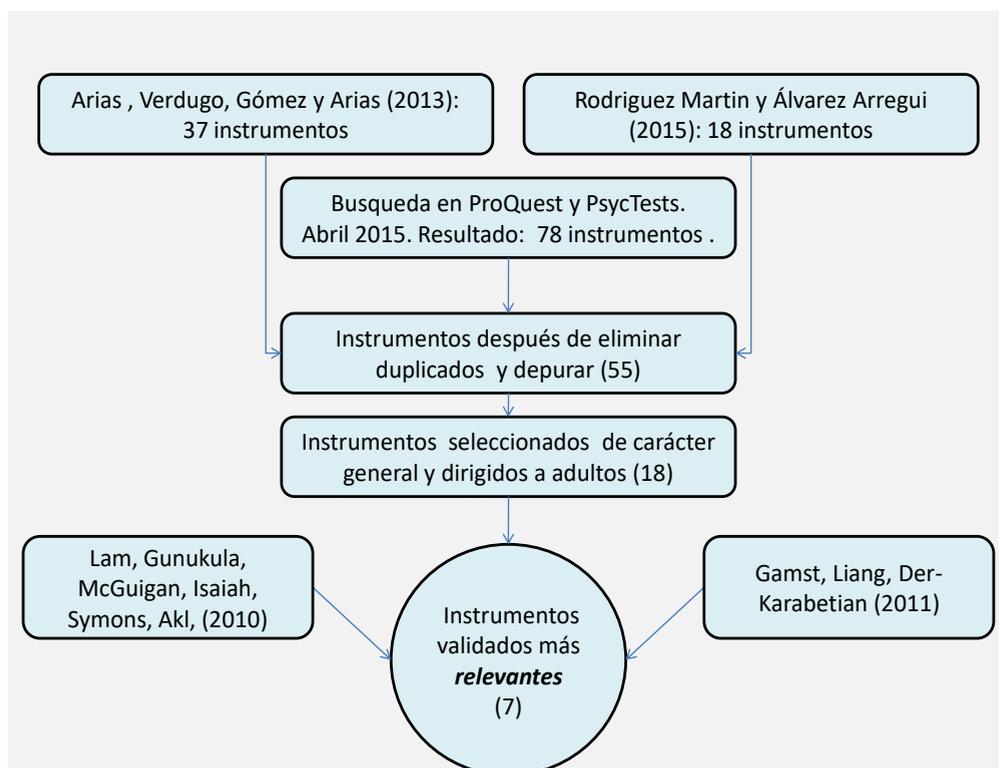
Entre las primeras, Yuker et al. (1960) publicaron la *Attitude Toward Disabled Persons Scale* (ATDP) que ha sido la escala más manejada durante años. Desde entonces se han diseñado muchas escalas de medida de actitudes hacia las PCD, algunas específicas, otras de carácter general y en contextos diversos.

García (2003) recoge las escalas más utilizadas en la medición de actitudes hacia las PCD: las de Siller (1968), Larrievé y Cook (1979), Voelt (1980; 1981), Berryman, Neal y Robinson (1980), Reinods y Greco (1980), Antonack (1981), Schmelkin (1981), Grand, Bernier y Sthomer (1982), Verdugo, Arias y Jenaro (1995) -que es la única creada originalmente en lengua española-.

- 1.- En abril de 2015 realizamos una búsqueda en Proquest Psychology Journals y PsycTests (Figura 3) sobre instrumentos de medida de Actitudes hacia las PCD, obteniendo 78 resultados, aunque la mayoría se centraban en aspectos concretos o consecuencias de las Actitudes hacia las PCD (participación social, apariencia e integración, educación inclusiva...), o bien en distintos tipos de discapacidad (motora, ceguera, mental, epilepsia, trastornos del

desarrollo, colon irritable, tartamudeo...), o en contextos determinados (actitudes del profesorado hacia el alumnado con discapacidad, actitudes de la población infantil hacia la epilepsia...).

- 2.- Utilizamos, por otro lado, las revisiones de Arias, Verdugo, Gómez y Arias (2013) y de Rodríguez-Martín y Álvarez-Arregui (2015), que recogen 37 y 18 instrumentos respectivamente, obtuvimos en total 123 resultados.
- 3.- Se eliminaron los duplicados y se depuraron los resultados, pues algunos no se ajustaban realmente al motivo de nuestro trabajo, obteniéndose 55 registros, de ellos, solamente 18 estaban dirigidos a discapacidad en general y para población adulta (Tabla 5).
- 4.- Analizando estos resultados basándonos en la información de Lam, Gunukula, McGuigan, Isaiah, Symons, Akl, (2010) y Gamst, Liang, Der-Karabetian (2011), seleccionamos solamente los 7 instrumentos validados más utilizados, realizando una tabla que recoge sus características principales (Tabla 6). Se ha subsanado el sesgo hacia el mundo académico de habla inglesa, reconocido por Lam et al. (2010), al incluir en el análisis los instrumentos de valoración creados en España.



**Figura 3. Búsqueda y selección instrumento de medida de actitudes**

En la Tabla 5 aparecen los cuestionarios ordenados cronológicamente y además de la denominación del instrumento, su autor y año, recoge también el tipo de restricciones o peculiaridades del mismo: actitudes hacia PCD física, o con discapacidad intelectual, o con discapacidad mental, o con ceguera, o con sordera, para aplicar en un contexto educativo, etc. En negrita resaltamos los más importantes, sobre los que realizaremos un segundo análisis.

**Tabla 5.**  
***Instrumentos de medida de las Actitudes hacia las PCD.***

	<i>Instrumento</i>	<i>Autor/es</i>	<i>Contexto</i>	<i>Año</i>
1	CMI Custodial Mental Illness Ideology	Gilbert y Levinson	Mental	1956
2	AB Attitudes toward Blindness	Cowen, Underberg y Virillo	Ceguera	1958
3	OMI Opinions about Mental Illness	Cohen y Struening	Mental	1959 1960
4	AMRP Attitudes toward People with Mental Retardation	Bartlett, Quay y Wrightsman Jr.	Intelectual	1960
5	<b>ATDP Attitude toward Disabled People Scale</b>	<b>Yuker, Block y Campbell</b>	<b>PCD</b>	<b>1960</b>
6	CMI Conception of Mental Illness	Nunnally	Mental	1961
7	AD Attitudes toward Deafness	Cowen, Underberg y Virillo	Sordera	1967
8	ATR Attitudes Toward the Retarded	Efron y Efron	Intelectual	1967
9	<b>DFS Disability Factor Scale-General</b>	<b>Siller</b>	<b>PCD</b>	<b>1967</b>
10	DSDS Disability Social Distance Scale	Tringo	Distancia social	1970
11	MRAI Mental Retardation Attitude Inventory	Harth	Intelectual	1971
12	ATHI Attitudes toward Handicapped Individuals	Lazar Adaptacion ATD Yuker (disabled vs handicapped)	PCD	1971
13	ABS (Attitudes Blindness Scale)	Marsh y Friedman	Ceguera	1972
14	RGEPS Rucker y Gable Educational Programming Scale	Rucker y Gable	Educación	1974
15	MASMR Multidimensional Attitude Scale on Mental Retardation	Harth	Intelectual	1974
16	MRQ	Gann, Tymchuk y Nishihara	Intelectual	1977
17	<b>SADP Scale of Attitudes toward Disabled Persons</b>	<b>Antonak</b>	<b>PCD</b>	<b>1979 1981</b>
18	ATM Attitude Toward Mainstreaming	Larriee y Cook	Integración	1979
19	ATMS Attitudes toward Mainstreaming Scale	Berryman y Neal	Integración	1980
22	CADS	Kiertsch, Hanson y DuHous	PCD	1980
21	SCATE	Miller et al.	PCD	1980
22	EAS Educational Attitude Survey	Reynolds y Greco	Educación	1980
23	A-S The Acceptance Scale	Voeltz	Aceptación	1980
24	ATPE Attitude Toward Persons with Epilepsy	Antonak y Rankin	Epilepsia	1981 1982

25	PATHS Peer Attitudes Toward the Handicapped Scale	Bagley y Greene	Visual	1981
26	PCS	Horne		1981
27	MO Mainstreaming Opinionnaire	Schmelkin	PCD	1981
28	ATDS Attitude toward Treatment of Disabled Students	Fonosch y Schwab	Educación	1981
29	DSRS Disability Social Relationship Scale	Grand, Bernier y Strohmer	Social	1982
30	CATDP	Lidsley y Frith	PCD	1983
31	DSATHS Dental Studens Attitudes towar the Handicapped Scale	Lee ySonie	Educación	1983
32	PAS	Towfighy-Hoshyar y Zingle	Integración	1984
33	ATDS Attitudes toward disablement scale	Antonak	PCD	1985
34	PSSHP Primary Student Survey of Handicapped Persons.	Esposito y Peach	Escolar	1986
35	STJCBAS The St. Joseph Curriculum-Based Attitude Scale	Fielder y Simpson	Escolar	1987
36	Escala de contacto con personas discapacitadas (CDP)	Yuker y Hurley	Contacto PCD	1987
37	<b>EAPD Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad</b>	<b>Verdugo, Jenaro y Arias</b>	<b>PCD</b>	<b>1994</b>
38	AIES Attitudes toward Inclusive Education Scale	Wilczenski	Escolar	1992
39	<b>IDP Interaction with Disabled Persons</b>	<b>Gething y Gething</b>	<b>PCD</b>	<b>1992</b>
40	CSEQ College Student Experiences Questionnaire	Pace y Kuh	Escolar	1998
41	Cuestionario de Actitud y Conocimiento de ACDH y LD	Brook, Waternberg y Geva	TDAH	2000
42	MDA Multidimensional disability attitudes	Upton y Harper	PCD	2002
43	CIES Concerns about Inclusive Education Scale	Sharma y Desai	Escolar	2003
44	APD Actitudes hacia las Personas con Discapacidad	Arias, Verdugo y Morentin	PCD	2004
45	Escala de Actitudes hacia la igualdad de derechos de personas con discapacidad	Drasi, Vilchinsky y Findler	Derechos	2004
46	DSRGD Disability Social Relations Generalized Disability Scale	Hergenrather y Rhodes	Social	2007
47	<b>QADS Questions about Disability Survey</b>	<b>Graf,Blankenship, Sanchez y Carlson</b>	<b>Encuesta de discapacidad</b>	<b>2007</b>

48	<b>MAS PD Multidimensional Attitudes Scale toward Persons with Disabilities</b>	<b>Findler, Vilchinsk y Werner</b>	<b>PCD</b>	<b>2007</b>
49	Escala de actitudes de los docentes hacia estudiantes con discapacidad	Cook, Cameron y Tankersley	Escolar	2007
50	Cuestionario de discapacidad percibida para evaluar creencias respecto a autonomía/discapacidad en diferentes situaciones	Innamorati	Discapacidad percibida	2008
51	ADS Attitudes to disability scale	Power, Green y WHOQOL-DIS Group	Física /Intelectual	2010
52	Cuestionario de información y actitudes hacia la epilepsia	Degirmenci, Karaman y Baker	Epilepsia	2010
53	Escala de prejuicios	Cohrs, Kämpfe-Hargrave y Riemann	Prejuicios	2012
54	Cuestionario de conocimiento y de actitud hacia la epilepsia (KATE)	Saengsuwan, Laohasiriwong, Boonyaleepan, Sawanyawisuth, Tiamkao	Epilepsia	2012
55	Escala de actitudes multidimensional hacia las personas con discapacidad (Versión española de la MAS)	Flores, Almaz, Perrin, Rivera, Olivera, Arango-Lasprilla	PCD	2013

Fuente: Elaboración propia, a partir de Rodríguez-Martín y Álvarez-Arregui 2015 y Arias, Verdugo, Gómez y Arias 2013

Como hemos apuntado más arriba, en su revisión sistemática de las escalas de medición de Actitudes hacia las PCD Lam et al. (2010) recogen los instrumentos validados y no validados a nivel internacional, aunque ellos mismos reconocen un sesgo hacia el mundo académico de habla inglesa. Por otro lado, inscrita en un marco más amplio, hay que destacar también la publicación de 2011, *Handbook of Multicultural Measures*, que incluye un extenso capítulo en el que se analizan comparativamente las principales herramientas de valoración de las Actitudes hacia las PCD (Gamst, Liang y Der-Karabetian, 2011).

Centrándonos exclusivamente en los principales instrumentos de medición de las Actitudes hacia las PCD en general, no de aspectos específicos (intelectual, sensorial, motora...), y para población general (no estudiantes, personal sanitario, profesores...), la Tabla 6 muestra los instrumentos más utilizados, una breve descripción y algunos datos psicométricos de los mismos.

**Tabla 6.*****Instrumentos de medida de Actitudes hacia las PCD en general.***

Instrumento	Autor/Año	Descripción	Validación
Attitudes Towards Disabled People (ATDP)	Yuker 1960	Tres formas: O (original; 20 ítems), A y B (2 intentos de mejorar la forma O; 30 ítems)	-Fiabilidad test-retest: coeficiente de correlación: (.66-.89) (Yuker 1970), (.67 a .70) (Yuker y Block 1986)(forma O); (.78) (Yuker 1970), (.74 a .91) (Yuker y Block 1986) (Forma A); (Desde .71 hasta .83) (Yuker 1970), (.83 hasta .85) (Yuker y Block 1986) (Forma B).
Concepto: actitudes hacia PCD		Dominios: Características Tratamiento	-Consistencia interna: alfa de Cronbach (.79) (Tervo, Palmer et al., 2004) (.76) (Yuker y Block 1986) (Forma O); (.78) (Chan, Lee et al., 2002), (.86) (Chan, Lee et al., 2002), (.90) (Lee, Paterson et al., 1994), y (.83 a .85) (Yuker y Block 1986 ) (Forma A); (Desde .79 hasta .89) (Yuker y Block 1986) (Forma B).
Población objetivo: población general		Método de puntuación: Escala Likert de 6 puntos; -3 (me desagrada mucho) hasta +3 (me gusta mucho)	-Coeficiente de fiabilidad en dos mitades: (Yuker 1970) (.75 a .85) (Yuker 1970; Yuker y Block 1986) (Forma O); (.73 a .89) (Yuker 1970), (desde .72 hasta .91) (Yuker y Block 1986) (Forma A); (.72 a .87) (Yuker 1970; Yuker y Block 1986) (Forma B)
Idioma: árabe, danés, inglés, francés, alemán, griego, hebreo, italiano, japonés, mandarín, portugués, ruso		Método de administración: autoadministrado	La validez de contenido (revisión de la literatura general y análisis artículo) (Formas A, B, O) (Yuker 1970) Relacionadas con el criterio y validez de constructo (correlacionando las puntuaciones ATDP con características de personalidad, comportamiento, autoconcepto y prejuicio) (Formas A, B, O) (Yuker 1970)
Scale of Attitudes Toward Disabled Persons (SADP)	Antonak 1981	Dominios (24 ítems): -Optimismo / Derechos Humanos -Comportamiento Conceptos erróneos -Pesimismo / Desesperanza	-Fiabilidad test-retest: Spearman-Brown coeficiente corregido (.81, .85) (Antonak 1988) Spearman-Brown coeficiente corregido por subescalas: .71, .55, y .61, respectivamente (Antonak 1988)
Concepto: Actitudes hacia las PCD		Método de puntuación: 144 puntos escala Likert; 0 (muy negativa) a 144 (muy positivo)	-Consistencia interna: alfa de Cronbach (.88, .91) (Antonak 1988)
Población objetivo: población general		Método de Administración: auto-administrado	Alfa de Cronbach para las subescalas: .81, .77 y .82 respectivamente (Antonak 1981) Informado como con validez de contenido (Antonak 1981)

<p>Interaction with Disabled Persons (IDP)</p> <p>Concepto: actitudes hacia PCD Población objetivo: Población general Idioma: croata, inglés, francés, alemán. polaco, urdu</p>	<p>Gething y Gething 1992</p>	<p>Dominios (20 elementos con 3 elementos de carga en 6 factores):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Malestar en la interacción social (6)</li> <li>-Hacer frente / sucumbir en el trabajo (4)</li> <li>-Nivel de percepción de la información (5)</li> <li>-Vulnerabilidad (2)</li> <li>-Afrontamiento (2)</li> <li>-Vulnerabilidad (2)</li> </ul> <p>Método de puntuación: escala de 6 puntos Método de Administración: auto-administrado</p>	<p>Coeficiente de fiabilidad test-retest: (.51, .82) (Gething y Gething 1992)</p> <p>Consistencia interna: alfa de Cronbach (.74, .86) (Gething y Gething 1992)</p> <p>Validación Internacional: coeficientes alfa de Cronbach (moderado a alto) que indican que la escala IDP es una medida sensible para discriminar entre los encuestados en 9 países (Gething y Gething 1992)</p>
<p>Disability Factor Scales (DFS)</p> <p>Concepto: Población objetivo: Idiomas: inglés, hebreo, italiano</p>	<p>Siller 1967</p>	<p>7 factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tensiones en la interacción;</li> <li>-Rechazo a la intimidad;</li> <li>-Rechazo generalizado;</li> <li>-Virtuosidad autoritaria (orientación claramente a favor de las PCD, enraizado en un contexto de autoritarismo. (Verdugo, Arias y Jenaro 1994);</li> <li>-Consecuencias emocionales inferidas;</li> <li>-Identificación por distress;</li> <li>-Limitaciones funcionales (Siller 1969; Siller, Ferguson, Vann y Holland, 1967)</li> </ul> <p>4 factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Virtuosidad autoritaria;</li> <li>-Identificación por distress;</li> <li>-Consecuencias emocionales inferidas;</li> <li>-Factor de problemas relacionales que engloba tres de los factores previos. (Kohler y Graves, 1973; Livneh, 1985)</li> </ul>	<p>Alfa Cronbach entre .73 y .87 en las distintas subescalas (Antonak y Livneh 1988); (Rousy y Klockars, 1988) entre .64 y .93; (Weisel et al., 1988) entre .56 y .81.</p> <p>Validez convergente con ATDP (Yuker 1960)</p>

<p>Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad (EAPD)</p> <p>Concepto: actitudes hacia PCD Población objetivo : población general idioma: español</p>	<p>Verdugo, Jenaro, Arias. 1995</p>	<p>Forma: 37 ítems Escala tipo lickert, con 6 valores posibles: entre "muy de acuerdo"y "muy en desacuerdo". Análisis factorial muestra cinco factores: -Valoración de capacidades y limitaciones (10 ítems) -Reconocimiento/Negación de derechos (11 ítems) -Implicación Personal (7 ítems) -Calificación Genérica (5 ítems) -Asunción de Roles (4 ítems)</p>	<p>Los autores estimaron la fiabilidad global de la escala mediante tres métodos diferentes: Coeficiente alfa de Cronbach, dirigido a evaluar el grado de consistencia interna; el método de división en mitades, para evaluar qué punto de ambas mitades de la escala compuestas por ítems seleccionados aleatoriamente miden un único constructo y el método lambda de Guttman para examinar el nivel de fiabilidad que tendría la escala completa si se dividiese en dos partes y se combinasen a continuación. Alfa de Cronbach (.92)</p>
<p>Questions About Disability Survey (QADS)</p> <p>Concepto: actitudes hacia PCD Población objetivo : población general idioma: Inglés</p>	<p>Graf, Blankenship, Sanchez y Carlson 2007</p>	<p>El análisis factorial identificó cinco factores que explicaron el 49% de la varianza: Castigo divino (17 ítems); Cuestiones, asuntos sociales-Externos (10 ítems); Expectativas (12 ítems); Compasión (8 ítems); Cuestiones, asuntos sociales internos (4 ítems).Escala con 51 ítems tipo lickert de 5 puntos (siempre-nunca)</p>	<p>Diseñado y utilizado en población mejicana/americana</p>
<p>Multidimensional Attitude Scale toward persons with Disabilities (MAS)</p> <p>Concepto: actitudes hacia PCD Población objetivo Idiomas: inglés, español. (Flores, Almaz, Perrin, Rivera, Olivera, Arango-Lasprilla. 2013)</p>	<p>Finder, Vilchinsky, Werner 2007</p>	<p>Forma: 34 ítems. (3 subescalas: -Afectos (16 ítems); -Cogniciones (10 ítems); -Comportamientos (8 ítems)</p> <p>Ante una situación o escena que se describe, hay que identificar los afectos, cogniciones y comportamientos que nos produce.</p>	<p>Alfa de Cronbach: (.90)(afectos) (.88)(cogniciones) (.83)(comportamiento)</p> <p>Versión española: Alta consistencia interna para la escala global (.77, .78) y para las 4 subescalas resultantes: Afectos (.88, .87), Cognición (.92, .90), Comportamiento (.88, .88), y Calma (.90, .89).</p>

Fuente: Elaboración propia, a partir de Lam et al., 2010; Gamst, Liang, y Der-Karabetian 2011; Verdugo, Arias y Jenaro 1994

La ATDP de Yuker et al (1960), es la escala más utilizada, y también la que ha sido traducida a más idiomas (árabe, danés, inglés, francés, alemán, griego, hebreo, italiano, japonés, mandarín, portugués, ruso) y la más contrastada, con sobrada validez (Verdugo, 1994; Lam, 2010; Gamst et al, 2011). Se trata de una escala que emplea un método unidimensional de puntuación para cuantificar las actitudes (Findler, Vilchinsky, Werner, 2007).

Antonak (1982) cuestionó la idoneidad de su empleo, por los cambios sociales que se han producido, así como por su carácter unidimensional, detectando además debilidades en su análisis psicométrico.

Posteriormente, los estudios de composición factorial llevados a cabo por Livneh (1982) identificaron cuatro factores:

- Afrontamiento/Desvalimiento o capacidad de la PCD para hacer frente o no a su problema o limitación.
- Necesidad/Satisfacción emocional o percepción de la PCD como desajustada individual y socialmente, falta de afecto, de reconocimiento y simpatía.
- Sensibilidad/Autoconciencia o percepción de la PCD como diferente y con afectación psicológica por su limitación.
- Moralidad inferida o consideración de la PCD como tan entusiasta y consciente como los demás.

Para Livneh (1982) los factores son ambiguos y la escala ATDP no da respuesta a la multidimensionalidad de las actitudes hacia las PCD.

Con todo, siendo la ATDP de Yuker et al. (1960) el instrumento más utilizado, probado con éxito en más contextos culturales e idiomáticos que ningún otro y que, pese a las limitaciones que se han planteado a lo largo de los años sigue siendo empleado ampliamente en la actualidad, creemos adecuado su uso en nuestra investigación.

No deja de llamar la atención el hecho de que esta escala no se haya traducido al castellano (a excepción del trabajo de Verdugo et al. (1994) ni haya sido validada en nuestro país, por lo que su validación en español es un reto de la presente tesis doctoral.

### 3. El síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)

#### 3.1. Concepto de SQT

El término "burnout" se popularizó por primera vez durante la década de 1970 (Maslach y Leyter 2017), aunque en el mundo de la literatura, se habían descrito personajes en situaciones similares. Con frecuencia se señala a Thomas Mann que en 1901 escribió *The Buddenbrooks*, novela en la que relata la decadencia de una familia, con un personaje, el senador Buddenbrook, que mostraba un cuadro de agotamiento físico y desgaste similar al definido como síndrome de burnout (Mann 1901).

Quizás el ejemplo más claro es la novela de Graham Greene *A Burnt-Out Case* escrita en 1961, en el que un arquitecto desilusionado y atormentado en lo espiritual, renuncia a su trabajo para refugiarse en la jungla africana (Greene, 1961. citado en Quiceno y Vinaccia 2007).

Otra referencia frecuente en el contexto de la literatura es la obra del húngaro Milan Kundera de 1984 *La insoportable levedad del ser* que nos presenta a Tomás, cirujano del sistema público de salud, que se desmotiva y pierde la autoestima llegando a sentir rechazo a su profesión, deseando trabajar en la sanidad privada para ganar prestigio y dinero. (Kundera, 1984). En algunos países se utiliza el término *Enfermedad de Tomás* para referirse al burnout.

El SQT o *burnout* es un síndrome psicológico (no una enfermedad mental) que se produce a causa de una respuesta prolongada al estrés en el lugar de trabajo (Maslach, 2003, p. 189). Es un "proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico y, por tanto, es un fenómeno que está vinculado a la aparición de riesgos psicosociales en el trabajo" (Gil-Monte, 2005, p. 20).

Es un fenómeno subjetivo y de carácter negativo en el que entran en juego tanto cogniciones, emociones y actitudes (negativas) hacia las demás personas en el trabajo, principalmente el grupo de usuarios/as o clientes (Gil-Monte, 2005). Esta respuesta se caracteriza por: a) un deterioro a nivel cognitivo de la persona, consistente en pérdida de la ilusión por el trabajo; b) un deterioro afectivo, caracterizado por un agotamiento emocional y físico y; c) la aparición de actitudes y conductas negativas hacia otras personas y en especial hacia la organización, en forma de comportamientos de indiferencia, frialdad, distancia y, en ocasiones, agresividad, desencanto profesional, entre otros. A veces, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa (Gil-Monte, 2005).

El MBI (Maslach y Jackson, 1986) mide el burnout a través de tres componentes: agotamiento o cansancio emocional (el o la profesional no puede dar más de sí en lo emocional y en lo afectivo), despersonalización (desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia los usuarios y usuarias) y baja realización personal en el trabajo (autoevaluación negativa de la realización del propio trabajo, nada puede cambiarse o no vale la pena intentarlo). Hablamos de burnout ante puntuaciones altas en los dos primeros componentes y bajas en el tercero.

Aunque el SQT puede darse en diferentes colectivos profesionales, el mayor número de casos y las más importantes repercusiones según la mayoría de los estudios, se produce entre profesionales de ayuda o del sector servicios, lo que acarrea consecuencias sociales severas (Gil-Monte, 2005). Trabajadoras y trabajadores de asistencia sanitaria, servicios sociales, salud mental, derecho penal, educación, son colectivos profesionales vulnerables (Olivares et al. 2009). Las cuidadoras y cuidadores profesionales en residencias, en concreto, obtienen altas puntuaciones en las dimensiones que definen el SQT (Martínez et al. 2014). En una investigación realizada en residencias de Murcia y Barcelona

(Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro, 2011), considerando los síntomas del SQT, estiman que alrededor de un 13% de ese colectivo profesional presentan niveles elevados de agotamiento personal, casi el 55% puntúan alto en despersonalización y un 10% en baja realización personal en el trabajo.

Algunos estudios plantean que el grupo profesional, por ejemplo, que brinda apoyo a PCD de tipo intelectual añade a los posibles problemas y preocupaciones habituales con la organización, y con colegas de profesión (comunes con demás profesionales), las dificultades que supone el comportamiento a veces difícil de gestionar de algunos/as clientes (Mutkins, Brown y Thorsteinsson, 2011). Estimaciones de prevalencia de SQT en monitoras y monitores de taller para PCD llevadas a cabo en una muestra de 154 profesionales (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Nuñez-Román, 2005), informan que casi el 12% de este grupo puede categorizarse como de alto riesgo (esto es, precisan intervención de especialistas).

Los estudios de Hatton et al. (1999), muestran que hasta un tercio del personal de apoyo presenta niveles de estrés indicativos de problemas de salud mental, según recoge Mutkins et al.(2011). No hay que perder de vista que "el SQT puede llegar a contagiarse (por ejemplo mediante procesos de aprendizaje social o por cualquier mecanismo de influencia social" (Gil-Monte, 2005, p. 21). Además, la estrecha convivencia de este colectivo profesional y su importante número puede favorecer ese tipo de fenómenos de contagio. La magnitud del problema del SQT puede acarrear importantes repercusiones sociales y laborales en el sector, pudiendo repercutir en la calidad de los cuidados ofrecidos, por lo que es importante prestar atención a estos aspectos.

### **3.2. Modelos sobre el proceso SQT**

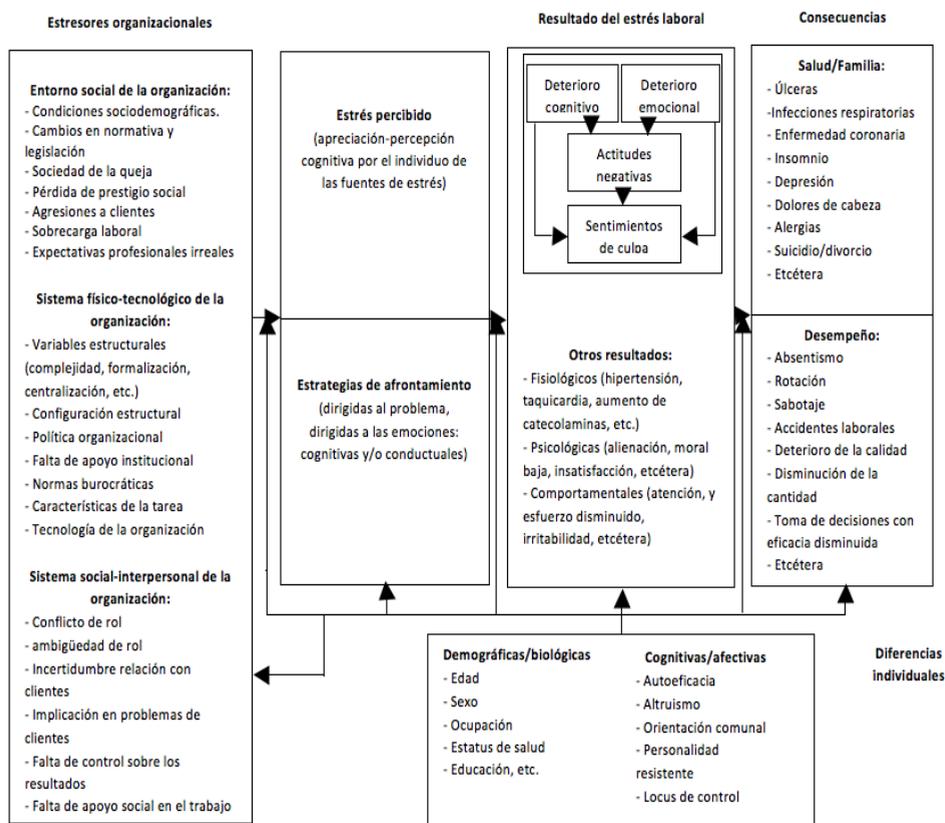
El estudio del SQT comenzó en los años 70 del siglo XX. Herbert Freudenberger (1975) estableció el término burnout estudiando a

voluntarios y voluntarias que trabajaban en un centro de tratamiento a drogodependientes. Desde entonces hasta el momento actual, su estudio ha llevado a aquellas personas que investigan el tema a confeccionar distintos modelos teóricos que permitan explicar, comprender y predecir el origen y las consecuencias del síndrome. Siguiendo la revisión realizada por Gil-Monte (2005) existen diferentes modelos:

1. Modelo tridimensional del MBI-HSS: a partir de las tres dimensiones (aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales) del clásico cuestionario para evaluar el SQT, el MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*) varios autores y autoras han planteado modelos explicativos del burnout, que han sido contrastados empíricamente. En 1982, Maslach señala para el SQT la secuencia: agotamiento emocional-despersonalización-baja realización personal en el trabajo. A mediados de los 80, Golemwiebski, Munzenrider y Stevenson plantean en su modelo que el proceso pasa de despersonalización a baja realización personal en el trabajo, concluyendo con sentimientos de agotamiento emocional. En 1993, Leiter propone el "agotamiento emocional" como un síntoma antecedente de despersonalización, pero "realización personal en el trabajo" no tiene relación causal con los otros dos. En 1994, Gil-Monte elaboró un modelo que sustentaba teóricamente las relaciones entre los síntomas del SQT, a partir de los modelos clásicos de estrés y de estrés laboral. En él se integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales.
2. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980): Edelwich y Brodsky proponen un modelo de cuatro fases que va atravesando la persona desde su inicio en la actividad laboral. Primero, una fase de entusiasmo

- (expectativas irreales). La segunda fase es de estancamiento: el/la profesional realiza su trabajo, pero su atención no se centra en él sino en intereses personales (aficiones). La tercera fase es de frustración, reflexionando sobre el sentido de ayudar a los demás cuando no colaboran, sobre los problemas burocráticos de la organización. La cuarta fase es la de apatía, que funciona como mecanismo de defensa frente a la frustración. Los/las profesionales en esta fase se implican al mínimo en la organización y en la atención, para compensar la ausencia de satisfacción. Es un proceso de carácter cíclico que puede repetirse a lo largo de la vida laboral del sujeto.
3. Modelo de Price y Murphy (1984): está planteado de manera similar al proceso de duelo, por las pérdidas que se producen a nivel personal (ilusión), interpersonal (relaciones positivas) e institucional (trabajadores competentes). Del mismo modo que en el proceso de duelo, estos/as trabajadores/as atraviesan seis fases sintomáticas: desorientación, labilidad emocional, culpa, soledad y tristeza, solicitud de ayuda, y equilibrio.
  4. Modelo de Gil-Monte (2005): propone un modelo teórico que integra los antecedentes y consecuentes del SQT y que permite facilitar el diagnóstico y la intervención profesional. (Figura 4). Comprende varios elementos: entre los antecedentes o estresores de la organización, recoge los del entorno social de la organización -propios de la sociedad en la que se desarrolla- (socio-demográficos, normativos, expectativas laborales...), los del sistema físico-tecnológico de la organización (estructurales, burocráticos, tecnológicos...) y del sistema social-interpersonal de la organización (conflicto o ambigüedad de rol, conflictos interpersonales, falta de apoyo social en el trabajo...). Aquellas

organizaciones diseñadas u organizadas para prevenir esas fuentes de estrés, tendrán profesionales con menos SQT. Además, el modelo contempla las estrategias de afrontamiento del estrés, de carácter personal, sobre las que se puede influir para prevenir el mismo mediante entrenamiento (resolución de problemas, asertividad...). Otro elemento del modelo es el resultado del estrés laboral crónico: el SQT, cuyos elementos definitorios serán el deterioro cognitivo, el deterioro emocional y el desarrollo de actitudes negativas; llevando todo ello a un sentimiento de culpa. Se acompaña de alteraciones fisiológicas, psicológicas y comportamentales. Estos resultados del estrés crónico lejos de quedar aislados, conducen a una serie de consecuencias sobre la salud del individuo, sobre su vida familiar y sobre el desempeño profesional. Completa el modelo el bloque de las diferencias individuales de tipo demográfico (edad, sexo, estatus, educación...) o cognitivo-afectivas (autoeficacia, altruismo, locus de control...) que intervienen en la dinámica del SQT, como elementos favorecedores o protectores.



**Figura 4. Modelo teórico sobre SQT. (Gil-Monte, 2005) (Fuente: Gil -Monte 2005)**

### 3.3. Instrumentos de estimación psicométrica del SQT

El desarrollo de instrumentos de evaluación psicométrica del SQT surgió con los primeros trabajos sobre el tema en la década de los 70 y 80 del siglo XX, siendo el cuestionario la herramienta más utilizada frente a otros métodos como la observación clínica, la entrevista estructurada o las técnicas proyectivas (Gil-Monte, 2005).

A lo largo de las últimas 4 décadas se han creado cuestionarios para tal fin. Revisando la literatura sobre instrumentos de medida del burnout, (Blasco,

2016; Fidalgo, 2005) y para dar una idea de la gran cantidad de investigación que genera el tema, hemos confeccionado la siguiente tabla con los más utilizados, la mayoría en el mundo anglosajón, Tabla 7.

**Tabla 7.**  
**Principales instrumentos de valoración del SQT.**

Nº	INSTRUMENTO	AUTOR/AÑO
1	Maslach Bournout Inventory (MBI)	Maslach y Jackson (1981)
2	Tedium Measure (TM)	Pines, Aronson y Kafry (1981)
3	Staff Burnout Scale (SBS)	Jones (1980)
4	Indicadores de Burnout	Gillespie (1979 y 1980)
5	Nursing Stress Scale (NSS)	Gray Toft y Anderson (1981)
6	Emener Luck Burnout Scale (ELBOS)	Emener, Luck y Gohs (1982)
7	Job <i>Burnout</i> Inventory (JBI)	Ford, Murphy y Edwards (1983)
8	Meier <i>Burnout</i> Assesment (M.B.A.)	Meier (1983)
9	Teacher Attitude Scale (TAS)	Farber (1984)
10	Teacher Stress Inventory (TSI)	Fimian (1984)
11	McDermott <i>Burnout</i> Inventory	McDermott (1984)
12	Burnout Scale (BS)	Kremer y Hofman (1985)
13	Medical Personnel Stress Survey (MPSS)	Hammer, Jones, Lyons, Sixmith y Afficiando, (1985)
14	Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
15	<i>Burnout</i> Index (BI)	Shirom, (1986)
16	Energy Depletion Index (EDI)	Garden (1987)
17	Teacher's World Scale	Friedman y Lotan (1987)
18	Psychologist's <i>Burnout</i> Inventory (PBI)	Ackerley, Burnell, Holder y Kurdel (1988)
19	Human Services Inventory	Whitehead (1989)
20	Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE)	Matthews (1990)
21	Burnout Inventory for Health and Mental Health Practitioners	Tout y Shama (1990)
22	Escala de Variables Predictoras del Burnout (EVPB)	Aveni y Albani (1992)
23	Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB)	García Izquierdo (1990)
24	Generalized Work Distress Scale (GWDS)	Flowers, Booraem y Schwartz (1992)
25	Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP)	Moreno y Oliver (1993)
26	Holland Burnout Assessment Survey (HBAS)	Holland y Michael (1993)
27	Rome Burnout Inventory (RBI)	Venturi, Rizzo, Porcus y Pancheri (1994)
28	Escala de Burnout de Directores de Colegio	Friedman (1995)
29	Tedium Occupational (TO)	Corcoran (1995)
30	Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)	Gil-Monte (2005)

En España también se han desarrollado algunos instrumentos, para subsanar problemas en la adaptación de los anglosajones. Entre ellos,

Cuestionario de Efectos Psíquicos del Burnout (García, 1995). Por otro lado, hay que mencionar también el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles (1997) y otras adaptaciones del MBI-HSS.

Sin lugar a dudas el MBI es el instrumento que más se ha utilizado para evaluar y diagnosticar el SQT en todo el mundo, demostrando ser válido y fiable, aunque debe ser aplicado con cautela fuera del ámbito estadounidense (Gil-Monte 2005).

En la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO) de la Universidad de Valencia se construyó originariamente el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) (Gil-Monte, 2005), para su uso en profesionales de la salud y en profesionales que trabajan con PCD, extendiéndose con posterioridad a más colectivos profesionales y empleándose en otros países.

#### 4. Los cuidadores profesionales

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia define los cuidados profesionales como: “los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro” (BOE, 2006). En contexto ajeno al hogar es donde se sitúan las Residencias.

Volviendo a *Internados* (Goffman, 1970), puede entenderse la institución total como un híbrido social, con una parte de comunidad residencial y otra de organización formal. En estas instituciones totales se produce una escisión en dos mundos, el mundo del interno o interna (la PCD residente) y el mundo del personal (profesionales de la residencia).

Desde un punto de vista sociológico la atención sociosanitaria que se ofrece en los recursos residenciales puede analizarse con un enfoque macrosocial y microsocia. A nivel macrosocial cabe estudiar las residencias como organizaciones formales de atención sociosanitaria, con sus sistemas de regulación, gestión y financiación y su carácter De servicio público (Montoro, 1999). Procesos como la privatización de los servicios, el protagonismo de los servicios médicos, las medidas encaminadas a disminuir costes y rentabilizar los recursos en términos económicos, etc... están presentes en la realidad actual del sector. A nivel microsocia (Montoro, 1999) plantea estudios de impacto del cuidado institucional sobre las personas residentes, sus familiares, y el colectivo de profesionales del cuidado sociosanitario. Las residencias en este contexto, no solo asisten sino que también regulan y controlan las actividades cotidianas de las personas residentes (Gofman, 1961; Montoro, 1999).

La calidad de vida de las personas residentes se conseguiría promocionando la autonomía individual y logrando un ambiente familiar (Kane y Kane, 1978). Los usuarios y las usuarias serán así considerados más como residentes que como pacientes. "El ingreso en una residencia y la vida prolongada en la institución tienen, sin duda efectos positivos, como por ejemplo el de recibir apoyo ante las limitaciones funcionales de los residentes; sin embargo, las investigaciones también nos indican la existencia de determinados efectos negativos, que provocan que el nivel de vulnerabilidad y de riesgo de muerte se eleve de forma considerable para los residentes" (Montoro, 1999, p.93).

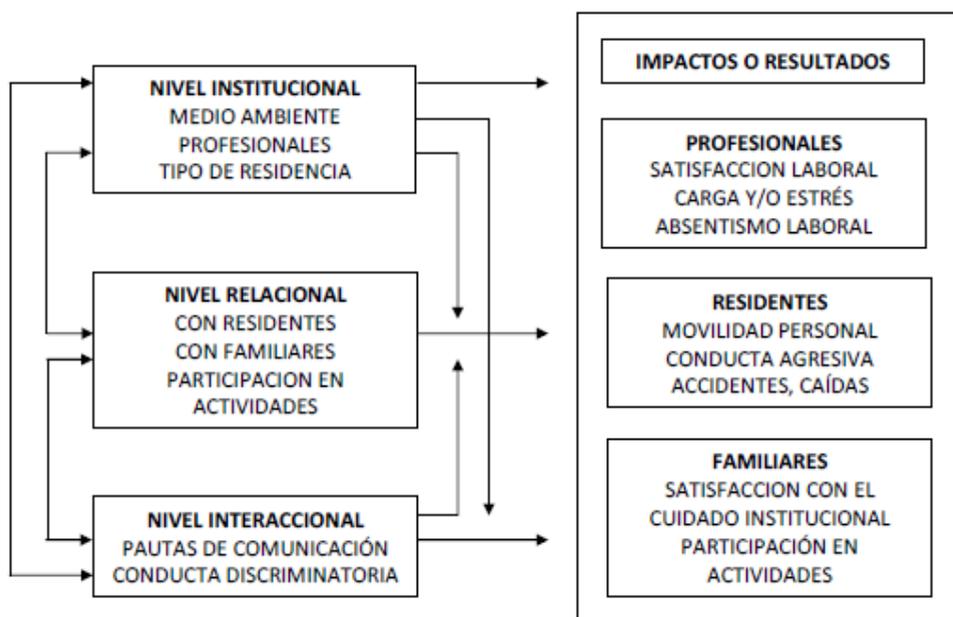
Este mismo autor plantea que la calidad del cuidado institucional está determinada por factores que pueden sistematizarse en tres niveles diferentes: institucional, relacional e interaccional (Figura 5).



**Figura 5. Factores que determinan la calidad del cuidado institucional en residencias. Montoro, 1999.**

El nivel institucional abarca: el medio ambiente -factores relacionados con el diseño del entorno residencial y con variables propias de las personas residentes-, los y las profesionales -número, tipo, preparación, absentismo laboral, etc.-, la estructura residencial - tipo de residencia (pública o privada), ubicación (rural o urbana) , diferenciación interna (unidades especiales de cuidados). El nivel relacional abarca las relaciones que se establecen entre profesionales y residentes y entre profesionales y familiares de residentes, las actividades realizadas, la política social de la institución... Por último el nivel interaccional hace referencia a las interacciones personales o cara a cara entre todos los que intervienen, residentes, profesionales, amigos/as y familiares -relaciones positivas o constructivas, resolución de conflictos, etc.- (Montoro, 1999, p. 94-96).

A partir de estos factores determinantes de la calidad del cuidado asistencial, Montoro (1999) diseña un modelo teórico (Figura 6) que pretende apartarse de los rasgos propios de una "institución total" tal y como la planteaba Goffman (1970). El modelo recoge las características adecuadas en los tres niveles que, favoreciendo la correcta relación interpersonal y la participación, debe tener como resultado la buena calidad asistencial y la satisfacción de las personas residentes y familiares, así como la mejora en las condiciones de trabajo del colectivo de profesionales.



*Figura 6. Modelo teórico del cuidado asistencial institucional a personas mayores y/o con discapacidad. Montoro, 1999.*

Hay que mencionar también que Montoro (1999), en su investigación no obtuvo resultados significativos entre los factores de habilidad de comunicación y conflicto personal respecto a la calidad asistencial.

A pesar de no disponer de cifras directas, podemos estimar que en la Comunitat Valenciana trabajan en residencias para PCD alrededor de 2130 profesionales de atención directa (sin contabilizar los de Centros de día, talleres ocupacionales, viviendas tuteladas...). No todas las Residencias para PCD son equiparables, ni por su tamaño, ni por el perfil de la población a la que atienden (discapacidad física, discapacidad intelectual, discapacidad mental, mixtas: geriátricas-discapacidad mental etc.). Por otro lado, existen residencias para PCD de titularidad y gestión pública, de titularidad pública y gestión privada, de titularidad y gestión privada pero con financiación pública de sus plazas etc. En cuanto a la titularidad no

pública (privada) de los centros, con mucha frecuencia es de entidades sin ánimo de lucro, bien de asociaciones de personas o familiares de PCD, o de instituciones religiosas.

Respecto a las trabajadoras y los trabajadores de las mismas, son de carácter formal o profesional, y se encargan de brindar cuidados de larga duración, que abarcan todos aquellos servicios varios "de carácter personal y sanitario desde un enfoque biopsicosocial" (Tejada, 2009, p. 4) que se dirigen a personas con necesidad de asistencia, indefinidamente o durante un periodo prolongado de tiempo, para poder llevar a cabo aquellas actividades de la vida diaria (AVD) como son la higiene personal, alimentación y vestido (Rodríguez, 2012).

Este colectivo profesional está formado por una amplia variedad de trabajadoras y trabajadores que ejercen en las residencias para PCD, no estando, en algunos casos, bien definido su rol profesional ni la formación requerida para su competencia profesional. Pueden ordenarse en varios niveles de cualificación profesional, con distinta formación: básica, profesional o universitaria abarcando desde auxiliares de camarero/a y de cocina o auxiliar de limpieza o de peluquería, (...); cocinero/a, peluquero/a, administrativo/a, (...); jefe/a de cocina, recepcionista, conserje, gobernanta, monitor/a deportivo, (...); enfermero/a, fisioterapeuta, podólogo/a, médico/a, psicólogo/a, pedagogo/a, (...); director/a del centro. Ver Tabla 8

**Tabla 8.*****Perfiles profesionales con especificación del grado de definición de rol y formación.***

<i>PERFIL</i>	<i>Grado de defin. rol</i>	<i>Grado de definición de la formación requerida</i>
Director/a	Alta	Bajo. No existe una legislación que unifique los criterios necesarios para el ejercicio de esta ocupación. Se detecta una necesidad e interés creciente en la cualificación de esta ocupación. (*)
Médico/a	Alta	Alta. Licenciatura en Medicina
Enfermero/a	Alta	Alta. Diplomatura Universitaria en Enfermería. Se plantea la posibilidad de mejorar su cualificación y de contratar a enfermeros/as especialistas en enfermería geriátrica.
Fisioterapeuta	Medio	Alta. Diplomatura Universitaria en Fisioterapia
Masajista	Medio	Alta. Masajes estéticos y técnicas sensoriales asociadas
Psicólogo/a	Bajo	Alta. Licenciatura en Psicología
Pedagogo/a	Bajo	Alta. Licenciatura en Pedagogía
Trabajador/a Social	Alta	Alta. Diplomatura Universitaria en Trabajo Social
Terapeuta ocupacional	Medio	Alta. Diplomatura Universitaria en Terapia Ocupacional
Educador/a Infantil	Alta	Alta. Educación Infantil
Técnico/a de Inte. Socio-Laboral	Alta	Alta. Inserción laboral de las PCD
Monitor/a de tiempo libre. Animador/a Socio-cultural	Bajo	Baja. variada procedencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación Universitaria: Licenciados/as en Pedagogía, Psicopedagogía, Educación Social</li> <li>• FP Reglada: Técnico/a en Animación Sociocultural (Grado Medio) FP Ocupacional: Animador de Tiempo Libre</li> <li>• F Continua: cursos específicos de actividades manuales</li> </ul>
Gerocultor/a	Alta	Bajo. No existe una normativa única que lo regule y existen grandes diferencias entre CCAA. Vías de formación: <ul style="list-style-type: none"> <li>•FP Reglada: Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería (Grado Medio)</li> <li>•FP Ocupacional: Auxiliar de enfermería geriátrica, Auxiliar de Ayuda a Domicilio (del Plan FIP, de Garantía Social, de Centros de Educación de Personas adultas, de ONGs y otras entidades privadas)</li> <li>•F Continua: cursos específicos de atención geriátrica</li> </ul>
Cuidador/a de PCD psíqu. y física	Alta	Baja
Auxiliar de ayuda en domicilio	Alta	Alta. Atención Sociosanitaria a personas en el domicilio
Aux. de enfermería geriátrica	Alta	Alta. Atención Sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales

Tejada, 2009

En cuanto a los cuidados que se ofrecen en las residencias para PCD, deben ser de diversa índole, atendiendo al nivel de necesidades de las personas residentes. Huete (2015) concluye, a partir de los datos que nos ofrece la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, 2008) que realizó el INE que:

la diversidad de características funcionales y necesidades de apoyo en las PCD residentes en centros, representan un reto, aun teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos estamos ante una población con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental. (Huete, 2015, p. 37).

Una atención adecuada a la PCD que vive en una residencia debe contemplar toda una serie de aspectos que satisfagan las necesidades de apoyo a los residentes en función de su discapacidad. Ello supone una gran dedicación profesional mantenida además a lo largo del tiempo -cuidados centrados en la persona y continuados- que requieren un importante compromiso profesional por parte de los trabajadores/as.

El CERMI de Cantabria (2012) recoge un listado de los programas que se desarrollan en estos servicios y de las tareas derivadas de las actividades que constituyen cada uno de ellos, que permite hacernos una idea de la multiplicidad de programas y tareas:

1. PROGRAMA DE ACOGIDA DE UNA PERSONA EN EL CENTRO, que comprende todas las tareas relacionadas con ello, como la valoración inicial de necesidades y diseño del plan de apoyos, el acompañamiento y acogida, la adaptación al Centro y todos los registros que ello conlleva.
2. PROGRAMA DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA, que contempla las tareas dirigidas a garantizar el aseo e imagen personal adecuado, la alimentación, el bienestar y salud, la movilidad y la gestión de los registros.

3. PROGRAMA DE HABILIDADES PERSONALES Y SOCIALES, con actividades de desarrollo personal y ajuste emocional, de vida diaria, de prevención de riesgos de la persona, de relaciones sociales y todos los registros que ello implica.
4. PROGRAMA DE VIDA COMUNITARIA SOCIAL Y CÍVICA, que incluye el uso de recursos comunitarios, el facilitar espacios de ocio y tiempo libre, garantizar la participación y el ejercicio de derechos de ciudadanía y como siempre, la gestión de los registros.
5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ANTE ALTERACIONES DE CONDUCTA, que incluye el apoyo conductual y la gestión de los registros.
6. PROGRAMA DE ALTERACIONES DEL SUEÑO, para garantizar una adecuada higiene del sueño, como en los demás programas deben gestionarse los registros.
7. PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA FAMILIA, proporcionando apoyos individuales y grupales, debiendo registrarse todo ello adecuadamente.
8. PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN DE APOYOS A LA PERSONA, tras una planificación individual de apoyos, su seguimiento y evaluación y la gestión de los registros.
9. PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN DE CENTRO Y ACTIVIDADES, que comprende la organización y planificación interna de apoyos, la coordinación interna de equipos, la relación y coordinación con otros recursos externos y la cumplimentación y gestión de registros.
10. PROGRAMA DE GESTIÓN Y APOYOS INDIRECTOS A LA ATENCIÓN, dirigidos a la calidad del servicio, gestión de los recursos humanos en todos sus aspectos (bolsa de empleo, selección de personal, gestión de contratos, bajas, nóminas, sanciones, reclamaciones laborales, etc., acogida del personal de nueva incorporación y seguimiento del personal de equipo; gestión de horarios,

vacaciones y permisos; diseño, implementación y evaluación de acciones de igualdad; coordinación de las políticas de personal, convenios colectivos, relaciones sindicales...), formación, investigación y gestión del conocimiento, gestión y protección de datos, aspectos relativos a la prevención de riesgos laborales y administración, cocina, limpieza, mantenimiento, lavandería, transporte, recepción, gestión de clientes comerciales en centros ocupacionales y gestión de registros.

Queda claro que se trata de una amplísima relación de actividades y cuidados que este grupo profesional debe llevar a cabo. Además de ello y pese a lo riguroso del listado, frecuentemente se producen situaciones no previstas y/o no definidas, ya que como puede imaginarse, las tareas que realizan son muy variadas y abarcan o pueden abarcar todas las áreas relacionadas con la PCD. En ocasiones estas competencias pueden estar poco claras y generar en los trabajadores y trabajadoras dudas sobre sus funciones (baja definición del puesto de trabajo). Por otro lado, la organización de cada residencia es parcialmente diferente, las bajas laborales, la distribución de tareas y turnos de trabajo e incluso las atribuciones profesionales puedan variar no solo de un centro a otro sino de un día a otro.

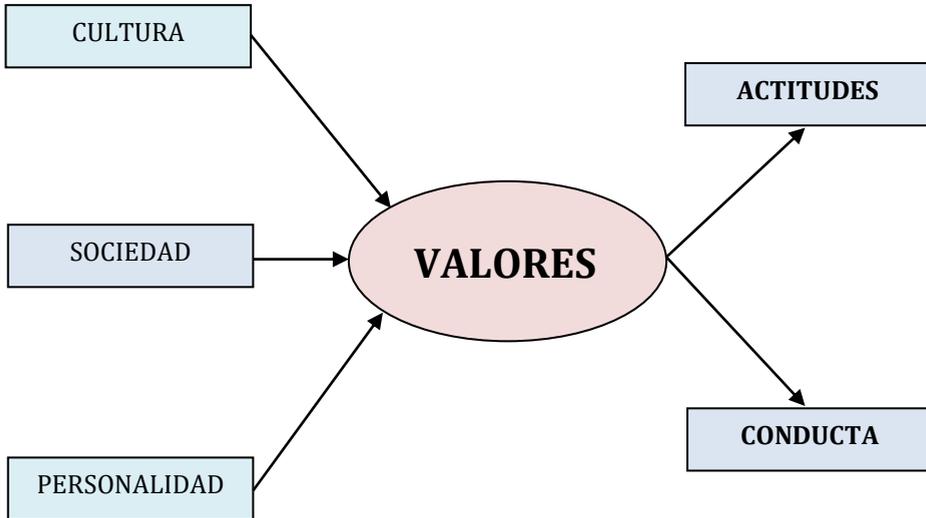
## 5. Relaciones entre valores, SQT y actitudes hacia las PCD en profesionales

Los valores son creencias duraderas de que una forma de conducta (o un estado final de existencia) es personal y/o socialmente preferible a su opuesto. Según Rokeach (1968), el sistema de valores de una persona representa una organización aprendida de reglas para hacer elecciones y resolver conflictos entre dos o más formas deseables de conducta o entre dos o más estados finales. Rokeach en *Nature of Values* (1973), plantea una serie de asunciones que justifican las razones por las que el concepto de valor debería ocupar una posición central en todas las ciencias sociales. Los valores, para este autor, son estándares o criterios que permiten juzgar como deseable o indeseable un medio u objetivo de acción determinado. Por ello, tienen componentes: cognitivo, afectivo y conductual. Los valores se encuentran condicionados por factores individuales, pero la cultura juega un papel muy importante, en la medida en que el individuo interioriza los valores que se transmiten de una persona a otra, a partir de una experiencia socio-histórica, que ha sido acumulada por años. Los valores tienden a ser estables, pero no son estáticos, pues reflejan los cambios socio-culturales.

Pueden clasificarse como intrapersonales (relativos al individuo) y como interpersonales (relativos a la vida en común).

Los valores definen una posición psicológica y cognitiva. Enfatizan el papel de la creencia en las formas de conducta del individuo. De hecho, los valores son pensamientos, acerca de estados finales deseables o metas instrumentales, que trascienden las situaciones específicas, guían la evaluación de conductas y están ordenados por su importancia relativa para el sujeto (Arroyo, 2001; Elzo, 2006). Para Rokeach la cultura, la sociedad y la personalidad son los principales antecedentes de los valores,

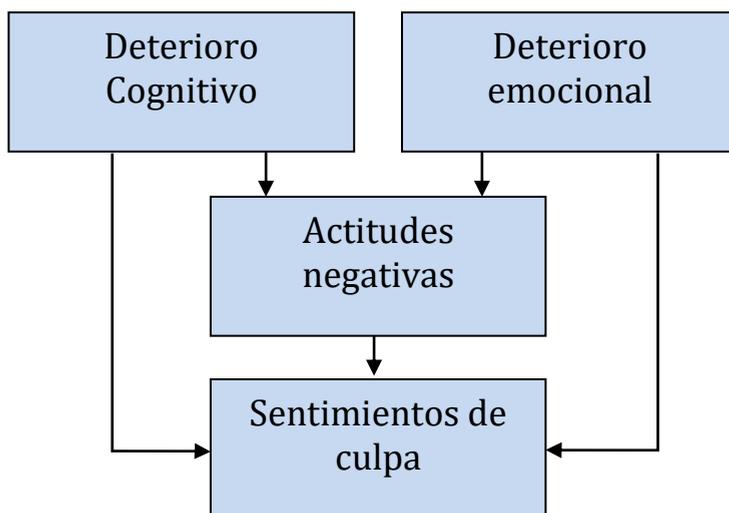
siendo las actitudes y la conducta los consecuentes más relevantes (Figura 7).



*Figura 7. Antecedentes y consecuentes de los valores. A partir de Rokeach (1973).*

En este contexto, los valores son las creencias globales y duraderas que implican modos de conducta o metas instrumentales y deseables (valores instrumentales) y estados finales de la existencia (valores terminales). Los valores terminales son 18 y los instrumentales son unos 50-60 pues existe variabilidad en función de la cultura (Serrano, 1984). Los valores tienen distintas características, por ejemplo, los valores terminales como tener una vida confortable, felicidad, libertad, son más estables que los instrumentales. Los valores instrumentales como la ambición, la responsabilidad, la ayuda, la honestidad, pueden ser morales (conectados con los interpersonales) y pueden generar sentimientos de culpa o de competencia (conectados con los intrapersonales). Los valores instrumentales son herramientas para conseguir modos deseables de existencia, esto es, los valores terminales (Figueiredo-Ferraz, Gra-Alberola y Gil-Monte, 2016).

Desde estos planteamientos queda clara la importante relación que existe entre los valores del sujeto (especialmente los instrumentales) y las actitudes que muestre e incluso la conducta que lleve a cabo. Las actitudes y la conducta también estarían influenciadas por el grado de burnout del trabajador como se plantea en el modelo SQT (Gil Monte, 2005) en el que los resultados del estrés laboral crónico (SQT) se caracterizan por un deterioro a nivel cognitivo del individuo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo; un deterioro afectivo, caracterizado por un agotamiento emocional y físico y la aparición de actitudes y conductas negativas hacia otras personas y en especial hacia la organización, en forma de comportamientos de indiferencia, frialdad, distancia y, en ocasiones, agresividad; además de la presencia a menudo, de sentimientos de culpa (Figura 8).



**Figura 8. Resultado del estrés laboral en la aparición de actitudes negativas y sentimiento culpa en el modelo SQT. A partir de Gil-Monte (2005).**

El SQT produce un deterioro general que trae consigo una disminución de la calidad de vida personal (Menezes de Lucena, Fernandez, Hernandez, Ramos y Contador, 2006). Además, aumenta el absentismo y las bajas

laborales, repercutiendo sobre el desempeño del trabajo y la calidad del servicio (Chiang y Signora, 2011).

El bienestar de los y las profesionales sociosanitarios parece estar relacionado con la calidad de los cuidados que ofrecen, por lo que cuando se deteriora el bienestar del profesional, los cuidados son de menor y peor calidad. Esto conlleva las siguientes repercusiones organizacionales (Campos 2015, p. 104):

- Disminución en la satisfacción laboral
- Aumento del absentismo laboral
- Propensión al abandono del puesto de trabajo
- Propensión al abandono de la organización
- Baja implicación laboral
- Baja motivación por las actividades laborales
- Deterioro de la calidad del servicio de la organización
- Aumento de los conflictos interpersonales con supervisoras/es, compañeras/os y usuarios/as de la organización
- Aumento de la rotación laboral no deseada
- Aumento de accidentes laborales
- Actitudes negativas hacia las personas que son destino del trabajo
- Consumo de alcohol y otros tóxicos
- Baja creatividad
- Aumento de la rigidez
- Irritabilidad hacia los compañeros/as y los usuarios/as

Todo esto lo podemos resumir en nuestro caso en Actitudes negativas hacia las PCD y cuidados profesionales de peor calidad, y es una de las cuestiones que proponemos en la presente tesis doctoral en el ámbito concreto de los profesionales de las residencias de PCD.

## 6. Evidencia empírica del modelo

Figueiredo (2014) recoge investigaciones que han probado el modelo en diferentes países, entornos y grupos profesionales, con resultados que lo confirman. Así, Gil-Monte (2012), en un estudio con 700 profesionales españoles de centros de atención a PCD psíquica, probó la influencia de la culpa en la relación entre el SQT y la depresión. El modelo mostró un buen ajuste a los datos de acuerdo con: GFI = .984, RMSEA = .072, NFI = .968, TPI = .975. El autor concluye que los resultados indican que el modelo hipotetizado (Indolencia – Culpa - Depresión) es una buena representación del proceso del SQT y su relación con la depresión, y proporciona apoyo para el papel mediador de los sentimientos de culpa en la relación entre SQT (es decir, los niveles de indolencia) y la depresión. Los niveles más altos de la indolencia se asociaron con niveles más altos de culpabilidad, que fueron a su vez asociados con niveles más altos de depresión.

Otro estudio llevado a cabo por Olivares-Faúndez, Gil-Monte y Figueiredo-Ferraz (2014) para probar el papel de los sentimientos de culpa en las relaciones entre el SQT y el consumo de tabaco y alcohol, con una muestra de 260 trabajadoras y trabajadores de administración y de servicio al cliente de una empresa minera de Chile, los índices de ajuste para el modelo fueron los siguientes:  $\chi^2/df = 1.89$ , GFI = .970, NNFI = .921, CFI = .956, and RMSEA (CI 90%) = .058(.028-.087), lo que permitió concluir que el modelo obtuvo un ajuste adecuado. La relación entre la indolencia y el uso del alcohol fue completamente mediada por sentimientos de culpa, aunque no lo fue en la relación entre la indolencia y el tabaco.

Gil-Monte, Carlotto y Figueiredo-Ferraz (2014), en una investigación sobre una muestra de 714 maestras y maestros en Brasil de todos los niveles educativos, analizando el papel mediador de la culpa en la relación entre SQT y problemas psicosomáticos, el modelo presentó un buen ajuste a los

datos de acuerdo a: GFI = .985, SRMR = .0345, NFI = .967, CFI = .974, RMSEA = .069 (IC 90%: .048 a .092.). Todas las relaciones en el modelo fueron significativas para  $p < 0.001$ , con la excepción de la relación entre Ilusión por el trabajo y problemas psicosomáticos. Así, la autoeficacia se relacionó positivamente con Ilusión por el trabajo ( $\beta = .32$ ,  $p < .001$ ) y negativamente con el Desgaste psíquico ( $\beta = -.22$ ,  $p < .001$ ). El apoyo social se relacionó positivamente con Ilusión por el trabajo ( $\beta = .31$ ,  $p < .001$ ) y negativamente con el Desgaste psíquico ( $\beta = -.18$ ,  $p < .001$ ). No se encontró una relación significativa entre Ilusión por el trabajo y los Problemas psicosomáticos ( $\beta = .01$ ,  $p > .05$ ). El Desgaste psíquico se correlacionó positiva y significativamente con los problemas psicosomáticos ( $\beta = .47$ ,  $p < .001$ ), Ilusión por el trabajo se relacionó negativamente con la indolencia ( $\beta = -.21$ ,  $p < .001$ ), y el desgaste psíquico se relacionó positivamente con la indolencia ( $\beta = .48$ ,  $p < .001$ ). La indolencia se correlacionó positiva y significativamente con sentimientos de culpa ( $\beta = .54$ ,  $p < .001$ ), mientras que la relación entre los sentimientos de culpa y los problemas psicosomáticos fue positiva y significativa ( $\beta = .11$ ,  $p < .001$ ). Para probar el papel mediador de la culpa se utilizó el bootstrapping, y el efecto indirecto estandarizado de indolencia en los trastornos psicosomáticos fue .09 ( $p < .001$ ; bias corrected 95% CI: .042 a .141), pudiéndose concluir que la relación entre la indolencia y los problemas psicosomáticos estaba mediada por los sentimientos de culpa. Además, cabe señalar que el modelo explicó el 29% de la varianza en la culpa y el 26% de la varianza en los problemas psicosomáticos (Citado por Figueiredo, 2014).

Por lo tanto, podemos concluir diciendo que en los estudios revisados, y en relación a los índices de ajuste de los modelos, estos han variado poco, oscilando entre GFI = .970 y .985, NFI = .968 y .967, CFI = .950 y .974, RMSEA = .058 y .072. Las relaciones entre indolencia y culpa han variado desde  $\beta = .38$  a  $\beta = .54$ , siendo que las relaciones entre culpa y las

consecuencias del SQT (problemas psicosomáticos, depresión, consumo de tabaco y consumo de alcohol) han variado entre  $\beta = .11$  a  $\beta = .20$ . (Figueiredo, 2014).

Empleando el CESQT en distintos colectivos profesionales se han obtenido valores de prevalencia del 11.2% en perfil 1 (nivel crítico de SQT) y del 3% en perfil 2 (nivel crítico con además niveles iguales o superiores al percentil 90 en la escala de Culpa) en maestros (Da Silva, Gil-Monte, de Fátima y Bovi, 2014); del 16.8% en perfil 1 y del 3.7% en perfil 2 en docentes (modelo formativo Estafor); del 14.2% en perfil 1 y del 1.9% en perfil 2 en docentes (Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, Grau-Alberola, 2009); del 12% en perfil 1 y del 5.6% en perfil 2 en docentes (Gil-Monte, Carlotto y Câmara, 2011); del 27.6% en perfil 1 y del 3.3% en perfil 2 en pediatras (Marucco, Gil-Monte y Flamenco, 2008); del 5.1% en perfil 1 y del 1.3% en perfil 2 en trabajadores y trabajadoras de servicios (Olivares y Gil-Monte, 2008); y del 35.5% en perfil 1 y del 17.2% en perfil 2 en docentes (Unda, Sandoval y Gil-Monte, 2008).

A excepción de los resultados de Marucco et al. (2008) y Unda et al. (2008) la mayoría de los trabajos que han utilizado el CESQT muestran intervalos de puntuaciones que van desde 5.1% hasta el 16.8% en Perfil 1, y desde 1.3% hasta 5.6% en Perfil 2 (Blanco, 2014).

Por otro lado, hay que tener presente que el trabajo con PCD ha sido considerado por diversos autores como una actividad con un alto nivel potencial de estrés ocupacional y burnout (Gandoy-Crego et al., 2009; Rose y Rose, 2005). Los resultados sobre prevalencia de SQT en profesionales de residencias de PCD disponibles así lo muestran, Gil-Monte et al. (2005) realizaron una investigación con una muestra de monitoras/es y educadoras/es de centros para PCD: el SQT afecta al 11.7% de los sujetos de la muestra, con niveles alto y crítico), y de forma más severa al 1.3% de

los sujetos, que presentaron alta frecuencia de síntomas en las tres dimensiones del CESQT-PD y sentimientos de culpa. En una muestra de 277 profesionales chilenos que trabajan con PCD física se obtuvo una prevalencia de SQT del 4.3% (Olivares et al., 2009).

## **7. Objetivos e hipótesis**

Se han planteado los siguientes objetivos e hipótesis:

Objetivo general: Analizar la relación entre el SQT, los problemas de salud, y las Actitudes hacia las PCD en profesionales de residencias de PCD.

Objetivos específicos:

Objetivo 1. Conocer la prevalencia de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en profesionales de residencias de PCD.

Objetivo 2. Validar la Escala de Actitudes hacia las PCD en una muestra de profesionales de residencias de PCD.

Objetivo 3. Conocer la prevalencia de Actitudes hacia las PCD en profesionales de residencias de PCD.

Objetivo 4. Estudiar las relaciones entre SQT y valores instrumentales (morales y competenciales) en profesionales de residencias de PCD.

Objetivo 5. Estudiar las relaciones entre SQT y estrategias de afrontamiento (centradas en la tarea o de evitación) en profesionales de residencias de PCD.

Objetivo 6. Estudiar las relaciones entre SQT y autoeficacia en profesionales de residencias de PCD.

Objetivo 7. Estudiar las relaciones entre SQT y Actitudes hacia las PCD en profesionales de residencias de PCD.

Objetivo 8. Estudiar las relaciones entre SQT y salud en profesionales de residencias de PCD.

Objetivo 9. Estudiar las relaciones entre SQT y depresión en profesionales de residencias de PCD.

Objetivo 10. Analizar la función mediadora del SQT en la relación entre las variables Valores morales y competenciales, Autoeficacia, Estrategias de afrontamiento centradas en el problema y de evitación; y las variables actitudes hacia las PCD, síntomas depresivos y problemas de salud en trabajadores de residencias de PCD.

Hipótesis planteadas:

Hipótesis 1: Después de revisar la literatura científica que indica niveles altos de SQT en profesionales del sector, esperamos obtener una prevalencia de SQT (Nivel crítico: perfil 2) entre 1.3 y 5.6% en profesionales de residencias de PCD y niveles altos en cada una de sus dimensiones (culpa, indolencia, ilusión y desgaste psíquico).

Hipótesis 2: La Escala de Actitudes hacia las PCD se adaptará al modelo de dos factores que planteó su autor.

Hipótesis 3: Existirán actitudes favorables hacia las PCD (puntuaciones superiores al valor medio del instrumento) en más de un 75% de los profesionales de residencias de PCD.

Hipótesis 4.1: Existirá una relación significativa y negativa entre puntuaciones del SQT y de Valores morales en los profesionales de residencias de PCD.

Hipótesis 4.2: Existirá relación significativa y negativa entre puntuaciones del SQT y Valores de competencia en los profesionales de residencias de PCD.

Hipótesis 5.1: Existirá una relación significativa y negativa entre puntuaciones del SQT y de estrategias de afrontamiento centradas en la tarea en los profesionales de residencias de PCD.

Hipótesis 5.2: Existirá una relación significativa y positiva entre puntuaciones del SQT y de estrategias de afrontamiento de evitación en los profesionales de residencias de PCD.

Hipótesis 6: Existirá una relación significativa y negativa entre niveles del SQT y autoeficacia en los profesionales de residencias de PCD.

Hipótesis 7: Existirá una relación significativa y negativa entre niveles de SQT y actitudes positivas (altas puntuaciones) hacia las PCD en los profesionales de residencias de PCD.

Hipótesis 8: Existirá una relación significativa y positiva entre niveles de SQT y puntuaciones en problemas de salud en profesionales de residencias de PCD.

Hipótesis 9: Existirá una relación significativa y positiva entre niveles de SQT y puntuaciones en Síntomas de depresión en los profesionales de residencias de PCD.

Hipótesis 10.1: El SQT tendrá una función mediadora entre Valores morales y Actitudes hacia las PCD.

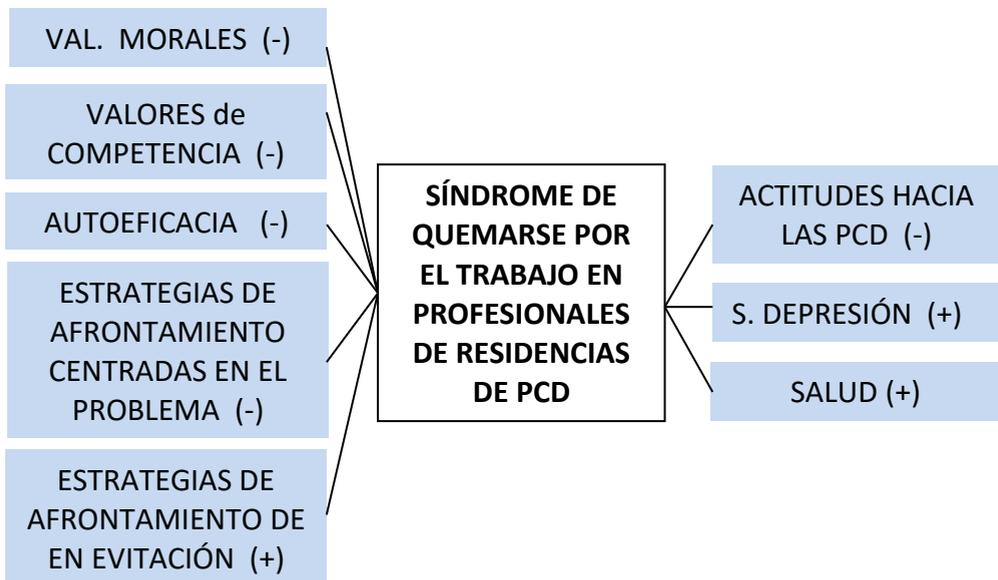
Hipótesis 10.2: El SQT tendrá una función mediadora entre Valores de competencia y Actitudes hacia las PCD.

Hipótesis 10.3: El SQT tendrá una función mediadora entre Autoeficacia y Actitudes hacia las PCD.

Hipótesis 10.4: El SQT tendrá una función mediadora entre Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y Actitudes hacia las PCD.

Hipótesis 10.5: El SQT tendrá una función mediadora entre Estrategias de afrontamiento de Evitación y Actitudes hacia las PCD.

Las relaciones planteadas se muestran en la Figura 9.



*Figura 9. Relaciones entre variables analizadas y SQT.*

## **II. MÉTODO**



## 1. Diseño

Como pretendemos un llevar a cabo un estudio de prevalencia en una población en un momento determinado, hemos realizado un diseño de carácter transversal, descriptivo y correlacional, dirigido a profesionales de residencias de PCD de la Comunidad Valenciana.

Las variables incluidas en este estudio han sido:

- Valores morales y de competencia
- Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y de evitación
- Autoeficacia
- SQT
- Actitudes hacia las PCD
- Problemas de salud
- Síntomas de depresión

## 2. Población y muestra

La población está constituida por 2.130 trabajadoras y trabajadores de las 52 residencias existentes en la Comunitat Valenciana y distribuidas como sigue:

Provincia de Alicante: 16 residencias y 789 trabajadores/as

Provincia de Castellón: 11 residencias y 379 trabajadores/as

Provincia de Valencia: 25 residencias y 962 trabajadores/as

La muestra final fue de 551 trabajadores/as, es decir un 26% del conjunto de profesionales de residencias de la Comunidad Valenciana.

De las 52 residencias solo 36 colaboraron en la investigación, lo que supone un 69.2% del total. El grado de participación de los centros y de los trabajadores ha sido desigual. Si sacamos el porcentaje de respuestas sobre las 36 residencias que han colaborado, la participación en los centros que componen nuestra población objeto de estudio ha sido del 35.9%.

En lo que respecta al nivel de participación de los trabajadores de dichos centros, también es muy variable. En las residencias de mayor participación, el porcentaje ha sido de un 92% y en las que menor participación ha sido el 5.5% del colectivo profesional del centro (Tabla 9).

Según la información recogida, la gestión y la titularidad del 10.9% de las residencias pertenece a alguna orden religiosa, frente al resto que son de carácter secular (Tabla 10).

En cuanto a la población a la que acogen, el 8.7% son residencias para PCD física, frente a los 83.7% destinadas a personas con discapacidad intelectual, por último, un 7.6% son de carácter mixto (Tabla 10).

**Tabla 9.**  
**Residencias, número de participantes y trabajadores.**

Centro	Provincia	Trabajadores/as	Participantes	%
Residencia 1	Valencia	30	19	63.3
Residencia 2	Valencia	25	17	68
Residencia 3	Valencia	25	15	60
Residencia 4	Valencia	35	27	77.1
Residencia 5	Valencia	10	9	90
Residencia 6	Valencia	62	11	17.7
Residencia 7	Valencia	60	25	41.7
Residencia 8	Valencia	64	41	64
Residencia 9	Valencia	28	13	45.5
Residencia 10	Valencia	28	12	42.9
Residencia 11	Valencia	29	13	44.8
Residencia 12	Valencia	16	14	87.5
Residencia 13	Valencia	15	12	80
Residencia 14	Valencia	38	15	33.5
Residencia 15	Valencia	20	12	60
Residencia 16	Castellón	45	6	13.3
Residencia 17	Castellón	42	8	13
Residencia 18	Castellón	40	11	27.5
Residencia 19	Castellón	35	21	30
Residencia 20	Castellón	25	23	92
Residencia 21	Castellón	14	10	71.4
Residencia 22	Castellón	86	19	22
Residencia 23	Castellón	37	10	25.3
Residencia 24	Alicante	15	6	40
Residencia 25	Alicante	25	14	56
Residencia 26	Alicante	70	19	23.8
Residencia 27	Alicante	54	3	5.5
Residencia 28	Alicante	20	13	65
Residencia 29	Alicante	120	23	13.1
Residencia 30	Alicante	48	14	23.1
Residencia 31	Alicante	60	41	63.3
Residencia 32	Alicante	60	17	23.3
Residencia 33	Alicante	50	9	18
Residencia 34	Alicante	50	11	22
Residencia 35	Alicante	50	10	20
Residencia 36	Alicante	80	7	8.8
Total: 36	C. Valenciana	1.536	552	35.9

Por otro lado, analizando la distribución geográfica, el 46.5% de la muestra es de la provincia de Valencia, el 33.9% de la de Alicante y el 19.6% de Castellón (Tabla 10).

**Tabla 10.**  
***Datos descriptivos de la muestra. Características de los centros.***

	Modalidades	N	%
Religiosa	Religiosa	61	10.9
	No religiosa	490	89.1
Provincia	Alicante	187	33.9
	Castellón	108	19.6
	Valencia	256	46.5
Tipo	Discapacidad Física	48	8.7
	Discapacidad Psíquica	461	83.7
	Mixta	42	7.6

Respecto a los datos demográficos de la muestra, cabe resaltar que tres cuartas partes del colectivo profesional son mujeres (414), lo que no resulta sorprendente, pues se ajusta al perfil de los proveedores de cuidados, profesiones históricamente desarrolladas por ellas. En cuanto a la edad, aunque la distribución es bastante homogénea, podemos apreciar una mayor proporción de trabajadoras/es (60.6%) de una edad comprendida entre los 31 y los 50 años. El grupo de menores de 31 y de mayores de 50 representan algo más del 38%: el 20.8% y el 18.6% respectivamente (Tabla 11).

Centrándonos en el nivel de estudios completados por este colectivo profesional, menos del 6% (5.7%) tienen estudios básicos, el 55.4% posee estudios secundarios y el 38.8% tiene estudios universitarios, por lo que el nivel formativo es alto (Tabla 11).

Por otro lado, el 60.7% de la muestra está formada por personal auxiliar, el 32.2% lo integra personal técnico y el 3.1% está constituido por profesionales de coordinación/supervisión. Los directores y las directoras representan el 4% (Tabla 11).

**Tabla 11.**  
***Datos Descriptivos de la muestra: Aspectos demográficos.***

VARIABLES	CATEGORIAS	N	%
Sexo	Hombre	135	24.6
	Mujer	414	75.4
Edad (agrupada)	<30 años	113	20.8
	31-40 años	165	30.4
	41-50 años	164	30.2
	+ 50 años	101	18.6
Estudios completados	Sin estudios	1	.2
	Ed. Básica	31	5.7
	Ed. Secundaria	303	55.4
	Ed. Universitaria	212	38.8
Puesto actual	Director/a	22	4.0
	Coordinación/supervisión	17	3.1
	Técnico/a	177	32.2
	Auxiliar	333	60.7

A la pregunta sobre la percepción de su estado de salud, la mayoría (82.1%) consideran que es buena o excelente; menos del 1% (0.9%) la etiquetan de mala o muy mala y el 16.9% la definen como regular (Tabla 12).

**Tabla 12.**  
***Percepción estado de salud.***

	N	%
Muy malo	1	0.2
Malo	4	0.7
Regular	93	16.9
Bueno	355	64.5
Excelente	97	17.6
Total	550	100.0

Por tanto, podríamos hablar de que el perfil del trabajador/a de nuestra muestra es una mujer de entre 31 y 50 años con estudios secundarios, que trabaja como auxiliar y que goza de buena salud.

### 3. Instrumentos

En cuanto a los instrumentos empleados son los siguientes:

1. Escala de Valores (Rokeach, 1973).

Es uno de los instrumentos más usados en la evaluación de valores. En su forma B, con 36 ítems, se evalúan los valores según la diferenciación que realizó el autor entre *valores finales* (del 1 al 18) y *valores instrumentales* (del 19 al 36). Nosotros utilizaremos sólo los 18 relativos a valores instrumentales que son: Ambicioso, Abierto o Tolerante, Competente o Capaz, Alegre, Limpio, Valiente, Cortés, Servicial, Honrado, Creativo, Independiente, Intelectual, Lógico, Cariñoso o Afectuoso, Obediente, Magnánimo, Responsable, y Autocontrolado.

Los análisis mostraron gran estabilidad en la escala (Rokeach, 1968; 1973). Rokeach obtuvo el coeficiente de fiabilidad medio, test-retest de .62 para los valores instrumentales. Varias investigaciones muestran la validez y el poder discriminante del instrumento aplicado a distintas poblaciones (Rankin y Grube, 1980; Hofstede y Bond, 1984; Braithwaite y Law, 1985). Los participantes deben responder a cada ítem dándole una puntuación entre 0 si no es importante y 10 si lo consideran muy importante. Ejemplo: "Ser ambicioso/a (tener aspiraciones y trabajar duro para conseguirlas)". En nuestro estudio se obtuvo un alfa de Cronbach total para el instrumento de  $\alpha = .79$ .

La escala de valores instrumentales tiene dos dimensiones: "Valores Morales" y "Valores de Competencia", en las que obtuvimos un alfa de  $\alpha = .83$  y  $\alpha = .76$  respectivamente.

2. Escala de Afrontamiento (modificada del *Occupational Stress Indicator (OSI)* de Cooper et al., 1988).

El instrumento usado para medir las estrategias de afrontamiento de los participantes deriva del "Occupational Stress Indicator" (OSI) (Cooper et al.,

1988). Este instrumento agrupa 6 factores que miden 6 estrategias de afrontamiento diferentes, pero ninguna de esas 6 subescalas está identificada específicamente como Estrategias centradas en la tarea y Estrategias de evitación.

Los 28 ítems del OSI fueron sometidos a un análisis factorial exploratorio por Gil-Monte (1994), obteniendo dos factores que explicaron juntos el 49.4% de la varianza. El factor 1 fue etiquetado como "Estrategias de afrontamiento centradas en la tarea", y el factor 2 "Estrategias de afrontamiento de evitación". Cada ítem plantea una estrategia de afrontamiento y el sujeto debe indicar con qué frecuencia la emplea: Nunca (0); Raramente (1); A veces (2); Frecuentemente (3); Siempre (4).

El primer factor (6 ítems) denominado *afrontamiento centrado en la tarea* (gestión eficaz del tiempo, reorganización del trabajo...) con un alfa de Cronbach de .79 (Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, 1998). Ejemplo: "Buscar formas de hacer más interesante el trabajo o la actividad" Se obtuvo un  $\alpha = .81$ . El segundo factor (4 ítems) fue llamado *afrontamiento de evitación* (evitar la situación, mantenerte al margen) con un alfa de Cronbach de .60 (Gil-Monte et al., 1998). Ejemplo: "Cambiar mi comportamiento para reducir mi implicación en la actividad problemática". En esta dimensión se obtuvo un  $\alpha = .53$ .

### 3. Escala de Autoeficacia en el trabajo (Baessler y Schwarzer, 1996).

La autoeficacia general es un constructo global que hace referencia a la creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana. Se ha utilizado esta escala con muestras de distintas nacionalidades (alemanas, españolas, mexicanas, costarricenses, etc.). La escala ha mostrado una consistencia interna considerable (entre  $\alpha = .79$  y  $\alpha = .93$ ). También una consistencia interna de  $\alpha = .85$  en T1 y de  $\alpha = .86$  en T2. La fiabilidad test-retest para esta escala fue  $r = .54$  ( $p < .001$ ) (Gil-Monte y García-Jueas,

2008). El sujeto debe responder a las diez afirmaciones planteadas con un "Totalmente en desacuerdo" (0); "En desacuerdo" (1); "Ni acuerdo ni en desacuerdo" (2); "De acuerdo" (3); "Totalmente de acuerdo" (4). El rango de respuesta oscila entre 0 y 40. Ejemplo: "Si me encuentro en una situación difícil en el trabajo, generalmente se me ocurre qué debo hacer". Se obtuvo un alfa de Cronbach de  $\alpha = .87$ .

#### 4. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT-PD) (Gil-Monte, 2011).

El SQT se ha evaluado en diferentes profesionales mediante el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo* (CESQT) (Gil-Monte, 2011). El cuestionario está formado por 20 ítems que se distribuyen en cuatro dimensiones:

- a. *Ilusión por el trabajo* (5 ítems): se define como el deseo del individuo de llegar a alcanzar sus metas profesionales porque le supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo, y alcanzar sus metas profesionales es una fuente de realización personal. Los ítems que componen esta escala están formulados de forma positiva, de manera que bajas puntuaciones en esta dimensión nos pueden indicar altos niveles del SQT. Ejemplo: "Mi trabajo me supone un reto estimulante". Se obtuvo un alfa de Cronbach de  $\alpha = .88$ .
- b. *Desgaste psíquico* (4 ítems): surgimiento de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo tengan, varias veces al día, que tratar con personas que presentan o causen problemas. Ejemplo: "Me siento agobiado/a por el trabajo". Se obtuvo un alfa de Cronbach de  $\alpha = .85$ .
- c. *Indolencia* (6 ítems): presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión transmiten insensibilidad y no se preocupan por los problemas de las demás personas. Ejemplo:

"Creo que los familiares de los usuarios del centro son unos pesados". Se obtuvo un alfa de Cronbach de  $\alpha = .70$ .

- d. *Culpa* (4 ítems). Para la inclusión de este síntoma en el cuestionario se tomaron como referencia estudios que consideran la culpa como un síntoma característico de los individuos que desarrollan SQT. Ejemplo: "Me preocupa el trato que he dado a algunas personas -usuarios del centro- en el trabajo". Se obtuvo un alfa de Cronbach de  $\alpha = .79$ .

Los ítems se evalúan mediante una escala de frecuencia de cinco grados donde el 0 representa "Nunca" y el 4 "Muy frecuentemente: todos los días". Se obtuvo un  $\alpha = .86$ , considerando los 15 ítems de las escalas de Ilusión por el trabajo (invertidos), Desgaste psíquico e Indolencia. La puntuación promedio en este conjunto de ítems junto con la puntuación en la subescala de Culpa permite diferenciar los perfiles del SQT.

Los puntos de corte utilizados para interpretar los niveles de SQT obtenidos en las muestras se basan en los siguientes percentiles: Crítico: >89; Alto: 67-89; Medio: 34-66; Bajo: 11-33; Muy bajo: <11. Estos puntos de corte están fundamentados en los estudios estadísticos previos llevados a cabo con el instrumento siguiendo el procedimiento de los puntos de referencia de la escala Likert con los que los sujetos valoran los ítems del cuestionario. Bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo, junto a altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia indican altos niveles del SQT. La escala Culpa no forma parte del diagnóstico del SQT, sino que su presencia en los sujetos con niveles críticos de SQT establece el Perfil 2 de diagnóstico con características y consecuencias diferentes. Para determinar el Perfil 2, se tienen en cuenta todos los sujetos con nivel crítico en el Perfil 1 que además obtienen puntuaciones iguales o superiores al percentil 90 en la escala Culpa. Puede entenderse mejor en la Tabla 13.

**Tabla 13.**  
***Niveles y perfiles de SQT.***

Niveles de SQT (6 niveles)					
Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Crítico (Perfil 1)	Crítico (Perfil 2)
A ≤ P10	P10 < A ≤ P33	P33 < A ≤ P66	P66 < A < P90	A ≥ P90	A ≥ P90 & B ≥ P90

**Procedimiento** (*dos pasos*):

**(A): Media de 15 ítems:** Ilusión por el trabajo *invertida* (5 ítems), Desgaste psíquico (4 ítems), Indolencia (6 ítems).

**(B): Puntuación en la subescala de Culpa** (media 5 ítems).

**Perfil 1.** Niveles críticos de A y niveles no críticos en Culpa.

**Perfil 2.** Niveles críticos de A y niveles críticos de Culpa.

5. Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad (EAPD-O, adaptada de Yuker et al., 1960).

En su forma original (llamada forma 0) la escala consta de 20 ítems, que se puntúan mediante una escala Likert de 6 puntos, que van desde -3 ("Estoy totalmente en desacuerdo") hasta +3 ("Estoy totalmente de acuerdo"). Ejemplo: "Las personas con discapacidad severa son tan fáciles de tratar como las que presentan un nivel de discapacidad ligero o moderado" Es una escala unidimensional. Los estudios de fiabilidad muestran un alfa de Cronbach entre  $\alpha = .76$  (Yuker y Block, 1986) y  $\alpha = .79$  (Tervo, Palmer y Renidius, 2004). La escala es auto-administrada. Se obtuvo un alfa de Cronbach de  $\alpha = .73$ .

6. Escala de Problemas de Salud (UNIPSICO).

Se refiere a la aparición con mayor o menor frecuencia de una serie de problemas psicosomáticos relacionados con la ansiedad derivada de la percepción de fuentes de estrés en el trabajo como consecuencia de un proceso de somatización. Está formada por 9 ítems que recogen síntomas relacionados con diferentes sistemas del organismo: alteraciones cardiovasculares, problemas respiratorios, problemas musculares, problemas digestivos, alteraciones del sistema nervioso, etc. La escala ha obtenido valores adecuados de consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach (Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, Grau-Alberola, Llorca-Pellicer y García-Juesas, 2012), y valores de fiabilidad test-retest adecuados

(Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, Ribeiro y Grau-Alberola, 2013). De manera adicional, se evalúan respuestas conductuales relacionadas con la ansiedad y con problemas de salud mediante cuatro ítems en los que se pregunta sobre la frecuencia con la que el trabajador ha incrementado su consumo de tabaco y de alcohol, la visita a un especialista debido a la existencia de problemas de salud, y el consumo de fármacos, en todos los casos por problemas derivados del trabajo. Los participantes responden a los ítems en una escala de frecuencia de cinco grados de respuesta que van desde "Nunca" (0) a "Muy frecuentemente: todos los días" (4). Ejemplo: "Durante las últimas semanas en relación con su trabajo, ¿le ha preocupado que, sin estar haciendo ningún esfuerzo, se le cortara la respiración?" o "Ha necesitado tomar algún medicamento para poder manejar alguno de los problemas de salud anteriores u otros similares relacionados con su trabajo?". Se obtuvo un alfa de Cronbach de  $\alpha = .88$ .

#### 7. Escala auto-administrada de Depresión (Zung, 1965).

Es una escala de autoinforme muy utilizada que valora síntomas de base empírica. Al igual que ocurre con la escala de depresión de Hamilton, da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Con 20 preguntas (10 elaboradas en forma positiva y 10 en forma negativa) que abordan aspectos psicológicos, somáticos y correlatos afectivos de la depresión. Los ítems se puntúan con una escala de frecuencia de cuatro grados, indicando la frecuencia con la que ha ocurrido en los últimos días cada situación planteada, con una respuesta que va desde "Raramente" (1) a "Siempre" (4). El rango de respuesta oscila entre 20 y 80 (Gil-Monte, 2012). Ejemplo: "Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches". Se obtuvo un alfa de Cronbach de  $\alpha = .83$ .

Todas las escalas utilizadas se recogen en la Tabla 14.

**Tabla 14.**  
**Escalas utilizadas en la investigación.**

<i>Escala</i>	<i>Autor y año</i>	<i>Qué mide</i>	<i>Ítems</i>	<i>α Cronbach</i>	<i>Factores</i>
Escala de Autoeficacia en el Trabajo	Baessler y Schwarcer, 1996	Autoeficacia en el trabajo	10	Entre .7 y .93 (Gil-Monte y García Jueas, 2008).	1
Escala de Valores	Rokeach, 1973	Valores instrumentales	18	Rokeach (1973) coeficiente de fiabilidad medio, test-retest de .62 para los valores instrumentales. Validez y poder discriminante del instrumento en distintas poblaciones (Rankin et al., 1980; Hofstede y Bond, 1984; Braihwaite et al., 1985).	2: Valores morales y de competencia
Escala de Afrontamiento modificada del <i>Occupational Stress Indicator</i>	Cooper, Sloan y Williams, 1988	Estrategias de afrontamiento	10	Primer factor .79 y el segundo factor .60 (Gil-Monte y García Jueas, 1998).	Factor 1: <i>afrontamiento centrado en la tarea</i> Factor 2: <i>afrontamiento de evitación</i>
Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT-PD)	Gil-Monte, 2011	Respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional	20 ítems	Superior a .70 (Gil-Monte, 2005)	4
Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad (EAPD-O)	Adaptada de Yaker, Block y Campbell, 1960	Actitudes hacia las personas con discapacidad	20 ítems	Entre .76 (Yaker y Block, 1986) y .79 (Tervo, et al., 2004)	1

<p>Escala de Problemas de Salud</p>	<p>UNIPSICO</p>	<p>Síntomas relacionados con diferentes sistemas del organismo y respuestas conductuales relacionadas con la ansiedad y problemas de salud.</p>	<p>13 ítems: -síntomas orgánicos (9 ítems) -respuestas conductuales y problemas de salud (4 ítems)</p>	<p>Valores adecuados de consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach (Figueiredo-Ferraz et al., 2012)</p>	<p>2</p>
<p>Escala auto-administrada de Depresión</p>	<p>Zung, 1965</p>	<p>Síntomas de base empírica. Da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.</p>	<p>20 preguntas (10 en forma positiva y 10 en forma negativa)</p>	<p>(<math>\alpha = .84</math>). (Gil-Monte, 2012).</p>	<p>1</p>

---

## 4. Procedimiento

### 4.1. Recogida de datos.

Para poder utilizar la Escala de ATDP (Yuker et al., 1960) quisimos contactar con su creador, el profesor Harold E. Yuker pero había fallecido en 1997 así que solicitamos autorización de uso a la Universidad de Hofstra (New York). Posteriormente realizamos una revisión de la traducción que en su día hicieron Verdugo et al. (1994). Una persona nativa anglófona realizó un proceso de traducción inversa de la escala.

Con el fin de facilitar el trabajo de campo contactamos con diversos profesionales y entidades relacionadas con el ámbito de nuestro estudio. En septiembre de 2015 mantuvimos una reunión con el presidente de la Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Valencia (CODIFIVA) y la Directora de la Residencia Pepe Alba para hablarles del proyecto de investigación y solicitar su colaboración para realizar en su centro un pase piloto del instrumento de medida. La idea fue bien recibida y se ofrecieron para colaborar en todo lo que fuese necesario. La escala se pasó a un grupo de 25 personas, de dicha residencia, para ver si los ítems eran comprensibles o si se precisaban ajustes. Como la escala ofreció buenas puntuaciones, fue utilizada sin más cambios.

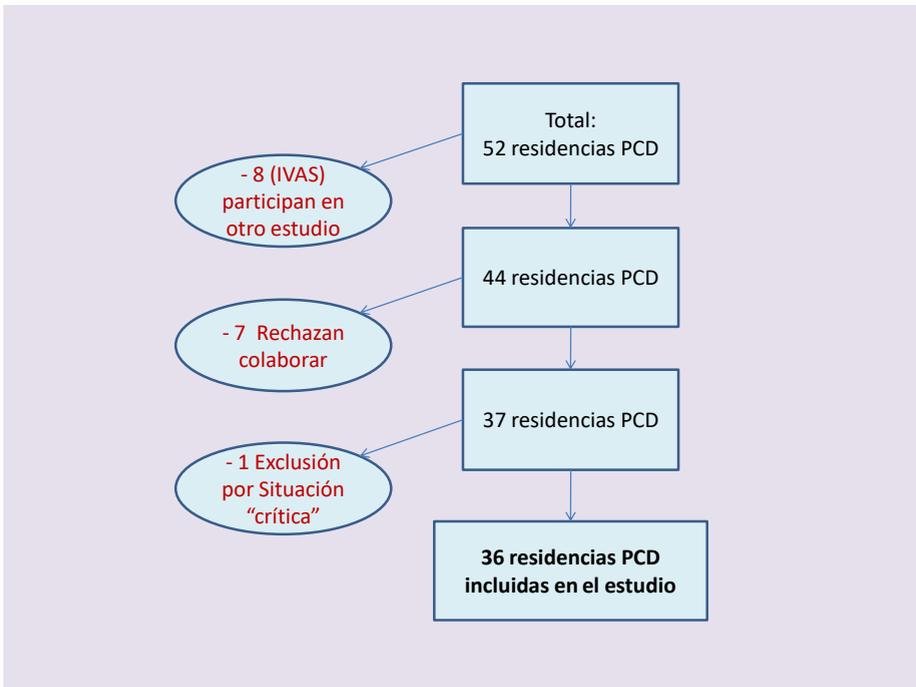
Se mantuvieron contactos telefónicos, por correo electrónico y algunos encuentros con trabajadores y responsables de entidades relacionadas con la discapacidad, a fin de recabar información de Residencias y entidades que las gestionan, todos ellos en la Comunidad Valenciana. Por ejemplo, se realizaron los primeros contactos con el Patronato intermunicipal Francisco Esteve, de Paterna, Quart de Poblet y Manises, con el Instituto Valenciano de Acción Social (IVAS), Plena Inclusión... Después de un tiempo de haber solicitado cita, en marzo de 2016 nos reunimos con el Director General de

Diversidad Funcional de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana con el fin de informarle del proyecto de investigación y contar con su visto bueno para llevar a cabo el trabajo de campo en las Residencias para PCD de la Comunitat Valenciana. También le pedimos un listado actualizado de las residencias de PCD de la Comunidad Valenciana con direcciones y teléfonos. A partir de ese listado y de las aportaciones que recibimos de los contactos mantenidos con asociaciones y responsables, confeccionamos el listado definitivo de Residencias de PCD (que posteriormente sería la población de nuestro estudio).

En abril y junio de 2016 mantuvimos sendas reuniones con el Jefe de Prestación de Servicio y la Jefa del Área de Recursos Humanos del IVAS, solicitando su autorización y colaboración para realizar el trabajo de campo en las Residencias de dicho Instituto. Lamentablemente nos dijeron que no podían colaborar en el estudio porque ellos estaban pendientes de realizar otra investigación en esos centros y temían la interferencia entre ambos trabajos. Con el fin de mejorar el nivel de participación de las residencias en el estudio, en el mes de junio de 2016 tuvimos un encuentro con el responsable de Programas y Calidad de Plena Inclusión (antes FEAPS) y miembros del grupo de trabajo de salud mental y discapacidad (en su mayoría psicólogas de residencias y centros de día) para exponerles el trabajo y solicitar su apoyo y colaboración.

De las 52 residencias para PCD existentes en la Comunitat Valenciana, las 8 del IVAS iban a participar en otro estudio y sus responsables estimaron que no era conveniente formar parte de nuestra investigación y otras 7 se negaron a colaborar. Por otro lado, rechazamos incluir a una residencia por su grave situación de crisis, con profesionales que durante meses no percibían su salario y actualmente inmersa en un expediente de concurso de acreedores, por lo que la muestra se recogió solo de 36 residencias. En

la figura que se muestra a continuación se describe el proceso seguido para la obtención de la muestra (Figura 10).



**Figura 10. Proceso de obtención de la muestra y centros excluidos de la investigación.**

El contacto con las Residencias, las visitas a las mismas, el pase de cuestionarios y la recogida de datos fue realizada personalmente por el mismo investigador entre los meses de marzo de 2016 (prueba piloto) y enero de 2017, debiendo interrumpirse durante los periodos vacacionales (julio-septiembre) y en vacaciones de Semana Santa y Navidades, a causa de los turnos especiales del personal por descanso. Elaboramos un listado definitivo de centros con los datos actualizados (mediante una búsqueda de cada centro a través de internet) y un primer contacto telefónico con el fin de disponer del correo electrónico de la Dirección del centro. Posteriormente, les enviamos un correo electrónico en el que se presentaba el estudio y se solicitaba la colaboración del centro,

informándoles de que posteriormente contactaríamos telefónicamente con ellos. Al realizar ese contacto telefónico y si accedían a colaborar, se aprovechaba para solicitar información sobre el número de profesionales que trabajaban en ella y de plazas con que contaba y se fijaba una fecha de visita en la que se llevaría el material ofreciéndonos para mantener una breve reunión informativa con los trabajadores. El material que se dejaba en cada centro consistía en los cuestionarios impresos metidos en sobres individuales -una por profesional- y una urna para depositar las encuestas una vez cumplimentadas.

El siguiente encuentro se producía en la fecha prevista y acordada con cada centro para llevar el material e informar (realizando o no una reunión informativa al personal en función de los criterios del Centro), al tiempo que se fijaba una fecha de recogida de la urna y los cuestionarios cumplimentados -habitualmente tres semanas después-.

Creímos conveniente fabricar una urna de cartón cerrada, hecha con una caja de cartón identificada en sus caras anterior y posterior, con el logo de la Universitat de València y el nombre del equipo de investigación. La urna estaba precintada con cinta adhesiva y únicamente tenía una ranura por la que introducir el cuestionario ya cumplimentado, y doblado por su mitad; de este modo se garantizaba la privacidad a los participantes. Habitualmente se colocaba en la recepción del Centro o en la sala de descanso del personal para que cada participante pudiera depositar el cuestionario con facilidad, una vez cumplimentado.

En la siguiente visita, transcurrido el tiempo acordado, se recogía el material, agradeciendo la colaboración y comprometiéndonos a llevar una copia del informe de resultados cuando dispusiéramos de ellos. Aunque se trataba de la última visita, en ocasiones debimos repetirla hasta tres veces pues el número de cuestionarios completados había sido muy bajo en un

primer momento. Al acudir varias veces al centro pudimos conseguir un mayor número de cuestionarios en algunos centros.

La participación de la muestra fue voluntaria, asegurando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos recogidos. El trabajador o la trabajadora que participaba en el estudio, tras leer las condiciones de voluntariedad y confidencialidad del cuestionario, marcaba una cruz en la casilla correspondiente para dejar constancia de la aceptación de las condiciones de la investigación.

#### **4.2. Análisis realizados:**

Se ha realizado un análisis de los ítems de los instrumentos utilizados considerando los estadísticos descriptivos para valorar si ajustaban a una distribución normal. Hemos calculado el valor de la media, desviación típica, asimetría y curtosis. Otros criterios para valorar la calidad de un ítem es analizar la relación entre el ítem y el total de la escala de la que forma parte, pues de esta manera se puede valorar el grado en que un ítem contribuye a evaluar el constructo para el que ha sido diseñado. Algunos de los índices que permiten evaluar este aspecto de los ítems son: (1) la correlación corregida de cada ítem con el total de la escala (homogeneidad corregida), (2) el índice de fiabilidad del ítem, y (3) la fiabilidad de la escala al eliminar el ítem. Todos estos índices fluctúan en un rango que va de 0 a 1. En el caso del índice de homogeneidad y de fiabilidad cuanto más próximo a 1 se encuentra el valor más consistente es el ítem con el resultado de la escala (Gil-Monte, 2016).

Para la validez de constructo se utilizó el análisis factorial confirmatorio (AFC). El método de estimación fue máxima verosimilitud (maximum likelihood, ML). Para valorar el ajuste global del modelo, además del índice chi cuadrado ( $\chi^2$ ) se consideraron los siguientes índices que no están afectados por el tamaño de la muestra. El Adjusted Goodness of Fit Index (GFI) que mide la cantidad relativa de varianza explicada por el modelo. El

Non-NormedFitIndex (NNFI) y el ComparativeFitIndex (CFI) que son indicadores del ajuste relativo del modelo. Para estos índices los valores superiores a 0,90 se consideran indicadores de un ajuste aceptable del modelo (Bentler, 1992; Hoyle, 1995). El Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA) estima la cantidad global de error existente en el modelo. Valores entre 0,05 y 0,08 indican un ajuste adecuado del modelo (Browne y Cudeck, 1993; Hair, Anderson, Tatham y Black, 1995). Para el análisis de fiabilidad se calculó el valor del alfa de Cronbach (Nunnally, 1978) con índices de confianza (IC) para todas las escalas. Para probar la validez predictiva se realizaron regresiones stepwise considerando la variable problemas de salud.

A modo de resumen, la Tabla 15 recoge los análisis estadísticos realizados.

**Tabla 15.*****Esquema general de objetivos, hipótesis y análisis estadístico del estudio.***

Objetivos	Hipótesis	Análisis estadístico
1. Conocer la prevalencia del SQT en profesionales de residencias de PCD.	H1: Después de revisar la literatura científica que indica niveles altos de SQT en profesionales del sector, esperamos obtener una prevalencia de SQT (Nivel crítico: perfil 2) entre 1.3 y 5.6% en profesionales de residencias de PCD y niveles altos en cada una de sus dimensiones (culpa, indolencia, ilusión y desgaste psíquico).	Análisis descriptivo. Porcentajes
2. Validar la Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad (adaptación de la escala original de Yuker, Block y Campbell, (1960) en muestra de profesionales de residencias para PCD	H2: La Escala de Actitudes hacia las PCD se adaptará al modelo de dos factores que planteó su autor.	Alfa Cronbach Análisis exploratorio y factorial
3. Conocer la prevalencia de Actitudes hacia las PCD en profesionales de residencias para PCD	H3: Existirán actitudes favorables hacia las PCD (puntuaciones superiores a la media) en más de un 75% de profesionales de residencias de PCD	Análisis descriptivo. Porcentajes
4. Estudiar las relaciones entre SQT y valores instrumentales (morales y de competencia) en profesionales de residencias para PCD	H4.1: Existirá una relación significativa y negativa entre puntuaciones de SQT y de valores morales en profesionales de residencias de PCD H4.2: Existirá relación significativa y negativa entre puntuaciones de SQT y valores de competencia en profesionales de residencias de PCD	Análisis bivariado: coeficiente de correlación de Pearson
5. Estudiar las relaciones entre SQT y estrategias de afrontamiento (centradas en la tarea o de evitación) en profesionales de residencias para PCD	H5.1: Existirá una relación significativa y negativa entre puntuaciones de SQT y de estrategias de afrontamiento centradas en la tarea en profesionales de residencias de PCD	Análisis bivariado coeficiente de correlación de Pearson

	H5.2: Existirá una relación significativa y positiva entre puntuaciones de CESQT y de estrategias de afrontamiento de evitación en profesionales de residencias de PCD	
6. Estudiar las relaciones entre SQT y Autoeficacia en profesionales de residencias para PCD	H6: Existirá una relación significativa y negativa entre niveles de SQT y Autoeficacia en profesionales de residencias de PCD	Análisis bivariado coeficiente de correlación de Pearson
7. Estudiar las relaciones entre SQT y las Actitudes hacia las PCD en profesionales de residencias para PCD	H7: Existirá una relación significativa y negativa entre niveles de SQT y Actitudes positivas (altas puntuaciones) hacia las PCD en profesionales de residencias de PCD	Análisis bivariado: coeficiente de correlación de Pearson
8. Estudiar las relaciones entre SQT y Problemas de salud en profesionales de residencias para PCD	H8: Existirá una relación significativa y positiva entre niveles de SQT y puntuaciones en problemas de salud en profesionales de residencias de PCD	Análisis bivariado coeficiente de correlación de Pearson
9. Estudiar las relaciones entre SQT y Síntomas de depresión en profesionales de residencias para PCD	H9: Existirá una relación significativa y positiva entre niveles de SQT y puntuaciones en Síntomas de depresión en profesionales de residencias de PCD	Análisis bivariado: coeficiente de correlación de Pearson
10. Analizar la función mediadora del SQT en la relación entre las variables Valores morales y competenciales, Autoeficacia, Estrategias de afrontamiento centradas en el problema y de evitación y las variables actitudes hacia las PCD, síntomas depresivos y problemas de salud en profesionales de residencias de PCD.	Hipótesis 10: El SQT tendrá una función mediadora entre Valores de competencia (10.1) y Actitudes hacia las PCD; entre Valores morales (10.2) y Actitudes hacia las PCD; entre Autoeficacia (10.3) y Actitudes hacia las PCD; entre Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema (10.4) y Actitudes hacia las PCD; y entre Estrategias de afrontamiento de Evitación (10.5) y Actitudes hacia las PCD.	Modelos de path análisis con ecuaciones estructurales

## 5. Resultados

Como paso previo a la realización de los análisis estadísticos dirigidos a alcanzar los objetivos y contrastar las hipótesis del estudio, se llevaron a cabo los análisis descriptivos de las escalas utilizadas en el estudio. Se usó para ello el programa SPSS 24. Los resultados obtenidos se pueden verificar en la Tabla 16, que detalla los estadísticos siguientes: media, mediana, moda, desviación típica, asimetría, curtosis, valores mínimo y máximo, y alfa de Cronbach.

Si analizamos los resultados de la Escala de Valores ( $\alpha=.79$ ), en los Valores morales se obtuvo un  $\alpha=.83$ , mientras que en los Valores competenciales el resultado fue  $\alpha=.76$ . El rango de respuestas de las variables Valores morales y competenciales, oscila entre 0 y 10. La media de los resultados en la muestra es de 9.12 y 8.77, respectivamente. Además, podemos ver que las medias de todos los ítems son muy homogéneas, siendo el resultado más bajo (7.41) en el ítem 1 "*Importancia que tiene en su vida ser ambicioso/a (tener aspiraciones y trabajar duro para conseguirlas)*" y el más alto (9.59) corresponde al ítem 17 "*Importancia que tiene en su vida ser responsable*".

Veamos a continuación la dimensión Afrontamiento centrado en la tarea ( $\alpha=.81$ ) y la dimensión Afrontamiento de evitación ( $\alpha=.53$ ), con un rango en la escala de respuesta entre 0 y 4, obtuvimos unos valores medios de 3.11 y 1.67 respectivamente, lo que indica que las puntuaciones en Estrategias de Afrontamiento centradas en el Problema son más altas que el valor central del intervalo del instrumento. Las medias de los ítems resultaron muy homogéneas entre sí, con un valor inferior (2.82) en el ítem 3: "*Reorganizar el trabajo*" y en el otro extremo (3.26) la media del ítem 1: "*Afrontar los problemas en cuanto se producen*".

En la dimensión Afrontamiento de Evitación, los valores de las medias en cada ítem fueron también bastante similares, fluctuando entre 1.53 en el ítem 10 *"Intentar evitar la situación"* y 1.83 en el ítem 8 *"Delegar en otros/as"*.

En la escala de Autoeficacia ( $\alpha=.87$ ), se obtuvo una media de 2.93, (en un rango del instrumento entre 0 y 4). En cuanto a los valores de las medias de los distintos ítems son muy homogéneos, siendo los extremos el del ítem 1: *"Puedo resolver problemas difíciles de mi trabajo si me esfuerzo lo suficiente"* (3.12) y el del ítem 10: *"Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero en mi trabajo, aunque alguien se me oponga"* (2.03).

Con respecto a los resultados para los quince ítems de las escalas de Ilusión por el trabajo (valores invertidos) ( $\alpha=.88$ ), Desgaste psíquico ( $\alpha=.85$ ) e Indolencia ( $\alpha=.70$ ) del CESQT (15 ítems,  $\alpha=.86$ ), los valores de las medias de CESQT (1.06) y sus dimensiones: Ilusión por el trabajo (3.14), Desgaste laboral (1.59), Indolencia (.87) y Culpa (.77), observamos que se situaron bastante desplazadas de los valores centrales del cuestionario, cuyo rango está entre 0 y 4. Los valores medios más extremos se obtuvieron en el ítem 13 *"Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo"* (.49) y en el 7 *"Pienso que trato con indiferencia a algunos usuarios del centro"* (.53). En el otro extremo, el ítem 10 *"Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas"* (3.33) y el ítem 15 *"Mi trabajo me resulta gratificante"* (3.32).

En la Escala de Problemas de Salud ( $\alpha=.88$ ) la media (1), fue algo inferior a la puntuación central del intervalo de anclaje del instrumento, que se situó entre 0 y 4. Los valores de las medias más extremos se obtuvieron en los ítems 6 *"¿Ha tenido jaquecas o dolores de cabeza?"* y 10 *"¿Ha necesitado tomar algún medicamento para poder manejar alguno de los problemas de salud anteriores u otros similares relacionados con su trabajo?"*, ambos con

valores de 1.39. En el otro extremo, la media más baja, de 0.05, se obtuvo en el ítem 11 "*¿Ha incrementado el consumo de bebidas alcohólicas por problemas laborales?*".

Por último, en la Escala de Depresión ( $\alpha=.83$ ), la media de la variable (34.86) se situó en el valor central del intervalo del instrumento (entre 0 y 80). Entre los valores de las medias destacaron como extremos por un lado el ítem 19 "*Creo que sería mejor para los demás si me muriera*" (1.04) frente a la media de los ítems 20 y 18, "*Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban*" (3.39) y "*Encuentro agradable vivir, mi vida es plena*" (3.36) respectivamente.

Se analizó si las variables del estudio seguían una distribución normal, condición previa para que las mismas puedan ser incluidas en un modelo de *path-analysis* en el que los valores de las relaciones y el ajuste del modelo se calculan mediante el método *maximum likelihood*. Se realizaron los análisis para determinar los coeficientes de asimetría y curtosis. En casi todas las escalas se obtuvieron valores entre +/-1 en asimetría y curtosis. Destacamos que solamente la Escala de Autoeficacia ( $C=1.58$ ) y la Escala de Valores Morales ( $C=1.68$ ) dieron resultados más altos.

**Tabla 16.*****Datos descriptivos de las escalas.***

	Media	Rango	Mediana	Moda	Dt	Asimetría	Curtosis	V. mín.	V. máx.	A. Cronbach
V. Morales	9.12	0-10	9.22	10.00	0.73	-1.07	1.68	5.33	10.00	.83
V. Competencia	8.75	0-10	8.78	9.00	0.81	-0.68	0.57	5.33	10.00	.76
Afr. Problema	3.11	0-4	3.17	3.00	0.56	-0.48	0.33	1.17	4.00	.81
Afr.Evitación	1.67	0-4	1.67	2.00	0.77	0.23	0.17	0.00	4.00	.53
Autoeficacia	2.93	1-5	2.90	2.90	0.53	-0.54	1.58	0.20	4.00	.87
CESQT	1.06	0-4	1.05	1.13	0.55	0.65	0.75	0.00	3.40	.86
Ilusión	3.14	0-4	3,20	4.00	0.73	-1.03	1.01	0.20	4.00	.88
Desgaste	1.59	0-4	1.59	2.00	0.84	0.21	-0.01	0.00	4.00	.85
Indolencia	.87	0-4	0.83	0.67	0.55	0.44	-0.15	0.00	2.83	.70
Culpa	.77	0-4	0.80	0.00	0.60	0.82	0.97	0.00	3.60	.79
Salud	1.00	0-4	0.89	0.44	0.67	0.86	0.68	0.00	4.00	.88
Depresión	34.86	0-80	34.00	35.00	7.44	0.79	0.78	20.00	65.00	.83

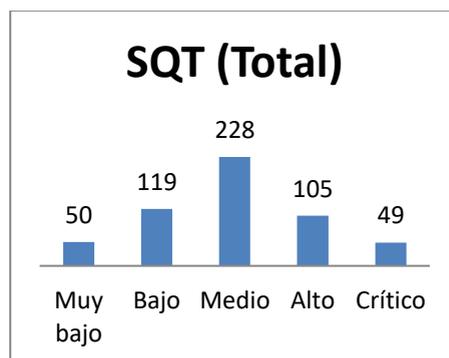
(a) Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

### Objetivo 1.

En referencia al objetivo 1, que planteaba conocer la prevalencia del SQT en profesionales de residencias de PCD, los datos recogidos mostraron que la distribución de puntuaciones se ajustaba perfectamente a la distribución normal, con dos colas de 8.89% (nivel crítico) y 9.07% (nivel muy bajo), el nivel bajo comprendió un 21.60% de la muestra, el nivel alto el 19.06% y un nivel medio, central, con el 41.38% de la muestra (Tabla 17 y Figura 11).

**Tabla 17.**  
***Prevalencia de distintos niveles de SQT.***

Niveles SQT	N	Porcentaje
Muy bajo	50	9.07
Bajo	119	21.60
Medio	228	41.38
Alto	105	19.06
Crítico	49	8.89
Total	551	100.00



**Figura 11.** ***Distribución de los casos para la variable SQT (total).***

Los resultados indicaron una elevada prevalencia, pues el 27.95% de la muestra presentó niveles altos o críticos de SQT.

Dentro del grupo de trabajadores y trabajadoras con las puntuaciones más altas o nivel crítico en SQT (8.89%), merece la pena prestar atención a la presencia de sentimiento de culpa con puntuaciones iguales o superiores al percentil 89, lo que determinaba niveles críticos de culpa y permitió establecer el número de participantes en el Perfil 2. Este grupo de profesionales es el más afectado por el SQT, representando en nuestro estudio el 2.54% del total y nuestra hipótesis es que se situaría entre 1.3 y 5.6, rango en el que se mueven los estudios revisados. En la Tabla 18 se recogen los casos que presentaban y los que no presentaban niveles críticos de sentimiento de culpa y sus porcentajes.

**Tabla 18.**

**Prevalencia de nivel crítico de SQT sin sentimiento de Culpa. (Perfil 1) y con sentimiento de culpa (Perfil 2).**

	N	Porcentaje
Nivel Crítico Perfil 1	35	6.35
Nivel Crítico Perfil 2	14	2.54
Total	551	100.00

La dimensión Ilusión por el trabajo del CESQT, como ya hemos visto, se valora mediante ítems formulados de manera positiva (invertida). Siguió una distribución ligeramente desplazada hacia puntuaciones bajas, pues el 42.46% de la muestra estaba en niveles bajo y crítico, frente al 27.04% situada en niveles alto y muy alto. En el nivel medio estaba el 30.49% de la muestra, como puede observarse en la Tabla 19 y Figura 12.

**Tabla 19.**

**Prevalencia de distintos niveles de la dimensión ilusión por el trabajo (SQT).**

Niveles Ilusión por el trabajo	N	Porcentaje
Crítico	53	9.61
Bajo	181	32.85
Medio	168	30.49
Alto	56	10.16
Muy altos	93	16.88
Total	551	100.00

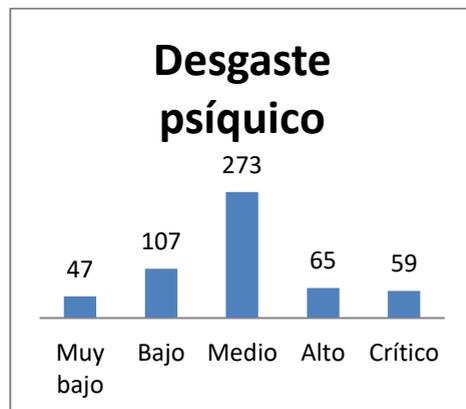


**Figura 12. Distribución de los casos para la dimensión Ilusión por el trabajo.**

En lo que respecta a la dimensión Desgaste psíquico, la distribución se aproximaba a la normal, con la mitad de la muestra (49.55%) en el nivel medio -posición central- y un 22.51% con puntuaciones elevadas -niveles alto y crítico-. En el otro extremo, un 27.94% estaba formado por los niveles bajo y muy bajo (ver Tabla 20 y Figura 13).

**Tabla 20.**  
**Prevalencia de distintos niveles de la dimensión Desgaste psíquico (SQT).**

Niveles Desgaste Psíquico	N	Porcentaje
Muy bajo	47	8.52
Bajo	107	19.42
Medio	273	49.55
Alto	65	11.80
Crítico	59	10.71
Total	551	100.00

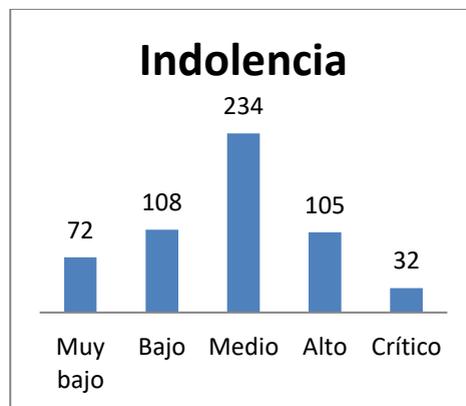


**Figura 13.** Distribución de los casos para la dimensión Desgaste psíquico

Analizando la dimensión Indolencia (ver Tabla 21 y Figura 14), se observó que el 42.47% de la muestra ocupaba posiciones centrales (Nivel medio) frente a un 24.87% en los niveles alto y crítico y un 32.67% en los niveles bajo y muy bajo.

**Tabla 21.**  
**Prevalencia de distintos niveles de la dimensión Indolencia (SQT).**

Niveles Indolencia	N	Porcentaje
Muy bajo	72	13.07
Bajo	108	19.60
Medio	234	42.47
Alto	105	19.06
Crítico	32	5.81
Total	551	100.00

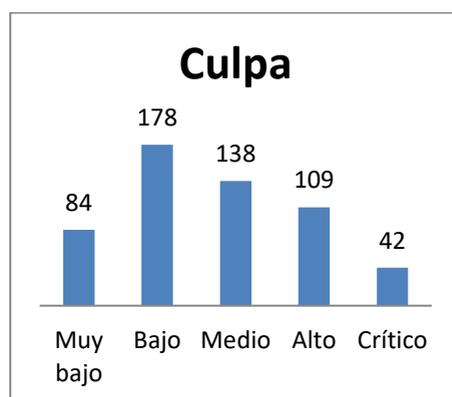


**Figura 14.** Distribución de los casos para la dimensión Indolencia.

La dimensión Culpa se distribuyó con un ligero desplazamiento hacia puntuaciones bajas, pues en los niveles muy bajo y bajo se encontraron el 47.55% del total, y en el otro extremo, niveles alto y crítico se situaron el 27.40%. En el nivel medio se ubicaron el 25.05% (Ver Tabla 22 y Figura 15).

**Tabla 22.**  
**Prevalencia de distintos niveles de la dimensión Culpa (SQT).**

Niveles Culpa	N	Porcentaje
Muy bajo	84	15.25
Bajo	178	32.30
Medio	138	25.05
Alto	109	19.78
Crítico	42	7.62
Total	551	100.00



**Figura 15.** Distribución de los casos para la dimensión Culpa.

Por lo tanto,

Se cumple la Hipótesis 1. Después de revisar la literatura científica que indica niveles altos de SQT en profesionales del sector, esperamos obtener una prevalencia de SQT (Nivel crítico: perfil 2) entre 1.3 y 5.6% en profesionales de residencias de PCD y niveles altos en cada una de sus dimensiones (culpa, indolencia, ilusión y desgaste psíquico).

Objetivo 2.

Veamos a continuación los resultados del objetivo 2: Validar la Escala de Actitudes hacia las PCD en una muestra de profesionales de residencias de PCD (adaptación de la escala original de Yucker et al., 1960).

*Validez de contenido:*

La escala original fue validada por los autores y la traducción al castellano de la presente investigación se realizó revisando y actualizando la traducción de Verdugo et al. (1994). Una persona nativa anglófona realizó un proceso de traducción inversa de la escala y posteriormente se llevó a cabo una prueba piloto con ella, no detectándose problemas de comprensión por parte de los sujetos.

Como hemos comentado, la escala, en su forma original, está compuesta por 20 ítems. Se puntúan mediante una escala Likert de 6 puntos, que van desde -3 ("Estoy totalmente en desacuerdo") hasta +3 ("Estoy totalmente de acuerdo"). Algunas afirmaciones están formuladas en positivo y otras en negativo, lo que debe considerarse a la hora de su manejo.

En primer lugar, presentamos los estadísticos descriptivos univariados (medias y desviaciones típicas) que nos ayudarán a conocer la validez de contenido. Por lo que respecta a las medias de las puntuaciones directas (entre -3 y +3), se observaron los valores más extremos en el ítem 6 "*No deberían existir colegios o centros especiales para niños/as con discapacidad*" (1.90) y en el ítem 14 "*De las personas con discapacidad no puede esperarse demasiado*" (-2.58). Tabla 23.

En el análisis psicométrico de la escala total se obtuvo un alfa de Cronbach de  $\alpha=.73$ . Los estudios previos de fiabilidad de distintos autores y muestras han obtenido valores similares:  $\alpha=.76$  (Yuker et al., 1986) y  $\alpha=.79$  (Tervo et al., 2004).

**Tabla 23.**  
**Valores medios y desviación típica escala actitudes hacia las PCD (Yuker et al., 1960).**

Ítem		Media	Dt
1	Los padres y madres de niños y niñas con discapacidad deberían ser menos estrictos que los demás padres y las demás madres	-1.52	1.74
<b>2</b>	<b>Las personas con discapacidad física son tan inteligentes como las que no tienen discapacidad física</b>	<b>-2.01</b>	<b>1.65</b>
3	Las personas con discapacidad son más fáciles de tratar que el resto de las personas	-1.61	1.56
4	La mayoría de las personas con discapacidad sienten lástima de sí mismas	-1.65	1.56
<b>5</b>	<b>Las personas con discapacidad son iguales que las demás personas</b>	<b>-1.91</b>	<b>1.75</b>
<b>6</b>	<b>No deberían existir colegios o centros especiales para niños/as con discapacidad</b>	<b>1.90</b>	<b>1.75</b>
7	Lo mejor para las personas con discapacidad sería vivir y trabajar en centros especiales	-1.18	1.78
8	Cuidar de las personas con discapacidad es responsabilidad del Gobierno	.15	2.12
9	La mayoría de las personas con discapacidad se preocupan demasiado	-1.17	1.59
10	No se debe esperar que las personas con discapacidad alcancen los mismos objetivos que el resto de las personas	-1.21	1.90
<b>11</b>	<b>Las personas con discapacidad son tan felices como las demás</b>	<b>-1.80</b>	<b>1.54</b>
<b>12</b>	<b>Las personas con discapacidad severa son tan fáciles de tratar como las que presentan un nivel de discapacidad ligero o moderado</b>	<b>1.68</b>	<b>1.66</b>
13	Es prácticamente imposible que una persona con discapacidad lleve una vida normal	-1.76	1.64
14	De las personas con discapacidad no puede esperarse demasiado	-2.58	1.02
15	Las personas con discapacidad tienden a emplear en sí mismas gran parte de su tiempo	-.85	1.75
16	Las personas con discapacidad se alteran más fácilmente que los demás	-.75	1.92
17	Las personas con discapacidad son incapaces de llevar una vida social normal	-1.80	1.50
18	La mayor parte de personas con discapacidad siente que no es tan valiosa como las demás personas	-.92	1.74
19	Hay que tener cuidado con lo que se dice cuando se habla con una persona con discapacidad	.05	2.11
20	A menudo las personas con discapacidad están de mal humor	-2.03	1.42

Los ítems en negrita están formulados en sentido inverso al resto (se cambiará el signo de la puntuación obtenida a la hora de calcular los resultados de la escala)

Siguiendo con la escala total, y respecto a la correlación lineal entre el ítem y la puntuación total (sin considerar el ítem que se está evaluando) o *Correlación elemento-total corregida*, vemos en los primeros ítems de la escala unas puntuaciones bajas, especialmente en los ítems 2, 3, 6, 8 y 12

(Tabla 24). Conviene recordar que los ítems cuyos coeficientes ítem-total arrojan valores menores a 0.35 deben ser reformulados o desechados, ya que las correlaciones a partir de 0.35 son estadísticamente significativas más allá del nivel del 1% (Cohen-Manion, 1990). Una baja correlación entre el ítem y la puntuación total puede deberse a diversas causas, como la redacción del ítem o que el ítem no sirve para medir lo que se desea medir. Pese a ello, el alfa de Cronbach si se elimina cada uno de los ítems (incluidos los mencionados anteriormente), mantiene unos valores superiores a .71 (Tabla 24), por lo que hemos optado por mantener el cuestionario en su forma original ya que como hemos visto las diferencias entre la escala total ( $\alpha=.73$ ) y la escala sin el ítem ( $\alpha=.71$ ) son pequeñas.

**Tabla 24.**  
***Estadísticos total-elemento de la escala actitudes hacia las PCD (Yuker et al., 1960).***

Ítems	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1 Los padres y madres de niños y niñas con discapacidad deberían ser menos estrictos que los demás padres y las demás madres	.27	.72
2 Las personas con discapacidad física son tan inteligentes como las que no tienen discapacidad física	.18	.73
3 Las personas con discapacidad son más fáciles de tratar que el resto de las personas	.03	.74
4 La mayoría de las personas con discapacidad sienten lástima de sí mismas	.36	.72
5 Las personas con discapacidad son iguales que las demás personas	.26	.72
6 No deberían existir colegios o centros especiales para niños/as con discapacidad	.15	.73
7 Lo mejor para las personas con discapacidad sería vivir y trabajar en centros especiales	.34	.72

8	Cuidar de las personas con discapacidad es responsabilidad del Gobierno	.10	.74
9	La mayoría de las personas con discapacidad se preocupan demasiado	.33	.72
10	No se debe esperar que las personas con discapacidad alcancen los mismos objetivos que el resto de las personas	.32	.72
11	Las personas con discapacidad son tan felices como las demás	.28	.72
12	Las personas con discapacidad severa son tan fáciles de tratar como las que presentan un nivel de discapacidad ligero o moderado	.13	.73
13	Es prácticamente imposible que una persona con discapacidad lleve una vida normal	.37	.72
14	De las personas con discapacidad no puede esperarse demasiado	.38	.72
15	Las personas con discapacidad tienden a emplear en sí mismas gran parte de su tiempo	.32	.72
16	Las personas con discapacidad se alteran más fácilmente que los demás	.46	.71
17	Las personas con discapacidad son incapaces de llevar una vida social normal	.51	.71
18	La mayor parte de personas con discapacidad siente que no es tan valiosa como las demás personas	.40	.71
19	Hay que tener cuidado con lo que se dice cuando se habla con una persona con discapacidad	.44	.71
20	A menudo las personas con discapacidad están de mal humor	.42	.71

En cuanto a las relaciones bivariadas (correlaciones de Pearson) para los distintos ítems de la escala (Tabla 25), hubo pocas correlaciones (6.32%) con un valor superior a .30. El determinante de la matriz de correlación alcanzó un valor de .066.

En la Tabla 26 se muestra la matriz de correlación antiimagen.

**Tabla 25.**

***Matriz de correlación de los ítems.***

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1																					
2	.09																				
3	.19	<b>-.05</b>																			
4	.18	.07	.09																		
5	<b>.04</b>	.21	-.08	.08																	
6	.05	.09	-.08	<b>.03</b>	.12																
7	.13	.11	<b>.05</b>	.13	.12	.20															
8	.10	<b>-.01</b>	<b>.01</b>	.08	<b>-.01</b>	-.06	.10														
9	.15	<b>-.03</b>	.08	.27	<b>-.02</b>	.02	.14	.11													
10	.13	.08	<b>.04</b>	.12	.22	.09	.25	<b>.05</b>	.08												
11	.08	.21	-.07	.23	.25	<b>-.05</b>	.06	<b>.03</b>	.13	.10											
12	<b>-.04</b>	.06	-.16	.08	.18	.16	<b>-.03</b>	-.10	<b>.03</b>	.08	.16										
13	.14	.10	<b>-.01</b>	.08	.27	<b>.05</b>	.17	.11	.12	.28	.17	.09									
14	.16	.09	<b>-.03</b>	.14	.17	.06	.18	.11	.11	.25	.16	<b>.03</b>	.29								
15	.09	-.04	<b>.05</b>	.13	.05	<b>.03</b>	.08	.08	.23	<b>.03</b>	<b>.01</b>	.06	.16	.16							
16	.15	.08	<b>.02</b>	.20	<b>.05</b>	.17	.18	<b>.05</b>	.26	.14	.06	.15	.16	.18	.32						
17	.15	.14	<b>.03</b>	.16	.19	.15	.27	.08	.11	.23	.15	.12	.32	.32	.24	.33					
18	.12	.05	.08	.35	.06	<b>-.02</b>	.11	<b>.04</b>	.25	.16	.15	<b>.03</b>	.10	.19	.27	.31	.33				
19	.14	.10	<b>.05</b>	.21	.09	.13	.19	<b>.02</b>	.23	.14	.15	.11	.16	.19	.23	.39	.31	.28			
20	.11	.11	<b>-.04</b>	.21	.11	<b>.04</b>	.17	<b>.03</b>	.30	.09	.26	.08	.15	.16	.32	.31	.29	.30	.28		

p < .05 en negrita)

**Tabla 26.**

**Matriz de correlación antiimagen. Diagonal (a): Índice de Medida de adecuación a la muestra.**

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	.81(a)																			
2	-.07	.75(a)																		
3	-.17	.03	.57(a)																	
4	-.09	-.01	-.07	.81(a)																
5	.02	-.14	.04	-.01	.77(a)															
6	-.04	-.05	.08	-.01	-.08	.65(a)														
7	-.02	-.05	-.03	-.05	-.02	-.17	.81(a)													
8	-.06	.01	.03	-.04	.03	.07	-.07	.69(a)												
9	-.06	.08	-.04	-.15	.08	-.00	-.06	-.06	.82(a)											
10	-.04	.01	-.04	-.02	-.12	-.01	-.15	-.00	-.01	.82(a)										
11	-.01	-.14	.05	-.15	-.16	.11	.02	-.01	-.05	.02	.73(a)									
12	.06	.01	.13	-.06	-.10	-.13	.10	.10	.00	-.05	-.12	.66(a)								
13	-.06	-.00	.01	.03	-.16	.04	-.03	-.07	-.05	-.15	-.06	-.02	.82(a)							
14	-.08	-.00	.07	-.02	-.04	.00	-.04	-.05	.00	-.13	-.07	.05	-.14	.86(a)						
15	-.00	.08	-.04	.01	-.03	.01	.04	-.05	-.09	.08	.10	-.02	-.07	-.06	.81(a)					
16	-.04	-.04	.01	-.03	.06	-.10	-.03	-.01	-.10	-.02	.08	-.10	-.02	-.02	-.15	.85(a)				
17	-.02	-.04	-.04	.03	-.05	-.07	-.13	-.03	.09	-.05	-.00	-.06	-.16	-.16	-.06	-.11	.86(a)			
18	.02	-.00	-.04	-.24	.01	.08	.04	.03	-.07	-.08	-.03	.05	.07	-.04	-.12	-.11	-.18	.83(a)		
19	-.03	-.03	-.03	-.04	.00	-.06	-.06	.03	-.07	-.01	-.06	-.04	-.02	-.04	-.05	-.22	-.09	-.08	.89(a)	
20	-.01	-.04	.08	-.02	-.02	.03	-.07	.04	-.17	.03	-.18	.01	.01	.01	-.19	-.11	-.11	-.09	-.06	.84(a)

*Validez de constructo:*

Antes de realizar el análisis factorial se consideraron algunos criterios para valorar la viabilidad del mismo. El test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), mide la idoneidad de los datos comparando los valores de los coeficientes de correlación observados con los coeficientes de correlación parcial. En nuestro caso, el test KMO de adecuación de la muestra fue de 0.81 –que supone una relación notable- Kaiser (1974), la prueba de esfericidad de Barlett presentó un valor de 1475.97 y sig.(p-valor)=.00 -Si (p-valor) <.05 aceptamos H0 (hipótesis nula) y se puede aplicar el análisis factorial, pues se ha podido rechazar que sea una matriz de identidad- (Tabla 27).

**Tabla 27.**  
**Índices de KMO y prueba de Bartlett.**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		.81
	Chi-cuadrado aproximado	1475.97
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	190
	Sig	.00

Se determinó la correlación Anti-imagen que es el negativo del coeficiente de correlación parcial, obteniéndose valores muy bajos, pues sólo el 17.89% de las correlaciones fueron mayores de 0.01 -es razonable aplicar el análisis factorial si hay pocos coeficientes altos- y un 65% de los valores del índice de medida de adecuación de la muestra (MSA) se encontraron sobre todo por encima de .80 (Tabla 26). Estos valores indicaron que era pertinente realizar un análisis factorial de la matriz de correlaciones.

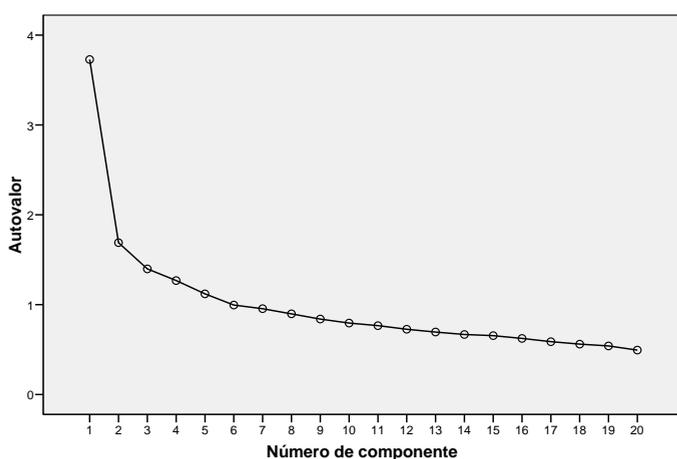
Con el fin de conocer la distribución de los ítems y su agrupación en factores, se realizaron Análisis Factoriales Exploratorios, siguiendo dos procedimientos. En el primero no se ajustó el número de factores mientras que en el segundo análisis, partiendo de los trabajos de Yuker, Block y

Young (1970) que definían dos factores, se ajustó a ese número de factores.

El método de extracción ha sido el de Componentes Principales con la rotación Varimax. Se retuvieron aquellos factores con eigenvalue mayor que 1.00. Para asignar los ítems a los factores se consideró como punto de corte el presentar una carga factorial igual o mayor que .35.

En el primer Análisis Factorial Exploratorio realizado se identificaron cinco factores que explicaron el 46% de la varianza. En el Factor 1 (18.6% de la varianza), se agruparon los ítems 4, 9, 15, 16, 18, 19 y 20. En el Factor 2 (8.5% de la varianza) se agruparon los ítems 7, 8, 10, 13, 14 y 17. En el Factor 3 (7% de la varianza) los ítems 2, 5 y 11. En el Factor 4 (6.3% de la varianza) los ítems 1, 3 y 12. Por último, el ítem 6, constituido como Factor 5, explica el 5.6% de la varianza (Tabla 28).

El gráfico de sedimentación también nos ilustró la situación, con pendientes claras en los Factores 1, 2 y 3, que van tendiendo a la horizontal en el 4 y 5, pero sobre todo a partir del 6 (Figura 16).



**Figura 16. Gráfico de sedimentación.**

**Tabla 28.**  
***Varianza total explicada solución de 5 factores.***

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3.73	18.64	18.64	2.75	13.75	13.75
2	1.69	8.45	27.09	2.13	10.64	24.39
3	1.40	6.99	34.08	1.56	7.81	32.21
4	1.27	5.34	40.42	1.39	6.92	39.13
5	1.12	5.60	46.02	1.38	6.89	46.01
6	1.00	4.98	50.99			
7	1.00	4.78	55.77			
8	0.998	4.49	60.26			
9	0.84	4.20	64.45			
10	0.80	3.97	68.43			
11	0.77	3.83	72.26			
12	0.73	3.63	75.89			
13	0.70	3.47	79.36			
14	0.67	3.34	82.70			
15	0.66	3.27	85.97			
16	0.62	3.12	89.09			
17	0.59	2.94	92.03			
18	0.56	2.80	94.83			
19	0.54	2.70	97.53			
20	0.49	2.47	100.00			

En esta solución factorial todos los ítems presentaron cargas factoriales superiores a .39 en el factor que lo incluye. En la Tabla figuran sombreadas las cargas factoriales iguales o superiores a .35 y en negrita la asignación a cada factor. Comrey (1973) indica que cargas factoriales superiores a .55 pueden ser consideradas buenas, explicando alrededor del 30% de la varianza, cosa que no ocurre en esta solución factorial ya que el 30% de los ítems (4, 5, 7, 8, 12 y 17) tienen cargas factoriales entre .39 y .53 (Tabla 29).

**Tabla 29.**  
**Análisis de componentes principales. 5 componentes extraídos. Matriz de componentes rotados.**

Ítem		Componente				
		1	2	3	4	5
1	Los padres y madres de niños y niñas con discapacidad deberían ser menos estrictos que los demás padres y las demás madres	.15	.19	.14	<b>.58</b>	.07
2	Las personas con discapacidad física son tan inteligentes como los que no tienen discapacidad física	-.04	.11	<b>.57</b>	.09	.19
3	Las personas con discapacidad son más fáciles de tratar que el resto de las personas	.05	-.07	-.08	<b>.68</b>	-.03
4	La mayoría de las personas con discapacidad sienten lástima de sí mismas	<b>.49</b>	-.04	.37	.31	-.06
5	Las personas con discapacidad son iguales que las demás personas	-.05	<b>.41</b>	<b>.50</b>	-.20	.11
6	No deberían existir colegios o centros especiales para niños/as con discapacidad	.01	.09	-.01	-.03	<b>.77</b>
7	Lo mejor para las personas con discapacidad sería vivir y trabajar en centros especiales	.11	<b>.42</b>	.01	.30	.36
8	Cuidar de las personas con discapacidad es responsabilidad del Gobierno	.07	<b>.39</b>	-.20	.14	-.37
9	La mayoría de las personas con discapacidad se preocupan demasiado	<b>.59</b>	.01	.01	.18	-.09
10	No se debe esperar que las personas con discapacidad alcancen los mismos objetivos que el resto de las personas	.01	<b>.56</b>	.16	.16	.16
11	Las personas con discapacidad son tan felices como las demás	.23	.11	<b>.71</b>	-.09	-.23
12	Las personas con discapacidad severa son tan fáciles de tratar como las que presentan un nivel de discapacidad ligero o moderado	.17	-.03	.32	<b>-.45</b>	.33
13	Es prácticamente imposible que una persona con discapacidad lleve una vida normal	.10	<b>.68</b>	.11	-.07	-.05
14	De las personas con discapacidad no puede esperarse demasiado	.18	<b>.63</b>	.07	.01	-.05
15	Las personas con discapacidad tienden a emplear en sí mismas gran parte de su tiempo	<b>.61</b>	.19	-.27	-.15	-.03
16	Las personas con discapacidad se alteran más fácilmente que los demás	<b>.62</b>	.16	-.09	-.01	<b>.35</b>
17	Las personas con discapacidad son incapaces de llevar una vida social normal	.38	<b>.53</b>	.06	-.00	.22
18	La mayor parte de personas con discapacidad siente que no es tan valiosa como las demás personas	<b>.63</b>	.10	.11	.14	-.06
19	Hay que tener cuidado con lo que se dice cuando se habla con una persona con discapacidad	<b>.55</b>	.15	.08	.07	.29
20	A menudo las personas con discapacidad están de mal humor	<b>.64</b>	.12	.17	-.11	-.03
Varianza explicada por el factor		18.6%	8.5%	7.0%	6.3%	5.6%
Varianza total		46.0%				

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.<sup>a</sup>

a. La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

Cabe destacar, por otro lado, que en algunos ítems hubo muy poca diferencia entre su carga factorial en un factor u otro. Así, la menor diferencia está en el ítem 8: *"Cuidar de las personas con discapacidad es responsabilidad del Gobierno"* carga de manera muy similar en el factor 2 (.39) y en el 5 (-.37) y fue asignado al primero. El ítem 7: *"Lo mejor para las personas con discapacidad sería vivir y trabajar en centros especiales"*, con .42 (Factor 2) y .36 (Factor 5) y asignado finalmente al Factor 2.

Para comprobar si los dos factores descritos por Yuker et al. (1970) se mantenían presentes en nuestro estudio se ajustó la extracción a dos factores. Se procedió igual que en el análisis anterior: método de extracción de Componentes Principales, con la rotación Varimax. Se retuvieron aquellos factores con eigenvalue mayor que 1.00. Para asignar los ítems a los factores se consideró como punto de corte el presentar una carga factorial igual o mayor que .35.

En el Análisis Factorial Exploratorio realizado se identificaron dos factores que explicaron el 27% de la varianza. En el Factor 1 (18.6% de la varianza), se agruparon los ítems 1, 3, 4, 8, 9, 15, 16, 17, 18, 19 y 20. En el Factor 2 (8.4% de la varianza) se agruparon los ítems 2, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13 y 14; como puede verse en la Tabla 30.

**Tabla 30.**  
***Varianza total explicada.***

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3.73	18.64	18.64	3.05	15.25	15.25
2	1.69	8.45	27.09	2.37	11.84	27.09
3	1.40	6.99	34.08			
4	1.27	6.34	40.42			
5	1.12	5.60	46.02			
6	1.00	4.98	50.99			
7	0.96	4.78	55.77			
8	0.90	4.49	60.26			
9	0.84	4.20	64.45			
10	0.79	3.97	68.43			
11	0.77	3.83	72,256			
12	0.73	3.63	75.89			
13	0.70	3.47	79.36			
14	0.67	3.34	82.70			
15	0.65	3.27	85.97			
16	0.62	3.12	89.09			
17	0.59	2.94	92.03			
18	0.56	2.80	94.83			
19	0.54	2.70	97.53			
20	0.49	2.47	100.00			

En la Tabla 31, sobre fondo gris claro y oscuro se muestran los dos factores definidos en nuestro análisis. Hemos señalado en negrita los ítems asignados por Yuker et al (1970) al Factor 2.

Debemos destacar también, que el ítem 17: *"Las personas con discapacidad son incapaces de llevar una vida social normal"* tuvo la misma carga factorial en ambos factores (.46).

Por otro lado, los ítems 8: *"Cuidar de las personas con discapacidad es responsabilidad del Gobierno"* y 3: *"Las personas con discapacidad son más fáciles de tratar que el resto de las personas"* presentaron unos valores bajos para las cargas factoriales en los dos factores extraídos (.22 y .-30 respectivamente).

En esta solución factorial todos los ítems (excepto los mencionados 3 y 8) presentaron saturaciones superiores a .34 en el factor que lo incluye. Como dijimos antes, Comrey (1973) indica que cargas factoriales superiores a .55 pueden considerarse buenas, explicando alrededor del 30% de la varianza. En este caso el 30% de los ítems (5, 9, 15, 16, 18 y 20) tuvieron cargas factoriales superiores a .55.

**Tabla 31.**  
**Análisis de componentes principales. 2 componentes extraídos. Matriz de componentes rotados.**

	Ítem	Componente	
		1	2
1	Los padres y madres de niños y niñas con discapacidad deberían ser menos estrictos que los demás padres y las demás madres	.37	.07
2	Las personas con discapacidad física son tan inteligentes como los que no tienen discapacidad física	-.03	.46
3	Las personas con discapacidad son más fáciles de tratar que el resto de las personas	.28	-.30
4	La mayoría de las personas con discapacidad sienten lástima de sí mismas	.51	.09
5	Las personas con discapacidad son iguales que las demás personas	-.06	.67
6	No deberían existir colegios o centros especiales para niños/as con discapacidad	.02	.34
7	Lo mejor para las personas con discapacidad sería vivir y trabajar en centros especiales	.30	.32
8	Cuidar de las personas con discapacidad es responsabilidad del Gobierno	.22	-.04
9	La mayoría de las personas con discapacidad se preocupan demasiado	.60	-.07
10	No se debe esperar que las personas con discapacidad alcancen los mismos objetivos que el resto de las personas	.18	.47
11	Las personas con discapacidad son tan felices como las demás	.15	.44
12	Las personas con discapacidad severa son tan fáciles de tratar como las que presentan un nivel de discapacidad ligero o moderado	-.05	.42
13	Es prácticamente imposible que una persona con discapacidad lleve una vida normal	.22	.51
14	De las personas con discapacidad no puede esperarse demasiado	.31	.42
15	Las personas con discapacidad tienden a emplear en sí mismas gran parte de su tiempo	.56	-.00
16	Las personas con discapacidad se alteran más fácilmente que los demás	.60	.18
17	Las personas con discapacidad son incapaces de llevar una vida social normal	.46	.46
18	La mayor parte de personas con discapacidad siente que no es tan valiosa como las demás personas	.63	.07
19	Hay que tener cuidado con lo que se dice cuando se habla con una persona con discapacidad	.54	.23
20	A menudo las personas con discapacidad están de mal humor	.55	.21
Varianza explicada por el factor		18.6%	8.4%
Varianza total		27.0%	

### *Características del factor 1:*

En cuanto a la consistencia interna de los factores (fiabilidad de las escalas) se calculó el alfa de Cronbach del primer factor con todos los ítems que se agrupan en él (11 elementos) con un alfa de Cronbach de .70. Los estadísticos descriptivos para cada uno de los ítems se muestran a continuación (Tabla 32):

**Tabla 32.**  
***Estadísticos descriptivos del factor 1 (primera versión).***

	Media	Desviación típica	N
Discapacidad 1	-1.52	1.74	551
Discapacidad 3	-1.61	1.56	551
Discapacidad 4	-1.65	1.56	551
Discapacidad 8	0.15	2.12	551
Discapacidad 9	-1.17	1.59	551
Discapacidad 15	-0.85	1.75	551
Discapacidad 16	-0.75	1.92	551
Discapacidad 17	-1.80	1.50	551
Discapacidad 18	-0.92	1.74	551
Discapacidad 19	0.05	2.11	551
Discapacidad 20	-2.03	1.42	551

Analizando los estadísticos para la relación ítem-factor Factor 1, puede observarse que la fiabilidad del instrumento mejoró -pasando a un alfa de Crombach de .72- con la eliminación del ítem 8 que tenía una carga factorial muy baja (.22) y que por su contenido (*“Cuidar de las personas con discapacidad es responsabilidad del Gobierno”*) no se ajustaba a los aspectos que recoge el factor 1, relacionados con sentimientos y autoimagen (Tabla 33):

**Tabla 33.**  
***Estadísticos total- elemento del factor 1 (primera versión).***

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Discapacidad 1	-10.58	78.67	.26	.09	.68
Discapacidad 3	-10.49	84.37	.11	.05	.70
Discapacidad 4	-10.45	77.22	.37	.19	.67
Discapacidad 8	-12.25	81.09	.11	.03	.72
Discapacidad 9	-10.93	76.44	.39	.19	.66
Discapacidad 15	-11.25	75.08	.39	.19	.66
Discapacidad 16	-11.35	70.91	.47	.28	.65
Discapacidad 17	-10.30	76.90	.40	.22	.66
Discapacidad 18	-11.18	73.14	.46	.27	.65
Discapacidad 19	-12.15	70.36	.42	.23	.65
Discapacidad 20	-10.07	77.36	.42	.24	.66

Por ese motivo procedimos a su eliminación y reajuste. De este modo, los estadísticos quedaron como se observa en la Tabla 34, en la siguiente página. Podemos apreciar también que el ítem 3 -*“Las personas con discapacidad son más fáciles de tratar que el resto de las personas”*- tuvo una carga factorial baja pero similar en valor absoluto en ambos factores, aunque por su contenido se ajustaba más a aspectos de tipo social y relacional, recogidos en el factor 2. Podemos observar que su eliminación del factor 1 mejoró todavía más el alfa de Cronbach, pasando a ser de .73, por lo que se decidió aplicar esta opción.

Tras eliminar también el ítem 3, la Tabla 35 muestra los estadísticos resultantes para el Factor 1 (ahora con 9 ítems).

**Tabla 34.**  
***Estadísticos total- elemento del factor 1 (segunda versión).***

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Discapacidad 1	-10.73	70.70	.25	.10	.71
Discapacidad 3	-10.64	75.75	.11	.05	.73
Discapacidad 4	-10.60	69.02	.37	.18	.69
Discapacidad 9	-11.07	68.44	.39	.19	.69
Discapacidad 15	-11.40	66.98	.39	.19	.69
Discapacidad 16	-11.50	62.60	.49	.28	.67
Discapacidad 17	-10.44	68.69	.41	.21	.69
Discapacidad 18	-11.32	64.75	.48	.27	.68
Discapacidad 19	-12.30	61.87	.45	.23	.68
Discapacidad 20	-10.22	68.84	.44	.24	.69

**Tabla 35.**  
***Estadísticos total- elemento del factor 1 (tercera versión).***

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Discapacidad 1	-9.12	66.36	.22	.06	.74
Discapacidad 4	-8.99	64.12	.37	.18	.72
Discapacidad 9	-9.46	63.47	.39	.18	.71
Discapacidad 15	-9.79	61.89	.39	.19	.71
Discapacidad 16	-9.89	57.38	.50	.28	.69
Discapacidad 17	-8.83	63.50	.42	.21	.71
Discapacidad 18	-9.71	59.85	.48	.26	.70
Discapacidad 19	-10.68	56.84	.56	.23	.70
Discapacidad 20	-8.61	63.33	.46	.23	.70

Quedó pues el Factor 1, con nueve ítems, un alfa de Cronbach de .73 y los estadísticos descriptivos que aparecen en la siguiente Tabla (Tabla 36):

**Tabla 36.**  
***Estadísticos descriptivos del factor 1 (tercera versión).***

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
-1.,64	75.75	8.70	9

*Características del factor 2:*

En lo que respecta al segundo factor de la escala, con 11 elementos, con alfa de Crombach de .59, se obtuvieron los estadísticos descriptivos que siguen (Tabla 37):

**Tabla 37.**  
***Estadísticos descriptivos del factor 2 ( primera versión).***

	Media	Desviación típica	N
Discapacidad 2	-2.01	1.65	551
Discapacidad 3	-1.61	1.56	551
Discapacidad 5	-1.91	1.75	551
Discapacidad 6	1.90	1.75	551
Discapacidad 7	-1.18	1.78	551
Discapacidad 10	-1.21	1.90	551
Discapacidad 11	-1.80	1.54	551
Discapacidad 12	1.68	1.66	551
Discapacidad 13	-1.76	1.64	551
Discapacidad 14	-2.58	1.02	551
Discapacidad17	-1.80	1.50	551

Analizando los estadísticos para la relación entre el factor y los ítems de este factor 2, puede observarse que la fiabilidad del instrumento mejoraría -pasando a un alfa de Cronbach de .63- si se elimina el ítem 3 que tenía una carga factorial baja (-.28) y similar, en valores absolutos, en ambos

factores (.30 en el Factor 1), aunque por su contenido (*“Las personas con discapacidad son más fáciles de tratar que el resto de las personas”*) pudiese ajustarse a los aspectos que recoge este factor.

Por otro lado, el ítem 17 -*“Las personas con discapacidad son incapaces de llevar una vida social normal”*-, con igual carga factorial (.46) en ambos factores, se ajusta mejor por su contenido de tipo social al Factor 2, razón por la cual decidimos incluirlo en él (Tabla 38).

**Tabla 38.**  
***Estadísticos total - valor del factor 2 (primera versión).***

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Discapacidad 2	-10.28	54.69	.23	.09	.57
Discapacidad 3	-10.68	62.25	-.07	.05	.63
Discapacidad 5	-10.38	50.61	.37	.18	.54
Discapacidad 6	-14.19	55.34	.18	.10	.59
Discapacidad 7	-11.11	51.99	.30	.15	.56
Discapacidad 10	-11.07	49.76	.36	.17	.54
Discapacidad 11	-10.48	54.95	.25	.13	.57
Discapacidad 12	-13.96	56.35	.15	.10	.59
Discapacidad 13	-10.53	51.36	.38	.20	.54
Discapacidad 14	-9.71	56.64	.34	.18	.56
Discapacidad 17	-10.48	51.50	.43	.22	.53

Se obtuvo un alfa de Cronbach de .63 y los estadísticos de los 10 ítems del factor 2 definitivo (2, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14 y 17) quedaron como se observan en la siguiente (Tabla 39).

**Tabla 39.**  
***Estadísticos total - valor del factor 2 (versión final).***

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Discapacidad 2	-8.67	53.78	.24	.08	.62
Discapacidad 5	-8.77	49.49	.39	.18	.59
Discapacidad 6	-12.58	54.23	.19	.09	.63
Discapacidad 7	-9.50	51.57	.30	.15	.61
Discapacidad 10	-9.46	49.33	.35	.16	.60
Discapacidad 11	-8.87	53.96	.26	.13	.62
Discapacidad 12	-12.35	54.87	.19	.09	.63
Discapacidad 13	-8.91	50.65	.38	.20	.59
Discapacidad 14	-8.09	55.88	.35	.18	.61
Discapacidad 17	-8.87	50.98	.42	.22	.59

El factor 2 de la escala quedó finalmente con 10 ítems y los siguientes estadísticos descriptivos (Tabla 40):

**Tabla 40.**  
***Estadísticos descriptivos del Factor 2 (versión final).***

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
-10.68	62.25	7.89	10

*Versión final de los factores:*

Al comparar las correlaciones del ítem 17 con el resto de elementos del Factor 1 y del Factor 2, observamos que se obtienen correlaciones más bajas al adscribirlo al Factor 2 que al Factor 1, pues con los elementos del Factor 1 se consiguen 3 correlaciones superiores a .30, en cambio, con los ítems del Factor 2 sólo se logran 2. Además, el número de correlaciones

inferiores a .20 son 5 con los elementos del Factor 2, y 3 con los del Factor 1, tal como se recoge en las Tablas 41 y 42 :

**Tabla 41.**  
***Correlación del ítem 17 con los elementos del Factor 1.***

Factor 1	1	4	9	15	16	17	18	19	20
Item 17	.15	.16	.11	.24	.33	1	.33	.31	.29

**Tabla 42.**  
***Correlación del ítem 17 con los elementos del Factor 2.***

Factor 2	2	5	6	7	10	11	12	13	14	17
Item 17	.14	.19	.15	.27	.23	.15	.12	.32	.32	1

En la matriz de correlación se observaron correlaciones bajas entre ítems, y especialmente en el ítem 11 y 12 con puntuaciones inferiores a .18 con el resto de ítems del factor 2 -a excepción de la correlación del ítem 11 con los ítems 2 y 5- (Tabla 43).

**Tabla 43.**  
***Matriz de correlación entre elementos del Factor 2 (versión final).***

	2	5	6	7	10	11	12	13	14	17
Discapacidad 2										
Discapacidad 5		.21								
Discapacidad 6		.09	.12							
Discapacidad 7		.11	.12	.20						
Discapacidad 10		.08	.22	.09	.25					
Discapacidad 11		.21	.25	-.05	.06	.10				
Discapacidad 12		.06	.18	.16	-.03	.08	.16			
Discapacidad 13		.10	.27	.05	.17	.28	.17	.09		
Discapacidad 14		.09	.17	.06	.18	.25	.16	.03	.29	
Discapacidad 17		.14	.19	.15	.27	.23	.15	.12	.32	.32

Esta inclusión del ítem 17 en el Factor 2 deja al factor 1 definitivamente con un elemento menos y con las siguientes características: 8 ítems (1, 4, 9, 15, 16, 18, 19, 20), alfa de Crombach .7 y los siguientes estadísticos (Tablas 44 y 45):

**Tabla 44.**  
***Estadísticos total - valor del Factor 1 (versión final).***

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Discapacidad 1	-7.32	54.88	.22	.06	.72
Discapacidad 4	-7.19	52.60	.37	.18	.68
Discapacidad 9	-7.66	51.74	.41	.18	.68
Discapacidad 15	-7.99	50.87	.38	.18	.68
Discapacidad 16	-8.1	47.01	.49	.26	.66
Discapacidad 18	-7.91	49.30	.46	.24	.67
Discapacidad 19	-8.88	46.52	.44	.22	.67
Discapacidad 20	-6.80	52.30	.45	.22	.67

**Tabla 45.**  
***Estadísticos descriptivos del Factor 1 (versión final).***

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
-8.83	63.50	7.97	8

Resulta de interés destacar también que al realizar la matriz de correlación se observaron correlaciones bajas entre ítems, y especialmente en el ítem 1, con puntuaciones inferiores a .18 con el resto de ítems del Factor 1 (Tabla 46).

**Tabla 46.**  
**Matriz de correlación entre elementos del Factor 1 (versión final).**

	1	4	9	15	16	18	19	20
Discapacidad 1								
Discapacidad 4	.18							
Discapacidad 9	.15	.27						
Discapacidad 15	.09	.13	.23					
Discapacidad 16	.15	.20	.26	.32				
Discapacidad 18	.12	.35	.25	.27	.31			
Discapacidad 19	.14	.21	.23	.23	.39	.28		
Discapacidad 20	.11	.21	.30	.32	.31	.30	.28	

Los ítems finales adscritos a cada factor no coinciden totalmente con los de Yuker et al. (1970). Existe coincidencia en el 60% de los ítems asignados al Factor 1 y en el 70% de los ítems asignados al factor 2. (Tabla 47).

**Tabla 47.**  
**Distribución de los ítems en los factores solución de Yuker et al. (1970) y de Munsuri (2018).**

Factores	Ítems	Ítems	Coincidencias	%
	Yuker et al. (1970)	Munsuri (2018)		
Factor 1	2, 3, 4, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 20	1, 4, 9, 15, 16, 18, 19, 20	6	60%
Factor 2	1, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 17, 19	2, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 17	7	70%

En resumen, de la escala original de Yuker et al. (1970) se eliminaron 2 ítems (el ítem 3 y el ítem 8); se cambiaron de factor los ítems 1 (*Los padres y madres de niños y niñas con discapacidad deberían ser menos estrictos que los demás padres y las demás madres*) y 19 (*Hay que tener cuidado con lo que se dice cuando se habla con una persona con discapacidad*), recogidos por Yuker et al. (1970) en el factor 2 (Relación con PCD) al factor 1 (Características de las PCD) y los ítems 2 (*Las personas con discapacidad física son tan inteligentes como los que no tienen discapacidad física*) y 4

*(La mayoría de las personas con discapacidad sienten lástima de sí mismas)* que estaban incluidos en el factor 1 de Yuker et al. (1970) al factor 2 en nuestra investigación. Por último, el ítem 12 que Yuker et al. (1970) incluían en el Factor 1, pasó al factor 2 en nuestro trabajo, mejorando en este caso la estructura del instrumento, pues el contenido del ítem (*Las personas con discapacidad severa son tan fáciles de tratar como las que presentan un nivel de discapacidad ligero o moderado*) se ajusta perfectamente a la definición del factor 2 (Relación con PCD).

Considerando todo lo expuesto, podemos concluir con el análisis factorial exploratorio ajustado a dos factores, la solución obtenida se ajusta al modelo de Yuker et al. (1970), que ofrece el factor 1: Características de las PCD y el factor 2 Relaciones con las PCD. Por lo tanto,

Se cumple la Hipótesis 2 planteada: La Escala de Actitudes hacia las PCD se adaptará al modelo de dos factores que planteó su autor

Recodificación de los valores de las escalas:

Aunque los ítems se han puntuado en un rango entre -3 y +3, siguiendo las instrucciones de Yuker et al., (1960) se recodificaron llevándolos a un rango de 0 a 6. Esto supone que el rango para la escala de 20 ítems va de 0 a 120, y este rango disminuye dependiendo del número de ítems que compongan las escalas. Así, para nuestra escala de 18 ítems los valores se mueven en un rango de 0 a 108. Los pasos seguidos para realizar la recodificación han sido los siguientes:

1. Siguiendo las indicaciones de Yuker et al. (1960) se cambiaron los signos de los ítems formulados en positivo (2, 5, 6, 11, 12).

2. Los autores indican también que deben sumarse las puntuaciones de todas las respuestas y cambiar el signo del resultado. Obtendremos, de este modo, una puntuación homogénea sobre las actitudes hacia las PCD entre -54 y +54. Valores más altos indicarían actitudes más positivas hacia las PCD.
3. Por último plantean que debe sumarse la constante 54, así conseguimos eliminar los valores negativos, desplazando el rango de puntuaciones totales posibles entre 0 y 108.

Por tanto, se partió de ítems entre -3 y +3, para llegar a una escala entre 0 y 108.

Los valores finales recodificados se utilizarán para alcanzar los objetivos planteados.

La Tabla 48 nos muestra esos valores obtenidos en los análisis descriptivos para la escala total de actitudes hacia las PCD, tras la recodificación y contemplando además el Factor 1 (Características de las PCD) y el Factor 2 (Relaciones con las PCD). En cuanto a la distribución, puede observarse que se obtuvieron unos valores en las medias de cada factor y del cuestionario total, desplazados hacia puntuaciones altas en el rango.

La asimetría es el grado en que los datos no son simétricos. Los valores obtenidos fueron negativos y se aproximaban a 0, indicando que la distribución era bastante simétrica con una cola hacia la izquierda.

La curtosis nos informa de la manera en que el pico y las colas de una distribución difieren de la normal. Un valor de curtosis 0 se corresponde con la curva de distribución normal. En este caso, obtuvimos cifras positivas próximas a 0, lo que indicó que la curva era ligeramente sobreelevada. En cualquier caso, estamos ante valores comprendidos entre +/- 1 (valor discriminante), por lo que la distribución se ajusta a la normal (Tabla 48).

**Tabla 48.**  
**Análisis descriptivos para la escala total de APD y para los factores obtenidos después de la recodificación.**

	Media	dt	Rango	Max.	Min.	Asimetría	Curtosis	Alfa Cronbach	Nº elementos
Escala final	73.51	13.27	0-108	105	18	-0.57	0.64	.76	18
F. 1 (Caract.)	32.83	7.97	0-48	48	2	-0.53	0.26	.71	8
F. 2 (Relac.)	40.68	7.89	0-60	60	10	-0.62	0.63	.64	10

### Objetivo 3:

Respecto a los resultados del objetivo 3: conocer la prevalencia de Actitudes hacia las PCD en profesionales de residencias de PCD, de los datos recogidos con la Escala de Actitudes hacia las PCD (ATDP) se observó que la muestra puntuó alto en actitudes hacia la discapacidad, o sea, que consideraba a las PCD como similares a las personas sin discapacidad en un 92.01% del total y sólo un 7.99% consideró a las PCD de manera negativa (puntuaciones bajas), como se muestra en la Tabla 49.

Analizándolo en función de las dimensiones definidas, vemos que en el factor 1 Características de las PCD, el 86.75% de la muestra obtuvo altas puntuaciones en actitudes hacia las PCD (actitudes favorables), obteniendo, en el factor 2 Relaciones con las PCD, un resultado más alto todavía, el 91.80%, -5 puntos por encima- (Tabla 49).

**Tabla 49.**  
**Prevalencia de Actitudes hacia las PCD.**

		Escala total (18 ítems)	Características	Relación
Actitudes hacia las PCD	Positivas	507 (92.01 %)	478 (86.75 %)	506 (91.80%)
N (%)	Negativas	44 (7.99 %)	73 (12.25 %)	45 (8.20 %)

Un paso más dentro de este tipo de análisis sería identificar si existen diferencias significativas en el nivel de acuerdo que tienen en sus actitudes hacia las PCD. Para ello se hicieron comparaciones de medias (T de Student

y ANOVA). En ese sentido, se realizó una T de Student de las puntuaciones de la muestra en actitudes hacia la discapacidad, tanto con el cuestionario total (18 ítems) como con sus dos dimensiones (Características de las PCD y Relaciones con las PCD) en función de la variable sexo y se comprobó que los valores mostraban que no existían diferencias significativas entre sus medias (Tabla 50).

**Tabla 50.**  
***T-Test Sexo y Actitudes hacia las PCD (total y dimensiones).***

	Sexo		t-test
	Media Hombre (n =135)	Media Mujer (n =414)	
Actitudes total	72.69	73.84	-0.88
Características	32.48	33.01	-0.67
Relación	40.21	40.83	-0.80

Se procedió del mismo modo con la variable puesto de trabajo en sus opciones técnicos y auxiliares, por ser las más numerosas, Se obtuvieron diferencias significativas entre las medias de puntuaciones del personal técnico, con puntuaciones más altas, y el auxiliar, con medias más bajas. Dicho de otro modo, las medias de puntuaciones en actitudes hacia la discapacidad en auxiliares de residencias para PCD eran significativamente más bajas (peores actitudes) que en el personal técnico (Tabla 51).

**Tabla 51.**  
***T-Test Puesto de trabajo y Actitudes hacia las PCD (total y dimensiones).***

	Puesto		t-test
	Media Técnicos (n = 177)	Media Auxiliares (n = 333)	
Actitudes total	75.43	71.93	2.85**
Características	34.34	31.81	3.40***
Relación	41.09	40.13	1.34

\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

Se realizó también la prueba Chi cuadrado para analizar si existía independencia entre las variables Actitudes hacia las PCD y sus dimensiones (agrupada en intervalos: altas/bajas), y las variables edad (30 años o menos, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años, 51 o más) y estudios completados (sin estudios, educación básica, educación secundaria, educación universitaria), es decir, si hay diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones en actitudes hacia las PCD (y sus dimensiones: características y relación) en función de las categorías descritas en las variables edad y nivel de estudios completado.

Como puede observarse se ha obtenido una significación bilateral superior a .05, en los tres casos, por lo que podemos concluir que no hay asociación entre variables (Tabla 52).

**Tabla 52.**  
***Prueba de Chi cuadrado de Pearson. Edad, Estudios completados Actitudes hacia las PCD.***

Actitudes hacia las PCD		Total 18 ítems	Dimensión 1 Características	Dimensión 2 Relación
Edad (agrupada)	Chi-cuadrado	1.53(a)	1.33(a)	3.77(a)
	Gl	3	3	3
	Sig.	.66	.72	.29
Estudios completados	Chi-cuadrado	2.26(b)	11.45(b)	.383(b)
	Gl	3	3	3
	Sig.	.52	0.1	.94

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

a 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5.

b 3 casillas (37.5%) han esperado un recuento menor que 5

Por lo que,

Se cumple la hipótesis 3 planteada: "Existirán actitudes positivas hacia las PCD (puntuaciones superiores al valor medio del instrumento) en más de un 75% de profesionales de residencias de PCD".

#### Objetivo 4:

En cuanto a los resultados del objetivo 4: Estudiar las relaciones entre SQT y valores instrumentales (morales y de competencia) en profesionales de residencias de PCD, para el cálculo de la variable SQT se realizó un promedio de 15 ítems, los correspondientes a las escalas de Ilusión por el trabajo (invertidos), Desgaste psíquico e Indolencia. Tras calcular el coeficiente de correlación de Pearson entre los valores morales y el SQT (y sus dimensiones), los resultados obtenidos en nuestra investigación indicaron que los valores morales se relacionaron negativamente con SQT con un valor de  $r = -.32$  ( $p \leq .001$ ); Desgaste psíquico,  $r = -.21$  ( $p \leq .001$ ); Indolencia,  $r = -.25$  ( $p \leq .001$ ); Culpa,  $r = -.13$  ( $p \leq .001$ ), y positivamente con Ilusión por el trabajo,  $r = .30$  ( $p \leq .001$ ) Tabla 53.

**Tabla 53.**  
***Análisis bivariado de las correlaciones entre las diferentes dimensiones de los instrumentos del estudio.***

	M(dt)	Rango	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 ACTITUDES	73.51 (13.27)	0-108	1											
2 AUTOEFICA.	2.93 (.53)	0-4	.01	1										
3 V. MORALES	9.12 (.73)	0-10	.00	.14**	1									
4 V.COMPETEN.	8.77 (.96)	0-10	.01	.23**	.68**	1								
5 PROBLEMA	3.11 (.56)	0-4	-.02	.31**	.41**	.43**	1							
6 EVITACIÓN	1.67 (.77)	0-4	-.05	.08	.05	.06	.07	1						
7 SQT	1.06 (.55)	0-4	-.16**	-.20**	-.32**	-.22**	-.31**	.05	1					
8 ILUSIÓN	3.14 (.73)	0-4	.16**	.17**	.30**	.20**	.35**	.01	-.83**	1				
9 DESGASTE	1.59 (.84)	0-4	-.07	-.17**	-.21**	-.14**	-.24**	.05	.79**	-.48**	1			
10 INDOLENCIA	.87 (.55)	0-4	-.13**	-.14**	-.25**	-.19**	-.32**	.09*	.78**	-.47**	.42**	1		
11 CULPA	.77 (.60)	0-4	-.10*	-.15**	-.13**	-.13**	-.16**	.07	.40**	-.26**	.32**	.38**	1	
12 SALUD	1.00 (.67)	0-4	-.07	-.18**	-.07	-.09*	-.18**	.06	.50**	-.28**	.61**	.31**	.23**	1
13 DEPRESIÓN	34.86 (7.44)	1-4	-.09*	-.27**	-.20**	-.23**	-.29**	.00	.49**	-.36**	.51**	.32**	.22**	.64**

\*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

Dicho de otro modo, aquellos trabajadores con altas puntuaciones en valores morales tuvieron menos riesgo de SQT y de sus dimensiones

Desgaste psíquico, Indolencia y Culpa (puntuaciones bajas), en cambio, las puntuaciones fueron más altas en la dimensión Ilusión por el trabajo. Con lo que,

Se cumple la Hipótesis 4.1 planteada: "Existirá una relación significativa y negativa entre puntuaciones de SQT y de valores morales en profesionales de residencias de PCD".

Igual sucedió en las correlaciones de Pearson obtenidas para los valores de Competencia muestran que se relacionaron negativamente con el SQT,  $r = -.22$  ( $p \leq .001$ ), Desgaste psíquico,  $r = -.14$ , ( $p \leq .001$ ); Indolencia  $r = -.19$ , ( $p \leq .001$ ), Culpa,  $r = -.13$ , ( $p \leq .001$ ) y positivamente con Ilusión por el trabajo,  $r = .20$ , ( $p \leq .001$ ) Tabla 53.

También, por tanto,

Se cumple la Hipótesis 4.2 planteada: "Existirá una relación significativa y negativa entre puntuaciones de SQT y de Valores de competencia en profesionales de residencias de PCD".

Objetivo 5:

ahora veremos los resultados del objetivo 5 que dice: Estudiar las relaciones entre SQT y estrategias de afrontamiento (centradas en la tarea o de evitación) en profesionales de residencias de PCD.

Regresando nuevamente a las correlaciones  $r$  de Pearson ya comentadas (Tabla 53), vemos que la variable SQT correlaciona negativamente con la variable Estrategia de afrontamiento centrado en la tarea,  $r = -.31$  ( $p \leq .001$ ).

Deteniéndonos en los componentes del SQT y sus correlaciones con la Estrategia de afrontamiento centrado en la tarea Tabla 53, observamos que la variable Ilusión por el trabajo correlacionó positivamente  $r = .35$  ( $p \leq .001$ ); en la dimensión Desgaste psíquico, la correlación fue negativa  $r = -.24$  ( $p \leq .001$ ); la variable Indolencia tuvo también una correlación negativa  $r = -.32$  ( $p \leq .001$ ); y finalmente la variable Culpa mostró una correlación negativa  $r = -.16$  ( $p \leq .001$ ).

Por lo que,

Se cumple la Hipótesis 5.1 planteada: "Existirá una relación significativa y negativa entre puntuaciones en SQT y puntuaciones en Estrategias de afrontamiento centradas en la tarea en profesionales de residencias de PCD".

En cambio, en nuestro estudio, la correlación  $r$  de Pearson entre la variable SQT y la variable Estrategias de afrontamiento de evitación resultó positiva, pero no estadísticamente significativa  $r = .05$ . En lo que se refiere a los componentes del SQT y sus correlaciones con las estrategias de evitación, pudimos observar que solamente la variable Indolencia mantenía una relación positiva y estadísticamente significativa con las estrategias de afrontamiento evitativas  $r = .9$  ( $p \leq .05$ ) (Tabla 53).

Así que,

No se cumple la Hipótesis 5.2 planteada: " Existirá una relación significativa y positiva entre puntuaciones de SQT y puntuaciones en Estrategias de afrontamiento de evitación en profesionales de residencias de PCD".

En lo que respecta a los resultados del objetivo 6: Estudiar las relaciones entre SQT y Autoeficacia en profesionales de residencias de PCD, analizando las correlaciones de Pearson realizadas, observamos que la variable SQT correlacionó negativamente con la variable Autoeficacia  $r = -.20$  ( $p \leq .001$ ) Tabla 53.

En cuanto a los componentes del SQT y sus correlaciones con Autoeficacia, observamos que la variable Ilusión por el trabajo correlacionó positivamente  $r = .17$  ( $p \leq .001$ ); respecto a la dimensión Desgaste psíquico, la correlación fue negativa  $r = -.17$  ( $p \leq .001$ ), y lo mismo ocurrió con la variable Indolencia que tuvo también una correlación negativa  $r = -.14$  ( $p \leq .001$ ) y la variable Culpa  $r = -.15$  ( $p \leq .001$ ) Tabla 53.

Dicho de otro modo, aquellos profesionales con altos niveles de autoeficacia (puntuaciones altas) tuvieron menos riesgo de SQT (puntuaciones bajas) en SQT y en sus dimensiones Desgaste psíquico, Indolencia y Culpa, por contra, tuvieron altas puntuaciones en Ilusión por el trabajo.

Podemos concluir que,

Se confirma la Hipótesis 6 planteada: " Existirá una relación significativa y negativa entre niveles de SQT y Autoeficacia en profesionales de residencias de PCD".
---

Objetivo 7.

Seguiremos con el objetivo 7, que propone Estudiar las relaciones entre SQT y Actitudes hacia las PCD en profesionales de residencias de PCD. Se han extraído los siguientes resultados:

Utilizando la escala ATDP original (Yuker et al., 1960), a partir de las correlaciones  $r$  de Pearson realizadas vemos que la variable SQT correlacionó negativamente con la variable Actitudes hacia las PCD:  $r = -.16$ , ( $p \leq .001$ ). Esto es, a mayores niveles de SQT, puntuaciones más bajas (peores actitudes) en la escala de Actitudes hacia las PCD (Tabla 53).

En cuanto a los componentes del SQT y sus correlaciones con Actitudes hacia PCD, observamos que la variable Ilusión por el trabajo correlacionó positivamente:  $r = .16$ , ( $p \leq .001$ ). Respecto a la dimensión Desgaste psíquico, la correlación no fue significativa:  $-.07$  (n.s.), Por su parte, la variable Indolencia tuvo también una correlación negativa:  $r = -.13$ , ( $p \leq .001$ ). En la variable Culpa se observó una correlación negativa:  $r = -.10$ , ( $p \leq .005$ ). Dicho de otro modo, puntuaciones altas en Ilusión por el trabajo y bajas en Desgaste psíquico e Indolencia, correlacionaron con puntuaciones altas en Actitudes hacia las PCD.

Podemos concluir que aunque con bajas puntuaciones ( $<.30$ ), las relaciones entre niveles de SQT y actitudes positivas (altas puntuaciones) hacia las PCD en profesionales de residencias de PCD fueron estadísticamente significativas.

En lo que respecta al Factor 1 Características de las PCD de la variable Actitudes hacia las PCD, los resultados mostraron una correlación negativa:  $r = -.11$  ( $p \leq .001$ ) con los valores globales de SQT y con las dimensiones Indolencia:  $r = -.11$ , ( $p \leq .001$ ) y Culpa:  $r = -.14$ , ( $p \leq .005$ ). Resultó ser no significativa la correlación negativa con Desgaste psíquico  $-.07$  (n.s.), siendo positiva y significativa la correlación con la dimensión Ilusión por el trabajo:  $r = .10$  ( $p \leq .005$ ). En cuanto al Factor 2 Relaciones con las PCD, los resultados mostraron en esta ocasión una correlación negativa:  $r = -.17$  ( $p \leq .001$ ) con los valores globales de SQT y con la dimensión

Indolencia:  $r = -.15$ , ( $p \leq .001$ ). Resultó ser no significativa la correlación negativa con Desgaste psíquico:  $r = -.06$  (n.s.), y Culpa:  $r = -.02$ , (n.s.), siendo positiva y significativa la correlación con la dimensión Ilusión por el trabajo:  $r = .20$  ( $p \leq .005$ ), como muestra la Tabla 54.

**Tabla 54.**  
*Análisis bivariado de las correlaciones entre las Actitudes hacia PCD y SQT y sus dimensiones.*

	1	2	3	4	5	6	7	8
ACTITUDES	1							
CARACTERÍSTICAS	.84**	1						
RELACIONES	.84**	.40**	1					
CESQT	-.16**	-.11**	-.17**	1				
ILUSIÓN	.16**	.10*	.20**	-.83**	1			
DESGASTE	-.07	-.07	-.06	.79**	-.48**	1		
INDOLENCIA	-.13**	-.11*	-.15**	.78**	-.47**	.42**	1	
CULPA	-.10*	-.14**	-.02	.40**	-.26**	.32**	.38**	1

\*La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)\*\* La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

Todos los resultados obtenidos y mostrados anteriormente nos permiten afirmar que,

Se confirma la Hipótesis 7 planteada: "Existirá una relación significativa y negativa entre niveles de SQT y actitudes positivas (altas puntuaciones) hacia las personas con discapacidad en profesionales de residencias de PCD".

Objetivo 8.

Respecto al objetivo 8 que propone estudiar las relaciones entre SQT y problemas de salud en profesionales de residencias de PCD, se obtuvieron los siguientes resultados:

A partir de las correlaciones de Pearson realizadas, vemos que la variable SQT correlacionó positivamente con la variable Problemas de Salud:  $r = .50$  ( $p \leq .001$ ). Ello indica que a mayor nivel de SQT (puntuaciones altas), más problemas de salud (puntuaciones altas) Tabla 53.

En cuanto a los componentes del SQT y sus correlaciones con Salud, observamos que la variable Ilusión por el trabajo correlacionó negativamente  $r = -.28$  ( $p \leq .001$ ). Respecto a la dimensión Desgaste psíquico la correlación fue positiva  $r = .61$  ( $p \leq .001$ ). La variable Indolencia tuvo también una correlación positiva  $r = .31$  ( $p \leq .001$ ). La variable Culpa presentó una correlación positiva  $r = .23$  ( $p \leq .005$ ).

A la luz de todos esos datos,

Se confirma la Hipótesis 8 planteada: "Existirá una relación significativa y positiva entre niveles de SQT y puntuaciones en problemas de salud en profesionales de residencias de PCD".

#### Objetivo 9.

En relación al objetivo 9, que consiste en Estudiar las relaciones entre SQT y Síntomas de Depresión en profesionales de residencias de PCD, se muestran a continuación los resultados que se obtuvieron:

Analizando las correlaciones de Pearson realizadas, vemos que la variable SQT correlacionó positivamente con la variable Depresión  $r = .49$  ( $p \leq .001$ ). Dicho de otro modo, puntuaciones altas el SQT (altos niveles de SQT), correlacionaron con puntuaciones altas en Depresión (Tabla 53).

En cuanto a los componentes del SQT y sus correlaciones con Depresión, observamos que la variable Ilusión por el trabajo correlacionó

negativamente  $r = -.36$  ( $p \leq .001$ ). Respecto a la dimensión Desgaste psíquico, la correlación fue positiva  $r = .51$  ( $p \leq .001$ ). La variable Indolencia tuvo también una correlación positiva  $r = .32$  ( $p \leq .001$ ) y lo mismo sucedió con la variable Culpa  $r = .22$  ( $p \leq .001$ ).

Podemos concluir que las relaciones fueron estadísticamente significativas, aunque en la dimensión Culpa, la relación es baja ( $< .30$ ), por tanto,

Se confirma la Hipótesis 9 planteada: "Existirá una relación significativa y positiva entre niveles de SQT y puntuaciones en Síntomas de depresión en profesionales de residencias de PCD".

#### Objetivo 10.

En último lugar pasamos a ver los resultados del objetivo 10, que era Analizar la función mediadora del SQT en la relación entre las variables Valores morales y competenciales, Autoeficacia, Estrategias de afrontamiento centradas en el problema y de evitación y las variables Actitudes hacia las PCD, Síntomas depresivos y Problemas de salud en profesionales de residencias de PCD.

Con el fin de conocer el comportamiento de las variables y la relación entre ellas, realizamos un análisis correlacional entre todas las variables implicadas en el estudio. En la Tabla 53 se detallan todas las correlaciones de Pearson para las variables del estudio. Se obtuvieron 60 correlaciones estadísticamente significativas y en la dirección esperada, representando un 76.92% de correlaciones entre las 13 variables del estudio, siéndolo en 56 de ellas al nivel  $p < .01$  y en 5 con  $p < .05$ . De ellas, 26 fueron superiores

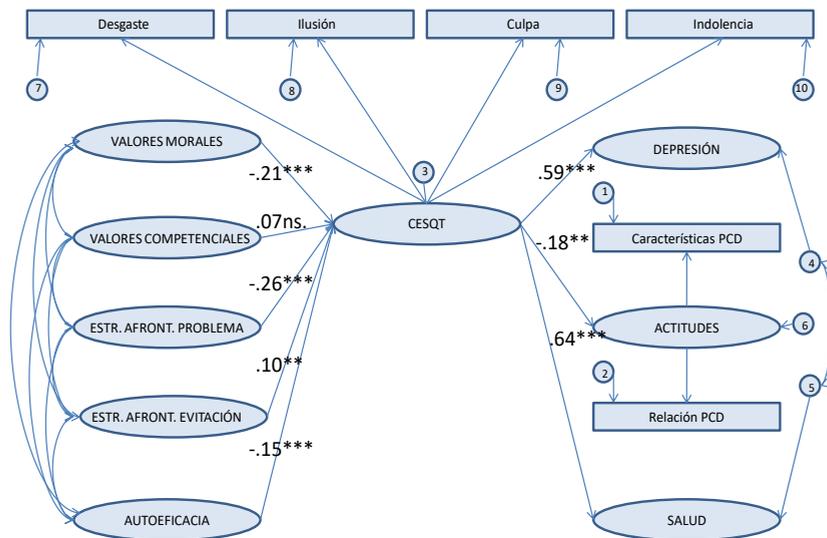
en valor absoluto a .30, lo que representó el 33.33% del total de las correlaciones.

Las correlaciones más fuertes fueron las obtenidas entre las puntuaciones totales del SQT y sus dimensiones Ilusión por el trabajo  $r = -.83$ , ( $p \leq .001$ ); Desgaste psíquico  $r = .79$ , ( $p \leq .001$ ); e Indolencia  $r = .78$  ( $p \leq .001$ ); era lo esperado, pues se trata de dimensiones incluidas en el total. También fueron fuertes las correlaciones entre SQT y Depresión  $r = .49$ , ( $p \leq .001$ ) y SQT y Salud  $r = .50$  ( $p \leq .001$ ). Por otro lado, las correlaciones más débiles fueron las obtenidas entre Valores de competencia y Salud  $r = -.09$ , ( $p \leq .05$ ); Actitudes hacia las PCD y Síntomas depresivos  $r = -.09$ , ( $p \leq .05$ ); Estrategias de afrontamiento de evitación e Indolencia  $r = -.09$ , ( $p \leq .05$ ); Actitudes hacia las PCD y Culpa  $r = -.10$ , ( $p \leq .05$ ).

Hay que resaltar que la variable Actitudes hacia las PCD solo correlacionó negativamente con la variable SQT (total)  $r = -.16$ , ( $p \leq .001$ ); y tuvo relaciones estadísticamente significativas con sus dimensiones Ilusión por el trabajo  $r = .16$ , ( $p \leq .001$ ); Indolencia  $r = -.13$ , ( $p \leq .001$ ); y Culpa  $r = -.10$ , ( $p \leq .05$ ); no con Desgaste psíquico. También resultó significativa su correlación con la variable Síntomas depresivos  $r = -.09$ , ( $p \leq .05$ );

Estos resultados apoyaron la elaboración de un modelo de path análisis que incluía las relaciones hipotetizadas (Figura 17). Estimamos y pusimos a prueba el modelo mediante el programa AMOS 22, utilizándose el método de máxima verosimilitud (Maximum Likelihood Estimation Method). Los modelos de ecuaciones estructurales (SEM) permiten el examen de un conjunto de relaciones entre una o más variables independientes, continuas o discretas. Los modelos SEM utilizan un enfoque confirmatorio del análisis multivalente aplicado a una teoría estructural relacionada con un fenómeno determinado y permiten cuantificar y comprobar teorías o modelos en Ciencias de la Salud, como el que en la presente tesis doctoral queremos poner a prueba, estudiando las relaciones entre los datos que

sean directamente observables asumiendo que estas relaciones existentes son lineales. Así, las variables Valores de competencia, Valores morales, Autoeficacia, Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y Estrategias de afrontamiento de evitación actuaban como predictores del SQT que es, a su vez, mediador de las Actitudes hacia las PCD y sus dimensiones (Características y Relaciones), síntomas depresivos y salud del profesional.



**Figura 17. Modelo Hipotetizado.** Los asteriscos indican la significación estadística: (\*\*) $p \leq .01$ ; (\*\*\*) $p \leq .001$  de los coeficiente path.

Para el modelo propuesto, los valores obtenidos en la prueba chi-cuadrado ( $\chi^2$ )=182.63  $p \leq .001$  indican que el ajuste no fue adecuado, ahora bien, como este índice es sensible al tamaño muestral, se han analizado otros índices de ajuste que se refieren a continuación.

En el *Goodness of Fit Index* (GFI) se obtuvo un valor de .95, en el *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI), se obtuvo un valor de .91, lo que se considera un ajuste aceptable del modelo.

Para el *Normed Fit Index* (NFI) y el *Comparative Fit Index* (CFI) se obtuvieron valores de .90 y .93 respectivamente, estos índices se consideran también indicadores de un ajuste aceptable del modelo si son superiores a .90 (Bentler, 1992; Hoyle, 1995).

Por último, el *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) dio un valor de .07, lo que indica también que el modelo tuvo un ajuste adecuado. Tabla 55.

**Tabla 55.**  
**Índices de modificación de ajuste del modelo hipotetizado de path análisis estructurales.**

Chi <sup>2</sup> ( $\chi^2$ )	Gl	P	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA	LO90	HI90
182.63	47	≤.001	.95	.91	.90	.88	.93	.07	.06	.08

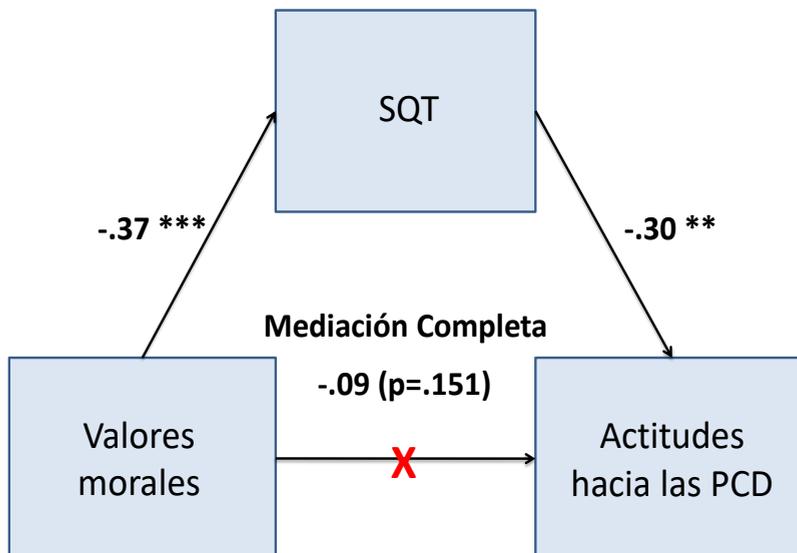
Respecto a las estimaciones estandarizadas de los efectos directos entre todas las variables del modelo, se pueden ver en la anterior Figura 17, que excepto la relación entre Valores de competencia y SQT, todas las demás relaciones hipotetizadas fueron significativas y en la dirección esperada. Así, Valores morales se relacionó negativa y significativamente con SQT ( $\gamma = -.21$ ,  $p \leq .001$ ); Autoeficacia se relacionó negativa y significativamente con SQT ( $\gamma = -.15$ ,  $p \leq .001$ ); Estrategias de afrontamiento centradas en el problema se relacionó significativamente y en el sentido esperado con SQT ( $\gamma = -.26$ ,  $p \leq .001$ ) y Estrategias de afrontamiento de evitación se relacionó positiva y significativamente con SQT ( $\gamma = -.10$ ,  $p < .018$ ). Respecto a las relaciones con variables que son consecuencias del SQT, se observó que la relación entre SQT y Actitudes hacia las PCD fue significativa y negativa ( $\beta = -.18$ ,  $p < .036$ ); la relación SQT y Salud fue significativa y positiva ( $\beta = .64$ ,

$p < .000$ ); la relación SQT y Síntomas depresivos, fue significativa y en el sentido esperado ( $\beta = .59$ ,  $p \leq .001$ ).

En lo referente a la varianza que explica el modelo, se comprobó que es un 18% de la varianza de la variable SQT, un 41% de la variable Salud, un 35% de Síntomas de depresión y sólo un 3% de la variable Actitudes hacia las PCD.

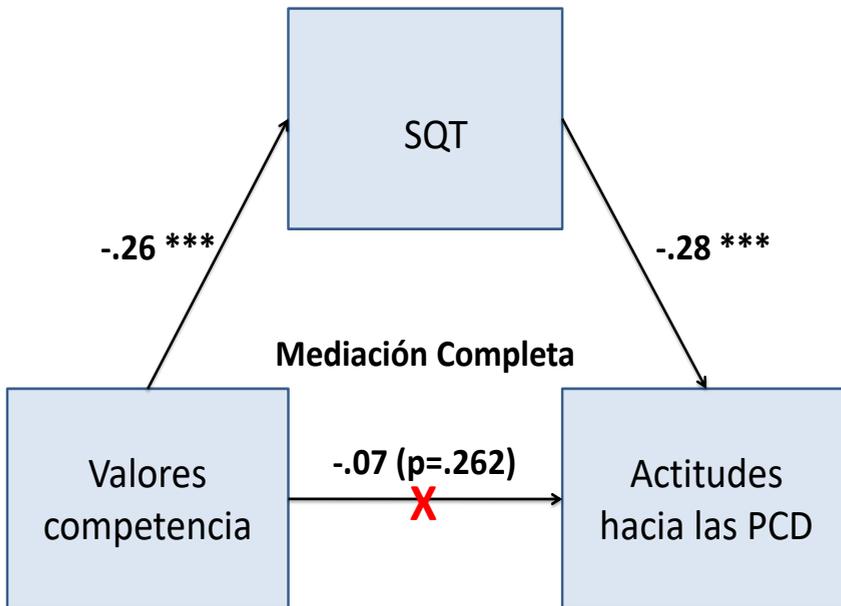
Una vez que se probó que el modelo ajustaba a los datos, para contrastar las hipótesis se probó también la mediación de la variable SQT, basándonos en el análisis bootstrapping. Comenzamos por probar si los efectos indirectos de la variable Valores Morales sobre Actitudes hacia las PCD es significativo, pues de no ser así, no tendría sentido introducir el SQT como variable mediadora. Se encontró que el valor de estos efectos indirectos era significativo (.11,  $p \leq .001$ ), Tabla 56. El siguiente paso consistió en probar el efecto mediador introduciendo la variable SQT. Si la relación entre la variable exógena (Valores morales) y la variable consecuente (Actitudes hacia las PCD) fuese significativo y la relación entre Valores morales y Actitudes hacia las PCD no lo fuese, estaríamos ante una mediación completa de la variable SQT. Si las dos relaciones fuesen significativas, tendríamos una mediación parcial del SQT y si no fuese significativa la relación entre Valores morales y Actitudes hacia las PCD, no existiría mediación de la variable SQT. En este caso, la relación entre Valores morales y SQT es significativa ( $-.37$ ,  $p \leq .001$ ); la relación entre SQT y Actitudes hacia las PCD es significativa ( $-.30$ ,  $p \leq .001$ );

la relación entre Valores morales y Actitudes hacia las PCD no es significativa ( $-.09$ ,  $p = .151$ ): Esto indica que tenemos una mediación completa de la variable SQT entre Valores morales y Actitudes hacia las PCD, (Figura 18).



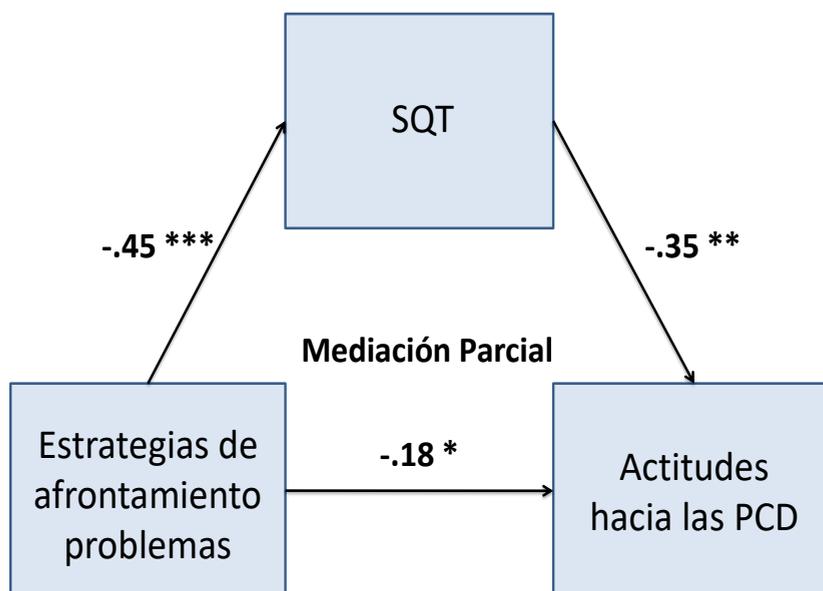
**Figura 18. Mediación de la variable SQT entre Valores morales y Actitudes hacia las PCD.**

Procedimos del mismo modo con los Valores de competencia y las Actitudes hacia las PCD, encontrándose unos efectos indirectos significativos ( $.07$ ,  $p \leq .001$ ) Tabla 56. La relación entre Valores de competencia y SQT es significativa ( $-.26$ ,  $p \leq .001$ ), la relación entre SQT y Actitudes hacia las PCD también lo es ( $-.28$ ,  $p \leq .001$ ), por último, la relación entre Valores de competencia y Actitudes hacia las PCD resultó no ser significativa ( $-.07$ ,  $p=.262$ ) ello nos llevó a concluir que existía también un efecto mediador completo del SQT (Figura 19).



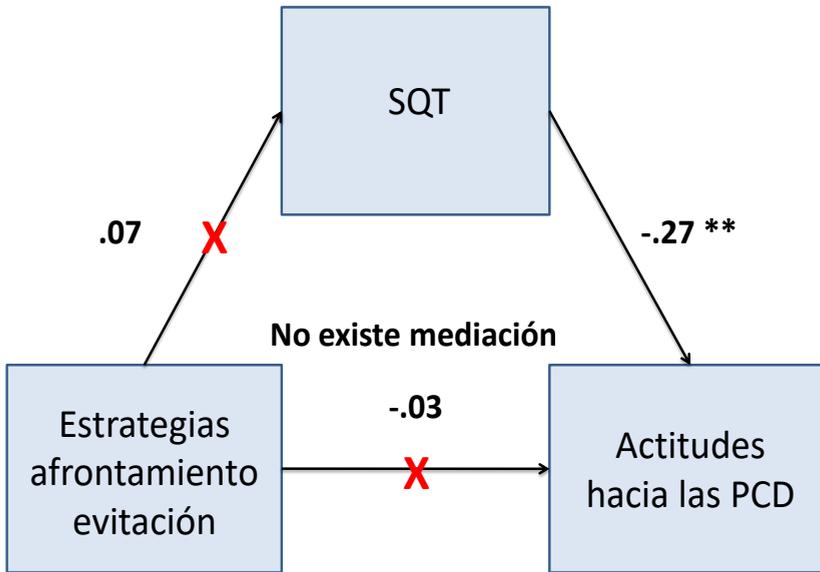
**Figura 19. Mediación de la variable SQT entre Valores de competencia y Actitudes hacia las PCD.**

También realizamos el mismo proceso con las Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y las Actitudes hacia las PCD, encontrándose unos efectos indirectos con valor significativo ( $.16$ ,  $p<.001$ ) Tabla 56. Vimos a continuación el valor de la relación entre la variable Estrategias de afrontamiento centrada en el problema y SQT ( $-.45$ ,  $p\leq.01$ ), por tanto significativa; la relación entre SQT y Actitudes hacia las PCD también resultó significativa ( $-.35$ ,  $p\leq.001$ ); también fue significativa la relación entre Estrategias de afrontamiento centradas en el problema y Actitudes hacia las PCD ( $-.11$ ,  $p\leq.05$ ), llevandonos todo ello a establecer que existe una mediación parcial de SQT (Figura 20).



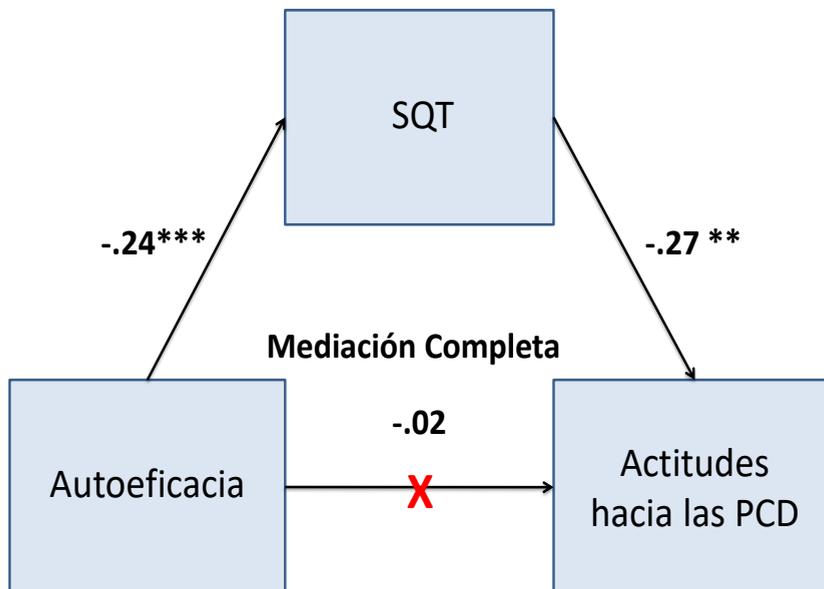
*Figura 20. Mediación de la variable SQT entre Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y Actitudes hacia las PCD.*

Nuevamente repetimos el proceso con las Estrategias de afrontamiento de evitación y las Actitudes hacia las PCD, encontrándose un tamaño de los efectos indirectos de escasa significación estadística ( $-.02$ ,  $p=.086$ ) Tabla 56. Pese a ello, comprobamos a continuación el valor de la relación entre la variable Estrategias de afrontamiento por evitación y SQT, que no fue significativa ( $.07$ ), por lo que no podremos hablar de mediación, aunque si resultó ser significativa la relación entre SQT y Actitudes hacia las PCD ( $-.27$ ,  $p\leq.01$ ). La relación entre las Estrategias de afrontamiento por evitación y las Actitudes hacia las PCD tampoco fue significativa ( $-.03$ ). Figura 21.



**Figura 21. Mediación de la variable SQT entre Estrategias de afrontamiento de evitación y Actitudes hacia las PCD.**

Por último, se procedió del mismo modo con Autoeficacia y Actitudes hacia las PCD, encontrándose unos efectos indirectos significativos (.064,  $p \leq .001$ ) Tabla 56. Ello nos permitió analizar la relación entre la variable exógena Autoeficacia y la mediadora SQT, que fue significativa (-.24,  $p \leq .001$ ), la relación entre SQT y la variable consecuente Actitudes hacia las PCD también resultó significativa (-.27,  $p \leq .01$ ); en esta ocasión no fue significativa la relación entre Autoeficacia y Actitudes hacia las PCD (-.02), por lo que se concluyó que la mediación era completa (Figura 22).



*Figura 22. Mediación de la variable SQT entre Autoeficacia y Actitudes hacia las PCD.*

Por lo tanto, el efecto indirecto estandarizado de Valores morales sobre Actitudes hacia las PCD fue de  $.11$  ( $.063/.165$ )  $p \leq .001$ ; el efecto indirecto estandarizado entre Valores de competencia y Actitudes hacia las PCD fue de  $.07$  ( $.039/.118$ )  $p \leq .001$ ; el efecto indirecto estandarizado entre Estrategias de afrontamiento centradas en el problema y Actitudes hacia las PCD fue de  $.16$  ( $.094/.224$ )  $p \leq .001$ ; el efecto indirecto estandarizado entre Estrategias de afrontamiento de evitación y Actitudes hacia las PCD fue de  $-.02$  ( $-.049/-.001$ )  $p = .086$ ; por último, el efecto indirecto estandarizado entre Autoeficacia y Actitudes hacia las PCD fue de  $.06$  ( $.032/.108$ )  $p \leq .001$ , (Tabla 56).

**Tabla 56.**  
***Efecto Indirecto Estandarizado de las variables Valores morales, de competencia Afrontamiento centrado en el problema y por evitación y Autoeficacia sobre Actitudes hacia las PCD.***

Variables antecedentes	Actitudes hacia PCD
Valores morales	.11 (.063/.165) $p \leq .001$
Valores de competencia	.07 (.039/.118) $p \leq .001$
Afrontam. cent. problema	.16 (.094/.224) $p \leq .001$
Afrontam. de evitación	-.02 (-.049/-.001) $p = .086$
Autoeficacia	.06 (.032/.108) $p \leq .001$

Por lo tanto, concluimos que,

Se confirma parcialmente la Hipótesis 10 planteada: El SQT tendrá una función mediadora entre Valores de competencia (10.1) y Actitudes hacia las PCD; entre Valores morales (10.2) y Actitudes hacia las PCD; entre Autoeficacia (10.3) y Actitudes hacia las PCD; entre Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema (10.4) y Actitudes hacia las PCD; pero no entre Estrategias de afrontamiento de Evitación (10.5) y Actitudes hacia las PCD.

## 6. Discusión

Para realizar la discusión de los resultados seguiremos el mismo orden de objetivos que en el apartado anterior. Empezaremos con el objetivo 1: Conocer la prevalencia del SQT en profesionales de residencias de PCD. Los resultados obtenidos informan de una elevada prevalencia de SQT, ya que el 27.95% de la muestra presenta niveles altos o críticos de SQT. Por tanto, cerca de un tercio del grupo de profesionales tenía niveles elevados de SQT, y valores similares (30.67%) para los individuos con niveles bajos o muy bajos.

Respecto a las cuatro dimensiones analizadas, obviando las puntuaciones centrales, podemos apreciar que en Ilusión por el trabajo, el 42.46% de la muestra tiene niveles bajo o muy bajo, frente al 27.04% con niveles de ilusión por el trabajo altos o muy altos. En la dimensión Desgaste psíquico, un 22.51% de la muestra tiene puntuaciones elevadas -niveles alto y crítico- frente al 27.94% que está formado por los niveles bajo y muy bajo. Los datos sobre la dimensión Indolencia indican que el 24.87% se sitúa en niveles alto y crítico de Indolencia y un 32.67% en niveles bajo y muy bajo. Por último, en la dimensión Culpa, con niveles alto y crítico se sitúan el 27.40% y con niveles muy bajo y bajo se encuentra el 47.55% del total.

El análisis de los perfiles muestra que dentro del grupo de profesionales con nivel crítico en SQT presentan sentimiento de culpa, con niveles críticos de culpa (Perfil 2) el 2.54% del total y puntuaciones iguales o superiores al percentil 89. El 6.35% tienen niveles críticos de SQT, pero con bajos sentimientos de culpa (Perfil 1).

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos en investigaciones anteriores, pues todos ellos muestran que los trabajadores y las trabajadoras del sector servicios son especialmente vulnerables al SQT y los profesionales que atienden a PCD intelectual a menudo se enfrentan a

personas agitadas (Innstrand, Espnes, y Mykletun, 2002; Rose y Rose, 2005) La interacción constante con clientes que presentan complejas y diversas necesidades requiere un alto nivel de dedicación y empatía del personal (Marquard, Runde y Westphal, 1993), este ambiente laboral emocionalmente exigente favorece el estrés y el agotamiento (Kozak 2013).

Existen notables diferencias en el grado y frecuencia de prevalencia de SQT en los distintos estudios sobre el tema, esto es debido a la utilización de diferentes criterios metodológicos aplicados en cada país, además de a las propias diferencias culturales (Blanco 2014 y Olivares et al., 2009). Los aspectos clave se sitúan en establecer la metodología, el instrumento y los puntos de corte para diagnosticar el SQT (Cox, Tisserand y Taris, 2005). En otras investigaciones llevadas a cabo sobre diferentes colectivos profesionales utilizando el CESQT, se ha llegado a resultados similares, en el caso de los profesores y las profesoras de universidad encontramos una prevalencia del 11.2% en perfil 1 y del 3% en perfil 2 en Brasil (Da Silv et al., 2014); del 12% en perfil 1 y del 5.6% en perfil 2 en maestros de Brasil (Gil-Monte et al, 2011); del 16.78% en perfil 1 y del 3.70% en perfil 2 en docentes de Brasil (modelo formativo Estafor); del 14.2% en perfil 1 y del 1.9% en perfil 2 en docentes de Brasil (Figueiredo-Ferraz et al., 2009); del 27,64% en perfil 1 y del 3.25% en perfil 2 en pediatras de Argentina (Marucco et al., 2008); del 5.09% en perfil 1 y del 1.27% en perfil 2 en profesionales del sector servicios de Chile (Olivares y Gil-Monte, 2008); y del 35.5% en perfil 1 y del 17.2% en perfil 2 en docentes de Mejiro (Unda et al., 2008).

Resumiendo, la mayor parte de las investigaciones realizadas utilizando el CESQT han mostrado puntuaciones que van desde 5,08% hasta el 16.78% en Perfil 1, y desde 1.27% hasta 5.60% en Perfil 2 (Blanco, 2014), a excepción de los resultados de Marucco et al. (2008) y Unda et al. (2008) que ofrecen datos de 27.64 al 35.5 en P1 y del 3.25 al 17.2 en P2.

Centrándonos sólo en el colectivo de profesionales del sector de la discapacidad, la prevalencia del SQT en profesionales de atención a PCD se ha evaluado utilizando diferentes instrumentos pero especialmente el *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) y el cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT-PD). La prevalencia del SQT en los diferentes estudios se sitúa en una horquilla entre el 4% y el 13% (Algarín et al., 2004; Castro, 2006; Gil-Monte et al., 2005; Olivares et al., 2009; Serrano y Garces de los Fayos, 2008; Schlenz, Guthrie y Dudgeon, 1995; Wandling y Smith, 1997). Hay que considerar también que el CESQT se ha utilizado en algunos estudios con los criterios de corrección o valoración planteados por Shirom (1989), convirtiendo en variables dicotómicas las dimensiones del SQT, y ha sido en los últimos años cuando han sido validados los puntos de corte del CESQT basados en los percentiles.

Podemos concluir, por tanto, que los resultados de nuestra investigación sobre prevalencia de SQT en profesionales de residencias de PCD coinciden con otros estudios previos: Gil-Monte et al. (2005) en su investigación con una muestra de monitores/as y educadores/as de centros para PDC: el SQT afecta al 11.70% de los sujetos de la muestra (28% en nuestro estudio, con niveles alto y crítico), y de forma más severa al 1.30% de los sujetos, que presentaron alta frecuencia de síntomas en las tres dimensiones del CESQT-PD y sentimientos de culpa (2.54% de perfil 2 en nuestro estudio). Olivares et al., (2009), estudiando una muestra de 277 profesionales chilenos que trabajan con PCD física obtuvieron una prevalencia de SQT del 4.33%.

En cuanto al objetivo 2, que plantea Validar la Escala de Actitudes hacia las PCD en una muestra de profesionales de residencias de PCD (adaptación de la escala original de Yuker et al., 1960), diremos en primer lugar, que esta escala es considerada por muchos investigadores como unidimensional,

aunque los propios autores reconocen que una actitud tan compleja no puede ser un constructo unidimensional (Yuker et al. 1970). Para su construcción se plantearon dos factores, uno que recoge aspectos relacionados con características de las PCD y otro sobre trato hacia las PCD. No obstante ellos mismos comprobaron que "los dos tipos de elementos no son independientes y se puede considerar que contribuyen de manera aproximadamente igual al puntaje total. Teniendo en cuenta estos resultados y el pequeño número de elementos en cada subescala, el uso de subescalas separadas en las áreas de ATDP no parece ser adecuado" (Yuker et al, 1970, p. 39). Aunque Antonak (1982) cuestionó ese carácter unidimensional, ha seguido definiéndose como una escala unidimensional (Verdugo et al., 1998; Findler et al, 2007).

Respecto a la primera opción de análisis factorial exploratorio, planteada en esta tesis doctoral, que daba una solución de 5 factores, vemos que, analizando el contenido de los ítems asignados a cada factor, pudimos formular un Factor 1 (ítems 4, 9, 15, 16, 18, 19, 20) que aglutina afirmaciones relacionadas con sentimientos, pensamientos, estados de ánimo de las PCD, por ejemplo: *"La mayor parte de las personas con discapacidad sienten lástima de sí mismas"; "La mayoría de las personas con discapacidad se preocupan demasiado"; "Las personas con discapacidad tienden a emplear en sí mismas gran parte de su tiempo"; "Las personas con discapacidad se alteran más fácilmente que las demás"; "A menudo las personas con discapacidad están de mal humor"*. Este factor podemos denominarlo *Sentimientos, emociones y autoimagen*.

El Factor 2 (ítems 7, 8, 10, 13, 14, 17) recogió aspectos relacionales de las PCD, con aseveraciones como por ejemplo: *"Lo mejor para las personas con discapacidad sería vivir en centros especiales"; "Es prácticamente imposible que una persona con discapacidad lleve una vida normal"; "No se debe esperar que las personas con discapacidad alcancen los mismos objetivos"*

*que el resto de las personas". Este factor podríamos llamarlo Desempeño social.*

El Factor 3 (ítems 2, 5, 11) compara algunas capacidades/cualidades/ de las PCD con las de las demás. Por ejemplo: *"Las personas con discapacidad física son tan inteligentes como las que no tienen discapacidad física"; "Las personas con discapacidad son tan felices como las demás". Este factor podemos denominarlo Igualdad de cualidades.*

El Factor 4 (ítems 1, 3, 12) aborda afirmaciones relativas al trato hacia las PCD. Por ejemplo: *"Los padres y las madres de niños y niñas con discapacidad deberían ser menos estrictos que los demás padres y las demás madres"; "Las personas con discapacidad son más fáciles de tratar que el resto de las personas". Este factor lo podemos llamar Relaciones hacia las PCD.*

El Factor 5, que únicamente incluye el ítem 6: *"No deberían existir colegios o centros especiales para niños con discapacidad"* lo podemos denominar *Inclusión*. Es interesante recuperar aquí la observación realizada más arriba sobre los ítems 7 y 8, con cargas factoriales muy similares en los factores 2 y 5, pero que por su contenido resultaría más coherente ubicarlos en éste último factor.

La varianza total en esta solución era del 46%, explicando el factor 1 el 18.6%, el factor 2 el 8.5%, el factor 3 el 7%, el factor 4 el 6.3%, y el factor 5 el 5.6%, lo que suponía una cantidad insuficiente de varianza explicada.

Livneh (1982) en sus investigaciones sobre actitudes hacia las PCD identificó cuatro factores a partir de la misma escala:

- Afrontamiento/Desvalimiento o capacidad de la PCD para hacer frente o no a su problema o limitación.

- Necesidad/Satisfacción emocional o percepción de la PCD como desajustado individual y socialmente, falta de afecto, de reconocimiento y simpatía.
- Sensibilidad/Autoconciencia o percepción de la PCD como diferente y con afectación psicológica por su limitación.
- Moralidad inferida o consideración de la PCD como tan entusiasta y consciente como los demás.

Nuestra investigación, no ha llegado a la misma solución factorial de los autores vistos en los artículos revisados, que a su vez tampoco coincidían entre ellos en este aspecto.

Como ya hemos dicho anteriormente, Yuker et al. (1970) extrajeron dos factores, si bien sostenían que era poco útil plantear varios factores, por lo breve de la escala:

El Factor 1 que recogería las características especiales de las PCD (ítems 2, 3, 4, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 20)

El Factor 2 que mostraría cómo deberían ser tratadas las PCD (ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 17, 19).

En esa línea, nuestro análisis del contenido de los ítems agrupados en cada factor, nos permitió formular un Factor 1, con 8 ítems (ítems 1, 4, 9, 15, 16, 18, 19 y 20), con grandes coincidencias con el Factor 1 de la solución de 5 factores y que recoge aspectos relativos a sentimientos, pensamientos, estados de ánimo achacados a las PCD. Por ejemplo: *"La mayor parte de las personas con discapacidad sienten lástima de sí mismas"; "La mayoría de las personas con discapacidad se preocupan demasiado"; "Las personas con discapacidad tienden a emplear en sí mismas gran parte de su tiempo"; "Las personas con discapacidad se alteran más fácilmente que las demás"; "A menudo las personas con discapacidad están de mal humor"*. Lo definiríamos en una dimensión de *Características de las PCD: Sentimientos*,

*emociones y autoimagen*. Incluso el ítem 1: *"Los padres y madres de niños y niñas con discapacidad deberían ser menos estrictos que los demás padres y las demás madres"* que no se ajusta, aparentemente, por su contenido al del resto de ítems y pudiera parecer más próximo a los contenidos del Factor 2, en un análisis ulterior podemos interpretar que no estamos ante aspectos relacionales o de desempeños social, pues plantea una relación muy peculiar entre las PCD (niños/as) y sus progenitor/a o su tutor/a, no relaciones con otras personas sin discapacidad.

El Factor 2, con 10 ítems (ítems 2, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14 y 17) aglutinó afirmaciones sobre trato y aspectos relacionales de las PCD, por ejemplo: *"Lo mejor para las personas con discapacidad sería vivir en centros especiales"*; *"Es prácticamente imposible que una persona con discapacidad lleve una vida normal"*; *"No se debe esperar que las personas con discapacidad alcance los mismos objetivos que el resto de las personas"*. La dimensión que subyace a este factor podríamos denominarla *Relaciones, desempeño social/Inclusión*.

Como vimos, en esta ocasión, la varianza total era del 27%. El factor 1 explicaba el 18.6% y el Factor 2 el 8.4%, lo que supuso nuevamente, una cantidad insuficiente de varianza explicada.

Comparando nuestros resultados finales con los de Yuker et al (1970), el Factor 1 de nuestro estudio agrupa 6 ítems del Factor 1 de Yuker et al (1970) denominado por ellos "Características" de las PCD y 2 de su Factor 2. Por otro lado, nuestro Factor 2 incluye 6 ítems del Factor 2 de Yuker et al. (1970) denominado por ellos "Trato" hacia las PCD y 3 de su Factor 1. Hay por tanto entre un 60% y un 75% de coincidencia, amplia, pero no total.

Otros autores como Siller y Chipman (1964) también encontraron dos factores:

El Factor 1. *Hypersensitive-depressed* (que recoge las características especiales de las PCD), y tiene 8 de los 10 ítems del factor 1 en la factorización anterior. El Factor 2. *Benevolent-inferiority* (que recoge ítems sobre la creencia de que las PCD puedan tener vidas normales iguales al resto).

Antonak (1980) en un estudio con una muestra de población universitaria sobre la escala ATDP-O también obtuvo 2 factores: Factor 1, que representa el 74% de la varianza, lo denominó *Compasión social*. Los ocho ítems con cargas de 0,40 o más en este factor (1, 4, 7, 9, 10, 11, 17 y 20) incluyen afirmaciones de que las PCD no pueden tener una vida social normal, que no se debe esperar que las PCD cumplan con las mismas normas que las personas sin discapacidad, o que las PCD sienten lástima de sí mismas. El Factor 2, que representa la varianza restante fue denominado *Inseguridad personal*. Los ítems de este factor son (2, 3, 5, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19; los cuatro últimos cargan más de .40). Los ítems indican que las PCD se alteran frecuentemente, se ofenden fácilmente, se sienten inferiores, y afirmaciones similares. Esta solución factorial no coincide con la de Yuker (1970) ni con la obtenida en esta Tesis doctoral.

Para Livneh (1982) los factores son poco claros, ambiguos y la escala ATDP no da respuesta a la multidimensionalidad del constructo actitudes hacia las PCD.

Resumiendo, aunque los trabajos antes mencionados describieron dos factores en la escala ATDP en términos similares pues definían conceptos superponibles no hay una coincidencia plena en los ítems que engloba cada factor entre las distintas investigaciones, y la nuestra tampoco coincidió totalmente con ninguno de ellos.

Vamos a centrarnos ahora en el objetivo 3 que plantea Conocer la prevalencia de Actitudes hacia las PCD en profesionales de residencias de PCD.

Los resultados indican que las actitudes hacia la discapacidad en la muestra son mayoritariamente positivas (92.01%) y que sólo un 7.99% obtienen puntuaciones bajas, lo que indicaría actitudes negativas hacia las PCD. No obstante aunque sea un bajo porcentaje, resulta muy preocupante si pensamos que se trata de profesionales que mantienen actitudes negativas hacia aquellas personas a las que deben prestar sus servicios, lo que hace que la cifra adquiera una relevancia considerable.

Conviene poner de relieve las diferencias observadas entre las puntuaciones altas en la dimensión Características de las PCD (86.75%) y la dimensión Relaciones con las PCD (91.80%), lo que sugiere una importante sensibilidad en el trato y relación que mantienen los profesionales con las PCD, aunque en algunos casos (8.20%) se evidencie que tienen actitudes no tan favorables en relación con las características de las PCD.

Un resultado de interés que se desprende de los análisis realizados es que el que el colectivo de auxiliares presentan puntuaciones en actitudes hacia las PCD algo más bajas (estadísticamente significativas) que el grupo de técnicos y técnicas, en la escala de actitudes hacia las PCD (total) -medias de 75.45 en el segundo, frente a 71.93 en el primero- y también en la dimensión de características de las PCD -medias de 34.34 los técnicos y técnicas frente a 31.81 los y las auxiliares-. Detrás de estos datos pueden plantearse varias hipótesis explicativas, por un lado relacionadas con el mayor nivel formativo en temas de discapacidad que se espera tenga el grupo profesional mas técnico, aunque también podría pensarse en el

mayor cansancio profesional que se supone puedan tener los y las auxiliares, que deben llevar a cabo tareas que en ocasiones son menos gratas y además "derivadas de" o "subordinadas a" otros profesionales.

Otro dato en el que vale la pena reparar es que las mujeres obtienen mejores puntuaciones que los hombres en actitudes hacia las PCD, sobre todo en la dimensión Relaciones con las PCD, tal vez pudiese estar relacionado con la asignación social de los cuidados a la mujer (rol de género). De un modo u otro, las diferencias no tienen significación estadística.

Cabe destacar además, no solo las altas puntuaciones, sino la homogeneidad entre las mismas, no dejándose influenciar por el sentido en que están formuladas las afirmaciones en los ítems. Al analizar los valores medios de las puntuaciones directas (entre -3 y +3), las más extremas están en el ítem 6 "*No deberían existir colegios o centros especiales para niños/as con discapacidad*" (1.90) y en el ítem 14 "*De las personas con discapacidad no puede esperarse demasiado*" (-2.58) (Tabla 23). Ello supone que los encuestados son coherentes estando muy de acuerdo con la primera afirmación que defiende la inclusión de los niños/as con discapacidad en colegios generales y muy en contra de la aseveración que plantea la desconfianza en las capacidades de las PCD.

El alto porcentaje de profesionales con actitudes positivas hacia las PCD podría interpretarse desde la Hipótesis del Contacto, que dice que a mayor contacto entre grupos, mejores son las actitudes. Por ello, a medida que los y las profesionales fueran manteniendo contacto con PCD, mejorarían sus actitudes hacia las mismas. La influencia del contacto en la formación y el cambio de actitudes es un tema reconocido desde hace mucho tiempo.

Según la Hipótesis del Contacto (Allport, 1954; 1971) el contacto entre personas de distintos grupos sociales conllevaría una mejora de las relaciones entre los miembros de los mismos, ahora bien, para que se logre el éxito deben cumplirse una serie de variables, siendo la repetición y la profundidad en la interacción elementos imprescindibles para conseguir resultados positivos, frente a un contacto casual, impersonal o espontáneo. Allport distinguió cuatro condiciones óptimas -que luego se demostró que no eran imprescindibles- estas son; la igualdad de estatus, la cooperación intergrupala, la existencia de metas compartidas y el apoyo institucional.

Las interacciones a largo plazo, favorecen la formación de actitudes positivas (McGuire, 1969) y la intensidad de esa relación también es relevante.

"El contacto intergrupala ha resultado ser un marco de interpretación muy útil para predecir y explicar mejoras en las relaciones entre grupos rivales, antagónicos o que se desconocen entre sí" (Alvidrez, 2012: p. 57). La evidencia empírica del contacto intergrupala ha registrado notables progresos en el área de la segregación escolar por discapacidad (Harper y Wacker, 1985) entre muchos otros ámbitos. Las experiencias directas de contacto frecuente y en determinadas condiciones están relacionadas con actitudes positivas (Gottlieb, Corman y Curci, 1984).

A partir de la hipótesis original de Allport, Thomas Pettigrew, uno de los autores que más han estudiado la Hipótesis del Contacto, propuso cuatro procesos interrelacionados mediante los cuales es posible hacer mejores predicciones sobre sus efectos: aprendizaje sobre el exogrupo, modificación de la conducta, vinculación afectiva y revaloración del propio endogrupo. Por otro lado, el autor enfatiza la vinculación afectiva como uno de los factores que tiene mayor influencia para predecir los efectos del contacto (Pettigrew, 1998).

En el contexto de las Actitudes hacia las PCD, autores como Arias et al (2013) afirman que "el contacto con la persona con discapacidad ejerce influencia en la formación de actitudes (...) viene modulado por la frecuencia, la duración y la calidad, de modo que las actitudes tienden a ser más favorables cuando el contacto es duradero, frecuente y satisfactorio" (Arias et al., 2013, p. 69).

En esta línea, Moreno, Rodríguez, Saldaña y Aguilera (2006) obtienen diferencias significativas en las Actitudes hacia las PCD, en función de si mantienen contacto o no con PCD, siendo los primeros los que tienen actitudes más positivas. Polo y López (2006), en un trabajo realizado con estudiantes universitarios de Granada, mostraron la relación entre actitudes positivas hacia las PCD en función de la presencia de estudiantes con discapacidad en las aulas. En trabajos posteriores, Polo, Fernández y Díaz (2006) concluyen que la tolerancia, respeto y aceptación de la PCD era mayor para aquellos que habían tenido la oportunidad de conocer y comprender mejor lo que significa la discapacidad.

En Australia los trabajos de Gething (1992) demostraron la utilidad de la interacción con PCD para mejorar las actitudes. En esa línea, en España se han diseñado programas para mejorar las Actitudes hacia las PCD en estudiantes universitarios. Por ejemplo, Liesa, Arranz y Vazquez (2013) mostraron la mejora en actitudes hacia las PCD asociada a un mayor contacto con PCD, en una muestra analizada en Aragón. Otra línea de investigación es la de Suriá (2011) con estudiantes de la Universidad de Alicante, quien observó que cuando interaccionan con compañeros y compañeras con alguna discapacidad mostraban una mayor sensibilización hacia las PCD. En Estados Unidos, Tervo et al. (2004) midieron las actitudes hacia las PCD en 338 estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Dakota del Sur, encontrando que aquellos y aquellas con experiencia

previa en discapacidad presentaron actitudes más positivas. Sahin y Akyol (2010) con estudiantes de Medicina y Enfermería de la Ege University (Turquía), encontraron actitudes más positivas hacia la discapacidad en quienes habían mantenido contacto. También Ten Klooster, Dannenberg, Taal, Burger y Rasker (2009) encontraron que las actitudes hacia las PCD fueron más positivas por el hecho de tener un familiar, amiga o amigo con una discapacidad física, si bien esta asociación no fue significativa en el caso de las actitudes hacia las PCD intelectual. Munsuri y Pinazo (2015; 2016) estudiando Actitudes hacia las PCD en estudiantes de enfermería de la Escuela La Fe de la Universidad de Valencia detectaron que el hecho de haber mantenido contacto con PCD mejoraba significativamente la valoración de capacidades y limitaciones de las PCD, variable que explica gran parte de las actitudes positivas identificadas.

Otra explicación de los hallazgos de esta tesis podría venir de la mano del interés vocacional, al pensar que quienes trabajan en el sector de servicios a PCD tienen una especial sensibilidad y compromiso hacia ellas, pero los resultados de las investigaciones realizadas en este ámbito son contradictorios. Eso sería aplicable además de a colectivos profesionales, a los de estudiantes de titulaciones de carácter acusadamente vocacional, como enfermería, aunque los resultados de investigaciones con esos colectivos no siempre lo corroboran. Por ejemplo, Tervo et al. (2004) afirma que entre estudiantes se observan actitudes menos positivas que las atribuibles a población general, y en enfermería se dan puntuaciones más bajas que en otras titulaciones.

Por contra, Araya, Gonzalez, Cerpa (2014) en un estudio con universitarios y universitarias en Chile encontraron actitudes positivas hacia la discapacidad. Munsuri y Pinazo (2015) obtuvieron medias inferiores en puntuaciones de actitudes hacia las PCD en estudiantes de enfermería que

las obtenidas por otros autores con el mismo instrumento de medida en población general.

El objetivo 4 pretende Estudiar las relaciones entre SQT y valores instrumentales (morales y de competencia) en profesionales de residencias de PCD. El Cuestionario de Valores instrumentales está formado por 18 ítems. Los participantes deben responder a cada ítem dándole una puntuación entre 0 (No es importante) y 10 (Muy importante) según la importancia que tienen en su vida esos valores. Ejemplo de los ítems es: "*Ser ambicioso/a (tener aspiraciones y trabajar duro para conseguirlas)*", "*Ser tolerante (abierto/a, razonable)*", "*Ser competente (capaz, eficaz)*". Podemos concluir que en nuestro estudio se constata una relación significativa entre los valores morales y de competencia de la muestra y los niveles de SQT, siendo ésta de carácter negativo en todas las variables excepto en el factor ilusión por el trabajo, que correlaciona de modo positivo. Es decir, aquellos y aquellas profesionales con puntuaciones altas en valores morales y de competencia mantendrán la ilusión por el trabajo (correlación positiva) y tendrán bajas puntuaciones en desgaste psíquico, indolencia y culpa, por tanto, bajos niveles de SQT.

Los resultados obtenidos afianzan la idea de que los valores morales en profesionales de residencias de PCD actúan como elemento protector frente al burnout, concluyendo que quienes tengan unos valores morales firmes y consolidados resistirán mejor los problemas laborales y el estrés laboral continuado.

Para Rokeach, el sistema de valores global de una persona está configurado por los procesos de socialización y las influencias de las instituciones sociales que se van produciendo durante el desarrollo vital (Rokeach, 1973). Por lo tanto, influencias sociales, familiares y laborales resultarían ser muy importantes en la adquisición de valores, determinando las

actitudes y conducta de los individuos. El yo adquiere la conciencia moral en relación a los otros (Figuereido-Ferraz et al., 2016). Con todo ello, y en la línea de nuestro estudio, resulta coherente pensar que ese proceso de elaboración del yo y de los valores morales dota al individuo de los recursos necesarios para sobrellevar el estrés crónico laboral resultando menos vulnerable al burnout.

Las atribuciones internas afectan al valor que una actividad tiene para una persona. Una idea clave en este desarrollo es que la cooperación es lo que permite lograr la autonomía y por lo tanto explicaría la relación que tienen en el proceso de surgimiento de la culpa, los valores morales fundamentados en la implicación y ayuda a los demás. (Figuereido-Ferraz et al., 2016).

Algunos trabajos analizan específicamente la influencia que los valores altruistas ejercen en el comportamiento de ayuda. Verplanken y Holland (2002) concluyen que dicho comportamiento era congruente con la importancia de los valores altruistas en la esfera cognitiva del sujeto. El enfoque en el sí mismo a nivel cognitivo evidenciaba la importancia del yo en la relación entre los valores y el comportamiento. Los autores señalan que los valores pueden dar sentido, dinamizar y regular el comportamiento pero sólo si estos valores se activan de forma central en la esfera cognitiva del self (Figuereido-Ferraz et al., 2016).

Estos resultados son totalmente coincidentes con los obtenidos por Figueiredo-Ferraz et al. (2016) en una muestra de docentes.

Aunque la relación entre valores morales con puntuaciones del CESQT y valores de competencia con puntuaciones del CESQT se cumple tal y como se había hipotetizado, son en general más robustas las que se establecen con los valores morales que con los de competencia, posiblemente por la

importancia que tienen estos aspectos de elaboración del yo y de los valores morales. Los valores de competencia se situarían en un plano contrapuesto a la cooperación por lo que probablemente los individuos con altos valores de competencia no perciban de igual modo el proceso que aquellos que puntúan más alto en valores morales. Únicamente en el caso de los sentimientos de culpa los valores de relación obtenidos son similares entre valores morales con culpa y valores de competencia con culpa.

También los resultados obtenidos en la relación entre valores instrumentales de tipo competencial y cada dimensión del SQT coinciden plenamente con los obtenidos por Figueiredo-Ferraz et al. (2016) en su estudio con una muestra de docentes.

Comparando con el proceso de desarrollo del burnout, los trabajadores y trabajadoras más involucrados con su trabajo, con más motivación hacia la ayuda y la cooperación desarrollan un perfil más severo con sentimientos de culpa. En este contexto, la culpa es una emoción desagradable que trabajadores y trabajadoras frecuentemente sienten por la naturaleza de la profesión y del afecto, además del sentimiento de responsabilidad, hacia quienes residen allí. Trabajos realizados en el mundo educativo, consideran que para muchos docentes la culpa es una desagradable emoción que se origina por el trabajo emocional y las malas relaciones con el alumnado (Chang, 2009).

Comparando nuevamente con trabajos realizados en ese entorno que investigaron la naturaleza de la culpa entre el profesorado, se halló que la culpa en este grupo es resultado de conflictos entre varios factores: el compromiso por la educación del estudiantado por un lado, y por otro las mayores demandas de responsabilidad, y por perfeccionismo personal (Hargreaves y Tucker, 1991). Este aumento de las demandas de

responsabilidad hace que los profesores y profesoras creen que entre sus funciones profesionales también se encuentra el deber moral de ayudar al alumnado y a sus familias (Liljestrom, Roulston y de Marrais, 2007).

Ahora discutiremos los resultados obtenidos sobre el objetivo 5, Estudiar las relaciones entre SQT y Estrategias de afrontamiento (centradas en la tarea o de evitación) en profesionales de residencias de PCD.

El Cuestionario de Estrategias de afrontamiento (centradas en la tarea o de evitación) está formado por 10 ítems, que deben contestarse puntuando entre 0: "Nunca" y 4: "Siempre" según la frecuencia con que usen esas estrategias en el trabajo. Contiene afirmaciones como: "*Afrontar los problemas en cuanto se producen*", "*Gestionar el tiempo de manera eficaz*" o "*Intentar evitar la situación*". De nuestra investigación podemos deducir que cuanto mayor sea el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la tarea, mayores puntuaciones habrá en la variable Ilusión por el trabajo y menor riesgo de SQT tendrán los trabajadores, esto es, menores puntuaciones en Desgaste psíquico, Indolencia y Culpa, lo cual resulta coherente si entendemos que las Estrategias de afrontamiento centradas en la tarea son útiles en la resolución de problemas, al dotar a los trabajadores de herramientas que permitan hacer frente a las dificultades que surgen en el desempeño laboral cotidiano, minimizando de este modo el estrés que genera la situación conflictiva al poder emprender acciones concretas para su solución.

Por otro lado, con los resultados obtenidos en esta tesis doctoral, no está tan clara la relación entre el uso de Estrategias de Afrontamiento centradas en la evitación y el riesgo de SQT en profesionales de residencias de PCD ya que no se muestra una relación estadísticamente significativa y positiva entre ambas variables. Tan solo mantiene una relación positiva y significativa con la variable Indolencia.

En general, las Estrategias de afrontamiento centradas en la evitación no resultan útiles en la solución de problemas. Por esta razón, partíamos de la hipótesis de que la relación sería positiva, es decir, su uso por parte de los trabajadores y las trabajadoras aumentaría los niveles de SQT, pero esto no se ha demostrado. Tal vez la clave esté en entender que aunque no sean útiles en la solución de problemas, al menos no agravan el estrés laboral, pudiendo incluso atenuarlo en primera instancia, lo que explicaría esa relación positiva pero no significativa. Respecto al componente Indolencia, los resultados pueden interpretarse como coherentes, pues el propio concepto con sus características de indiferencia y cinismo hacia los y las clientes de la organización, como estrategia de afrontamiento, puede llevar asociado ese componente de pasividad y evitación.

El afrontamiento es una estrategia de carácter individual, que puede modificar el carácter estresante o no de las situaciones. Es un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción se desarrolla, ya que el sujeto mantiene continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno, siendo indispensable para su comprensión una visión dinámica del fenómeno (Bracco y Reyna, 2011).

Las Estrategias de afrontamiento dirigido al problema pueden implicar una actitud activa que tienda a controlar y/o resolver la situación o por contra una actitud pasiva ante la misma (Guerrero, 2003). Las situaciones laborales estresantes propician con frecuencia el desarrollo de estrategias de afrontamiento que en profesionales que trabajan con personas deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también eficaces para eliminar las situaciones estresantes (Bracco y Reyna, 2011). En aquellos casos en los que las estrategias de afrontamiento empleadas no resultan exitosas de manera reiterada, los trabajadores y trabajadoras desarrollan una experiencia de fracaso tanto en lo profesional como en las

relaciones interpersonales con los individuos destinatarios de su trabajo (Gil-Monte y García Juegas, 2008).

En este contexto pueden inscribirse las Estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea, capaces de dar respuesta al problema que se le plantea al trabajador o la trabajadora, al tiempo que desactivan la carga de estrés que le genera. Por ello, los resultados obtenidos en nuestra investigación resultan coherentes, pues correlacionan positivamente con Ilusión por el trabajo, actuando como factor protector del SQT, por contra las otras variables del SQT (Desgaste, Indolencia y Culpa) correlacionan negativamente: si la persona que trabaja desarrolla buenas Estrategias de afrontamiento centradas en la tarea, existirá menos riesgo de desarrollo de SQT y, por tanto, de las variables mencionadas.

Desde hace bastantes años, se ha estudiado la relación entre estas variables. Investigaciones con docentes llevadas a cabo por Guerrero (2003) mostraron que el grupo de docentes con altas tasas de SQT empleaban estrategias del tipo de desconexión conductual y consumo de sustancias tóxicas, y en cambio, el grupo de docentes que desarrollaban estrategias de afrontamiento activas presentan tasas de SQT más bajas.

En el sector sanitario, los trabajos de Popp (2008) sobre SQT -medido con el MBI- y estrategias de afrontamiento en enfermeras argentinas constatan que las enfermeras utilizaban estrategias de afrontamiento menos funcionales que aumentaban los niveles de SQT Bracco y Reyna (2011) realizaron un estudio con acompañantes terapéuticos en Argentina constatando que a mayor uso de estrategias de reestructuración cognitiva para afrontar situaciones de estrés, mayor es la realización personal en el trabajo. Además, los y las participantes con mayor capacidad de resolución de problemas presentaron menos agotamiento emocional y más realización personal en el trabajo.

Algunas investigaciones en esta línea con profesionales de apoyo a la discapacidad han identificado tanto factores protectores como factores de riesgo para el estrés y el agotamiento. Entre ellos, factores relacionados con las características personales como el estilo de afrontamiento, el conflicto trabajo-hogar y el apoyo social (Devereux, Hastings, Noone, Firth, y Totsika, 2009; Hatton et al., 1999; Jenkins, Rose, y Lovell, 1997; Mitchell y Hastings, 2001; Smith, Healy y Lydon (2015).

No obstante, otros trabajos han obtenido resultados distintos. Así Hernández, Olmedo e Ibáñez (2003) también con 222 profesionales de hospitales españoles hallaron pocas relaciones y de escasa magnitud entre ambos constructos. Cabe resaltar únicamente relaciones significativas y positivas entre el factor evitación-escape de las estrategias de afrontamiento y la puntuación general de SQT.

Pasemos a abordar ahora la discusión de los resultados obtenidos en el objetivo 6, Estudiar las relaciones entre SQT y Autoeficacia en profesionales de residencias de PCD.

El cuestionario de Autoeficacia en el trabajo (Baessler y Schwarzer, 1996) consta de 10 ítems a los que los sujetos deben responder puntuando entre 0: Totalmente en desacuerdo y 4: Totalmente de acuerdo. Recoge afirmaciones como: *"Puedo resolver problemas difíciles de mi trabajo si me esfuerzo lo suficiente"*, *"Cuando me encuentro en dificultades puedo realizar mi trabajo tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles"*, *"Al tener que hacer frente a un problema de mi trabajo, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo"*. Los resultados obtenidos en nuestra investigación muestran una relación negativa estadísticamente significativa entre las puntuaciones en Autoeficacia y SQT. Por tanto, a mayor puntuación en

Autoeficacia, menor riesgo (menor puntuación) de SQT. En lo que respecta a los componentes del SQT, la Ilusión por el trabajo, como es lógico, mantiene una relación de signo contrario que el resto de variables (positiva), pues a mayor Autoeficacia, puntuaciones más altas en Ilusión por el trabajo.

Estos resultados son fácilmente interpretables, si recordamos que la autoeficacia es la capacidad percibida para ejecutar con éxito un comportamiento específico o en sentido general, la confianza que tenemos sobre nuestra capacidad para enfrentarnos a una serie de situaciones estresantes (Schwarzer y Hallum, 2008). Es una variable de cognición que se forma, reelabora y actualiza constantemente a partir de la información disponible de los logros del pasado del sujeto, la persuasión verbal, la percepción del comportamiento de los otros, etc.

Respecto a otros estudios sobre el tema, trabajos previos como el de García, Fuentes y Fernandez (2015) en una muestra de 103 docentes de distintos niveles del sistema educativo español, y con otros instrumentos de evaluación, muestran relaciones estadísticamente significativas de sentido negativo entre ambas variables, Autoeficacia y SQT.

En el contexto sanitario, la investigación de Villar (2015) con 374 trabajadores del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla concluyó que la Autoeficacia (y la Resiliencia) predice gran parte de la varianza del SQT, aunque los análisis de regresión no confirmaron ese efecto moderador. Es importante destacar que tanto la valoración del SQT como la variable Autoeficacia se realizaron con instrumentos diferentes a los usados en esta tesis doctoral.

Todas las investigaciones sobre el tema no han obtenido los mismos resultados. Así, Ortega, Ortiz y Martínez (2014) con 40 estudiantes de

grado de Medicina que realizan sus prácticas en internado hospitalario en México, no obtuvieron relaciones estadísticamente significativas entre ambas variables.

A continuación veamos la discusión del objetivo 7, Estudiar las relaciones entre SQT y Actitudes hacia las PCD en profesionales de residencias de PCD.

En la presente investigación hemos constatado que las actitudes hacia las PCD son mejores cuanto más bajas son las puntuaciones globales en SQT. Es decir, los y las profesionales con menor riesgo de SQT, tendrán mejores actitudes hacia las PCD. En cuanto a los componentes del SQT, vemos que tendrán mejores actitudes hacia las PCD los y las profesionales con puntuaciones altas en Ilusión por el trabajo. Profesionales que puntúen alto en las variables Indolencia y Culpa, tendrán puntuaciones bajas en Actitudes hacia las PCD. El factor Desgaste psíquico no parece influir en las puntuaciones de Actitudes hacia las PCD. Estos resultados son fácilmente interpretables desde el modelo de SQT (Gil-Monte, 2005), pues indican que profesionales con altas puntuaciones en SQT (elevado riesgo de estar quemado por el trabajo), tendrán unas actitudes negativas hacia las personas destinatarias de su trabajo (PCD), algo que forma parte del proceso de despersonalización y cinismo, característico del SQT. La dimensión de cinismo se denominó originalmente despersonalización (pues se trataba de trabajos de servicios a personas), pero también fue descrita como actitudes negativas o inapropiadas, despreocupación, irritabilidad, pérdida del idealismo y retirada (Maslach y Leyter 2017).

La dimensión Desgaste psíquico, no parece estar tan relacionada como las otras variables, Indolencia y Culpa, que evidentemente están más implicadas en el constructo Actitudes hacia las PCD, pues unas actitudes negativas hacia las PCD justificarían la Indolencia hacia ellas en el

desempeño profesional y el ulterior sentimiento de Culpa. La Ilusión por el trabajo, como dimensión protectora en el SQT, sería también un buen predictor de las actitudes positivas hacia las PCD.

No hemos encontrado estudios previos específicos que analicen las relaciones entre las Actitudes hacia las PCD y el SQT. Pese a todo, un tema que se ha investigado ampliamente y consustancial al propio concepto de SQT es el de las Actitudes de los profesionales hacia las personas con las que trabajan. Ya en los trabajos de Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) definiendo el burnout recogen las tres dimensiones conceptualizadas como: *Agotamiento emocional*, caracterizada por una pérdida de energía, entusiasmo y sentimiento de que se agotan los recursos; *Despersonalización, Cinismo*, caracterizada por tratar a clientes y colegas como objetos; y *Baja realización personal en el trabajo*, caracterizada por una tendencia del trabajador o de la trabajadora a autoevaluarse de forma negativa. Es precisamente esta dimensión de Despersonalización y Cinismo la que supone unas actitudes poco favorables hacia las personas con las que trabajan.

En el mismo sentido, Gil-Monte (2005) define el SQT como caracterizado por un deterioro en el plano cognitivo (es decir, una pérdida de ilusión hacia el trabajo), el deterioro emocional (es decir, el desgaste psíquico), y las actitudes y comportamientos de la indiferencia y, a veces, actitudes abusivas hacia la persona a la que atiende (indolencia). Además, en algunos casos, las actitudes negativas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que el trabajador o la trabajadora establece relaciones de trabajo, conllevan altos sentimientos de culpa. Plantea esa indolencia como la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia las personas a las que atiende la organización, que en nuestro contexto son los residentes de la institución para PCD, por lo que resulta razonable pensar que tenga su correlato en las actitudes hacia las PCD.

Por otro lado, la relación entre Desgaste psíquico e Indolencia está justificada cuando se establece que el primero es una fuente de tensión vinculada al estrés y la segunda es una estrategia para manejar esa fuente desagradable (Gil-Monte, 2005).

La relación entre estas variables y el SQT ha sido acreditada en diversos artículos científicos (cansancio o agotamiento sobre despersonalización o cinismo) (Evers, Tomic y Brouwers, 2001; Menezes de Lucena et al., 2006; Antoniou, Polichroni y Vlachakis, 2006; León-Rubio, León-Perez y Cantero, 2013) y también utilizando el CESQT (Gil-Monte, 2012; Gil-Monte y Olivares, 2011; Mercado-Salgado y Gil-Monte, 2010).

En cuanto a las dimensiones de la variable Actitudes hacia las PCD, vemos que tanto las Actitudes (total) como las dimensiones Características y Relaciones mantienen casi las mismas relaciones con SQT y sus dimensiones, tan sólo la dimensión Relaciones hacia las PCD (de las Actitudes hacia las PCD) parece no mantener relaciones significativas con la dimensión Sentimiento de Culpa (del SQT), lo que no parece tener una explicación clara, pues son precisamente los aspectos relacionales (asociados al trato inadecuado) los que previsiblemente incidirían en el desarrollo del sentimiento de culpa.

Pasemos a la discusión del Objetivo 8, Estudiar las relaciones entre SQT y problemas de salud en profesionales de residencias de PCD. El cuestionario de problemas de Salud (UNIPSICO) está formado por 13 ítems con los que se recoge información sobre distintos síntomas y/o conductas, respondiendo entre 0 (Nunca) y 4 (Siempre). Algunos ejemplos de ítems son: "*¿Le ha preocupado que, sin estar haciendo ningún esfuerzo, se le cortara la respiración?*"; "*¿Ha tenido jaquecas o dolores de cabeza?*" o "*¿Ha tenido contracturas o dolores musculares?*".

"La idea de que existe una relación evidente entre el tipo de trabajo que realizan los individuos y la posibilidad de disfrutar de una buena salud o de padecer una enfermedad parece generalmente aceptada entre los estudiosos del estrés ocupacional" (Manzano, 2008. p. 25-26). Por otro lado, la mala salud contribuye al agotamiento y el agotamiento contribuye a la mala salud (Ahola y Hakanen, 2014). Para Maslach y Leyter (2017) la literatura de estrés general proporciona una base teórica clara para una relación entre el agotamiento y la salud. El agotamiento es la variable más predictiva de los resultados de salud relacionados con el estrés. Correlaciona con síntomas de estrés como dolores de cabeza, fatiga crónica, trastornos gastrointestinales, tensión muscular, hipertensión arterial, resfriado / gripe trastornos del sueño. El estudio longitudinal de Leiter y Maslach (2009) puso de manifiesto que la carga de trabajo y el agotamiento predecían la incidencia de lesiones en el lugar de trabajo durante el año siguiente. Algunas investigaciones también han mostrado un vínculo entre el agotamiento y los estilos de vida que suponen riesgos para la salud, como el consumo de tabaco y alcohol (p. ej., Burke, Shearer y Deszca, 1984) y uso de drogas psicotrópicas (Leiter, Hakanen, Toppinen-Tanner, Ahola Koskinen y Väänänen, 2013).

En la presente investigación se han obtenido los resultados previsibles pues cuando aumenta la puntuación en SQT (mayor riesgo), aumenta también la puntuación en Problemas de Salud. No hay que perder de vista que el SQT es un problema de salud, por lo que como puntuación global y en sus componentes Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa, las puntuaciones deben correlacionar. Por contra, como sucede, el componente Ilusión por el trabajo, protector frente al SQT, actúa de la misma manera frente a los problemas de Salud.

Los estudios publicados sobre burnout y salud coinciden en mostrar una relación positiva entre ambas variables. En su estudio específico con profesionales de residencias para PCD, Serrano y Payá (2014) observaron que a mayor tiempo trabajado había un empeoramiento en algunos aspectos tanto de la salud (hipertensión, dolor de cabeza, dolor musculoesquelético, problemas digestivos, GHQ-total y GHQ-depresión) como de factores psicosociales (*engagement*). Los resultados hallados por estos autores apoyan que la exposición crónica al estrés laboral tiene un impacto negativo en la salud psicosocial.

Por su parte, Blanco, Cunha, Ayuso, Crespo y Mena (2016) establecen correlaciones positivas estadísticamente significativas entre precariedad laboral, burnout y salud en personal de atención a pacientes de hospitales de Granada, tanto en hombres como en mujeres, encontrando una relación positiva estadísticamente significativa entre burnout y salud total, y con tres de sus dimensiones: ansiedad e insomnio, problemas de disfunción social, y síntomas depresivos.

Los estudios de Toker, Melamed, Berliner, Zeltser y Shapira (2012) en Israel, indican que el agotamiento predijo la aparición de problemas cardiovasculares en profesionales; otro estudio, también israelí, encontró vínculos de agotamiento con la aparición de la diabetes tipo 2 (Melamed, Shirom, Toker, y Shapira, 2006). Otra investigación ha mostrado la relación del burnout con marcadores biológicos de inflamación y con problemas de salud física y mental (Toker, Shirom, Shapira, Berliner, y Melamed, 2005). En los últimos años la investigación del burnout se orienta hacia el estudio de los biomarcadores, como indicadores objetivos y fiables del desarrollo del síndrome (Danhof-Pont, Veen y Zitman, 2011).

El mecanismo probable que relaciona el agotamiento con los problemas de salud física, con la depresión, podría ser el componente de agotamiento del

SQT (Maslach y Leyter 2017). Una falta crónica de la energía podría indicar una disminución de la resistencia a las enfermedades, así como la vulnerabilidad a la experiencia accidentes y lesiones en el trabajo. Cuando el agotamiento se combina con el cinismo y la ineficacia, las personas pueden estar menos comprometidas con estilos de vida saludables en el trabajo o en el hogar. A pesar de este enlace entre el agotamiento y los comportamientos de salud relacionados con el estrés, todavía no se ha realizado ninguna investigación sobre resultados de salud relevantes, como la utilización de servicios de atención médica o la presentación de reclamos de compensación por estrés.

Los trabajos de Rousseau et al (2017) analizando conceptos más amplios como la calidad de vida (que engloba variables físicas, psicológicas, sociales y del entorno) en profesionales sanitarios que atienden a PCD, concluyen que el cuidado de quienes presentan discapacidades severas y complejas afectan negativamente a la calidad de vida de los trabajadores y las trabajadoras.

Para finalizar con los objetivos planteados sobre las relaciones entre variables, discutiremos sobre el objetivo 9, que proponía Estudiar las relaciones entre SQT y depresión en profesionales de residencias de PCD. La escala de Depresión de Zung está formada por 20 ítems a los que el sujeto debe responder puntuando entre 1 (Raramente) y 4 (Siempre). Son afirmaciones similares a las que a continuación se muestran: "Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro"; "Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a"; "Encuentro agradable vivir, mi vida es plena". En nuestra investigación se obtuvieron altas puntuaciones en Depresión cuando las puntuaciones globales en SQT también lo eran (correlación positiva). Respecto a las dimensiones del SQT, aquellas que determinan alto riesgo de SQT (Despersonalización, Indolencia y Culpa), también correlacionaron positivamente con Depresión.

En cambio, la dimensión Ilusión por el trabajo, que actúa como protector frente al SQT, también lo era respecto a la Depresión.

Como recoge Maslach y Leyter (2017), la relación entre SQT y depresión ha sido abordada desde hace tiempo, aunque se ha asociado el agotamiento a una forma de depresión, la investigación ha dejado clara la distinción entre ambos constructos (Bakker, Schaufeli, Demerouti, Janssen, Van der Hulst y Brouwer, 2000; Glass y McKnight, 1996; Leiter y Durup, 1994). El agotamiento es un problema más específico para el contexto de trabajo, en cambio, la depresión impregna todos los dominios de la vida de una persona. Estos hallazgos prestaron apoyo empírico a las afirmaciones anteriores de que el agotamiento está relacionado con el trabajo y la situación específica, a diferencia de la depresión, que es general y sin contexto. (Freudenberger, 1983; Warr, 1987).

Ahora bien, son muchas las investigaciones que demuestran que el agotamiento es predictivo de depresión (Greenglass y Burke, 1990; Schonfeld, 1989) y otros síntomas emocionales. Ahola y Hakanen (2007) también demostraron una relación recíproca entre el agotamiento y la depresión.

Estos resultados son los esperados, dada la relación evidente entre SQT y Depresión, según predice el modelo de SQT (Gil-Monte 2005) cursando simultáneamente en los casos graves. En ocasiones resulta difícil diferenciar el burnout de la Depresión (Olivares Faundez, 2017). En ambos casos se dan dificultades para concentrarse y relajarse en el trabajo (Shirom y Ezrachi, 2003) y sentimientos de agotamiento emocional asociado (Glass y McKnight, 1996). Ciertos síntomas atribuidos al burnout coinciden con un cuadro depresivo, por ejemplo: cansancio extremo, ánimo decaído y bajo rendimiento (Gómez de Regil y Estrella-Castillo,

2016). Por otra parte, algunos síntomas son propios del burnout. Por ejemplo, alienación, particularmente del trabajo. En la depresión, los pensamientos y sentimientos negativos no se limitan a la esfera laboral, sino que afectan a todas las áreas de la vida. Asimismo, baja autoestima, desesperanza y tendencias al suicidio, son característicos en la depresión pero no en el burnout (Korczak, Huber y Kister, 2010). Existe evidencia de que, si bien depresión y burnout se correlacionan, estos son constructos diferentes (Reime y Steiner, 2001). Esto lo constataron Glass y McKnight, (1996) en sus investigaciones mediante instrumentos para medir ambas variables -SQT y Depresión- que mostraban que el burnout se desarrollaría más propiamente en contextos del trabajo y situaciones específicas de éste, sin interferir necesariamente en otras áreas de funcionamiento de la persona; por su parte la depresión se enmarcaría dentro de contextos muchos más generales, afectando las actividades y funcionamiento global de los individuos (Maslach et al, 2001). Muchos estudios concluyen que el SQT y la depresión son entidades diferentes relacionadas entre sí al compartir sintomatología (Shirom y Ezrachi, 2003).

Otros trabajos empíricos (Bianchi, Boffy, Hingray, Truchot y Laurent, 2013) y de revisión sistemática (Bianchi, Schonfeld y Laurent, 2015) sugieren que la evidencia empírica que apoye dos constructos diferenciados es inconsistente y poco favorable, posiblemente a consecuencia de un consenso diagnóstico para burnout y de la heterogeneidad de los trastornos depresivos. El punto de diferenciación, si existe, entre burnout y depresión, es un importante debate actual, con implicaciones para la prevención y el tratamiento, psicoterapéutico y farmacológico. (Gómez de Regil y Estrella-Castillo, 2016).

Ya vimos anteriormente que Blanco et al. (2016) establecen correlaciones positivas estadísticamente significativas entre precariedad laboral, burnout y salud en personal de atención a usuarios de hospitales de Granada, tanto

en hombres como en mujeres, encontrando una relación positiva estadísticamente significativa entre burnout y salud total; y con tres de sus dimensiones: ansiedad e insomnio; problemas de disfunción social; y síntomas depresivos.

Albendin (2016) en su investigación con enfermeras de Urgencias detectó niveles de ansiedad y depresión que covarían positivamente y de forma significativa con la despersonalización (SQT). Vecchi (2016) en una muestra de 54 pediatras de la ciudad de Bahía Blanca analizó el SQT y depresión (cuestionario de Maslach, datos biográficos y una versión abreviada de la Escala de Depresión de Zung) obteniendo que un 48% mostró Agotamiento emocional y un 31%, Despersonalización. Con respecto a la escala de Zung, el 60%, sin diferencias de sexo, obtuvieron puntuaciones en depresión por encima del punto de corte.

Niveles más altos en ansiedad, depresión y despersonalización en enfermeras de urgencias pueden venir motivados porque estos profesionales mantienen menos contacto con la realidad del paciente y, además, reciben menos formación continuada en urgencias (Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef y Maes, 2012). Al parecer, los profesionales de enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias presentan niveles más bajos de ansiedad y depresión cuando reciben una formación adecuada a su ámbito de trabajo pues esto les aporta seguridad y tranquilidad (Westphal, Bingisser, Feng, Wall, Blakley, Bingisser, Kleim, 2015; Norden, Hult y Engstrom, 2014).

Un trabajo interesante en el sector de los profesionales de apoyo directo a PCD intelectual fue el de Gray-Stanley, Muramatsu, Heller, Hughes, Johnson y Ramirez Vallés (2010) con 323 cuidadoras y cuidadores de cinco instituciones, sobre el estrés laboral, el apoyo laboral, el locus de control y la depresión. Confirmaron una relación positiva entre estrés laboral y

depresión (moderada mediante el apoyo al trabajo). Por otro lado, Gray-Stanley y Muramatsu (2011) mostraron en la misma muestra que el estrés laboral es endémico en profesionales que atienden a PCDI. También con similares resultados, Judd, Dorozenko y Breen (2017) inican la importancia del estrés y del agotamiento en los profesionales de apoyo a la discapacidad (en su estudio llevado a cabo en Australia), situación que, aunque no es tema de análisis aquí, podía ser mejorada con apoyo organizacional, e intervenciones en el lugar de trabajo que mostraran los aspectos positivos del mismo, y el uso de enfoques basados en atención plena.

En lo relativo al último objetivo planteado en esta tesis doctoral que era Analizar la función mediadora del SQT en la relación entre las variables Valores morales y competenciales, Autoeficacia, Estrategias de afrontamiento centradas en el problema y de evitación y las variables Actitudes hacia las PCD, síntomas depresivos y problemas de salud en trabajadores de residencias de PCD resulta coherente con todo lo visto hasta ahora comprobar que los valores morales, la autoeficacia del trabajador o trabajadora, o las estrategias de afrontamiento centradas en el problema actúen como antecedentes o predictores del SQT.

También es fácil entender las repercusiones del SQT sobre la salud y las puntuaciones en depresión (no es más que un aspecto concreto de la salud mental), en similares términos lo confirmaron Uribe, Platlán y García (2015) mediante path análisis, situando el SQT y sus componentes como mediadores entre variables de Cultura y Clima organizacional y problemas Psicosomáticos (trastornos del sueño, gástricos y dolor).

Lo que puede ser más controvertido es la asunción de las Actitudes hacia las PCD como antecedente (predictor) o consecuente del SQT, aunque en nuestro estudio resulta satisfactoria la relación del SQT como mediador

entre las variables descritas y las Actitudes hacia las PCD, algo lógico si entendemos las actitudes negativas hacia las PCD como un elemento más en la definición del proceso de despersonalización propio del SQT. En cualquier caso, se necesitan estudios de carácter longitudinal para determinar qué variable es antecedente y cuál es consecuente.

## 7. Limitaciones del estudio

Somos conscientes de que el presente estudio presenta una serie de limitaciones:

1. La primera está relacionada con la variable género, ya que la muestra estaba compuesta mayoritariamente por mujeres, pudiendo afectar a los resultados, dado el componente emocional que sustenta el SQT y que otros estudios señalan que es más predominante en el sexo femenino. Debido a esto, es importante que investigaciones futuras desarrollen estudios comparativos para conocer el grado en que el género influye en los resultados del SQT (Figueiredo-Ferraz, 2014; Gil-Monte, Figueiredo-Ferraz y Valdez, 2013). De todos modos, es necesario aclarar que el colectivo de profesionales que trabaja en el ámbito de la atención socios-sanitaria a la dependencia está formado por mujeres mayoritariamente.

2. La recogida de datos no fue aleatorizada, sino que los cuestionarios fueron cumplimentados por aquellas personas que quisieron hacerlo por lo que puede presentar sesgos. No hay que perder de vista tampoco la deseabilidad social o aquiescencia, o la falta de motivación de las personas para realizar el estudio en algunos centros asistenciales. Otra cosa a tener en cuenta es el nivel de confianza en medidas autoinformadas sobre la salud y no en pruebas objetivas o medidas fisiológicas.

3. La información que se recoge a través de cuestionarios de respuesta cerrada es limitada, por lo que la probabilidad de efectos comunes de la varianza del método puede verse incrementada. En este caso, y para minimizar ese sesgo, la confidencialidad de los participantes se garantizó mediante el empleo de diversas estrategias (anonimato, sobres cerrados y urna de recogida).

4. La naturaleza transversal del estudio no proporciona respuestas definitivas por lo que sólo puede hablarse de asociación entre variables y no de relaciones causales ni de la dirección de la causalidad entre las variables estudiadas. Se necesitarían estudios longitudinales para llegar a conclusiones sobre esta cuestión.

5. La sinceridad.

## **8. Propuestas de futuro**

Después de todo lo obtenido de esta investigación, queremos plantear las siguientes propuestas:

1. Convendría trabajar más en esta línea, con estudios longitudinales que permitiesen establecer relaciones de causalidad entre SQT y Actitudes hacia las PCD.
2. Una importante línea de trabajo que se propone es la confección de nuevos instrumentos para medir las actitudes hacia las PCD, más adecuadas a la sociedad actual.
3. Resultaría interesante también comparar con otras poblaciones de profesionales de atención a la discapacidad (centros de día, talleres ocupacionales...) y en otras Comunidades autónomas, para explorar sobre la influencia de distintos modelos laborales en relación con el SQT.

## 9. Conclusiones

Llegados al final de esta investigación queremos dedicar un apartado al resumen de las aportaciones que este trabajo hace al estudio de la discapacidad y la dependencia.

La principal aportación de este trabajo ha sido presentar información sobre las Actitudes hacia la Discapacidad y el SQT y mostrar cómo es la relación entre ambas variables. Se trata de un trabajo que permite conocer mejor al colectivo profesional de apoyo directo a las PCD, sometido a mucha carga laboral y a menudo agotado en su tarea. A los y las profesionales de atención directa a PCD se les presupone una especial sensibilidad y compromiso con la atención a las situaciones de dependencia aunque los resultados de investigaciones previas son contradictorios con lo que diría la psicología lega.

Las dimensiones de despersonalización y cinismo del SQT suponen unas actitudes poco favorables hacia las personas con las que se trabaja. Pero además, las puntuaciones elevadas en SQT se relacionan con problemas de salud (depresión entre otros) que pueden traer consigo bajas laborales y sobrecarga para el resto de compañeros de los equipos de atención.

### ***Los recursos para la atención residencial.***

Una estimación de la población con discapacidad que ha sido objeto de estudio en esta Tesis Doctoral sería que de 450.000 personas con discapacidad que hay en la Comunidad Valenciana, vivirían en residencias unas 3.700 personas, pero el dato real que hemos encontrado a partir de la información de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas es que el número actual de plazas es de 2.208 –un 40% menos de las necesarias- y pequeño también el número de residencias (52). A menudo comparten recursos al encontrarse en un mismo edificio residencia, centro de día y centro ocupacional, y a veces, comparten también profesionales. Esta situación podría tener grandes beneficios para las personas que allí viven si

se aprovechan los programas y actividades disponibles en cada uno de los centros y se reparten las actividades a lo largo del día y de la semana, pero frecuentemente las actividades se desarrollan hasta las cinco de la tarde y de lunes a viernes. Para las personas que viven en las residencias, éstas son sus hogares, y por tanto, como en el domicilio de cada uno, las actividades deberían repartirse a lo largo del día y no dejar tiempos vacíos que pueden generar aburrimiento y tedio que se pueden convertir en problemas de conducta que los profesionales deberán atender.

La gestión de los problemas de comportamiento asociados a la discapacidad generan mucha tensión entre los trabajadores y trabajadoras de los centros.

Pero además, hay un reparto desigual de los centros en las tres provincias, más cercano a las capitales y a la costa e inexistente en comarcas del interior. Esta distribución y el insuficiente número de centros supone que hay un bajo número de recursos para atender a una alta demanda que repercute en más estrés en los profesionales que atienden a una población demandante de cuidados y apoyos las 24 horas del día y los 365 días del año.

### ***La importancia de las actitudes.***

Las actitudes se relacionan con los tres niveles cognitivo, afectivo y conductual. Las actitudes negativas hacia las PCD de los profesionales que trabajan en residencias y que pueden presentar riesgo de SQT puede tener importantes repercusiones en la forma de tratar a los residentes (despersonalización) y en el modo en que realizan sus tareas (indolencia).

Nuestra investigación muestra que el colectivo de trabajadoras y trabajadores de residencias de atención a PCD presentan elevados niveles de SQT, y pese a ello, sus actitudes hacia las PCD son positivas.

Pero aún así consideramos importante validar una escala de actitudes que pueda ser utilizada en el ámbito de la discapacidad. Los trabajos del INICO

en la Universidad de Salamanca sobre las distintas escalas de actitudes nos ayudaron a seleccionar la ATDP. Hemos validado la escala y extraído información de fiabilidad y validez mostrando que posee unas buenas propiedades psicométricas.

Respecto a la Escala de Actitudes hacia las PCD, a partir de los análisis realizados podemos observar que aunque el instrumento se ha utilizado ampliamente en muchos países y en nuestra investigación se ha comportado adecuadamente, es muy antiguo y posiblemente deba ser actualizado, y se deberían incluir en él algunos aspectos nuevos (por ejemplo relacionados con los derechos de las PCD tal y como aparece en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad) y eliminar otros ítems, como ya hemos comentado con más detalle en la discusión de resultados. Además, también creemos posible que las bajas puntuaciones de alguno de los ítems pueda ser debida a que no estén bien redactados y quizás esto haya dificultado su comprensión.

La escala presenta dos dimensiones subyacentes. La dimensión 1: *Características, sentimientos, emociones y autoimagen*, recoge aspectos relativos a sentimientos, pensamientos, estados de ánimo atribuidos a las PCD, y fue valorada mediante 8 ítems. La dimensión 2: *Relaciones, desempeño social/inclusión*, fue valorada mediante 10 ítems y aglutina afirmaciones sobre aspectos relacionales y de trato hacia las PCD.

Esta estructura factorial permite mayor precisión y riqueza a la hora de estudiar las actitudes hacia la discapacidad, pues posibilita afinar en aquellos aspectos que están detrás de las mismas. Así, muestra posibles actitudes negativas hacia las PCD sustentadas en creencias sobre su forma de pensar o sentir, y/o basadas en argumentos relacionados con la vida social, su desempeño social y trato, o aspectos relacionados con la inclusión. Hemos encontrado que un 10% de los profesionales tiene actitudes negativas hacia las PCD. Identificar las actitudes hacia las PCD desde esta óptica supone una información importante, pues permite

precisar más en áreas relacionadas con la inserción de las PCD, el estigma y su prevención, en enfoques culturales y, en general, posibilita una mejor comprensión de los mecanismos que subyacen al desarrollo de actitudes hacia las PCD.

### ***Baja definición del puesto de trabajo y sobrecarga laboral.***

Observamos que los participantes en el estudio, todos ellos profesionales que trabajan en residencias de PCD son personas con diferentes trayectorias académicas y con formaciones muy dispares. A menudo encontramos a profesionales con titulaciones superiores (grado en Psicología, por ejemplo) trabajando como educadores, una categoría inferior. Esto, junto con falta de directrices adecuadas en algunos casos produce ambigüedad de rol y baja definición del puesto de trabajo, que a su vez repercute en la identidad profesional.

A menudo, la ratio de profesionales se encuentra niveles inferiores a las necesidades y supone una sobrecarga para los y las profesionales que deben asumir muchas y variadas tareas. Lo que repercute en una sensación de no cumplir con las tareas o dar unos cuidados de peor calidad. A su vez, esta sensación de no trabajar bien redundará en malestar profesional e incluso en problemas de salud.

### ***El SQT, modelo CESQT y sus tres componentes.***

Estudios previos ya habían puesto de manifiesto altos niveles de SQT en profesionales de residencias. En esta investigación hemos encontrado un porcentaje considerable de personas (una cuarta parte) con SQT en nivel riesgo alto y en nivel de riesgo crítico.

Sumando las puntuaciones hemos encontrado entre un 1.3 y un 5.6% de profesionales de residencias con bajos niveles de Ilusión por el trabajo y altos en Desgaste psíquico e Indolencia, incluso con presencia de sentimientos de Culpa..

El modelo CESQT de Gil-Monte ha mostrado ser un buen modelo para analizar burnout en diferentes colectivos y países. En esta investigación ha sido puesto a prueba y los resultados muestran no solo una elevada prevalencia de SQT, sino que además sus dimensiones se han comportado de manera coherente y coincidente con todos los estudios previos, corroborando una vez más su validez.

### ***SQT, problemas de Salud y síntomas de Depresión***

La relación entre malestar y SQT o SQT y problemas de Salud y síntomas de depresión es directa tal y como ha sido demostrado en otras investigaciones. También los datos encontrados en esta tesis apoyan esta afirmación.

El trabajo con PCD es una actividad con alto nivel de estrés ocupacional y riesgo de SQT . Muy demandante y exigente. Aunque existe una relación significativa y negativa entre niveles de SQT y Actitudes hacia las PCD en los trabajadores y las trabajadoras de residencias de PCD, al realizar un análisis pormenorizado con los distintos factores del CESQT, vemos que no se ajusta a lo previsible pues no encontramos relaciones significativas entre Actitudes hacia las PCD y Desgaste. Estos resultados requieren de estudios posteriores que lo puedan clarificar mejor.

El SQT funciona como variable mediadora entre las variables analizadas Valores morales y de competencia, Estrategias de afrontamiento centrado en el problema y por evitación, y Autoeficacia y la variable Actitudes hacia las PCD.

Como se ha visto, los resultados obtenidos son coherentes con todas las otras investigaciones y con los modelos teóricos sobre SQT, pues en definitiva las altas puntuaciones en SQT indican la presencia del síndrome que es definido como un problema de salud que conlleva sintomatología de diversa naturaleza.

Si atendemos a las hipótesis que nos hemos planteado en esta investigación podemos concluir:

Que nuestra investigación coincide con los hallazgos previos en prevalencia de SQT en profesionales de residencias de PCD (hipótesis 1).

Que la escala de actitudes se ajusta al modelo de dos factores planteado por su autor, aunque hemos podido actualizar y conocer las puntuaciones de un buen número de profesionales de PCD (hipótesis 2).

Que las actitudes hacia las PCD son en su mayoría favorables (hipótesis 3).

Que existe una relación significativa y negativa entre SQT y valores morales y de competencia, en estrategias de afrontamiento centradas en la tarea, autoeficacia y actitudes positivas en los profesionales de PCD (hipótesis 4.1, 4.2, 5.1, 6, 7). Por contra, no se cumple la hipótesis de que existe una relación significativa y positiva entre puntuaciones de SQT y en Estrategias de afrontamiento de evitación (hipótesis 5.2).

Que existe una relación significativa y positiva entre SQT y problemas de salud (incluida depresión) (hipótesis 5)

Que el SQT tiene una función mediadora entre valores morales y de competencia, autoeficacia, estrategias de afrontamiento centradas en la tarea y de evitación y actitudes hacia la PCD (hipótesis 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5)

### **Propuestas de intervención**

A nivel aplicado, esta investigación resulta de interés al proporcionar evidencia empírica sobre la importancia del estudio de los valores morales para comprender el proceso de desarrollo del burnout. Por lo tanto, sería recomendable considerar esta variable en la elaboración de los programas de gestión de recursos en los centros residenciales, de forma que los gestores y las gestoras y los directores y las directoras puedan ofrecerlos al colectivo de profesionales para así mejorar su salud y la calidad de los cuidados.

El empleo de estrategias de afrontamiento dirigidas a la tarea, frente a estrategias de evitación es un recurso útil para prevenir la aparición de SQT en profesionales de servicios que trabajan con personas y específicamente de residencias para PCD, aspecto de interés en el momento de planificar intervenciones formativas en este sector profesional, pues dotarles de mayores recursos para afrontar las problemas que se presenten en su trabajo, disminuiría -así lo indican los resultados- el riesgo de SQT.

Las variables de cognición individuales y entre ellas la autoeficacia modulan el riesgo de SQT. Nuestra investigación, como ha ocurrido en otros trabajos similares, demuestra la correlación entre ambas variables. No obstante, los distintos instrumentos de medida empleados por los investigadores hacen que la comparación de resultados no sea definitiva.

Sería interesante realizar más estudios en ésta línea de investigación y trabajos para mejorar los recursos de los trabajadores y las trabajadoras para minimizar los efectos del estrés y no alcanzar niveles altos de SQT. Entre ellos proponemos trabajar en varias líneas:

- Mejorar la capacitación profesional. Los convenios especifican muy poco sobre la formación que debe poseer cada perfil profesional lo que dificulta el correcto desempeño.
- Enfatizar en la importancia de una Formación continuada adecuada.
- Intervenciones formativas en este colectivo profesional en su ámbito de trabajo que tal vez pudieran disminuir la despersonalización (SQT) y la depresión, como apuntan otras investigaciones, incluyendo talleres de relajación, sesiones de meditación, mindfulness y otras actividades que faciliten el control del estrés y dotar a las trabajadoras y los trabajadores de recursos para el manejo de esas situaciones.
- Desarrollar e implementar en las residencias, nuevos modelos de atención centrados en la persona, que mejoren las relaciones

interpersonales y la calidad de los servicios prestados, lo que redundará en mayor bienestar de las PCD y menos conductas conflictivas y que además permitan romper o atenuar la alienación laboral de la atención institucional rígida y despersonalizada.

- Favorecer el clima que permita mejorar el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad.
- Contemplar una formación dirigida a los equipos de calidad para delimitar las tareas y funciones; potenciar desde la institución el desarrollo de valores morales y el manejo de estrategias de afrontamiento dirigidas al problema que han mostrado ser elementos protectores frente al SQT.
- Mantener una comunicación más fluida con familiares (e incluso con especialistas que realizan el seguimiento externamente) siempre va a mejorar las intervenciones conductuales y a entender la problemática. Inclusión de las familias en los planes de cuidados y apoyos.



### **III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1317- 1328. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x.
- Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104, 103-110. doi: 10.1016/j.jad.2007.03.004.
- Ahola, K., & Hakanen, J. (2014). Burnout and health. In M. P. Leiter, A. B. Bakker, & C. Maslach (Eds.). *Burnout at Work: A Psychological Perspective* (pp.10-31). London: Psychology Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behavior: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9), 1113-1127. doi: 10.1080/08870446.2011.613995.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Albendin, L. (2016). *Niveles y Factores de Riesgo de Burnout en Profesionales de Enfermería de Urgencias*. (Tesis doctoral), Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid.
- Alcantud, F., Alonso, Y. y Rico, D. (2015). Validez y fiabilidad del Sistema de Detección Precoz de los Trastornos del Desarrollo: 3 a 36 meses. *Revista española de discapacidad*, 3(1), 107-121. doi: 10.5569/2340-5104.03.01.06.

- Algarín, M.I., Díaz, P., Cayuela, A., Expósito, J.A., Echevarría, C., y del Pino-Algarrada, R. (2004). Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*, 38(2), 59-65.
- Almeida, M. E., Angelino, M. A., Kipen, E., Lipschitz, A., Marmet, M., Rosato, A., y Zuttió, B. (2010). Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad. *Política y Sociedad*, 47(1), 27-44. doi: 10.5209/POSO.22810.
- Alvidrez, J.S. (2012). *Contacto interétnico en una comunicación mediada por ordenador: Efectos del anonimato y de una conducta disconforme al estereotipo de grupo en la reducción del prejuicio y atracción hacia el exogrupo*. (Tesis Doctoral), Universidad Salamanca.
- Allport, G.W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Ed), *Handbook of social psychology*. (pp.798-844). Worcester, MA: Clark University Press.
- Allport, G.W. (1971/1954). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA).
- American Psychiatric Association (APA) (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (4a Ed) (DSM IV) Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5a Ed) (DSM V) Madrid: Panamericana.

- Antonak, R.F. (1980). Psychometric analysis of the attitudes toward disabled persons scale, Form O. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 23(3), 169-176.
- Antonak, R. F. (1982). Development and psychometric analysis of the Scale of Attitudes Toward Disabled Persons. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 13(2), 22-29.
- Antonak, R.F. (1988). Methods to measure attitudes toward people who are disabled. In Yuker, H.E. (Ed.), *Attitudes toward persons with disabilities* (pp.109-126). New York: Springer Publishing Company.
- Antoniou, A., Polychroni, F., & Vlachakis, A. (2006). Gender and age differences in occupational stress and professional burnout between primary and high-school teachers in Greece. *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), 682-690. doi: 10.1108/02683940610690213.
- Araya-Cortés, A., González-Arias, M., y Cerpa-Reyes, C. (2014). Actitud de universitarios hacia las personas con discapacidad. *Educación y Educadores*, 17(2), 289-305. doi: 10.5294/edu.2014.17.2.5.
- Arias, B., Verdugo, M., Gómez, L., y Arias, V. (2013). Actitudes hacia la discapacidad. En Verdugo, M. Schallock, R. (coords.) *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp 61-88). Salamanca: Amaru.
- Ariño, A. (2011). El paradigma de la autonomía personal. En Pinazo, S. (dir.) *Autonomía personal y dependencia. Bases teóricas y práctica social* (pp.23-25). Valencia: Universitat de València.
- Arroyo, R. (2001). Dependencia e independencia de valores por edad y cultura: presupuesto del currículum intercultural. *Revista de*

*Investigación Educativa*, 19(1), 153-182. Disponible en <http://revistas.um.es/rie/article/view/96371>.

- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. M. P., Van der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress, and Coping*, 13, 247-268. doi: 10.1080/10615800008549265.
- Baron, R.A., Byrne, D., y Rodriguez, A. (2005). *Psicología Social* (10a Ed) Madrid: Editorial Pearson Educación.
- Bentler, PM. (1992). On the fit of models to covariances and methodology to the Bulletin. *Psychological Bulletin*, 112(3), 400-404. doi: 10.1037/0033-2909.112.3.400.
- Bettio, F. & Plantenga, J. (2004). Comparing Care Regimes in Europe *Feminist Economics*, 10(1), 85-113. doi: 10.1080/1354570042000198245.
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *J Health Psychol*, 18(6), 782-787. doi: 10.1177/1359105313481079.
- Bianchi, R., Schonfeld, I.S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: a review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004.
- Blanco, J (2014). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en gerocultoras y docentes: evaluación, prevalencia y proceso de*

*desarrollo*. (Tesis Doctoral). Universitat València. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/36210>.

Blanco, M., Cunha, A., Ayuso, L., Crespo, P., y Mena, C. (2016). Precariedad laboral. burnout y salud en personal administrativo de Granada. *ReiDoCrea*, 5(2), 40-48. Recuperado de <https://www.ugr.es/~reidocrea/5-2-7.pdf>.

Blasco Muñoz, S. (2016). *Análisis del burnout entre distintos niveles asistenciales sanitarios*. (Trabajo Final de Master). Univ. Miguel Hernández. Alicante. Recuperado de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3117/1/Blasco%20Mu%C3%B1oz,%20Soledad%20TFM.pdf>.

Bogardus, E.S. (1931). *Fundamentals of social psychology*. New York: Century.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 299, Madrid, 15 de diciembre de 2006. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>.

Boqué, M. (2014). *Estudi de l'afectivitat dels cuidadors de persones dependents a la ciutat de Reus. Una aplicació del Qüestionari PANAS*. (Tesi Doctoral). Universitat Rovira i Virgil. Tarragona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/276961>.

Bracco, C., y Reyna, C. (2011). Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 21-45. doi: 10.15381/rinvp.v14i2.2098.

- Braithwaite, V. A., & Law, H. G. (1985). Structure of human values: Testing the adequacy of the Rokeach Value Survey. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(1), 250-263. doi: 10.1037/0022-3514.49.1.250.
- Browne M.W., & Cudeck R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen, K.A. & Long, L.S. (ed.) *Testing structural equation models* (pp.136-162). Newbury Park CA: Sage.
- Burke, R. J., Shearer, J., & Deszca, G. (1984). Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 162-188.
- Campbell, D.T. (1950). The indirect assessment of social attitudes. *Psychological Bulletin*, 47, 15-38. doi: 10.1037/h0054114.
- Campos, R. (2015). *Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de burnout en profesionales de centros de mayores en Extremadura* (Tesis Doctoral) Universidad de Extremadura. Badajoz. Recuperado de <http://dehesa.unex.es/handle/10662/3087>.
- Cantón, J. C. (2014). *Características y necesidades de las personas en situación de dependencia*. Madrid: Editex.
- Casado, D. (1991). *Panorámica de la discapacidad*. Barcelona: INTRESS.
- Casado, D. (2011). Iniciativas valencianas relativas a la discapacidad. En Pinazo, S. (dir.) *Autonomía personal y dependencia. Bases teóricas y práctica social* (pp.19-21). Valencia: Universitat de València.

- Castro, A.M. (2006). Prevalencia del síndrome de burnout en fisioterapia. *Fisioterapia*, 28(1),17-22. doi: 10.1016/S0211-5638(06)74017-2.
- Chang, M.L. (2009). An appraisal perspective of teacher burnout: Examining the emotional work of teachers. *Educational Psychology Review*, 21, 193-218. doi: 10.1007/s10648-009-9106-y.
- Chiang, M.M., y Signora, M. (2011). Burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: Una comparación de género y de nivel de escolaridad. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 20(1), 33-52. doi: 10.5354/0719-0581.2011.13723.
- Cohen, L., y Manion, L. (1990). *Métodos en investigación educativa*. Madrid: La muralla.
- Comité de Entidades Representantes de personas con discapacidad (CERMI) Cantabria (2012). *Hacia unos Servicios Sociales de calidad adecuados a las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad*. Madrid: Cinca. Recuperado de <http://www.cermicantabria.org/phocadownloadpap/interes/hacia%20unos%20servicios%20sociales%20n%2011.pdf>.
- Comrey, AL. (1973). *A first course in factor analysis*. Nueva York: Academic Press.
- Cooper, C.L., Sloan, S.L., & Williams, S. (1988). *Occupational Stress Indicator Management Guide*. Windsor, UK.: NFER- Nelson.
- Corominas, J. (1954). *Diccionario Crítico etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos.

- Cox, T., Tisserand, M., & Taris, T. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: questions and directions. *Work & Stress*, *19*, 187-191. doi: 10.1080/02678370500387109.
- Da Silva, L., Gil-Monte, P. R., de Fátima, R., y Bovi, G. M. (2014). Prevalência da síndrome de burnout em uma amostra de professores universitários brasileiros. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *26*(4), 636-642. doi: 10.1590/S0102-79722013000400003.
- RDanhof-Pont, B. M., Veen, V. T., & Zitman, G. F. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* *70*, 505-524. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.10.012.
- De Boer, B. (2012). Inclusion: a question of attitudes? A study on those directly involved in the primary education of students with special educational needs and their social participation. Groningen: Stichting Kinder studies. Recuperado de <http://www.included.eu/sites/default/files/documents/proefschrift.pdf>.
- De Bono, K.G., & Snyder, M. (1995). Acting on one attitudes: The role of a history of choosing situations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*, 629-636. doi: 10.1177/0146167295216009.
- Devereux, J. M., Hastings, R. P., Noone, S. J., Firth, A., & Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in Developmental Disabilities*, *30*, 367-377. doi: 10.1016/j.ridd.2008.07.002.
- Domingo, F. (1954). *Notas históricas sobre el "Hospital de Ignoscents, folls e orats" de Valencia*. Valencia: Diputación Provincial de Valencia.

- Domingo, F., y Calatayud, J. (1959). *El primer hospital psiquiátrico del mundo*. Valencia: Diputación Provincial de Valencia.
- Eagly, A., & Chaiken, S. (2005). Attitude research in the 21st century: The current state of knowledge. En Albarracín, D., Jonson, B. & Zanna, M. *The Handbook of Attitudes*, 743-767. Mahwah, New Jersey. USA: Lawrence Erlbaum. Recuperado de <https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2011/03/investigaciones-en-actitudes-en-el-siglo-xxi-el-estado-del-arte-1eagly-y-chaiken-2005.pdf>.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stage of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Service Press.
- Egea, C., y Sarabia, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Polibea*, 73, 29-44.
- Ekstedt, M., & Fagerberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 59–67. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03264.x.
- Elzo, J. (2006). Los valores en la adolescencia. *Cuadernos de Pedagogía*, 359, 18- 23.
- Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(4), 439-454. doi: 10.1080/01612840118397.
- Fidalgo Vega M. (2005). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Recuperado de

[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_705.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf).

Figueiredo-Ferraz, H. (2014). *Análisis de la influencia de los sentimientos de culpa en el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) y sus consecuencias. Un estudio transcultural* (Tesis Doctoral) Universitat de València. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/37718/Tesis%20Doctoral%20Hugo%20Figueiredo-Ferraz.pdf;sequence=1>.

Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P. R., y Grau-Alberola, E. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de maestros portugueses. *Aletheia*, 29, 6-15.

Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P.R., Grau-Alberola, E., Llorca-Pellicer, M. & García-Jueas, J.A. (2012). Influence of some psychosocial factors on mobbing and its consequences among employees working with intellectually disabled persons. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(5), 455-463. doi: 10.1111/j.1468-3148.2012.00687.x.

Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P.R., Ribeiro, B. y Grau-Alberola, E. (2013). Influence of a cognitive behavioural training program on health: A study among primary teachers. *Revista de Psicodidáctica*, 18, 341-354. doi: 10.1387/RevPsicodidact.6995.

Figueiredo-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., y Gil-Monte, P. (2016). Influencia de los valores y la culpa en el síndrome de burnout. En Fátima Lobo, ed., *Psicologia do Trabalho e das Organizações: Contributos*, Psicologia 6 (pp 85-98), Braga: Axioma - Publicações da Faculdade de Filosofia. doi: 10.17990/Axi/2016\_9789726972556\_085.

- Findler, L., Vilchinsky, N., & Werner, S. (2007). The Multidimensional Attitudes Scale toward Persons with Disabilities (MAS): Construction and validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 50*(3), 166-176. doi: 10.1177/00343552070500030401.
- Fishbein, M. (Ed) (1967). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: John Wiley and Sons.
- Fishbein, M., y Ajzen, L. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Massachussets: Reading, Addison Wesley. Recuperado de <http://people.umass.edu/aizen/pubs/book/ch2.pdf>.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 12*(1), 73-82. doi: 10.1037/h0086411.
- Freudenberger, H. J. (1983). Burnout: Contemporary issues, trends, and concerns. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions* (pp 23-28). New York: Pergamon.
- Gamst, G.C, Liang, C.T.H., & Der-Karabetian, A. (2011). *Handbook of Multicultural Measures*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Gandoy-Crego, M., Clemente, M., Mayan-Santos, J. M. & Espinosa, P., (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 48*(2), 246-249. doi: 10.1016/j.archger.2008.01.016.
- García, C. (2003). Segregación, integración e inclusión. *Bordón, 55*(1), 9-26.

- García, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 219-229.
- García Ros, R., Fuentes, M.C., Fernández, B. (2015). Análisis de la relación entre la autoeficacia interpersonal del profesorado y sus niveles de burnout. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13(3), 483-502. doi: 10.14204/ejrep.37.14105.
- Generalitat Valenciana. Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, Centros Personas con Discapacidad. Recuperado de <http://www.bsocial.gva.es/web/discapitados/residencia-para-personas-con-discapacidad4a8>.
- Gething L. (1992). Nurse practitioners' and students' attitudes towards people with disabilities. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 9(3), 25-30.
- Gil-Monte, P.R. (1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. (Tesis doctoral). Universidad de La Laguna. Tenerife.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. (2011). *CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gil-Monte, P.R. (2012). The Influence of Guilt on the Relationship Between Burnout and Depression. *European Psychologist*, 17(3), 231-236 doi: 10.1027/1016-9040/a000096.

- Gil-Monte, P.R. (2016). La Batería UNIPSIICO: propiedades psicométricas de las escalas que evalúan los factores psicosociales de demanda. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(2), 86-94. doi: 10.12961/apr.2016.19.02.2.
- Gil-Monte, P.R., Carlotto, M. S., & Câmara, S. (2011). Prevalence of burnout in a sample of Brazilian teachers. *The European Journal of Psychiatry*, 25, 205-212. doi: 10.4321/S0213-61632011000400003.
- Gil-Monte, P.R., Carretero, N., Roldán, D., y Núñez-Romás, E. (2005). Prevalencia del Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 107-123.
- Gil-Monte, P.R., y García-Jueas, J.A. (2008). Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout).Un estudio longitudinal en enfermería. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 329-337.
- Gil-Monte, P.R., y Olivares, V.E. (2011). Psychometric Properties of the "Spanish Burnout Inventory" in Chilean Professionals Working to Physical Disabled People. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 441-451. doi: 10.5209/rev\_SJOP.2011.v14.n1.40.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M., y Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4(1), 165-179. Recuperado de [https://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01\\_SQT/1998\\_Portugal.pdf](https://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/1998_Portugal.pdf).
- Glass D.C., & McKnight J.D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psycholhealth*, 11(1), 23-48.

doi: 10.1080/08870449608401975.

Gleitman, H. (1991). *Psychology*. New York: W.W Norton y Company, Inc.

Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gómez de Regil, L., Estrella-Castillo, DF. (2016). Síndrome de Burnout: una revisión breve. *Cienc Humanismo en Salud*, 2(3), 116-122. Recuperado de <http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/37/v2n3%20Revision>.

Gottlieb, J., Corman, L, & Curci, R. (1984). Attitudes toward mentally retarded children. In Jones R.L. (Ed.) *Attitudes and Attitude Change in Special Education* (pp.143-156). Reston, VA.: Council for Exceptional Children. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED249694.pdf>.

Gray-Stanley, J.A., & Muramatsu, N. (2011). Work Stress, Burnout, and Social and Personal Resources among Direct Care Workers. *Res Dev Disabil*. 32(3), 1065-1074. doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.025.

Gray-Stanley, J.A., Muramatsu, N., Heller, T., Hughes, S., Johnson, T.P., & Ramirez-Valles, J. (2010). Work stress and depression among direct support professionals: the role of work support and locus of control. *J Intellect Disabil Res*, 54(8), 749-761. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01303.x.

Greene G. (1961) *A burnt-out case*. Nueva York: Viking Press.

- Greenglass, E. R., & Burke, R. J. (1990). Burnout over time. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 13, 192-204. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/25780440>.
- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de Burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 19, 145-158. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/39184227 Analisis pormenorizado de los grados de burnout y afrontamiento del est res docente en profesorado universitario](https://www.researchgate.net/publication/39184227_Analisis_pormenorizado_de_los_grados_de_burnout_y_afrontamiento_del_estres_docente_en_profesorado_universitario).
- Hair J.H., Anderson R.E., Tatham R.L., Black W.C. (1995). *Multivariate data analysis*. (4th ed.) Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Hargreaves, A., & Tucker, E. (1991). Teaching and guilt: Exploring the feelings of teaching. *Teaching and Teacher Education*, 7, 491-505. doi: 10.1016/0742-051X(91)90044-P.
- Harper , D., Wacker, D. P. (1985). Children's attitudes toward disabled peers and the effects of mainstreaming. *Academic Psychology Bulletin*, 7, 87-98.
- Hatton, C., Rivers, M., Emerson, E., Kiernan, C., Reeves, D., Alborz, A., ...Mason, L. (1999). Staff characteristics, working conditions and outcomes amongst staff in services for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12, 340-347. doi: 10.1111/j.1468-3148.1999.tb00090.x.
- Hernández, L., Olmedo, E., e Ibáñez, I. (2003). Estar quemado y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 323-336. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-110.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf).

- Hofstede, G., & Bond, M.H. (1984). Hofstede's culture dimensions. An independent validation using Rokeach' s value survey. *Journal of Cross-cultural Psychology, 15*(4), 417-433.  
doi: 10.1177/0022002184015004003.
- Hogg, M.A., & Vaughan, G.M. (2010). *Psicología Social*. Madrid. Panamericana.
- Hoyle RH. (1995). The structural equation modeling approach: basic concepts and fundamental issues. In: Hoyle R.H., editors. *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. (pp. 1-15). Thousand Oaks: Sage.
- Huete, A. (dir) (2015). *Institucionalización de las personas con discapacidad en España*. Madrid: Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- Innstrand, S.T., Espnes, G.A., & Mykletun R. (2002). Burnout among people working with intellectually disabled persons: A theory update and an example. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16*, 272-279. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00084.x.
- Instituto Nacional de Estadística INE (2007). *Tarjeta TDA: Clasificación de deficiencias de personas de 6 o más años*. Recuperado de <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/clasi07a.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística INE (2009). *Panorámica de la discapacidad en España. Cifras INE*. Recuperado de <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>.
- Jenkins, R., Rose, J., & Lovell, C. (1997). Psychological well-being of staff working with people who have challenging behavior. *Journal of*

*Intellectual Disability Research*, 41, 502-511. doi: 10.1111/j.1365-2788.1997.tb00743.x.

Jimenez, A. y Huete, A. (2010). Estadísticas y otros registros sobre discapacidad en España. *Política y Sociedad*, 47(1), 165-173.

Judd, M.J., Dorozenko K., & Breen L.J. (2017). Workplace stress, burnout and coping: a qualitative study of the experiences of Australian disability support workers. *Health Social Care Community*, 25(3), 1109-1117. doi: 10.1111/hsc.12409.

Kaiser, H.F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-35.

Kane, R.L., & Kane, R.A. (1978). Care of the aged: Old Problems in Need of New Solutions. *Science*, 200(26), 913-919. doi: 10.1126/science.417403.

Korczak, D., Huber, B., & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*, 5(6), Doc09. doi: 10.3205/hta000087.

Kozak, A., Kersten, M., Schillmöller, Z. & Nienhaus, A. (2013). Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burnout among staff working with people with intellectual disabilities, *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 102-115. doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.021.

Krech, D., Crutchfield, R.S. & Ballachey, E.L. (1962). *Individual in society*. New York: McGraw-Hill.

Kundera, Milan, (1984). *L'Insoputenable légèreté de l'être*. Paris. Gallimard.

- Lam, W.Y., Gunukula, S.K., McGuigan, D., Isaiah, N., Symons, A.B., & Akl, E.A. (2010). Validated instruments used to measure attitudes of healthcare students and professionals towards patients with physical disability: A systematic review. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 7, 1-7. doi: 10.1186/1743-0003-7-55.
- Lambeth, J. (1989). *Psicologia Social*. Barcelona. Pirámide.
- Leiter, M.P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress and Coping*, 7, 357-373. doi: 10.1080/10615809408249357.
- Leiter, M.P., & Maslach, C. (2009). Burnout and workplace injuries: A longitudinal analysis. In Rossi, A. M., Quick, J. C., & Perrewé, P.L. (Eds.), *Stress and Quality of Working Life: The Positive and the Negative* (pp. 3-18). Greenwich, CT: Information Age.
- Leiter, M. P., Hakanen, J., Toppinen-Tanner, S., Ahola, K., Koskinen, A., & Väänänen, A. (2013). Organizational predictors and health consequences of changes in burnout: A 12-year cohort study. *Journal of Organizational Behavior*, 34, 959-973. doi: 10.1002/job.1830.
- León-Rubio, J.M., León-Pérez, J.M., y Cantero, F.J. (2013). Prevalencia y factores predictivos del burnout en docentes de la enseñanza pública: El papel del género. *Ansiedad y estrés*, 19(1), 11-25. Recuperado de. [https://www.researchgate.net/profile/Jose-Leon-Rubio/publication/287466213\\_Prevalence\\_rate\\_and\\_predictive\\_factors\\_of\\_burnout\\_among\\_public\\_education\\_teachers\\_The\\_role\\_of\\_gender/links/5699923b08ae98594a4e1.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Leon-Rubio/publication/287466213_Prevalence_rate_and_predictive_factors_of_burnout_among_public_education_teachers_The_role_of_gender/links/5699923b08ae98594a4e1.pdf).
- Liesa, M., Arranz P y Vázquez, S. (2013.) Un programa basado en la metodología del aprendizaje servicio que mejora las actitudes de los

estudiantes del grado de Magisterio hacia la inclusión. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 76(27,1), 65-82. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/274/27430137005.pdf>.

Liljestrom, A., Roulston, K., & deMarrais, K. (2007). There is no place for feeling like this in the workplace: Women teachers anger in school settings. In Schutz, P.A., & Pekrun, R. (Eds.), *Emotions in education*. San Diego: Elsevier.

Livneh, H. (1982). Factor analysis of the Attitudes Toward Disabled Persons Scale (Form A). *Rehabilitation Psychology*, 27(4), 235-243. doi: 10.1037/h0091051.

López, J. (2013). Actitudes sociales y familiares hacia las personas con Síndrome de Down. Un estudio transcultural. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26454/LopezLucas\\_Tesis.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26454/LopezLucas_Tesis.pdf).

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., ...Tassé, M.J. (2004). Retraso Mental: *Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (10a ed). Madrid: Alianza.

Mampaso Desbrow, J. (2004). Análisis de las preferencias hacia los distintos tipos de discapacidad de los estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 3(2), 179-197.

Mann T. (1901). *Buddenbrooks*. Berlín: S Fisher.

Manzano, G. (2008). Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en el personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Informació Psicològica*, 91-92, 23-31.

- Marquard, A., Runde, P., und Westphal, G. (1993). *Psychische Belastungen in helfenden Berufen. Bedingungen, Hintergründe, Auswege*. Westdeutscher Verlag: Broschiert.
- Martinez, J., Mendez, I., Secanilla, E. Benavente, A. y García, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 41-53. doi: 10.1989/ejihpe.v4i1.39.
- Marucco, M.A., Gil-Monte, P.R., y Flamenco, E. (2008). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales. Estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Informació Psicológica*, 91-92, 32-42.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192. doi: 10.1111/1467-8721.01258.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (2017). Understanding Burnout New Models. In Cooper, C.L., & Quick, J.C. (Eds), *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*, (pp 36-56). NJ: Wiley-Blackwell.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- McGuire, W. J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. In Aronson, E & Lindzey, G (Eds.), *The Handbook of Social Psychology*, (pp. 136-314) (2nd ed.), Massachusetts: Addison-Wesley.

- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin, 132*(3), 327-353. doi: 10.1037/0033-2909.132.3.327.
- Mendez, I., Secanilla, E., Martínez, J., y Navarro, J. (2011). Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 1*(2), 61-70. doi: 10.30552/ejihpe.v1i2.17.
- Menezes de Lucena, V.A., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F., y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo de Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema, 18*(4), 791-796.
- Mercado-Salgado, P., y Gil-Monte, P. (2010). Influencia del compromiso organizacional en la relación entre conflictos interpersonales y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de servicios (salud y educación). *Innovar, 20*(38), 161-174. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/22392>.
- Mitchell, G., & Hastings, R. P. (2001). Coping, burnout, and emotion in staff working in community services for people with challenging behaviors. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 106*, 448-459.
- Moliner, M. (1988). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Montoro, J. (1999). Factores determinantes de la calidad del cuidado asistencial institucional a personas mayores y/o con discapacidad. *Papers, 57*, 89-112. doi: 10.5565/rev/papers/v57n0.1968.

- Moreno F.J., Rodríguez I.R., Saldaña D., y Aguilera A. (2006). Actitudes ante la discapacidad en el alumnado universitario en materias afines. *Revista de Investigación Educativa*, 40(5), 1-12. Recuperado de [http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4373/Actitudes\\_ante%20 la discapacidad en el alumnado universitario matriculado en materias afines.pdf?sequence=1&rd=003110962495385](http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4373/Actitudes_ante_la_discapacidad_en_el_alumnado_universitario_matriculado_en_materias_afines.pdf?sequence=1&rd=003110962495385).
- Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. y Miralles, T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de psicología del trabajo y las organizaciones*, 1, 185-207. Recuperado de [https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/validacion\\_cbb.pdf](https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/validacion_cbb.pdf).
- Munsuri-Rosado J. y Pinazo-Hernandis S. (2015). Actitudes de los estudiantes de Enfermería hacia las personas con discapacidad. *Metas Enfermería*, 18(6), 22-26.
- Munsuri-Rosado, J. y Pinazo-Hernandis, S. (2016). Actitudes de los estudiantes de enfermería hacia las personas con discapacidad: análisis y propuestas. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 114-118.
- Mutkins, E., Brown, R., & Thorsteinsson, E. (2011). Stress, depression, workplace and social supports and burnout in intellectual disability support staff. *Journal of Intellectual Disability Research*, 15(5), 500-510. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01406.x.
- Naciones Unidas (NU) (2007). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. Recuperado de <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>.

- Newcomb, T.M., Turner, R.H., & Converse, P.E. (1965). *Social psychology: The study of human interactions*. New York: Holt.
- Noe, R.A. (2002). *Employee training and development* (2a Ed.). New York: McGraw Hill.
- Norden, C., Hult, K., & Engstrom, A. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing, 22*(2), 75-80. doi: 10.1016/j.ienj.2013.04.003.
- Nunnally NC. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Olivares Faúndez, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo, 19*(58), 59-63. doi: 10.4067/S0718-24492017000100059.
- Olivares, V., y Gil-Monte, P. (2008). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en trabajadores de servicios en Chile. *Informació Psicológica, 91-92*, 43-52.
- Olivares, V., Vera, A., y Juárez, A. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidades en Chile. *Ciencia & Trabajo, 11*(32), 63-71. Recuperado de <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/25>.
- Olivares-Faúndez, V.E., Gil-Monte, P.R., Figueiredo-Ferraz, H. (2014). The mediating role of feelings of guilt in the relationship between burnout and the consumption of tobacco and alcohol. *Japanese Psychological Research, 56*(4), 340-348. doi: 10.1111/jpr.12058.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). CIF Versión abreviada  
Recuperado de  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Discapacidades.  
Recuperado de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2011). Informe Mundial sobre la discapacidad. Recuperado de  
[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf).
- Ortega, M.E., Ortiz, G.R., y Martínez, A.J. (2014). Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad. *Terapia psicológica*, 32(3), 235-242. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n3/art06.pdf>.
- Ovejero, A. (1998). *Las relaciones humanas. Psicología social teórica y aplicada*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos, *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 8(16), 381-414. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041012>.
- Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup Contact Theory. *Annual Review of Psychology*, 49(1), 65-85. doi: 10.1146/annurev.psych.49.1.65.
- Petty, R.E., & Cacioppo, J.T. (1986). *Communication and Persuasion: Central & peripheral routes to attitude change*. New York: Springer.

- Petty, R.E., & Krosnick, J.A. (1995). *Attitude Strength: Antecedents and Consequences*. Ohio State University Series on Attitudes and Persuasion ; V. 4. New York: Psychology Press.
- Polo M.T., López M.D. (2006). Actitudes hacia las personas con discapacidad de estudiantes de la Universidad de Granada. *REOP*, 17(2), 195-211. doi: 10.5944/reop.vol.17.num.2.2006.11346.
- Polo M.T., Fernández C., Díaz C. (2010). Estudio de las actitudes de estudiantes de ciencias sociales y Psicología: Relevancia de la información y contacto con personas discapacitadas. *Univ. Psicol.* 10(1),113-23.
- Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva. *Interdisciplinaria*, 25, 5-27. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272008000100001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100001&lng=es&tlng=es).
- Price, D.M. & Murphy, P.A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47-58. doi: 10.1080/07481188408251381.
- Quiceno, J., y Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>.
- Rankin, W.L., & Grube, J. W. (1980). A comparison of ranking and rating procedures for value system measurement. *European Journal of Social Psychology*, 10(3), 233-246. doi: 10.1002/ejsp.2420100303.
- Reime, B., Steiner, I. (2001). Burned-out or depressive? An empirical study regarding the construct validity of burnout in contrast to

depression. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 51(8), 304-307. doi: 10.1055/s-2001-15996.

Rodríguez, A. (1991). *Psicología Social*. México: Trillas.

Rodríguez, B. (2012). *Análisis cualitativo de los cuidados formales en residencias públicas de mayores*. (Tesis Doctoral). Universidad Castilla la Mancha. Recuperado de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/3437/TESIS%20Rodr%C3%ADguez%20Mart%C3%ADn.pdf?sequence=1>.

Rodríguez-Martín, A., y Álvarez-Arregui, E. (2015). Universidad y discapacidad. Actitudes del profesorado y de estudiantes. *Perfiles Educativos*, 37(147), 86-102. doi: 10.1016/j.pe.2014.09.001.

Rokeach, M. (1968). A theory of organization and change within value-attitude system. *Journal of Social Issues*, 24, 13-33. doi: 10.1111/j.1540-4560.1968.tb01466.x.

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.

Rose, D., & Rose, J. (2005). Staff in services for people with intellectual disabilities: the impact of stress on attributions of challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(11), 827-838. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00758.x.

Rosnow, R.L., & Holz, R.F. (1967). Awareness of expectation in attitude research. *Psychological Reports*, 20(2), 642-642. doi: 10.2466/pr0.1967.20.2.642.

Rousseau, M.C., Baumstarck, K., Leroy, T., Khaldi-Cherif, Ch., Brisse, C., Boyer, ... Auquier, P. (2017). Impact of caring for patients with severe and complex disabilities on health care workers' quality of

life: determinants and specificities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 59(7), 732-737 doi: 10.1111/dmcn.13428.

Sahin, H., & Akyol, A.D. (2010). Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. *J Clin Nurs*, 19(15-16), 2271-2279. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03088.x.

Santiago García, O., Marrero Rodríguez, G., y Díaz Jiménez, G. (2003). Las actitudes hacia las personas con discapacidad. Una revisión de estudios empíricos. *El Guiniguad*, 12, 169-182. Recuperado de <http://ojsppdc.ulpgc.es/ojs/index.php/ElGuiniguada/article/view/621/555>.

Schlenz, K.C., Guthrie, M.R., & Dudgeon B. (1995). Burnout in occupational therapists and physical therapists working un head injury rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 986-993. doi: 10.5014/ajot.49.10.986.

Schonfeld, I. S. (1989). Psychological distress in a sample of teachers. *Journal of Psychology*, 124(3), 321-338. doi:10.1080/00223980.1990.10543227.

Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and Burnout: Mediation Analyses. *Applied Psychology. International Review*, 57, 152-171. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00359.x.

Serrano, G. (1984). Problemática psicosocial de los valores humanos. *Boletín de psicología*, 3, 9-46. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N3-1.pdf>.

Serrano, M.F., Garcés de los Fayos E.J. y Hidalgo M.D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20(3), 361-368.

- Serrano, M.A., y Payá Soriano, J. (2014). Psychosocial health levels depending on experience in workers in residences. *Acción Psicológica*, 11(2),107-116. doi: 10.5944/ap.11.2.14178.
- Shaw, M.E., & Wright, J.M. (1967). *Scales for the measurement of attitudes*. New York: McGraw-Hill.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In Cooper, C. L., & Robertson I. (Eds.), *Internacional Review of Industrial and Organizational Psychology*, (pp. 25-48). Nueva York: Wiley & Sons.
- Shirom, A., & Ezrachi, J. (2003). On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety. *Anxiety Stress Copin*, 16(1), 83-99. doi: 10.1080/10615809408249357.
- Siller, I. & Chipman, A. (1964). Factorial Structure and Correlates of the Attitudes Toward Disabled Persons Scale . *Educational and Psychological Measurement*, 24 (4),831-840. doi: 10.1177/001316446402400410.
- Smyth, E., Healy, O., & Lydon, S. (2015). An analysis of stress, burnout, and work commitment among disability support staff in the UK. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 297-305. doi: 10.1016/j.ridd.2015.09.023.
- Sunners, G.F. (Ed.) (1978). *Attitude measurement*. Chicago, IL: Rand-McNally.
- Suriá R. (2011). Análisis comparativo sobre las actitudes de los estudiantes hacia sus compañeros con discapacidad. *EJREP*, 9 (1),197-216.

- Tamarit, J. (2005). Discapacidad intelectual. En: Milla, M y Mulas, F. (Coord): *Manual de atención temprana* (663-682). Valencia: Ed. Promolibro.
- Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B. & Schreurs, P. J. G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19, 241-258. doi: 10.1080/02678370500270453.
- Tejada, J. (2009). Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes: Una Mirada desde la formación. *Revista de Educación Inclusiva*, 2 (2),69-84. Recuperado de <http://www.ujaen.es/revista/rei/linked/documentos/documentos/3-5.pdf>
- Ten Klooster P.M., Dannenberg J., Taal, E., Burger, G., & Rasker J.J. (2009). Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: Nursing students and non-nursing peers. *J Adv Nurs*, 65(12), 2562-2573. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05146.x.
- Tervo, R.C. , Palmer, G., & Redinius, P. (2004). Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, 18, 908-915. doi: 10.1191/0269215504cr820oa.
- Thurstone, L. (1931). The Measurement of Social Attitudes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*,27, 249-269. Recuperado de [https://brocku.ca/MeadProject/Thurstone/Thurstone\\_1931d.html](https://brocku.ca/MeadProject/Thurstone/Thurstone_1931d.html).
- Thurstone, L. (1946). Comment. *American Journal of Sociology*, 52, 39-50.
- Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D., & Shapira, I. (2012). Burnout and Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Study of 8838 Employees. *Psychosomatic Medicine*. 74(8), 840-847. doi: 10.1097/PSY.0b013e31826c3174.

- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol*, 10(4), 344-362. doi: 10.1037/1076-8998.10.4.344.
- Triandis, H.C. (1971). *Attitude and attitude change*. New York: John Willey & Sons.
- Unda, S., Sandoval, J.I., y Gil-Monte, P. R. (2008). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en maestros mexicanos. *Informació Psicológica*, 91-92, 53-63.
- Uribe, J.F., Patlán, J. y García, A. (2015). Manifestaciones psicósomáticas, compromiso y burnout como consecuentes del clima y la cultura organizacional: un análisis de ruta (*path analysis*). *Contaduría y Administración*, 60(2), 447-467. doi: 10.1016/S0186-1042(15)30009-7.
- Vanheule, S., Lievrouw, A., & Verhaeghe, P. (2003). Burnout and intersubjectivity: a psychoanalytical study from a Lacanian perspective. *Human relations*, 56(3), 321-338. doi: 10.1177/0018726703056003614.
- Vázquez Ferreira, M.A. (2008). La construcción social de la discapacidad: Habitus, estereotipos y exclusión social. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 17(1), 221-232 .
- Vecchi, C. (2016). Empatía, burnout... y competencia profesional: Algunas reflexiones. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(5), 468-471. doi: 10.5546/aap.2016.468.
- Verdugo, M.A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 25 (5), 5-24.

- Verdugo, M.A. (dir), Arias, B., y Jenaro, C. (1994). *Actitudes hacia las personas con minusvalía*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- Verdugo, M.A., Gómez, L., y Navas, P. (2013). Discapacidad e inclusión: Derechos, apoyos y calidad de vida. En Verdugo, M., y Schalock, R. (coords.) *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp.17-41). Salamanca: Amaru.
- Verdugo, M.A., Jenaro, C., y Arias, B. (1998). Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con discapacidad: Estrategias de evaluación e intervención. En: Verdugo, M. (dir.) *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp.79-143) Madrid: Siglo Veintiuno.
- Verdugo, M.A., Schalock, J., Thompson, J. y Guillen, V. (2013b). Discapacidad intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyo. En M. Verdugo y R.Schalock (coords.) *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia* (pp. 89-109). Salamanca: Amaru.
- Verplanken, B., & Holland, W. R. (2002). Motivated decision making: effects of activation and self-centrality of values on choices and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 434-447. doi: 10.1037/0022-3514.82.3.434.
- Villar, J.I. (2015). *Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral en profesionales de la salud: el papel modulador de la resiliencia y la autoeficacia, sobre el síndrome de burnout y el engagement*. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/31776>.

- Wandling B.J., & Smith, B.S. (1997). Burnout in orthopaedic physical therapists. *J Orthop Sports Phys Ther*, 26, 124-130. doi: 10.2519/jospt.1997.26.3.124.
- Warr, P. B. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press.
- Westphal, M., Bingisser, M. B., Feng, T., Wall, M., Blakley, E., Bingisser, R., & Kleim, B. (2015). Protective benefits of mindfulness in emergency room personnel. *Journal of Affective Disorders*, 175, 79-85. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.038.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G.R. y Olson, J.M. (2003). *Psicología Social*. Madrid. Paraninfo.
- Yuker, H., & Block, R., (1986). Research with the Attitudes towards Disabled Persons Scales (ATDP) 1960-1985. Hempstead, NY: Hofstra University Bookstore.
- Yuker, H. E., Block, J. R., & Campbell, W. J. (1960). *A scale to measure attitudes toward disabled persons: Human resources study no. 5*. Albertson, NY: Human Resources Center.
- Yuker, H. E., Block, J. R., & Young, J. H. (1970). *The measurement of attitudes towards disabled persons*. Albertson, New York: Insurance Company of North America. Recuperado de <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED044853.pdf>.
- Zanna, M.P., & Rempel, J.K. (1988). Attitudes: A New Look at an Old Concept. In: Bar-Tal, D., & Kruglanski, A.W. (Eds), *The Social Psychology of Knowledge* (pp. 315-334). Cambridge. UK: Cambridge University Press.

Zung, W.W. (1965). A self-rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70. doi: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008.



## **IV. ANEXOS**



**Anexo 1: Listado de residencias para Personas con Discapacidad  
Intelectual, Física y Mixtas**



Residencias para personas con discapacidad intelectual			
Nº	Nombre del centro	Municipio	Prov.
1	RESIDENCIA DISCAPACITADOS PSÍQUICOS "CAIXA ONTINYENT"	XATIVA	V
2	RESIDENCIA "MARQUES DE DOS AGUAS"	PICASSENT	V
3	RESIDENCIA "LA HUMANITAT"	CHESTE	V
4	RESIDENCIA DISCAP. PSÍQUICOS SEGORBE	SEGORBE	CS
5	RESIDENCIA "NUESTROS HIJOS"	SAGUNT	V
6	RESIDENCIA "L'ALMARA"	BURJASSOT	V
7	RESIDENCIA "CARMEN PICÓ"	ALZIRA	V
8	RESIDENCIA CAMP "JUBALCOY"	ELCHE	A
9	RESIDENCIA "PRAGA"	ROCAFORT	V
10	RESIDENCIA DISCAP. PSÍQUICOS "VILA-REAL"	VILA-REAL	CS
11	RESIDENCIA "BENNAGER"	ALDAIA	V
12	RESIDENCIA "LES TALAIES"	VILA JOIOSA	A
13	RESIDENCIA MINUSVÁLIDOS PSÍQUICOS PROFUNDOS DE MANISES	MANISES	V
14	RESIDENCIA DISCAPACITADOS PSÍQUICOS "PEÑARUBIA"	VILLENA	A
15	RESIDENCIA DISCAPACITADOS PSÍQUICOS VALL D'UMBRI	BORRIOL	CS
16	C.A.M.P."SANTA FAZ"	ALICANTE	A
17	RESIDENCIA SAN RAFAEL	ALICANTE	A
18	RESIDENCIA SOLIDARITAT	ALGEMESI	V
19	RESIDENCIA "CASA LA MOTA"	ENGUERA	V
20	RESIDENCIA APADIS	VILLENA	A
21	RESIDENCIA MINUSVALIDOSPSÍQUICOS "EL RINCONET"	VILLAFAMES	CS
22	RESIDENCIA "SALVADOR AMAT"	ALBERIC	V
23	RESIDENCIA "JAVIER JAQUE"	ALBERIC	V
24	RESIDENCIA MINUSV. "LA LLUM"	CARLET	V
25	HOGAR RESIDENCIA "EL JESÚS"	ANNA	V
26	RESIDENCIA "INF. CRISTINA" (ASPROPACE)	CASTELLÓN	CS
27	RESIDENCIA "INFANTA ELENA"	SANT JOAN D'ALACANT	A
28	RESIDENCIA PARA PERSONAS AUTISTAS	ALICANTE	A
29	RES. JOVENES Y ADULTOS "EL CAU"	CASTELLÓN	CS

30	RESIDENCIA DISCAP. PSÍQUICOS "RELLEU"	RELLEU	A
31	RESIDENCIA DISCAP. PSÍQUICOS PROFUNDOS "CLÍNICA SEGARRA"	VALL D'UIXÓ	CS
32	RESIDENCIA DISCAP. PSÍQUICOS PROFUNDOS"EL COLLET"	BENICARLÓ	CS
33	RESIDENCIA "GORMAGET"	ALCOY	A
34	RESIDENCIA DISCAP. PSÍQUICOS "ASPRODIS"	ELDA	A
35	RESIDENCIA "LA SAFOR"	POTRIES	V
36	RESIDENCIA DISCAP. PSÍQUICOS CREVILLENTE	CREVILLENTE	A
37	RESIDENCIA "LA NOSTRA CASA VALL DE LA BALLESTERA"	VALENCIA	V
38	RESIDENCIA AFANIAS CASTELLÓN	CASTELLÓN	CS
39	RESIDENCIA PADRE POVEDA	POLINYA DE XUQUER	V
40	RESIDENCIA DISCAP. PSÍQUICOS CALLOSA SEGURA	CALLOSA DE SEGURA	A
41	RESIDENCIA AVAPACE TARONGERS	VALENCIA	V
42	RESIDENCIA ORIOL	ORIHUELA	A
43	RESIDENCIA LAS SUERTES (Coord. Dism. Físicos y Psíquicos de Villar y Comarca)	VILLAR DELARZOBISPO	V

Residencias personas con discapacidad física			
Nº	Nombre del centro	Municipio	Prov.
1	RESIDENCIA FRATER	VALENCIA	V
2	RESIDENCIA MINUSVALIDOS FISICOS "MASET DE FRATER"	CASTELLO DE LA PLANA	CS
3	RESIDENCIA DE DISCAPACITADOS FISICOS "PEPE ALBA" (CODIFIVA)	VALENCIA	V
4	RESIDENCIA COCEMFE-ALICANTE	PETRETER	A
5	RESIDENCIA MINUSVALIDOS FÍSICOS DR. ALVARO LÓPEZ	VALENCIA	V

Residencias mixtas			
Nº	Nombre del centro	Municipio	Prov.
1	CENTRO AT. ESPECIAL PARA PERSONAS EN SIT. DE DEPENDENCIA GRAN VIA	CASTELLÓN	CS
2	RESIDENCIA MIXTA " LA MORENICA"	VILLENA	A
3	RESIDENCIA MIXTA SANITAS RESIDENCIAL MAS CAMARENA	BETERA	V



Anexo 2: Carta a los Directores/as de los Centros.





Valencia, marzo 2016

Sr./Sra. Director/a de la Residencia .....

Dentro de la línea de trabajo del Posgrado en Atención Socio-sanitaria a la Dependencia de la Universidad de Valencia estamos realizando una investigación sobre las Actitudes hacia las Personas con Discapacidad en cuidadores de personas con discapacidad institucionalizados y el burnout profesional, dirigida al conjunto de trabajadores y trabajadoras de atención directa en Residencias para personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana.

Cada profesional que desee colaborar deberá cumplimentar un cuestionario de manera anónima y depositarlo en una urna que les facilitaremos a tal efecto, que será recogido posteriormente por nosotros mismos.

Nos gustaría contar con la participación de su centro en este estudio.

Estamos a su disposición para aclarar cualquier duda que tengan sobre el tema y facilitarles la información que deseen. Al finalizar la investigación les remitiremos un informe de resultados.

Agradeciendo de antemano la colaboración de los miembros de la institución que vd. dirige, quedamos a su disposición.

Atentamente

José Munsuri Rosado  
Investigador y profesor de la Universitat de València



## **Anexo 3: Instrumentos**



## ESTUDIO SOBRE ACTITUDES Y SALUD EN PROFESIONALES DEL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD

Dentro de la línea de trabajo del Posgrado en Atención **Socio-sanitaria a la Dependencia** de la **Universidad de Valencia** estamos realizando una investigación sobre actitudes y salud en cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad institucionalizadas en Residencias de la Comunidad Valenciana.

Le agradeceríamos que cumplimentase este cuestionario de manera anónima, introduciéndolo después en la urna que se ha colocado en su centro.

Sólo tendrán acceso al contenido del cuestionario, el equipo investigador de la Universidad de Valencia y los datos que refleje en él serán tratados confidencialmente. Los informes sólo se ofrecerán de forma agrupada.

Es importante que RESPONDA A TODAS LAS CUESTIONES, pues las omisiones invalidan el conjunto de la escala a la que está respondiendo. Marque con una X la alternativa adecuada. Compruebe al finalizar que ha marcado todas las preguntas

He entendido y acepto participar en el estudio.

MUCHAS GRACIAS POR EL TIEMPO Y EL ESFUERZO QUE DEDICA A RESPONDER ESTE CUESTIONARIO

Por favor, mire la hora para poder indicar al finalizar cuántos minutos le ha costado cumplimentar el cuestionario

1. **Sexo:**  Hombre  Mujer

2. **Edad:** \_\_\_ años

### 3. ¿Qué estudios ha completado?

- Sin estudios completos
- Educación básica (nivel estudios primarios)
- Educación secundaria (nivel bachillerato o formación profesional)
- Educación universitaria (diplomatura, licenciatura, postgrado, máster o doctorado)

### 4. ¿Cómo diría usted que es su estado de salud?

- Muy malo
- Malo
- Regular
- Bueno
- Excelente

### 5. ¿Cuál es su puesto de trabajo laboral actual?

- Director
- Coordinadora/supervisora
- Técnico
- Auxiliar





7. Ahora le mostramos algunas afirmaciones en relación a su trabajo y sobre las consecuencias que se derivan de esa relación para usted como profesional y como persona. Piense con qué frecuencia le surgen a usted esas ideas o con qué frecuencia las siente, teniendo en cuenta la escala que se le presenta a continuación. Para responder marque con una cruz la alternativa que más se ajusta a su situación:

	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Mi trabajo me supone un reto estimulante	<input type="checkbox"/>				
2. No me apetece atender a algunos usuarios del centro	<input type="checkbox"/>				
3. Creo que muchas personas (usuarios del centro) son insoportables.	<input type="checkbox"/>				
4. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas (usuarios del centro) en el trabajo.	<input type="checkbox"/>				
5. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	<input type="checkbox"/>				
6. Creo que los familiares de los usuarios del centro son unos pesados.	<input type="checkbox"/>				
7. Pienso que trato con indiferencia a algunos usuarios del centro.	<input type="checkbox"/>				
8. Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.	<input type="checkbox"/>				
9. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	<input type="checkbox"/>				
10. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	<input type="checkbox"/>				
11. Me apetece ser irónico/a con algunos pacientes.	<input type="checkbox"/>				
12. Me siento agobiado/a por el trabajo.	<input type="checkbox"/>				
13. Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	<input type="checkbox"/>				
14. Etiqueto o clasifico a los usuarios del centro según su comportamiento.	<input type="checkbox"/>				
15. Mi trabajo me resulta gratificante.	<input type="checkbox"/>				
16. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	<input type="checkbox"/>				
17. Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.	<input type="checkbox"/>				
18. Me siento desgastado/a emocionalmente.	<input type="checkbox"/>				
19. Me siento ilusionado/a por mi trabajo.	<input type="checkbox"/>				
20. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	<input type="checkbox"/>				

8. Seguidamente aparecen una serie de afirmaciones que tienen que ver con la percepción de su competencia. Para responder a ellas, marque con una cruz la alternativa que más se ajusta al grado de acuerdo con su percepción según la escala que se le presenta a continuación.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Puedo resolver problemas difíciles de mi trabajo si me esfuerzo lo suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me resulta fácil persistir en lo que me he propuesto en mi trabajo hasta llegar a alcanzar mis metas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados de mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas de mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando me encuentro en dificultades puedo realizar mi trabajo tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si me encuentro en una situación difícil en el trabajo, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Al tener que hacer frente a un problema de mi trabajo, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Puedo resolver la mayoría de los problemas de mi trabajo si me esfuerzo lo necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero en mi trabajo aunque alguien se me oponga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Las siguientes preguntas tienen que ver con su estado de salud o con problemas personales pero **relacionados exclusivamente con el trabajo**. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones **durante las últimas semanas en relación con su trabajo**? Si es así, ¿con qué frecuencia? Para responder marque con una cruz la alternativa que más se ajusta a su situación:

	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. ¿Le ha preocupado que, sin estar haciendo ningún esfuerzo, se le cortara la respiración?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Ha sentido bruscamente palpitaciones o pinchazos en el pecho?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Ha tenido dolores o molestias en el estómago?	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Ha tenido alguna crisis de ansiedad?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Ha tenido ausencias, mareos o vértigos?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Ha tenido jaquecas o dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/>				
7. ¿Ha tenido algún problema de salud a causa de su trabajo?	<input type="checkbox"/>				
8. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>				
9. ¿Ha tenido contracturas o dolores musculares?	<input type="checkbox"/>				
10. ¿Ha necesitado tomar algún medicamento para poder manejar alguno de los problemas de salud anteriores u otros similares relacionados con su trabajo?	<input type="checkbox"/>				
11. ¿Ha incrementado el consumo de bebidas alcohólicas por problemas laborales?	<input type="checkbox"/>				
12. ¿Ha incrementado su consumo de tabaco diario por problemas laborales?	<input type="checkbox"/>				
13. ¿Ha necesitado apoyo de un especialista para superar alguna situación de crisis personal relacionada con su trabajo?	<input type="checkbox"/>				

**10.** Las siguientes preguntas tienen que ver con su estado de salud y su estado de ánimo en general. Marque la opción que mejor refleje la frecuencia con la que le ocurre la frase en su situación actual.

	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Me siento triste y deprimido/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ahora tengo tanto apetito como antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Todavía me siento atraído/a por el sexo hacia otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Creo que estoy adelgazando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estoy estreñado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo palpitaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me canso por cualquier cosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi cabeza está tan despejada como antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento más irritable que habitualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Encuentro fácil tomar decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me creo útil y necesario/a para la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**12.** Aunque hay diferencias en las formas en que las personas reaccionan ante los problemas, las fuentes de tensión y el estrés, en general, todos hacemos algunos intentos de afrontar esas dificultades de forma consciente o inconsciente. La siguiente escala presenta diversas estrategias de afrontamiento que debe puntuar en función de la frecuencia con la que las usa actualmente como forma de enfrentarse a los problemas. Por favor, marque con una cruz la alternativa que más se ajusta a su situación:

	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Afrontar los problemas en cuanto se producen.	<input type="checkbox"/>				
2. Buscar formas de hacer más interesante el trabajo o la actividad.	<input type="checkbox"/>				
3. Reorganizar el trabajo.	<input type="checkbox"/>				
4. Gestionar el tiempo de manera eficaz.	<input type="checkbox"/>				
5. Planificarme sobre lo que voy a hacer.	<input type="checkbox"/>				
6. Establecer prioridades y manejar los problemas de acuerdo con ellas.	<input type="checkbox"/>				
8. Delegar en otros/as.	<input type="checkbox"/>				
9. Cambiar mi comportamiento para reducir mi implicación en la actividad problemática.	<input type="checkbox"/>				
10. Intentar evitar la situación.	<input type="checkbox"/>				

Anote cuántos minutos ha empleado en rellenar el cuestionario

A continuación puede anotar los comentarios que desee:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**