



Facultat de Psicologia i Logopèdia

Programa de Doctorado en Promoción de la Autonomía
y Atención Sociosanitaria a la Dependencia

**Estrategias de afrontamiento de profesionales que atienden a
la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo:
una aproximación desde la ética del humor**

Tesis doctoral presentada por:
Inmaculada González Herrera

Directores:

Dra. Laura Galiana Llinares

Dra. Amparo Oliver Germes

Dr. Juan Carlos Siurana Aparisi

Valencia, junio de 2021

A las/os profesionales que prestan apoyo a las personas que lo necesitan y lo hacen con satisfacción por el trabajo bien hecho que, ante situaciones complicadas, utilizan el humor para poder ofrecer bienestar emocional a las personas que atienden.

Agradecimientos

Son muchas las personas a las que debo agradecer haber llegado hasta aquí. Ha sido un periodo de intenso trabajo hasta poder concluir la presente investigación, que no hubiera sido posible sin su apoyo emocional y académico. Entre ellas, quiero dar las gracias en primer lugar a mis tres directores de Tesis: la Dra. Laura Galiana Llinares, la Dra. Amparo Oliver Germes y el Dr. Juan Carlos Siurana Aparisi. Sin su confianza y su tiempo habría sido imposible llegar hasta aquí.

También quiero agradecer su apoyo a mis compañeras de trabajo del centro CAM Xiquets de Valencia por todas las experiencias vividas durante más de 20 años.

He de agradecer asimismo la colaboración desinteresada que me han ofrecido las y los profesionales participantes en esta investigación y los centros a los que pertenecen: CAM Xiquets, CEE Koynos, CAM Mensajeros, CAM Nueva infancia, CEE Profesor Sebastián Burgos, CEE Ruiz Jiménez, CEE Silos y CEE Torre Pinos.

Hay muchas más personas que me han apoyado allanándome el camino para que esta Tesis fuera posible; amigas/os que me han animado, me han hecho pensar, esforzarme y no abandonar, y sobre todo, por no dejarme olvidar lo más importante en la vida, el humor (por supuesto ético), y la satisfacción por el trabajo bien hecho con personas con necesidades de apoyo. Por todo ello y más, gracias a todas/os.

Y por último, mi agradecimiento más sentido a las niñas y los niños con necesidades especiales de apoyo que he atendido durante mi vida profesional, por ser mi motor para seguir mejorando y por enseñarme tanto como hacen cada día.

Resumen

Marco teórico. El presente trabajo de investigación aborda en su marco teórico el concepto de discapacidad y cómo éste ha ido cambiando a lo largo del tiempo desde un enfoque centrado en la discapacidad hasta un modelo centrado en la persona. Más adelante analiza la salud y la calidad de vida de los/as profesionales que atienden a niños/as y adolescentes con necesidades de apoyo, así como los factores que pueden repercutir en la sensación de estar quemado/a en el trabajo, cuestión que se deriva del estrés laboral, el *burnout* o la fatiga por compasión. A continuación pone el foco en las distintas estrategias que utilizan estos/as profesionales y, entre ellas, el humor ético. Para finalizar, analiza la inteligencia emocional de los/as profesionales que cuidan y atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo.

Objetivos e hipótesis. El objetivo general de la tesis es estudiar el papel del humor y otras estrategias de afrontamiento como protectores del bienestar, incluyendo satisfacción con la vida y salud percibida, en una muestra de profesionales que atienden a niños, niñas y adolescentes con necesidades de apoyo.

Método. Estudio mixto con metodología cuantitativa y cualitativa. En el estudio cuantitativo participaron 287 profesionales que atienden menores con necesidades de apoyo de la Comunidad Valenciana. Los análisis incluyeron análisis de fiabilidad y validez, análisis descriptivos e inferenciales, y la estimación de un modelo de ecuaciones estructurales. En la parte cualitativa se entrevistó a 25 profesionales con contacto continuo con la población objeto de estudio y experiencia mínima de un año en su trabajo actual.

Resultados. Las escalas mostraron adecuadas evidencias de fiabilidad y validez. En los análisis en función de las características sociodemográficas se encontraron diferencias en relación con el estado civil, el área y el puesto de trabajo. A mayor edad se

obtuvieron menores niveles de atención y claridad emocional, salud mental y casi todas las estrategias (reevaluación positiva, evitación, focalización en la solución del problema y búsqueda de apoyo social); y mayor nivel de salud y de la estrategia religión. El modelo de ecuaciones estructurales tuvo un ajuste adecuado, y se consiguió explicar un 44.5% de la salud física, un 70.7% de la salud mental y un 42.3% de la satisfacción con la vida.

En el estudio cualitativo, los/as entrevistados/as creen que su trabajo puede desencadenar estrés y *burnout* causado habitualmente por: motivaciones emocionales, las condiciones en las que desempeñan sus tareas, las características de los/as menores y las características del trabajo que realizan. En los efectos emocionales se identificó hasta 15 secuelas distintas como llanto, ansiedad, tristeza, etc.; en los efectos sobre el comportamiento falta de desconexión, cambios en el apetito, mal humor, etc.; y en los efectos físicos dificultades de sueño, dolores musculares y de cabeza, cansancio, etc. En los/as profesionales el fenómeno que predomina es la satisfacción por compasión. Además, el recurso del humor es utilizado por estos /as profesionales.

Conclusiones. Se ha mostrado que la edad se relaciona con la inteligencia emocional, la salud y casi todas las estrategias de afrontamiento. Los/as trabajadores del área educativa puntúan más alto en salud mental que los de otras áreas no especificadas; y los del área sanitaria recurren más a la religión que los demás. Los/as directivos, técnicos/as y personal de atención directa valoran mejores condiciones de trabajo que el personal de servicios. Sin embargo, el personal de servicios registra más salud física que los/as directivos/as y técnicos. Además, los directivos/as puntúan más alto que el personal de servicios y el de atención directa en reevaluación positiva y en focalización en la solución del problema. El género, la formación previa y la titularidad del centro de trabajo son factores que no influyen ni en los antecedentes ni en los indicadores de bienestar. Del modelo de ecuaciones estructurales extraemos que profesionales con mejores condiciones de trabajo, menor inteligencia emocional, mayor uso de estrategias de evitación y menor focalización en la solución de problemas muestran mayores niveles de salud física. Aquellos con mayores niveles de humor estratégico y

menor uso de autofocalización negativa presentan mayores niveles de salud mental. Aquellos con mejores condiciones de trabajo, mayores niveles de humor estratégico y evitación, y menores puntuaciones en autofocalización negativa, presentan más satisfacción con la vida. El estrés y *burnout* se predice por motivos emocionales, condiciones y características de su trabajo y las características de los/as menores. La mayoría experimentaron estrés y, ese estrés, a veces, ha derivado en *burnout*. El estrés y el *burnout* tuvo consecuencias físicas, emocionales y en el comportamiento. En el resultado emocional de su labor identifican satisfacción por compasión. El humor es un recurso utilizado como estrategia de afrontamiento tanto personal como social y utilizan, principalmente, el humor ético.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, profesionales sociosanitarios, infancia, discapacidad, inteligencia emocional, humor, *burnout*, fatiga por compasión, satisfacción de la compasión.

Abstract

Theoretical framework. In this research work, the concept of disability is addressed within its theoretical framework. It also takes into consideration how this concept has changed over time from a disability-centred approach to a person-centred model. Further on, it analyses the health and quality of life of the professionals who care for children and adolescents with support needs. In the same way, it tackles the factors that can prone to the feeling of being burned out at work, an issue that derives from job stress, burnout, or compassion fatigue. The research focuses then on the different strategies used by these professionals and, among them, what is known as ethical humour. Finally, it analyses the emotional intelligence of the professionals who care for and look after children and adolescents with support needs.

Objectives and hypotheses. The overall aim of the thesis is to study the role of humour and other coping strategies as protectors of well-being, including satisfaction with life and perceived health. The study was conducted on a sample of professionals who care for children and adolescents with support needs.

Method. Mixed study with a quantitative and qualitative methodology. In the quantitative study, 287 professionals who care for minors with support needs from the Valencian Community participated. The study included reliability and validity analysis, descriptive and inferential analysis, and the estimation of a structural equation model. In the qualitative part, 25 professionals with continuous contact with the population under study and experience of at least one year in their current job were interviewed.

Results. The scales showed appropriate evidence of reliability and validity. In the analysis based on sociodemographic characteristics, differences were found concerning marital status, work area and job position. At an older age, the results obtained were, on the one hand, lower levels of attention and emotional clarity, mental health and almost all the strategies (positive reassessment, avoidance, focus on

problem-solving and search for social support); and on the other hand, higher level of health and religious coping strategy. The structural equations model had a proper setting, and it was possible to explain 44.5% of physical health, 70.7% of mental health and 42.3% of satisfaction with life.

In the qualitative study, the interviewees believe that their work can trigger stress and burnout. Both caused by emotional reasons, the conditions in which they perform their tasks, the characteristics of the minors and the features of the work they do. Within the emotional effects, up to 15 different after-effects were identified such as crying, anxiety, sadness, etc.; regarding the effects on behaviour: lack of disconnection, changes in appetite, bad mood, etc.; and in the physical effects: sleep difficulties, muscle aches and headaches, fatigue, etc. In professionals, the predominant phenomenon is satisfaction out of compassion. In addition, these professionals used humour as a resource.

Conclusions. Age has been found to be related to emotional intelligence, health, and almost all coping strategies. Workers in the educational area score higher in mental health than those in other unspecified areas, and those in the health area resort to religion more than the others. Managers, technicians, and direct care personnel score higher for better working conditions than service personnel. However, service personnel register better physical health than managers and technicians. In addition, managers score higher than service and direct care personnel in positive reassessment and in focusing on solving problems. Gender, previous training, and ownership of the workplace are factors that do not influence either the background or the welfare indicators. From the structural equations model, it can be concluded that professionals with better working conditions, lower emotional intelligence, greater use of avoidance strategies and less focus on problem-solving show higher levels of physical health. Those with higher levels of strategic humour and less use of negative self-focusing have higher levels of mental health. Those with better working conditions, higher levels of strategic humour and harm avoidance, and lower scores on negative self-focusing, show more satisfaction with life. Stress and burnout are predicted by emotional reasons. Among these reasons are the conditions and quality of work and

the characteristics of the minors. Most of them experienced stress which sometimes has led to burnout. Stress and burnout had physical, emotional, and behavioural consequences. As an emotional consequence of their work, they identify satisfaction by compassion. Humour is a resource used as a personal and social coping strategy, and they mainly use ethical humour.

Keywords: coping strategies, social health professionals, childhood, disability, emotional intelligence, humour, burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction.

Índice de contenidos

Introducción	21
Parte I: Marco teórico	25
1. Las necesidades de apoyo en el ámbito de la diversidad funcional	25
1.1. Aproximación al concepto de “discapacidad”	25
1.2. Evolución de los modelos de discapacidad: recorrido histórico	31
1.3. Clasificación	41
1.4. Epidemiología	44
1.5. El sistema de protección de la infancia con necesidades de apoyo.....	52
2. Ámbitos profesionales en los que se trabajan las Necesidades Especiales de Apoyo....	57
2.1. Ámbito residencial.....	58
2.2. Ámbito escolar	62
2.3. Ámbito sociosanitario	67
3. Salud y calidad de vida de los/as profesionales que atienden a personas con necesidades de apoyo.....	69
3.1. El estrés laboral	71
3.2. El <i>burnout</i>	78
3.3. La fatiga por compasión	83
4. Estrategias de afrontamiento de los y las profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades especiales.....	89
5. El humor	94
5.1. Evolución de los conceptos de “risa” y “humor”	94
5.2. Aproximación al concepto de “humor” y “humor ético”	97
5.3. El humor ético	101
6. Inteligencia emocional	107
6.1. Conceptos relacionados con las emociones.....	107
6.2. Principales modelos teóricos	115
6.3. Beneficios de la inteligencia emocional	117
6.4. Inteligencia emocional en las organizaciones	121

Parte II. Objetivos, hipótesis, metodología, resultados, discusión y conclusiones	125
1. Objetivos.....	125
2. Hipótesis.....	126
3. Metodología	128
3.1. El estudio cuantitativo.....	128
3.1.1. Diseño del estudio y procedimiento	128
3.1.2. Selección de las personas participantes.....	129
3.1.3. Descripción de la muestra.....	129
3.1.4. Instrumentos de medida.....	131
3.1.5. Análisis de datos.....	134
3.1.6. Aspectos éticos-legales	137
3.2. El estudio cualitativo	137
3.2.1. La entrevista	137
3.2.2. Selección de las personas participantes.....	139
3.2.3. Descripción de la muestra.....	140
3.2.4. Captura y transcripción de la información	147
3.2.5. Categorización.....	147
3.2.6. Aspectos ético-legales.....	149
4. Resultados.....	149
4.1. Resultados del estudio cuantitativo.....	149
4.1.1. Evidencias de fiabilidad y validez de los instrumentos de medida	149
4.1.2. Resultados descriptivos del bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y sus predictores.....	152
4.1.3. Relaciones del bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y sus predictores con sus características sociodemográficas.....	154
4.1.4. Predicción del bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo a partir de las características del contexto de trabajo, la inteligencia emocional, el humor y las estrategias de afrontamiento	169
4.2. Resultados del estudio cualitativo	172
4.2.1. Percepciones del estrés laboral y el <i>burnout</i>	172
4.2.2. Percepciones del humor.....	189
4.2.3. Estrategias de afrontamiento.....	199

5. Discusión	202
6. Conclusiones.....	219
Referencias bibliográficas	223

Abreviaturas

AAMR:	Asociación Americana sobre Retraso Mental
AAIDD:	Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y Desarrollo
AATH:	American Association for Therapeutic Humor
AMIGO:	Modelo Análisis Multifacético para la Intervención y la Gestión Organizacional
BOE:	Boletín Oficial del Estado
CDPD:	Convención de los derechos de las personas con discapacidad
CE:	Comisión Europea
CERMI:	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
CI:	Cociente Intelectual
CIDDM:	Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF:	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud
CNREE:	Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial
COPE:	Coping orientations to problems experienced
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM:	Distributed Shared Memory
EDAD:	Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia
EDDES:	Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud
EGB:	Educación General Básica
ELA:	Esclerosis Lateral Amiotrófica
EU-OSHA:	Agencia Europea para la Seguridad y la Salud
FC:	Fatiga por compasión
FCI:	Familia de Clasificaciones Internacionales
HSC:	Health and Safety Comisión
IE:	Inteligencia Emocional

IEP:	Inteligencia Emocional Percibida
IES:	Instituto de Educación Secundaria
ILM:	Independent Living Movement
INE:	Instituto Nacional de Estadísticas
ISHS:	International Society for Humor Studies
ISI:	Instituto Internacional de Estadística
LISMI:	Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos
LOGSE:	Ley Orgánica General del Sistema Educativo, de 3 de octubre de 1990
MBI-HSS:	Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey)
NEE:	Necesidades Educativas Especiales
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de Naciones Unidas
PCD:	Personas con discapacidad
PT:	Pedagogía Terapéutica
RAE:	Real Academia de la Lengua Española
SC:	Satisfacción de la compasión
SDE:	Síndrome de Desgaste por Empatía
SWB	Bienestar Subjetivo
TEPT:	Trastorno por Estrés Postraumático
TMMS:	Trait Meta-Mood Scale
UNESCO:	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF:	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
UPH:	Unidad Pedagógica Hospitalaria

Introducción

Como trabajadora social y máster en atención social a la dependencia he tenido el privilegio de ejercer mi profesión en muy distintos ámbitos y con funciones muy diversas. Desde la acción social directa con menores de edad con necesidades de apoyo y sus familias, como directora del centro CAM Xiquets he llevado a cabo la implementación de sistemas de gestión de calidad, la docencia de futuros/as profesionales, y la gestión y gerencia de programas de intervención con personal a mi cargo. En todos y cada uno de estos ámbitos, he podido comprobar cómo el ejercicio de la profesión se hacía más fácil si el sentido del humor estaba presente; ya sea en la relación con las personas beneficiarias, con los equipos de trabajo, con el alumnado o con las y los compañeros de profesión. No sólo es útil el humor como facilitador de la relación con otras personas, sino en la relación con una misma y en el modo de enfrentarse a los problemas y las dificultades. Aunque el humor es siempre una estrategia de afrontamiento es importante que este sea un humor ético, a lo largo de la tesis expondré las diferencias entre el humor ético y el no ético.

El humor ético puede resultar una herramienta valiosa. A lo largo de mi carrera profesional he encontrado a muchos profesionales que no contaban con el humor como una estrategia para afrontar los problemas y sobreponerse. El humor no era una de sus características de personalidad. No habían adquirido ni entrenado el sentido del humor para ver la vida de una forma más amable. Simultáneamente, en el mismo escenario, he conocido y admirado a profesionales como trabajadoras sociales, profesionales directivos, jefes y jefas de equipo, voluntariado, profesorado...etc., con una capacidad de trabajo, empatía y resistencia, a las que, sin ninguna duda, una característica que les unía era que poseían y utilizaban el humor. Este era su salvavidas

y a él también se aferraban las personas que les rodeaban incluidas los/as niños/as y adolescentes que atendemos.

Así pues, mantengo que el humor y en especial el humor ético merece ser estudiado dentro del contexto de mi profesión. 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 el marco teórico.

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, 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.

En el segundo capítulo nos centraremos en los/as profesionales que atienden a estos/as niños/as y adolescentes tanto en el ámbito residencial, escolar y socio sanitario.

En el tercer capítulo se analizará la salud y la calidad de vida de los/as profesionales que atienden a los/as niños/as y adolescentes. Estudiaremos qué factores pueden repercutir en la sensación de estar quemado y quemada en el trabajo derivados del estrés laboral, el *burnout*, la fatiga por compasión, también tratando como estos/as profesionales pueden tener satisfacción de la compasión con su ejercicio profesional.

En el capítulo cuatro se pondrá el foco en las distintas estrategias que utilizan los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo para evitar situaciones como estrés laboral, el *burnout*, la fatiga por compasión.

En el quinto se describirá el humor, su concepto y evolución para terminar abordando de forma más específica el denominado humor ético.

Para finalizar este bloque teórico se desarrolla un capítulo dedicado a la inteligencia emocional de los/as profesionales que cuidan y atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo.

La segunda parte es la investigación, que contiene los objetivos, las hipótesis, el diseño de investigación y el análisis de resultados. Combinaremos técnicas cualitativas y cuantitativas, a través de entrevistas y cuestionarios con escalas.

El objetivo general de la tesis es estudiar el papel del humor y otras estrategias de afrontamiento como protectores del bienestar, incluyendo satisfacción con la vida y salud percibida, en una muestra de profesionales que atienden a niños, niñas y adolescentes con necesidades de apoyo.

Pretendo, con esta investigación, reivindicar las bondades y revalorizar el humor ético como competencia profesional deseable en profesionales que atienden en infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, para su desempeño profesional y para su salud laboral.

Cuidar la salud laboral de los y las profesionales es fundamental. Buscar los medios para prevenir el impacto de los factores de riesgo psicosociales que les pueden afectar (*burnout*), así como elaborar estrategias que hagan vincularse al trabajo son dos caras de la misma moneda que inciden en buscar el bienestar y salud laboral de los y las profesionales y su mejor rendimiento para atender con excelencia a los colectivos de la sociedad a los que dirigimos nuestro trabajo. Y en el humor ético puede que encontremos algunas soluciones.

Se debe reseñar que los datos de la presente investigación se obtuvieron antes de la actual pandemia por lo que no se ha podido valorar cómo esta ha afectado a los/as profesionales de la atención a la infancia y adolescencia en este momento actual.

Parte I: Marco teórico

1. Las necesidades de apoyo en el ámbito de la diversidad funcional

1.1. Aproximación al concepto de “discapacidad”

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), define “discapacidad” como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación. De este modo, entiende por “discapacidad” la interacción entre personas que padecen alguna alteración orgánica o funcional del organismo (parálisis cerebral, síndrome de Down, espina bífida) con factores personales y ambientales (actitudes negativas, limitaciones en el transporte, edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado). Esta clasificación ha sido aceptada por 191 países, tras replantearse el modelo anterior y acordar un nuevo modelo internacional de descripción y medición de la salud y la discapacidad.

Anteriormente, la OMS estableció con carácter experimental una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1980) como complemento a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La CIE, a su vez, se basó en la Lista de Causas de Muerte que adoptó el Instituto Internacional de Estadística (ISI) en 1893.

El objetivo de la OMS era establecer un sistema universal de clasificación de los accidentes y enfermedades, y sus consecuencias en la inserción social de las personas, definiendo “discapacidad” como un efecto negativo duradero de las

enfermedades (incluyendo los traumas y los accidentes). En concreto, la OMS (1980) diferenció entre deficiencias, discapacidades y minusvalías del siguiente modo:

“Deficiencia: es cualquier pérdida o anormalidad 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”.

El proceso de revisión de esta clasificación ha tenido, según este organismo, “modificaciones trascendentes” que han tratado de reflejar una nueva perspectiva menos negativa de las deficiencias, discapacidades y minusvalías al tener en cuenta cuestiones positivas como son la actividad y la participación. Otros aspectos novedosos que introduce la CIF han sido la inclusión de una sección dedicada a desglosar los factores ambientales que afectan a la discapacidad, así como reconocer la importancia que el estado de salud tiene en la misma, ya que puede acentuarla o minimizarla y, en cualquier caso, su impacto en el ser humano y la sociedad es innegable.

Además, este modelo permite asociar aspectos desde las dimensiones corporal, individual y social, y su relación con los factores del ambiente que pueden actuar como facilitadores o barreras (Figura 1).

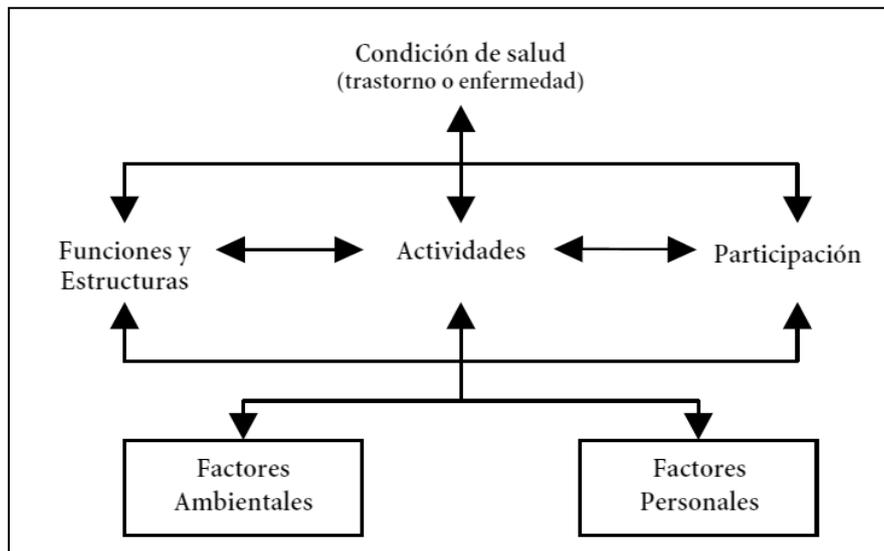


Figura 1
Interacciones entre los componentes de la CIF.
 Fuente: OMS (2001).

Así pues, la OMS ha dado un giro al tratamiento del fenómeno para colocarlo en el centro de sus acciones, especialmente en lo que se refiere a evaluar su alcance. Al respecto, este organismo estima que cada año se pierden unos 500 millones de años de vida a causa de discapacidades asociadas a problemas de salud, lo que representa más de la mitad de los años perdidos anualmente por muertes prematuras (Jiménez, González y Martín, 2001).

Por su parte, la CIF (2001) 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” del anterior CIDDM.
- Limitación de la actividad: dificultades que una persona puede tener en la ejecución de las actividades. Este término sustituye al término “discapacidad” del anterior CIDDM.

- Restricción en la participación: problemas que una persona puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. Este término sustituye al término “minusvalía” del anterior CIDDM.
- Barrera: son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que le condicionan el funcionamiento y la convierten en discapacitada.
- Discapacidad: 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).

Otro de los hitos más reseñables a la hora de aproximarnos al concepto de “discapacidad” fue la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que adoptó la Asamblea General de la ONU el 13 de diciembre de 2006. El motivo es que supuso un avance de proporciones históricas al situar la discapacidad en el plano de los derechos humanos. Así, esta Convención tenía como objetivo “potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal” (OMS, 2006).

España fue el primer país que ratificó la Convención en Europa y el primero a escala internacional que presentó un informe anual sobre personas con discapacidad ante el Comité de Naciones Unidas en mayo de 2010. De igual modo, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la Convención, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 33.2 del Tratado internacional, el Gobierno de España nombró en septiembre de 2009 al Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) como institución encargada de realizar un seguimiento independiente. Por ello, el CERMI elabora anualmente un informe sobre derechos humanos y discapacidad en España en el que se examina el grado de cumplimiento de la Convención en nuestro país.

Sin embargo, buena parte de los preceptos de la Convención desarrollan derechos fundamentales que se encuentran reconocidos en la Constitución española, tal y como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1

Comparativa de derechos relacionados con la discapacidad entre la Constitución española y la Convención.

Constitución española	Convención
Principio de igualdad (art. 14)	Igualdad y no discriminación (art. 5), mujeres con discapacidad (art. 6), igualdad ante la ley (art. 12)
Derecho a la vida (art. 15)	Derecho a la vida (art. 10)
Derecho a la integridad física y moral y prohibición de tratos degradantes (art. 15)	Protección frente a la tortura (art. 15), protección frente a la explotación (art.16), protección de la integridad personal (art. 17)
Libertad y seguridad (arts. 17 y 25)	Libertad y seguridad (art. 14)
Derechos al honor y la intimidad (art. 18)	Respeto de la privacidad (art. 22)
Libertad de circulación y residencia (art. 19)	Libertad de circulación (art. 18), libertad de residencia (art. 19), movilidad (art. 20)
Libertades de expresión e información (art. 20)	Libertades de expresión e información (art. 21)
Derecho de asociación (art. 22), derecho a la participación política (art. 23)	Participación política y pública (art. 29)
Tutela judicial efectiva (art. 24)	Acceso a la justicia (art. 13)
Derecho a la educación (art. 27)	Educación (art. 24)
Derecho a contraer matrimonio (art. 32)	Respeto del hogar y de la familia (art. 23)
Derechos a la propiedad privada y a la herencia (art. 33)	Capacidad jurídica (art. 12.5)
Derecho al trabajo (art. 35), libertad sindical (art. 28)	Trabajo y empleo (art. 27)

Fuente: elaboración propia.

Según Palacios y Bariffi (2007) la Convención se fijaba metas como propiciar la inclusión social, poner los cimientos de una vida independiente, la no discriminación, la accesibilidad universal, la normalización del entorno y el diálogo civil, etc. Asimismo, señalaba la necesidad de que las personas con discapacidad

disfrutaran de autonomía para tomar sus propias decisiones y, para ello, se centraba en la eliminación de cualquier tipo de barrera que obstaculizara la igualdad de oportunidades. Sin embargo, hasta llegar al punto en el que se encuentran las sociedades avanzadas, la percepción social del concepto “discapacidad” ha tenido que evolucionar.

Falta, no obstante, mucho camino por recorrer. Sin ir más lejos, la Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2018) en su versión online del diccionario de 2018 definía “discapacidad” de la siguiente manera:

- “1. Condición de discapacitado. Percibe una prestación por su discapacidad.
2. Manifestación de una discapacidad. Personas con discapacidades en las extremidades”.

Al respecto, sorprenden dos cuestiones: la asociación que realiza entre discapacidad y el cobro de una prestación, y que la limite a “las extremidades”. Quizás esta visión sea la que imperaba hace décadas y la RAE es, sin duda, el espejo en el que nos miramos a la hora de aprender significados. Las palabras no son inocuas. Por ello, conviene realizar en este punto una breve historia de lo que anteriormente se entendía por discapacidad. Así, la terminología y conceptos relativos a las deficiencias, discapacidades, minusvalías y situaciones de dependencia han experimentado una continua revisión y cambio en las 30 últimas décadas. Ahora nos resulta sorprendente escuchar expresiones como “inválido/a”, “minusválido/a”, “inútil”, “tullido/a”, “impedido/a”, “deficiente”, “incapacitado/a”, “tarado/a”, “paralítico/a”, “subnormal”, “loco/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”, “certificado de minusvalía”, entre otras.

Estos cambios terminológicos se van produciendo a medida que va modificándose la visión social de la discapacidad. Al respecto, 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 personas con discapacidad (PCD) “con resignación providencialista o fatalista”.
- Exclusión aniquiladora: la persona es excluida del exterior, confinada u ocultada en el domicilio.
- Atención especializada y tecnificada: atención de las PCD por parte de profesionales, unidades y servicios técnicos especializados.
- Accesibilidad: pretende la normalización o derecho a una vida similar al resto de personas.

Por su parte, Brogna (2006, p. 7) habla del concepto “discapacidad” de una forma más amplia cuando señala que “es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto (individual o colectivo) que toma cuerpo en un espacio situacional, dinámico e interactivo entre alguien con cierta particularidad y la comunidad que le rodea”; y Etxeberria (2004) añade que cuando se habla de construir una sociedad abierta para las personas con discapacidad no solo se hace por una cuestión de justicia social, sino que se están “asentando las posibilidades de una vida lograda para todos” (p. 72).

1.2. Evolución de los modelos de discapacidad: recorrido histórico

La atención que las PCD han recibido ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Así, en sus inicios el modelo era el de “prescindencia” para pasar más adelante al de carácter “médico o rehabilitador” y acabar en la actualidad con un modelo de tipo social que habla de “diversidad funcional”. En adelante se realizará un breve resumen de estos tres modelos.

1.2.1. Modelo de prescindencia

Está centrado en la consideración religiosa/ideológica del origen de la discapacidad y en la valoración de estas personas como innecesarias. Según esta premisa, la sociedad tiende a prescindir de ellas a partir de la aplicación de políticas eugenésicas.

Así, durante la Antigüedad y la Edad Media, la actitud más común hacia la discapacidad era la prescindencia. Se creía que las personas con discapacidad habían recibido un castigo de los dioses y como, además, se consideraban seres que no tenían nada que aportar a la comunidad, sus vidas carecían de sentido. De ahí a su muerte, solo había un paso. De este modo, causa y rol de la persona con discapacidad estaban íntimamente relacionados. En el primer caso, porque la causa residía en los designios de Dios, que castigaba un pecado cometido generalmente por los progenitores. También podía tratarse de una advertencia divina: una malformación congénita podía anunciar una catástrofe. En cuanto al segundo supuesto (el rol que desempeñaba en la sociedad), se partía de la idea de que la persona con discapacidad no tenía nada que aportar; era un ser improductivo y, por consiguiente, terminaba transformándose en una carga tanto para su familia como para la misma comunidad.

Según Palacios (2008), al no ser necesarios, se produjeron dos consecuencias que, a su vez, dieron origen a dos submodelos: el eugenésico y el de la marginación. Desde ambos submodelos se prescindía de las vidas de la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo. En la Grecia clásica se “eliminaba” al niño o la niña dándole muerte; mientras que en el segundo supuesto típico del cristianismo el objetivo se alcanzaba mediante la separación o el alejamiento del recién nacido de su núcleo social.

En cualquier caso, es importante recalcar que, incluso en el mundo clásico, el trato recibido entre quienes nacían con una discapacidad y aquellos/as que, por diversos

motivos, la adquirirían con la edad era distinto. Así, cuando la discapacidad era congénita, se consideraba necesaria la eliminación de la persona para evitar que crecieran niños y niñas débiles y Aristóteles, como se sabe discípulo de Platón, agregaba al respecto que no se debía criar a ningún hijo “defectuoso”.

Estas ideas, difíciles de asumir en la actualidad, deben ser entendidas en su contexto, es decir, en el de dos filósofos cuyos escritos pretendían educar al ciudadano griego como un ser excepcional. Así, para Aristóteles, el ciudadano se debía a la *polis* y en ella adquiría valor y, si no tenía nada que aportar a la ciudad, no valía la pena que viviera. Por consiguiente, una vez detectada su incapacidad para desarrollarse de forma “normal” y convertirse en un ciudadano “completo”, se le sometía a infanticidio, siendo muchas veces el Estado el encargado de decidir sobre la vida o muerte de la ciudadanía. En el caso de Esparta, donde los/as recién nacidos y las recién nacidas eran examinados/as por la Gerusía, el consejo de ancianos, si encontraban algún defecto, los/as despeñaban desde el monte Taigeto (Palacios, 2008). Este mismo autor comenta al respecto que los progenitores de las polis griegas en las que se “prescindía” de los niños y niñas nacidos/as con alguna discapacidad ni eran marginados ni recibían ningún castigo social. Según Palacios, los motivos que subyacían al infanticidio eran de tipo económico, práctico y estético.

Palacios (2008) encuentra, no obstante, un par de casos en la mitología en los que aparecen personajes con discapacidad: Hefesto, que cojeaba de una pierna; y Tiresias, que era invidente.

Por su parte, Immig (2010) realiza un estudio sobre las personas con discapacidad que aparecen en las Sagradas Escrituras. Y, a través de personajes como el invidente de Jericó y la persona con movilidad reducida de la piscina de Siloé, muestra cómo eran considerados seres impuros que, por ejemplo, no podían acercarse al lugar de los sacrificios. Por el contrario, en el Nuevo Testamento, Jesucristo predica la caridad y la gratuidad, insertando un modelo de relaciones sociales basado en el amor al prójimo.

Así, la introducción y expansión del cristianismo produce un cambio importante en la situación de las personas con discapacidad ya que su doctrina condena el infanticidio. De ahí que en la Edad Media se construyeran gran cantidad de asilos y hospitales donde se cuidaba a los niños y las niñas con discapacidad que habían sido abandonados/as por sus progenitores (Sendrail, 1983).

El cristianismo se dio a la vez la misión de curar los tormentos físicos y de perdonar los pecados para manifestar que había recibido poder sobre todas las formas del mal. Sin embargo, Scheerenberger (1984) indica la existencia de una doble influencia del cristianismo hacia direcciones contrapuestas: dulzura-amor frente a posesión demoníaca.

De este modo, las PCD se encontraban en el mundo medieval incluidas en el grupo de pobres y mendigos que desempeñaban un papel social determinado. Autores como Geremek (1990) sostienen que la marginación a la que se encontraban expuestos era una marginación necesaria y de sostén dentro del conjunto social. Según este autor, las PCD resultaban “necesarias” porque ofrecían la posibilidad de testimoniar la caridad, se encontraban organizadas y estabilizadas, y vivían en el respeto a las normas de la convivencia social. Maravall (1981) abunda en esta cuestión cuando afirma que en la Edad Media el pobre ocupaba una posición central y necesaria que complementaba de manera imprescindible el puesto del rico.

En cualquier caso, a partir del cristianismo se comienza a cambiar el submodelo eugenésico por el de la marginación, que se prolonga hasta principios del siglo XX.

Palacios (2008) señala que durante estos siglos las personas con discapacidad cumplen el rol de ser mendigos que permiten a la sociedad practicar la caridad y a la Iglesia hacer milagros. Sin embargo, a raíz de la peste negra que se produjo en la Baja Edad Media, comienza a asociarse a las PCD con la pobreza y el contagio, lo que hace que pasen de la marginación a la exclusión social.

Otros autores (Guzmán, Toboso y Romañach, 2010), con posiciones similares a la de Palacios, señalan que una persona con discapacidad es aquella que no reúne las competencias que cada época demanda para ser considerada un agente moral:

“Si carecemos de alguna de estas competencias podemos ser objeto de la acción moral, pero puesto que desde un punto de vista ético-antropológico no tendremos el mismo status que el sujeto moral agente, nuestra relación de intercambio será asimétrica, y favorecerá comportamientos opresivos y consideraciones prejuiciosas y discriminatorias” (p. 2).

Por ello, estos autores indican que las personas en situación de dependencia eran entendidas como seres que no aportaban nada relevante a la sociedad, de lo que se desprendía que tampoco tenían que participar en el reparto de ventajas y deberes sociales. En consecuencia, se convertían en sujetos de un espacio jurídico particular situado entre la exclusión y la institucionalización.

Como se ha comentado anteriormente, el submodelo de la marginación se extiende hasta el siglo XX. En concreto, el erudito y controvertido autor británico Thomas Malthus (1766-1834) a finales del siglo XVIII señaló en su libro *Ensayo sobre el Principio de la Población* que las clases bajas carecían de virtudes en comparación con las altas. La causa de la pobreza, según Malthus, era la fertilidad de las primeras. Años más tarde el investigador británico Francis Galton (1822-1911) utilizó por primera vez el término “eugenesia” cuando propuso reemplazar la selección natural por una selección “más voluntaria” (Galton, 1869).

Además, la eugenesia adoptaba dos formas: positiva, impulsando la procreación de los/as mejor dotados/as (clases altas e intelectuales), y negativa, impidiendo o reduciendo la procreación de los grupos “inferiores”.

Estas ideas fueron el cimiento de doctrinas eugenésicas en diversos países de Europa y América (Virella, 2005). En Estados Unidos, por ejemplo, el movimiento eugenésico adoptó el nombre de “limpieza étnica”.

Sin embargo, la aplicación más cruel de la eugenesia de la historia se produjo en la Alemania nazi cuando Adolf Hitler llevó a la práctica políticas de exterminio masivo no solo entre personas con enfermedades físicas o mentales, sino también entre prisioneros de guerras e individuos sanos que no cumplían ciertos requisitos antropológicos (Vilar, 1994). De este modo, el genocida, gracias a la promulgación de las Leyes de Núremberg, impidió el matrimonio con “razas inferiores”, estableció programas de esterilización forzosa y de eutanasia, promovió el nacimiento de niños/as de raza aria y llevó a la práctica asesinatos masivos de personas con discapacidad.

Sobre la asociación de la discapacidad con 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 protectores sociales en caso de desgracias: accidentes, enfermedades, enterramientos, etc. (Casado, 2011). En el caso concreto de la discapacidad intelectual en Valencia, por iniciativa del fraile mercedario fray Juan Gilabert Jofré, se fundó en 1410 el primer hospital de “ignoscents, folls e orats” de la historia (Domingo y Calatayud, 1959). Desde su momento fundacional, el que fue manicomio de Valencia y durante más de 600 años (hasta el último tercio del siglo XX) lugar de acogida de PCD intelectual, fue un referente histórico universal citado en textos científicos y literarios.

1.2.2. Modelo médico o rehabilitador

A principios del siglo XX, tras la Primera Guerra Mundial, se produce un giro de 180º en el concepto de “discapacidad”. Fue cuando volvieron a sus casas los miles de soldados mutilados en la guerra. Entonces, la discapacidad pasó de ser considerada un castigo divino a entenderse como una limitación que podía recibir tratamiento. Fue así como el modelo de prescindencia pasó a ser sustituido por el modelo médico o de rehabilitación, cuyos fundamentos se extienden hasta la actualidad (Palacios y Bariffi, 2007), aunque hoy en día, como se verá más adelante, nos

veamos inmersos en el modelo social de la diversidad. Estos mismos autores señalan que la llegada de los soldados hizo que se promulgaran leyes de Servicios Sociales para los veteranos de guerra, leyes que, en la década de los 60 se extenderían a toda la población con discapacidad.

Pese a todo, la sociedad sigue planteando la discapacidad como un problema del individuo, sin tener en cuenta los factores sociales que la envuelven (Pérez-Bueno, 2010). Esta concepción de la discapacidad orientará las prácticas sociales hacia un proceso de institucionalización cuyos pilares se encuentran en el capitalismo vigente en la época. Por ello, las personas con discapacidad serán apartadas de la convivencia colectiva y recluidas en instituciones especializadas para su tratamiento, y su rehabilitación será prescrita por dictámenes médicos (Díaz y Ferreira, 2008). En definitiva, la discapacidad se seguirá viendo como una singularidad de carácter negativo.

Según Palacios (2008) este nuevo modelo se centra en dos cuestiones: primero, las causas de la discapacidad, que ya no son religiosas sino científicas; y segundo, las personas con discapacidad dejan de ser consideradas inútiles porque, si son rehabilitadas, pueden aportar algo a la sociedad. Así, al cambiar sus causas, se modifica la concepción y tratamiento de la discapacidad pues, al entenderse como una alteración biológica, no solo puede ser curada sino también prevenida.

Sin embargo, y según este mismo autor, pese a que este modelo parece bienintencionado, ha recibido dos importantes críticas. La primera es que el tratamiento se lleva a cabo a través de la institucionalización (lo que acarrea marginación y maltrato en la mayoría de casos), y la segunda, que ayuda a que la persona con discapacidad se defina por su enfermedad. Otros autores (Barnes y Mercer, 2010) también insisten en este aspecto cuando señalan que el modelo acaba por estigmatizar a la persona ya que la supedita como paciente a su médico, que ocupa un lugar superior al de ella; y porque la inserción está vinculada a la rehabilitación de esta.

Guzmán, Toboso y Romañach (2010) critican esta concepción “capacitista” y proponen una ética de la interdependencia que reconoce que el valor de la vida de la persona jamás disminuye frente al valor de otra, sea cual sea la relación comparativa entre las capacidades de ambos. Estos autores destacan que la dignidad extrínseca debe ser garantizada por la sociedad a través de la no discriminación y la igualdad de oportunidades.

Pese a las consecuencias negativas del modelo de rehabilitación que exponen los autores anteriormente mencionados, Palacios (2008) señala que existen dos aspectos positivos: los Estados comienzan a hacerse cargo de la ciudadanía con discapacidad y surgen políticas públicas que ofrecen tratamiento médico y medios técnicos al servicio de las personas con discapacidad; lo que se traduce en que, aunque supeditada a la rehabilitación, la vida de la persona con discapacidad adquiere sentido.

Finalmente, cabe destacar que durante la segunda mitad del siglo XX se advierte un paulatino tránsito hacia un nuevo cambio de modelo: las distintas resoluciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU) descritas en anteriores apartados ponen de manifiesto cómo el modelo médico o rehabilitador fue dando paso a lo que hoy conocemos como “modelo social de la diversidad funcional”.

En el caso concreto de las PCD intelectual la desinstitutionalización se inició tras la Segunda Guerra Mundial, alcanzando gran trascendencia en las décadas de los 60 y 70 del pasado siglo y coincidiendo, entre otros aspectos, con los planteamientos de la antipsiquiatría, que entendía que las instituciones eran deshumanizadoras y dificultaban la integración de las personas en la sociedad.

1.2.3. El modelo social de la diversidad funcional

Lo que hoy se conoce como “modelo social de la diversidad funcional” tiene sus orígenes en el Movimiento de Vida Independiente (en inglés, *Independent Living*

Movement, ILM), que nació en la Universidad de Berkeley (California) a finales de la década de los 60 del pasado siglo. Si bien este movimiento se asienta en la lucha por los derechos civiles, en su seno se establecieron importantes cambios para aproximarse a la realidad de personas discriminadas o con diversidad funcional (Guzmán, Toboso y Romañach, 2010).

Por su parte, Palacios (2008) precisa que el origen del citado modelo social se sitúa, concretamente, en el día en que Ed Roberts, un alumno con discapacidad severa, ingresó en la Universidad de Berkeley para estudiar Ciencias Políticas. Roberts, gracias a su determinación, consiguió derribar barreras arquitectónicas y sociales, y abrir así el camino a otras personas con discapacidad, quienes se organizaron para ingresar en esta Universidad y vivir en ella. De hecho, Roberts comparaba la situación de las personas con discapacidad con el movimiento feminista y creía, como este, que los seres humanos no debían definirse por sus características físicas.

Fue así como surgió una nueva visión de la discapacidad que trasladó el foco de lo individual a lo social, y que en lugar de entender la discapacidad como una carencia de la persona, se fijaba en las dificultades sociales que sufrían las PCD. Por ello, el modelo social atenúa los componentes médicos y resalta los sociales. Al respecto, Pérez-Bueno (2010) señala que, puesto que las causas que subyacen a la discapacidad son de tipo social hay, entonces, que proponer soluciones que involucren a toda la sociedad y pone el énfasis en la necesidad de la rehabilitación social y no individual; lo que debe traducirse en políticas encaminadas a la vida independiente, la no discriminación, la accesibilidad universal, los entornos accesibles, las ciudades amigables, la atención centrada en la persona, el diálogo civil, etc. (Palacios y Bariffi, 2014).

Guzmán, Toboso y Romañach (2010) y Vazquez-Ferreira (2008), por su parte, señalan que el nuevo modelo solo es una forma de poner el acento en las barreras económicas, medioambientales y culturales que encuentran las personas con diversidad funcional en su vida diaria. Para estos autores las PCD son

“discapacitadas” porque la sociedad se niega a adaptar sus necesidades individuales y colectivas en las rutinas sociales económicas, sociales y culturales.

Céspedes (2005), por su parte, indica que “la nueva cultura de la discapacidad” parte de la interacción entre la persona y su entorno, y se apoya fundamentalmente en la capacidad del individuo, en sus destrezas personales, en la posibilidad de desarrollar actividades de manera independiente. Y Palacios (2008) propone una nueva visión de la inclusión cuando sostiene que la “normalidad” no existe; es una construcción social que se define en cada época.

Otro aspecto interesante que destacan Guzmán, Toboso y Romañach (2010) es que, el cambio de modelo ha comenzado a verse como una cuestión de derechos humanos. Esto implica que la persona ya no es objeto de políticas asistencialistas, sino sujeto de derecho.

El término “diversidad funcional” surge a partir de la idea de diversidad, muy habitual en el mundo de la biología. En nuestro país no está arraigado completamente, aunque poco a poco va introduciéndose en nuestro vocabulario. Sin embargo, y aunque parezca un avance, no todos los/as investigadores/as del área apoyan esta terminología. Almeida et al. (2010, p. 35-36), por ejemplo, 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 porque nos remite a una idea de equivalencia y tranquiliza por ello nuestras conciencias por su corrección política.

Recientemente y en la misma línea, Plena inclusión, movimiento de asociaciones de PCD intelectual y del desarrollo y sus familias, y el 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 que además cuenta con 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.

1.3. Clasificación

Como se ha comentado en anteriores apartados, en 2001 la OMS aprobó la CIF, que sustituía a la anterior CIDDM (1980). En la CIF la OMS establece una tipología sobre la discapacidad con el objetivo de unificar criterios de cara a la intervención de los/as profesionales, y lo hace según el estado de salud, el perfil de funcionamiento y el grado o estadio de la discapacidad.

En general, la CIF utiliza un enfoque “biopsicosocial”, y define la discapacidad desde un punto de vista relacional, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) y el ambiente social y físico de la PCD (OMS, 2001).

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 las PCD (Cantón, 2014). De este modo, se trata de 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).

Además, la CIF define “discapacidad” como un término genérico que abarca distintas dimensiones: deficiencias de función y deficiencias de estructura (antes deficiencias), limitaciones en las actividades (antes discapacidades) y limitaciones en la participación (antes minusvalías). A partir de esta clasificación, se puede determinar el grado de discapacidad de una persona. La propuesta de la CIF es utilizar una misma escala genérica de gravedad en cinco niveles para todos los componentes (funciones y estructuras corporales, actividades y participación, y factores contextuales). El porcentaje resultante se refiere (en relación con las limitaciones para realizar una actividad) a que el problema esté presente en, al

menos, ese porcentaje de tiempo en relación a la dificultad total para realizar dicha actividad, que será de un 100% (OMS, 2001). Y a partir de esta escala se establece el grado de discapacidad correspondiente:

- No hay deficiencia: ninguna, ausencia, insignificante (0-4%).
- Deficiencia ligera: poca, escasa (5-24%).
- Deficiencia moderada: media, regular (25-49%).
- Deficiencia grave: mucha, extrema (50-95%).
- Deficiencia completa: total (96-100%).

Para identificar las características de los grandes grupos se ha recurrido a esa misma fuente, agrupando las deficiencias en las categorías física, mental y sensorial, teniendo siempre presente la gran heterogeneidad de cada grupo:

- 1) Deficiencias físicas: se considera que una persona tiene deficiencia física cuando padece anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). También se incluyen las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales (aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario).
- 2) Deficiencias mentales: la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) incluye en la categoría de deficiencia mental el espectro del retraso mental en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales. En esta última recoge trastornos tan diversos como el autismo, las esquizofrenias, los trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros. La falta

de acuerdo en torno a la idoneidad de la inclusión de algunos de éstos últimos en categorías distintas y sobre todo la imposibilidad de realizar su cuantificación de manera aislada, hace ineludible una exploración previa del conjunto, considerando la categoría “otros trastornos” como enfermedades mentales.

- 3) Deficiencias sensoriales: esta categoría incluye a quienes presentan trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje, y presentan distintos grados, desde las hipoacusias (mala audición) de carácter leve hasta la sordera total prelocutiva y postlocutiva, y los trastornos relacionados con el equilibrio.

Por su parte, la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD, 2008) consideró 44 tipos de discapacidades distintas 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 su vez, en 8 grupos: mentales, visuales, auditivos, lenguaje, habla y voz, osteoarticulares, sistema nervioso, viscerales y otras deficiencias.

El INE, en su citada encuesta (EDAD, 2008), clasificó asimismo las “deficiencias mentales” de la siguiente forma: retraso madurativo, deficiencia intelectual profunda y severa, deficiencia intelectual moderada, deficiencia intelectual ligera, inteligencia límite, demencias, enfermedad mental y otros trastornos mentales y del comportamiento.

Otra institución cuya visión sobre la discapacidad ha tenido grandes consecuencias en la concepción y prácticas profesionales en todo el mundo, influyendo en otros sistemas clasificatorios como el DSM, la CIE o el CIF) es la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y Desarrollo (AAIDD) (Verdugo, et al., 2013). Al

respecto, el DSM-IV (1995), publicado como se sabe por la Asociación Americana de Psiquiatría, incluía entre los “trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” la etiqueta diagnóstica de “retraso mental”. Sin embargo, en su nueva edición de 2013 (DSM-5) 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).

1.4 Epidemiología

A pesar de que la discapacidad es un fenómeno ampliamente estudiado desde hace tiempo y que afecta a una parte importante de la población mundial, cuando elaborábamos este trabajo comprobamos que no era fácil acceder a cifras globales que fueran recientes y rigurosas ya que, para medir la discapacidad, los países utilizan distintos métodos, definiciones y fuentes de información, y analizan diferentes aspectos. Aún más difícil resulta encontrar las cifras de discapacidad en la infancia y adolescencia o desglosadas por tramos de edad homogéneos.

1.4.1. Epidemiología de la discapacidad a escala internacional

Según indicaba la OMS en su *Informe Mundial sobre la Discapacidad* de 2011, a partir de los datos obtenidos en su Encuesta Mundial de Salud de 2004, un 15.6% de la población adulta mundial tenía dificultades graves de funcionamiento en su vida cotidiana y un 2.2% tenía dificultades muy graves; y, además, la prevalencia era más elevada entre las mujeres que entre los hombres (19.2% y 2.7%, respectivamente), en la población de más edad (38.1% y 7.4%), en las zonas rurales (16.4% y 2.3%) y entre la población más pobre (20.7% y 3.2%) (Tabla 2)¹.

¹ Estas cifras hay que considerarlas con cierta cautela dadas las dificultades metodológicas que existen para agregar los datos de los países.

Tabla 2

Tasas de prevalencia de la discapacidad (en %) según las dificultades de funcionamiento y nivel de ingresos del país por sexo, edad, lugar de residencia y riqueza.

	Dificultades graves de funcionamiento en su vida cotidiana			Dificultades muy graves de funcionamiento en su vida cotidiana		
	Países de Ingresos altos	Países de Ingresos bajos	Total	Países de Ingresos altos	Países de Ingresos bajos	Total
Sexo						
Hombre	9.1	13.8	12.0	1.0	1.7	1.4
Mujer	14.4	22.1	19.2	1.8	3.3	2.7
Edad						
18-49	6.4	10.4	8.9	0.5	0.8	0.7
50-59	15.9	23.4	20.6	1.7	2.7	2.4
60 y más	29.5	43.4	38.1	4.4	9.1	7.4
Lugar de residencia						
Ámbito urbano	11.3	16.5	14.6	1.2	2.2	2.0
Ámbito rural	12.3	18.6	16.4	1.7	2.6	2.3
Quintil de riqueza						
Q1 (más pobre)	17.6	22.4	20.7	2.4	3.6	3.2
Q2	13.2	19.7	17.4	1.8	2.5	2.3
Q3	11.6	18.3	15.9	1.1	2.1	1.8
Q4	8.8	16.2	13.6	0.8	2.3	1.7
Q5 (más rico)	6.5	13.3	11.0	0.5	1.6	1.2
Total	11.8	18.0	15.6	2.0	2.3	2.2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del *Informe Mundial sobre Discapacidad* de la OMS (2011) basados en la Encuesta Mundial de Salud (2004).

Por otra parte, en el mismo informe, según las estimaciones basadas en el estudio *Carga Mundial de Morbilidad* de la OMS correspondientes a 2004, se estima que el 15.3% de la población mundial tenía una discapacidad moderada o grave y un 2.9% una discapacidad grave; y, teniendo en cuenta el nivel de ingresos de los países, en los de nivel de ingresos altos la prevalencia de discapacidad superaba la media mundial (Tabla 3). Sin embargo, en la población adulta estos datos cifran la prevalencia de discapacidad moderada o grave en 19.4% y de discapacidad grave en 3.8% (frente al 15.6% y 2.2% que señalaba la Encuesta Mundial de Salud). En el caso de la infancia, el estudio señala que la prevalencia entre los 0 y los 14 años era del 5.1% para la discapacidad moderada o grave y del 0.7% para la grave;

según los niveles de ingresos, en la población infantil los países de ingresos altos registran tasas bastante inferiores a la media mundial (2.8% y 0.4%, respectivamente); y analizando las zonas geográficas de ingresos medio-bajos, África es la región en la que se estiman tasas más altas para la infancia (6.4% y 1.2%, respectivamente).

Tabla 3

Prevalencia estimada de la discapacidad moderada y grave, por región y edad (en %).

	En el mundo	Países ingreso alto	Países de ingreso bajo y mediano, región de la OMS					
			África	América	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental
<i>Discapacidad grave</i>								
0 a 14 años	0.7	0.4	1.2	0.6	0.7	0.8	0.9	0.5
15 a 59 años	2.7	2.3	3.3	2.6	2.9	2.7	3.0	2.4
≥ 60 años	10.2	8.5	16.9	9.2	12.6	7.2	12.4	10.0
≥ 15 años	3.8	3.8	4.5	3.4	4.0	3.6	3.9	3.4
Total	2.9	3.2	3.1	2.6	2.9	3.0	2.8	2.7
<i>Disc. moderada o grave</i>								
0 a 14 años	5.1	2.8	6.4	4.5	5.2	4.2	5.2	5.3
15 a 59 años	14.9	12.4	19.1	14.6	16.3	14.3	15.5	13.7
≥ 60 años	46.1	36.8	53.3	44.3	58.8	41.4	53.7	46.7
≥ 15 años	19.4	18.3	22.0	18.3	21.1	19.5	19.1	18.1
Total	15.3	15.4	15.3	14.1	16.0	16.4	14.0	15.0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del *Informe Mundial sobre Discapacidad* de la OMS basados en las estimaciones del estudio Carga Mundial De Morbilidad correspondientes a 2004.

1.4.2. Epidemiología de la discapacidad en España

Las cifras oficiales más recientes de la discapacidad en España son las procedentes de la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* de 2008 del INE. Según esos datos, 3.847.900 personas tenían alguna discapacidad en España en 2008, lo que supone una tasa de prevalencia por cada mil habitantes de 85.45 personas, siendo más elevada entre las mujeres (101.02) que entre los hombres (69.52). Teniendo en cuenta la edad, como refleja la figura 2, hasta los 5 años 21.50 de cada mil niños tiene alguna discapacidad; en el tramo de 6 a 15 años y en el de 16 a 24, la tasa es ligeramente inferior (18.41 y 6.24, respectivamente) y a partir de los 35 años aumenta progresivamente, principalmente entre los mayores de 65 años (más del 20% de la población entre 65 y 79 años y el 50% de los mayores de 80 tiene alguna discapacidad).

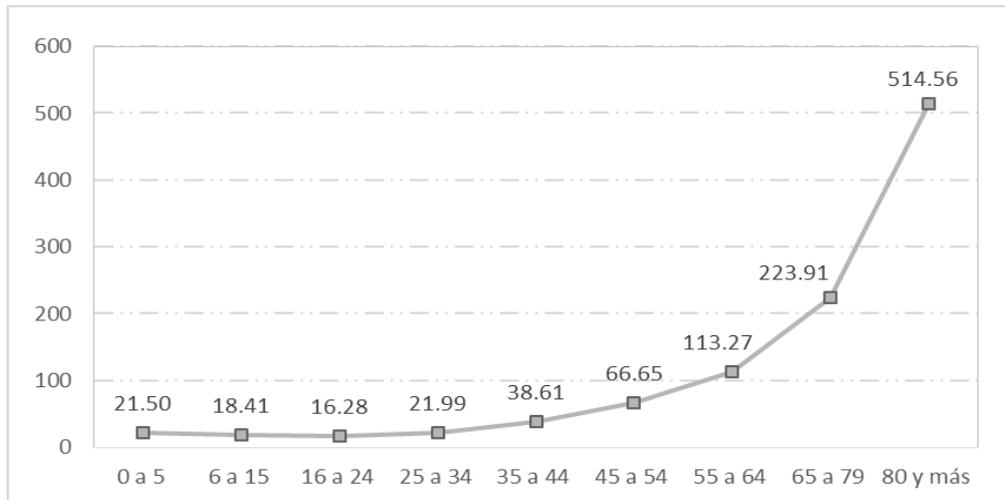


Figura 2

Tasa de población con alguna discapacidad o limitación por tramos de edad (por cada 1.000 habitantes).
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (2008).

A nivel geográfico, en la figura 3 se muestra que Melilla (118.63 personas de cada mil), Ceuta (113.20) y Galicia (112.94) son las regiones donde hay más población con discapacidad; mientras que La Rioja (61.63) es la comunidad que registra la tasa más baja.

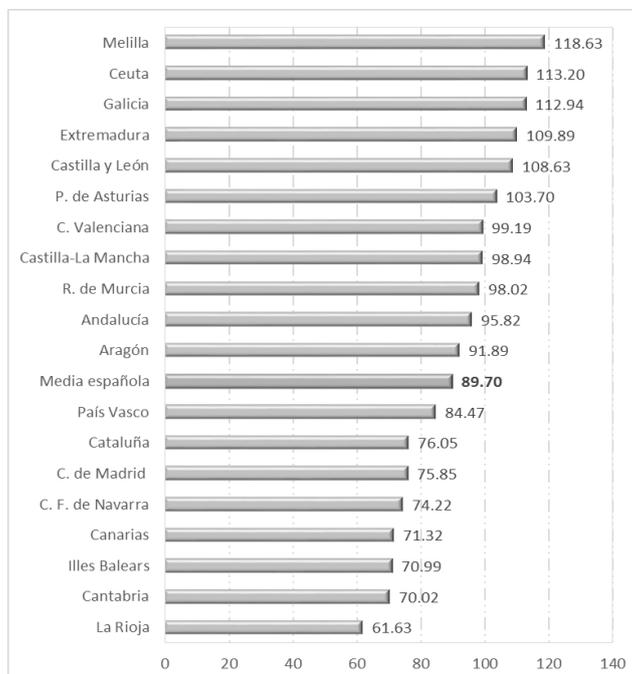


Figura 3

Tasa de población con discapacidad por CCAA (por cada 1.000 habitantes).
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE.
Nota: Población de 6 años en adelante (2008).

Considerando el tipo de discapacidad, los problemas osteoarticulares son los que tienen mayor prevalencia en la población española (35.21 casos por cada 1.000 habitantes), seguidos de los del oído (21.50 casos por cada 1.000 habitantes) (Figura 4). Hay que señalar que solo el 14.48% de la población con discapacidad tiene una única discapacidad (el 14.40% tiene dos, el 44.61% de tres a diez y el 26.51% once o más).

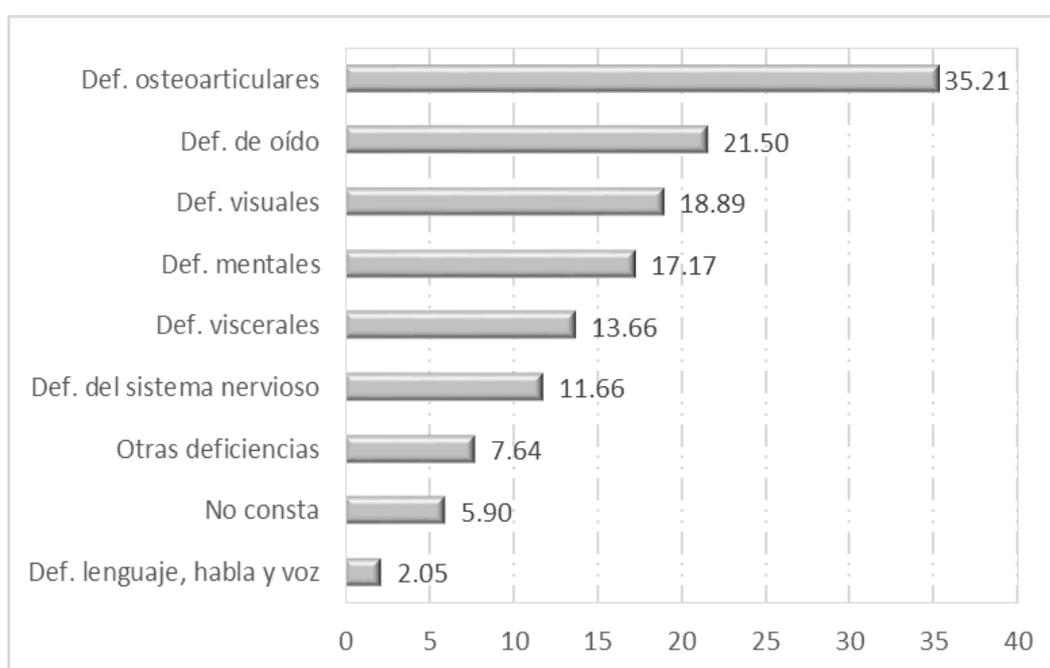


Figura 4

Tasa de población con discapacidad por grupos de deficiencias (por cada 1.000 habitantes).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (2008).

Nota: Población de 6 años en adelante.

Para nuestra investigación es fundamental conocer cuál es el estado de salud que tienen las personas con diversidad funcional. Así, según los datos del INE, el 29.34% de personas de este grupo poblacional tienen una salud mala o muy mala. Considerando el sexo, el estado de salud de las mujeres con diversidad funcional es peor que el de los hombres (el 32.23% tienen una salud mala o muy mala frente al

25.01%) (Tabla 4). Respecto a la edad, hasta los 44 años hay más población con diversidad funcional que tiene una salud buena o muy buena (54.02%) y, a partir de los 45 años, su situación empeora y sólo entre el 20 y 25% tienen buena salud. Además, a partir de la mediana edad, la proporción de personas que hay en cada nivel de salud es muy similar en todos los tramos de edad.

Tabla 4

Porcentaje de personas con discapacidad según su estado de salud por sexo y edad.

Estado de salud	Total	Por sexo		Por edad					
		Mujeres	Hombres	6 a 44	45 a 64	65 a 79	65 a 74	75 a 79	80 y más
Muy buena	2.13	1.51	3.06	6.77	1.79	1.09	1.10	1.08	0.90
Buena	24.39	20.37	30.46	47.25	24.73	17.14	17.39	16.78	19.01
Regular	44.13	45.90	41.47	31.33	46.54	48.57	48.50	48.68	44.30
Mala	22.83	25.09	19.44	11.45	21.88	26.35	26.47	26.18	26.36
Muy mala	6.51	7.14	5.57	3.20	5.06	6.84	6.53	7.27	9.44

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (2008).

Nota: Población de 6 años en adelante.

Según los datos del INE, el 54.27% de las personas con diversidad funcional (2.088.100) cuentan con cuidadores/as o asistencia personal. En concreto, el 48.48% de ellos/as reciben más de 8 horas diarias de cuidados, el 11.36% entre 6 y 8 horas, el 18.47% entre 3 y 5 horas, el 20.69% entre 1 y 2 horas y el 1.01% menos de 1 hora. El análisis de la figura del cuidador principal señala que es un papel que es realizado mayoritariamente por mujeres (el 76.01%), que conviven en el mismo hogar que la persona con diversidad funcional (61.31%), con baja formación (el 59.06% de ellos/as tienen estudios primarios o inferiores), en la adultez media (el 47.22% tiene entre 45 y 64 años) y suele ser un familiar directo (el 27.65% es su

cónyuge, el 36.28% son hijos/as y el 11.50% son sus progenitores). La *Encuesta de Discapacidad* también señala que muchos de los/as cuidadores/as (el 57.31%) se encuentran con dificultades para atender adecuadamente a las personas a su cargo, ya sea por dudas de cómo hacerlo o falta de formación (29.90%), por falta de fuerza física (39.41%), por falta de colaboración de la persona a la que asiste (14.81%) o por otras causas (14.45%). Además, la tarea de cuidador/a ha provocado consecuencias en el cuidador/a principal; en concreto, les ha causado problemas de salud al 66.72% y, en el caso de los/as cuidadores/as que residen con la persona con discapacidad, al 54.39% les ha creado problemas profesionales o económicos y al 75.22% problemas en el ámbito del tiempo libre y la vida familiar.

La encuesta de discapacidad del INE también se ha dirigido a la población con diversidad funcional de España que reside en centros (269.139; el 6.99% de las personas con discapacidad). Se distinguen tres tipos de centros en los que están internados esta población: los centros residenciales para personas mayores (recogen al 80.32% de las personas con discapacidad internada), los centros para personas con discapacidad (13.33%) y los hospitales psiquiátricos y geriátricos (6.35%). Analizando las características de las personas con diversidad funcional que están en centros específicos (35.869 residentes), en la figura 4 se recogen las discapacidades que tienen las personas que residen en ellos: las más frecuentes son; 1- la discapacidad para la movilidad (el 96.25%), 2- para el autocuidado (el 92.98%) 3- para el desarrollo de la vida diaria (92.22%). Por su parte, la figura 5 muestra las deficiencias que padecen, siendo las más habituales las deficiencias mentales (90.73%).

Por su parte, Huete (2015) destaca que 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, el autocuidado, la vida doméstica, etc.

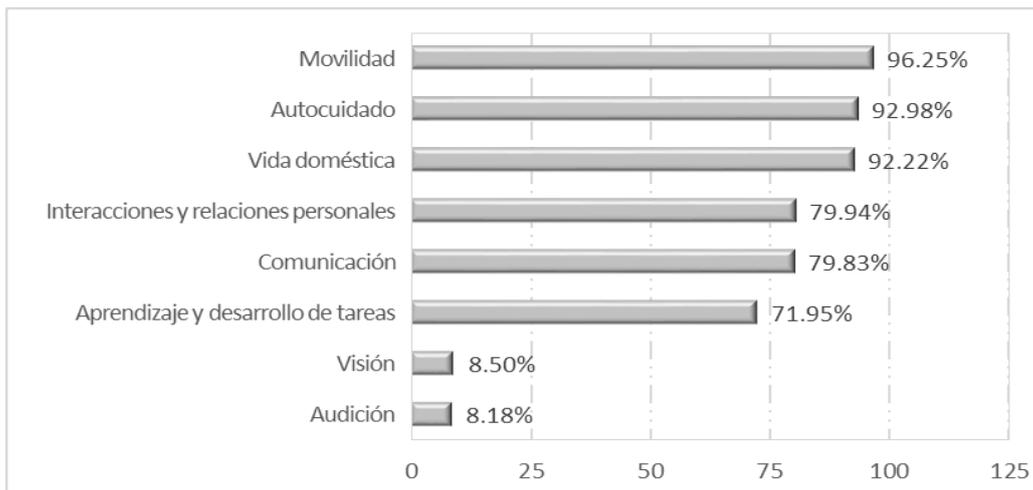


Figura 5

Tipos de discapacidades de los/as internos/as en centros específicos para personas con discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (2008).

Considerando el “grupo de deficiencia” utilizado en la encuesta del INE (término inadecuado y en desuso, como se ha comentado anteriormente), la mayor parte de las personas residentes en centros o residencias presentan deficiencias mentales: 160.472, frente a 108.667 con otras deficiencias.

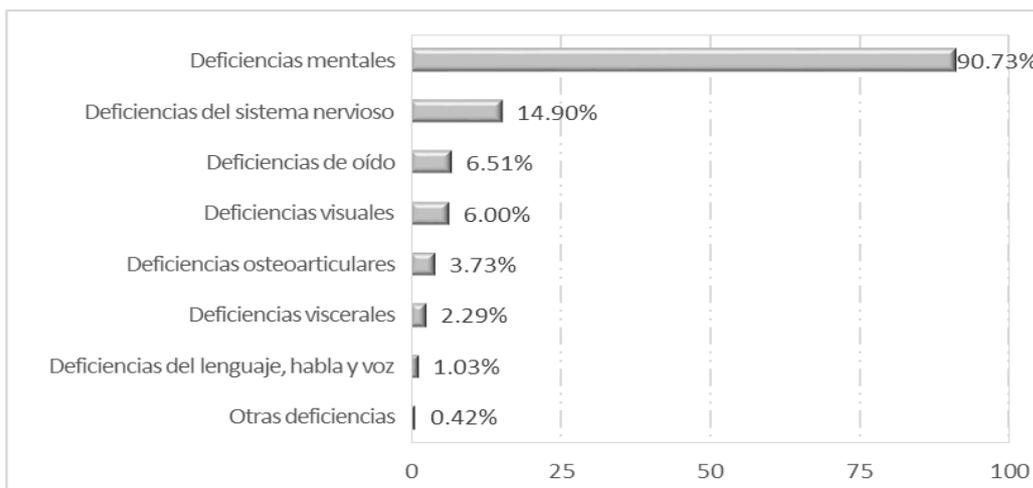


Figura 6

Tipos de deficiencias de los/as residentes en centros específicos para personas con diversidad funcional

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (2008).

1.5. El sistema de protección de la infancia con necesidades de apoyo

1.5.1. Evolución del concepto “infancia”

Históricamente la infancia ha carecido de reconocimiento y protección jurídica. A veces era víctima de las creencias en dioses que exigían su sacrificio; otras de algunas culturas que dotaban al padre de familia de un poder absoluto sobre sus hijos e hijas (Sanmartín, 2008).

De este modo, durante la mayor parte de la historia, la sociedad mantuvo hacia los niños y las niñas una actitud contradictoria: no tenían derechos, pero eran legalmente responsables de sus actos.

De hecho, hasta el siglo XX no se consagran los derechos de la infancia y la responsabilidad de los poderes públicos de salvaguardar esos derechos a partir de un suceso curioso que a finales del siglo XIX conmovió la conciencia de la sociedad estadounidense: Mary Ellen era una niña neoyorkina que sufría palizas por parte de sus progenitores, quienes llegaban incluso a clavarle tijeras y a mantenerla atada a la cama durante días. Los vecinos alertaron a una trabajadora de la caridad (como se llamaban entonces), que trató de ayudar a Mary sin ningún éxito: no existía legislación que protegiera a la infancia de la crueldad de sus progenitores, quienes aseguraban que la niña “era suya” y, por tanto, podían hacer con ella lo que les viniera en gana. Sin embargo, sí que existía una ley que protegía a los animales de sus dueños y esto fue, precisamente, lo que permitió a la trabajadora ayudar a la pequeña: adujo que, puesto que Mary formaba parte del reino animal, podía aplicársele tal legislación (Sanmartín, 2008). El caso se convirtió en un hito, ya que fue la primera vez en la historia que se condenó a unos padres por maltrato. Esto ocurrió en 1874.

En el caso concreto de España, durante la Guerra Civil y los años posteriores existió un nuevo auge de los lugares de recogida de niños y niñas con la aparición de las instituciones del Auxilio Social, cuyos centros continuaron abiertos hasta la década de los ochenta como pertenecientes al INAS (Instituto Nacional de Asistencia Social). A mediados de los años ochenta la institucionalización era prácticamente la

única medida existente. Los organismos implicados en la protección de la infancia (antes de la asunción de competencias por parte de las comunidades autónomas) y la creación de un sistema público de servicios sociales se caracterizó por sus grandes inversiones en instituciones (Del Valle y Fuertes, 2000).

1.5.2. Normativa relacionada con la discapacidad y la infancia

Desde un punto de vista legislativo, las primeras disposiciones legales que prohibían el trabajo infantil en España datan del siglo XVI, aunque como muestra la siguiente tabla su cumplimiento fue deficiente.

Tabla 5

Normativa (no vigente) relacionada con la infancia (S. XVI-primera mitad del S. XX)

Normas	Derechos
Real Cédula de 1538	Los menores de 14 años no debían trabajar.
Ley de 1873 sobre condiciones de trabajo en las fábricas, talleres y minas	Durante la Primera República se dictó una ley sobre el trabajo infantil, aunque solo afectaba a los menores que trabajaban en las fábricas. El trabajo tradicional agrícola no fue considerado un motivo de preocupación hasta entrado el siglo XX
Ley de 1878 sobre trabajos peligrosos de los niños	Imponía sanciones a quienes obligaran a los menores de 16 años a trabajar en este tipo de tareas.
Real Decreto de 1897	Prohibía la entrada a las minas a los varones menores de 12 años y a las mujeres, independientemente de su edad.
Real Decreto de 1902	Fijó una jornada máxima de 11 horas diarias o 66 horas semanales para los menores.
Real Decreto de 25 de enero de 1908	Estableció una serie de trabajos prohibidos a los varones menores de 16 años y a las mujeres menores de edad.
Decreto de 1934 ²	Prohibición del trabajo infantil en tareas agrícolas durante horas escolares.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de VV.AA.

² Durante la Segunda República española se produjeron manifestaciones de jornaleros y obreros pidiendo un control sobre la edad de contratación, lo que pone de manifiesto que hasta 1934 las disposiciones sobre prohibición del trabajo infantil no se cumplían.

Si bien a lo largo de la segunda mitad del siglo XX la imagen de niños y niñas trabajando en España fue desapareciendo, la política de autarquía del franquismo y la situación de pobreza generada tras la Guerra Civil contribuirán a que los logros alcanzados en este terreno durante el primer tercio del siglo XX queden en agua de borrajas (Elías, 2008).

Si, además, hablamos de infancia con necesidades de apoyo la situación se agrava y tenemos que esperar hasta la Constitución española de 1978 (art. 49) para alcanzar el primer escalón legislativo que permita la integración social de las personas con discapacidad, haciendo obligatoria una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración.

Hasta entonces se promulgaron diversas declaraciones, convenciones, etc. a escala internacional y nacional; algunas de ellas empleaban en sus títulos terminología que con el tiempo ha desaparecido: “retrasado mental”, “impedidos”, etc., como se ha comentado al inicio de esta Tesis.

Entre ellas, y según Guzmán, Toboso y Romañach (2010), se encuentra la Convención de la ONU de 2006 (CDPD) que hizo que la atención a las personas con discapacidad evolucionara hacia modelos más sociales e inclusivos dirigidos a garantizar la igualdad de oportunidades.

Así, la CDPD coincide con los tres supuestos básicos del modelo social antes mencionado: dignidad de la persona, autonomía y accesibilidad; y reconoce en su Preámbulo que “la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano” (p. 2).

Otras normas que supusieron un gran avance fueron la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), que desarrollaba el artículo 49 de la Constitución o el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial, que estableció un conjunto de medidas tendentes a la transformación del sistema educativo español con el objetivo de que los alumnos y

alumnas con necesidades especiales pudieran alcanzar, en la medida de sus posibilidades, los objetivos educativos establecidos con carácter general para todo el alumnado. Esta norma fue derogada por el Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, que ampliaba aspectos relativos a la ordenación, la planificación de recursos y la organización de la atención educativa de los/as alumnos/as con necesidades educativas especiales temporales o permanentes.

La Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), de 3 de octubre de 1990, ya había abordado la educación del alumnado con necesidades educativas especiales y aglutinaba los principios introducidos por la LISMI y recogidos en el Real Decreto 334/1985, aunque les daba una nueva dimensión.

Al respecto, cabe señalar que el concepto de “diversidad” remite al hecho de que todos los alumnos y alumnas tienen unas necesidades educativas propias y específicas para acceder a las experiencias de aprendizaje; de ahí la necesidad de una atención pedagógica individualizada (Medina-García, 2018).

Para clarificar el complejo entramado normativo, se ha optado por seleccionar las normas que, a nuestro juicio, son más relevantes aparecidas a escala autonómica, estatal e internacional sobre infancia y adolescencia, en general, y PCD, en particular (Tabla 6).

Tabla 6

Normativa relacionada con la infancia y las necesidades de apoyo.

Ámbito de actuación	Año	Norma
Normativa internacional en materia de menores ³	1959	Declaración de los Derechos del Niño de la Asamblea General de Naciones Unidas
	1971	Declaración de los Derechos del Retrasado Mental
	1989	Convención sobre los Derechos del Niño de la Asamblea General de Naciones Unidas
Normativa estatales en materia de menores	1992	Carta Europea de los Derechos del Niño
	1978	Constitución Española de 1978 (art. 39)
	2015	Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia
	2015	Ley Orgánica 8/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia

³ Todas estas normas internacionales están ratificadas por nuestro país.

Normativa de la CV en materia de menores	1994	Decreto 131/1994 por la que se regulan los servicios especializados de orientación educativa, psicopedagógica a los efectos de la determinación del alumnado con necesidades especiales.
	2001	Orden de 16 de julio por la que se regula la atención al alumnado con necesidades especiales
	2003	Orden de 19 de junio por la que se regula la tipología y condiciones materiales y de funcionamiento de los Centros de Protección de Menores, en la Comunidad Valenciana.
	2008	Ley 12/2008 de Protección Integral de la Infancia y la adolescencia de la Comunidad Valenciana
	2018	Ley 26/2018, de 21 de diciembre de derechos y garantías de la Infancia y la adolescencia.
Normativa internacional en materia de discapacidad	1975	Declaración de los Derechos de los Discapacitados (Asamblea General de las Naciones Unidas)
	2006	Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
	1978	Constitución 1978 (art. 49). Modificado en octubre de 2018.
	1981	Año Internacional de los Impedidos. Asamblea General de Naciones Unidas
	1982	La Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos
	1983/1992	Decenio de Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad
	1971/1999	Real Decreto 1971/1999 de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía
Normativa de la CV en materia de discapacidad	2006	Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
	2003	Orden 21/2003 de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se crea la Comisión de Coordinación y Seguimiento de la Valoración del Grado de Minusvalía de la Comunidad Valenciana.
	2010	Orden 3/2010 de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se crea la tarjeta acreditativa de la condición de persona con discapacidad.
	2010	Decreto 114/2010 del Consell, por el que se procede a la adecuación terminológica en el ámbito de las personas con discapacidad.
	2017	Decreto 62/2017 del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de VV.AA.

En cualquier caso, en este apartado cabe destacar la reciente publicación de la Ley 26/2018, de 21 de diciembre, de la Generalitat Valenciana, de derechos y garantías de la Infancia y la adolescencia que reconoce, por primera vez, a los niños y a las niñas como sujetos de derecho y no solo como objeto de protección. Así, los avances legislativos que se han ido produciendo han ido equiparando los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad con los del resto de la población.

2. Ámbitos profesionales en los que se trabajan las Necesidades Especiales de Apoyo

La Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR, 2002) define el concepto de “apoyos” como aquellos recursos y estrategias que persiguen promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona, y mejorar su funcionamiento individual, que es el resultado de la interacción entre los apoyos y las siguientes dimensiones: habilidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacción y roles sociales, y salud y contexto.

De hecho, una aplicación sensata de los apoyos puede mejorar las capacidades funcionales de las PCD. La importancia de los apoyos reside en el hecho de que permiten proporcionar una base natural, eficiente y continua para mejorar los resultados personales.

La AAMR también destaca que los apoyos se clasifican según las necesidades de la persona para desenvolverse con normalidad en su entorno. En concreto, señala cuatro tipos de necesidades de apoyo:

- 1) Intermitente: los apoyos se proporcionan cuando se necesitan y pueden ser de intensidad alta o baja.
- 2) Limitado: esta intensidad de apoyo se caracteriza por su consistencia en el tiempo, por un tiempo limitado pero no intermitente.
- 3) Extenso: se definen por la implicación continua y regular.

- 4) Generalizado: la constancia y alta intensidad caracterizan este tipo de apoyo. Son más intrusivos y exigen más personal que las otras intensidades de apoyo.

Por su parte, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia define las “necesidades de apoyo para la autonomía personal” como las que requieren las personas con discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

Según la Academia Americana de Pediatría (AAP, 1998), los/as niños/as y jóvenes con necesidades especiales de atención y cuidados son aquellos/as que presentan o están en riesgo de presentar una enfermedad crónica física, del desarrollo, emocional, o de la conducta, y que además requieren servicios de salud y servicios relacionados de un tipo o en una cantidad superior a los que habitualmente precisan los/as niños/as.

Guerra y Rebollo (2016) indican que esta definición contiene tres puntos esenciales:

- 1) Es amplia e inclusiva al incorporar todos los tipos de condición crónica, ya sea física, del desarrollo, emocional o del comportamiento.
- 2) Pone de relieve unas necesidades de servicios elevadas (sanitarias, educativas y sociales).
- 3) Incluye a la población infantil en riesgo de desarrollar una necesidad especial de atención o de cuidados.

2.1. Ámbito residencial

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, además, define los “cuidados profesionales” como aquellos que son prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o por un/a profesional autónomo/a entre cuyas

finalidades se encuentra la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro.

Al respecto y teniendo en cuenta el actual sistema público de servicios sociales podemos realizar la siguiente clasificación del acogimiento residencial (Orden de 19 de junio de 2003 por la que se regula la tipología y condiciones materiales y de funcionamiento de los Centros de Protección de Menores, en la Comunidad Valenciana):

- 1) Centros de atención residencial para protección de la infancia y adolescencia: destinado a aquellos/as niños, niñas y adolescentes que no pueden permanecer en sus hogares. A través del acogimiento residencial se les proporciona un lugar de residencia y convivencia para la adecuada satisfacción de sus necesidades de protección, educación y desarrollo.

A su vez, los centros de atención residencial se clasifican en centros de recepción, centros de acogida, hogares funcionales y centros de emancipación.

- 2) Centros de atención diurna o centros de día de menores: son aquellos que prestan servicios complementarios y apoyo familiar durante el día a menores y adolescentes. A su vez, los centros de atención diurna se clasifican en centros de día de apoyo convivencial y educativo, y centros de día de inserción socio laboral.

Entre los recursos antes descritos, este trabajo se centra en los centros de acogida, definidos por la citada Orden como aquellos “establecimientos abiertos de atención integral y carácter educativo para niños y adolescentes en situación de guarda y/o tutela, que se encuentren privados de un ambiente familiar idóneo, cuyo periodo de estancia será el que determine la resolución administrativa de la que derive su ingreso”.

Además, cabe destacar que en el concepto de “centro de acogida” se engloban las residencias, pisos, viviendas u hogares que acojan a menores de edad.

En cuanto a la duración de la estancia de los menores, cabe señalar que siempre es temporal, no pudiendo ser el periodo superior a los dos años, salvo mayor interés para el menor, en cuyo caso se deberá buscar otro recurso más apropiado. Así, cada 6 meses, el órgano competente en materia de menores, debe revisar la medida o medidas adoptadas.

Por su parte, la Ley 12/2008 de Protección de la Infancia y la Adolescencia (artículo 109) indica que el acogimiento residencial es “una medida de protección que consiste en la prestación de servicios de alojamiento, manutención, apoyo educativo y atención integral del menor en un centro de carácter residencial”. Esta medida a través de la cual se ejerce la guarda, será acordada cuando éste sea el recurso más adecuado en interés del menor, teniendo en cuenta siempre que es preferible el acogimiento familiar.

Asimismo, la Ley señala que el menor debe ser acogido en el centro que se encuentre más próximo a su entorno familiar y que se debe procurar su inserción en el sistema educativo, sanitario, laboral, etc.

En lo que respecta a la finalidad de estos centros el artículo 10 de la Orden de 17 de enero de 2008, dice que es la de “prestar la atención y protección necesarias que posibiliten su integridad y correcto desarrollo, así como la formación necesaria para potenciar el proceso individual del menor, a fin de que éste supere sus dificultades personales, sociales y familiares, y recupere los recursos personales de relación consigo mismo, con sus grupos de especialización y con la comunidad”.

Para alcanzar los objetivos antes mencionados, los centros residenciales necesitan diferentes tipos de perfiles profesionales, tanto en la vertiente educativa como en la técnica y la de servicios (González-Herrera, 2018):

- Personal de atención educativa: son los/as responsables de la atención directa a los/as niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial. Entre sus funciones se encuentran las intervenciones de carácter técnico (evaluación, programación, entrenamiento en habilidades, etc.), las

intervenciones cotidianas (comida, aseo, acompañamiento en ocio, etc.). Su perfil profesional se corresponde con el de los/as trabajadores/as sociales, técnicos/as de integración social y profesionales relacionados con las ciencias de la educación y la animación sociocultural.

- Personal de apoyo técnico: se trata de profesionales que aportan conocimientos específicos para el trabajo educativo a través del apoyo al personal de atención educativa y a la dirección del centro residencial. Las figuras profesionales más habituales son psicólogos/as y trabajadores/as sociales.
- Personal de servicio: son los/as encargados/as de desarrollar tareas relacionadas con la cocina, la limpieza y la seguridad.
- Otro personal: son los/as voluntarios/as o el personal en prácticas.

En cuanto al recorrido vital de los/as menores, a partir de los 16 años se realiza un informe para que el/la niño/a en situación de tutela sea derivado a un recurso de discapacidad de adultos. La derivación a estos recursos puede producirse cuando son menores de 18 años, por lo que entrarían en nuestro estudio (González-Herrera, 2018).

Por su parte, Tejada (2009) señala que el colectivo de profesionales encargado del cuidado de los/as menores con discapacidad realiza sus tareas desde un enfoque biopsicosocial. Su trabajo es llevar a la práctica actividades de la vida diaria (AVD) del niño y la niña tales como la higiene personal, la alimentación y el 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 sus competencias. Pueden ordenarse en diversos niveles de cualificación profesional, con distinta formación: básica, profesional o universitaria, y abarcan trabajos tan dispares como el de camarero/a y de cocina, limpiador/a, peluquero/a, cocinero/a,

administrativo/a, recepcionista, conserje, monitor/a deportivo/a, enfermero/a, fisioterapeuta, podólogo/a, médico/a, psicólogo/a, pedagogo/a, director/a, etc.

En cuanto a los cuidados que se ofrecen en las residencias para PCD, deben atender el nivel de necesidades de las personas residentes. A partir de los datos que nos ofrece la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, 2008) que realizó el INE, se concluye que la diversidad de características funcionales y necesidades de apoyo de las PCD residentes en centros representan un reto para los/as profesionales que les atienden, “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).

En cualquier caso, 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/as residentes según 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/as trabajadores/as.

2.2. Ámbito escolar

1978 es el año en el que se consolida la expresión “Necesidades Educativas Especiales” (NEE) con la publicación del denominado “Informe Warnock”. Cuatro años antes se había fundado en Gran Bretaña el Comité de Investigación sobre la Educación de Niños y Jóvenes Deficientes con el siguiente objetivo primordial:

“Analizar la prestación educativa en favor de niños y jóvenes con deficiencias físicas y mentales en Inglaterra, Escocia y Gales considerando los aspectos médicos de sus necesidades y los medios conducentes a su preparación para entrar en el mundo del trabajo; estimar el uso más eficaz de los recursos para tales fines y efectuar recomendaciones” (1978, p. 45).

En España, tras la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE, 1990), las aportaciones del Informe Warnock fueron incluidas en el sistema educativo. Asimismo, el Ministerio de Educación (1989a; 1989b y 1989c) y numerosos especialistas vinculados a la educación ordinaria y especial (Mora y Aguilera, 2000) prestaron atención a las conclusiones de este informe. También en la materia troncal de los Planes de Estudios de Magisterio (“Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial”) se recogió la recomendación del Informe Warnock de incluir un mínimo de formación en Educación Especial para todos los/as profesores/as y no solo para los/as especialistas.

La Tabla 7 ilustra algunos de los principios del citado informe.

Tabla 7

Sugerencias y prioridades establecidas en el Informe Warnock (1978).

Sugerencias	<p>Todos los escolares tienen necesidades educativas. Nadie será considerado ineducable.</p> <p>Los fines de la educación son los mismos para todos y la escuela debe satisfacer las NEE que un niño demande a fin de alcanzarlos.</p> <p>Las NEE no pueden clasificarse. También la EE es un continuo de prestaciones.</p> <p>Las prestaciones especiales serán complementarias y adicionales a las prestaciones ordinarias.</p>
Prioridades	<p>Un plan de formación del profesorado.</p> <p>La educación de niños menores de 5 años con NEE.</p> <p>La atención a los jóvenes entre 16 y 19 años.</p>
Recomendaciones	<p>Los centros específicos siguen teniendo razón de ser.</p> <p>Favorecer la integración laboral de personas con NEE.</p> <p>Abrir un registro para cada alumno con NEE.</p> <p>Establecer niveles para la atención a las NEE.</p> <p>Dar más oportunidades a profesores con deficiencias.</p> <p>Atraer a la educación especial a los mejores profesores.</p> <p>Potenciar y colaborar con asociaciones de afectados.</p> <p>Potenciar la investigación en Educación Especial.</p>

Por su parte, autores como Roche y Jiménez (2000) señalan las principales diferencias entre el modelo centrado en los déficits de los/as niños/as y adolescentes con discapacidad y el modelo basado en las NEE (Tabla 8).

Tabla 8

Diferencias entre el modelo de déficit y el de NEE.

Modelo de Déficit	Modelo de NEE
Las dificultades de aprendizaje tienen su origen solamente en el niño La dificultad es de él. Él es deficiente. Son innatas.	Las DA tienen su origen en la interacción alumno/contexto de enseñanza/aprendizaje. Dependen tanto de las deficiencias del alumno como de las condiciones del entorno en que está.
Tienen un carácter estático y determinante.	Son relativas y cambiantes.
Establece distintas categorías de alumnos según sus deficiencias.	Las necesidades educativas especiales forman un continuo.
Conocer la deficiencia no es suficiente para planificar la intervención educativa.	Obliga a referir las necesidades de los alumnos en relación al currículo escolar.
Lleva a proporcionar recursos especiales exclusivamente para los alumnos deficientes.	Obliga a la escuela a dar respuesta a la diversidad de alumnos y a darse recursos para ello.
Se corresponden con un enfoque clínico de la evaluación y de la intervención.	Se corresponden con un enfoque educativo y ecológico
Son sujetos de EE entre el 2 y el 5% de la población escolar.	Son sujetos de EE en torno al 20-25% de la población escolar.
Implica una concepción de la EE como alternativa a la ordinaria.	Concibe la EE como complemento de la ordinaria.

Fuente: Roche y Jiménez (2000).

Nota: Obviamente, los términos que aparecen en la tabla son los empleados por los propios autores y no se corresponden con los utilizados por la autora de este trabajo.

De la tabla anterior se desprende una menor consideración de las entidades diagnósticas como agrupaciones o cuadros nosológicos estanco ya que el diagnóstico como etiquetaje puede disminuir o anular las posibilidades de enseñanza/aprendizaje. Así, el diagnóstico debe hacerse como punto de partida, no como punto de llegada.

Al respecto, Medina-García (2018) y Luque y Luque (2015) destacan que los puntos asociados al modelo de NEE ofrecen grandes ventajas porque rompen con la perspectiva clásica de un diagnóstico estricto que se centraba en la causa individual-orgánica; por el contrario, el modelo de NEE pone el énfasis en el contexto, en los servicios y en los apoyos como elementos de una respuesta educativa específica y adecuada al alumnado en el seno de la normalización.

Sin embargo, cabe señalar que este concepto ha recibido alguna crítica (Ochaíta y Espinosa, 2012). Estas autoras, al igual que Luque y Romero (2002), señalan que el término debe aplicarse más allá de la relación individuo-contexto, ya que atañe también al profesorado y los recursos disponibles para hacer efectiva esa normalización.

Así, algunos autores (Rosa y Ochaíta, 1993) indican que la excesiva atención al contexto acarrea una respuesta estandarizada, mientras que un mayor énfasis en la individualidad conlleva el riesgo de estancarse en una perspectiva centrada en la deficiencia con lo que se perdería el punto esencial: la normalización (Luque y Luque, 2013). Por ello, este último autor destaca la necesidad de tener una visión armónica entre ambos extremos.

En cualquier caso, tras la publicación del Informe Warnock comenzó a asentarse en la sociedad el concepto de NEE, aunque hasta mediados de la década de 2000-2010 no se convirtiera en una entidad más dentro de las categorías de la atención educativa al alumnado. Así, se establece una estructura de valoración dirigida a concretar qué tipo de intervención psicopedagógica se debía incluir para conseguir la adaptación de los/as alumnos/as según sus circunstancias.

En la última década, la educación inclusiva ha ido gozando de un progresivo reconocimiento por parte de organismos internacionales, gobiernos y reformas escolares (Torres y Fernández, 2015).

Entre ellos, Arnaiz (2011) destaca la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2009) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como instituciones punteras que se han unido para que la

educación llegue a todos los lugares del mundo a través de reuniones y documentos que pretendían poner énfasis en este aspecto: *Convención de los Derechos del Niño*, 1989; *Conferencia Mundial de Educación para Todos*, 1990; *Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales* (1994); *Foro Consultivo Internacional para la Educación para Todos* (2000); *Afrontando el reto: Derechos, Retórica y Situación Actual* (2009); etc. En esta última reunión se vuelve a hacer hincapié en el derecho universal a la educación (ONU, 2000) y la consideración de la diversidad como un valor educativo esencial para la transformación de los centros.

En cuanto a la normativa vigente a escala nacional, España, al igual que el resto de países, se ha ido haciendo eco de las iniciativas internacionales relativas a la educación inclusiva antes mencionadas, aunque ha sufrido un retraso respecto a otros lugares donde los movimientos sobre la inclusión comenzaron a mediados de los años ochenta. En este sentido, la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) supuso un nuevo planteamiento de la educación en España a escala general y en lo que se refiere a la educación especial (García, 1995).

La LOGSE, en relación con la educación del alumnado con NEE, consagra los principios introducidos por la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido (LISMI) y recogidos en el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la educación especial, aunque da a estas normas una nueva dimensión. Así, adoptó un concepto más amplio de “necesidades educativas especiales” ya que incluía las necesidades derivadas de la discapacidad psíquica motora o sensorial, de condiciones de sobredotación y de la historia personal o escolar. Posteriormente, la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) introduce un nuevo concepto “necesidades específicas de apoyo educativo”, más amplio que el anterior, y que se mantiene en la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).

Sin embargo, tanto la LOE como la LOMCE abren vías de atención o apoyo a los/as alumnos/as con NEE que pueden suponer una cierta exclusión porque hay alumnos

que, pese a estar escolarizados en centros ordinarios, reciben un tratamiento distinto al resto, bien en aulas especiales con profesionales especiales al frente, bien porque realizan tareas específicas en el aula distintas a las del resto de los/as alumnos/as.

Por otra parte, la LOE y la LOMCE incluyen el concepto de “necesidades educativas especiales”, que adquiere un sentido restrictivo al referirse únicamente a las necesidades educativas de los/as alumnos/as con discapacidad o trastornos graves de conducta.

Diversos autores (Escudero y Martínez, 2011) abundan en esta cuestión cuando señalan que el enfoque con el que se asocia el concepto de NEE puede tener limitaciones y convertirse en una barrera para el desarrollo de prácticas inclusivas en los centros educativos porque al “etiquetar” a un alumno con NEE se generan expectativas más bajas por parte de los/as docentes y porque esta práctica se centra en las dificultades que experimentan los/as alumnos/as con NEE lo que puede desviar la atención de las dificultades experimentadas por otros/as alumnos/as. Por otro lado, tiende a reforzar en los/as docentes la creencia de que la educación del alumnado con NEE es responsabilidad de un/a especialista (Booth y Ainscow, 2002). Por ello, estos autores sustituyen el concepto de “necesidad educativa especial” por el de “barreras para el aprendizaje y participación”, que tiene su base en un modelo social e implica una interacción entre los/as alumnos/as y sus contextos; es decir, las personas, las políticas, las instituciones, las culturas, y las circunstancias sociales.

2.3. Ámbito sociosanitario

La unidad pedagógica hospitalaria (UPH) es la escuela de los/as niños/as y adolescentes (3 a 16 años) que están hospitalizados/as. Las UPH suelen estar atendidas por maestros/as especializados/as en Pedagogía Terapéutica (PT) a tiempo completo y por profesores/as de secundaria funcionarios/as de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte.

Las horas lectivas y el calendario escolar son los establecidos de manera oficial para los IES y los colegios de Educación Infantil y Primaria de la propia comunidad autónoma. Las aulas hospitalarias son las unidades escolares surgidas dentro del hospital con el objetivo principal de atender escolarmente a los/as niños/as hospitalizados/as, al mismo tiempo que se ayuda a prevenir y evitar la posible marginación que, por causa de una enfermedad, puede sufrir el/la niño/a hospitalizado/a. En estas aulas, por lo tanto, son atendidos niños/as que durante un periodo de tiempo más o menos largo padecen diversos trastornos físicos, enfermedades, roturas, operaciones, etc., por lo que deben permanecer ingresados/as en un hospital. De esta forma, pueden continuar con el proceso educativo con total normalidad, dentro de la anomalía que supone para el/la niño/a estar fuera de su ambiente familiar, escolar y social.

Además, las aulas hospitalarias poseen determinadas características que hacen que la actividad a desarrollar en ellas sea, en cierto modo, diferente: se encuentran ubicadas dentro de un centro hospitalario y van dirigidas a niños/as que sufren diversos tipos de patologías.

Por esta razón el aula debe ser un espacio abierto y flexible, atento únicamente a las necesidades del/a niño/a hospitalizado/a, donde éste/a pueda acudir libremente, con la posibilidad de que siempre que lo requiera su asistencia médica y sanitaria pueda ausentarse, para más tarde volver de nuevo a reincorporarse a sus tareas escolares.

La organización para la atención del alumnado hospitalizado, según la Instrucción de 18 de agosto de 2017 a partir de dos criterios:

- 1) La edad del niño/a: se prioriza la atención al alumnado en edad de escolarización obligatoria, y el alumnado de 2º ciclo de infantil (3-5 años).
- 2) La cronicidad de la patología: se prioriza la atención a los niños y niñas con patologías crónicas o de largo ingreso en el centro (más de 3 semanas).

3. Salud y calidad de vida de los/as profesionales que atienden a personas con necesidades de apoyo

Los/as profesionales que atienden a personas con necesidades de apoyo tienen una alta demanda emocional, además de limitaciones de recursos humanos y materiales en el desempeño de su trabajo. Esto hace que padezcan estrés laboral, *burnout*, fatiga por compasión, etc., como se verá en el presente apartado.

En el ámbito laboral, la OMS (2020) también ha prestado atención a la salud ocupacional. De este modo, la organización señala que este término se refiere a la actividad que promueve la salud de las personas en sus ámbitos laborales y tiene que ver tanto con las condiciones físicas del trabajador y trabajadora como con las psicológicas. Por ello, indica que, además de la atención sanitaria general, los/as trabajadores/as (y especialmente las profesiones de alto riesgo) necesitan servicios de salud que minimicen la exposición a los diferentes factores de riesgo laborales.

Si nos centramos en el grupo de trabajadores/as que nos ocupa, pasar mucho tiempo sirviendo a otros/as a expensas del cuidado de uno/a mismo/a, puede dar lugar a los problemas reseñados anteriormente (Remen, 2001). Al respecto, Pinguart y Sörensen (2003), en un metanálisis que examina las diferencias en la salud física de los/as cuidadores/as y no cuidadores/as, encontraron que los cuidadores/as informales de personas mayores mostraban niveles más bajos de bienestar subjetivo, autoeficacia y salud física, así como mayores niveles de estrés y depresión.

A pesar de esto, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que los efectos psicológicos son más negativos que los físicos. Al respecto, Siebert y Siebert (2005) establecieron una relación positiva entre el rol del/a cuidador/a y la depresión, el deterioro profesional y el agotamiento, así como una relación negativa con la búsqueda de ayuda para problemas personales.

Un concepto relacionado con la salud de los/as trabajadores/as es el “bienestar subjetivo”, que se define como una evaluación global de la calidad de vida (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002) y puede medirse a partir de la satisfacción con la vida

(Oliver, Tomás y Montoro-Rodríguez, 2017) y el afecto positivo (Luhmann, 2017). Autores como Galiana, Oliver, Sansó y Benito (2015) y Sansó et al. (2015) han señalado que, frecuentemente, las prácticas de autocuidado tienen un impacto positivo en el bienestar de los/as cuidadores/as. Por su parte, Richards, Campenni y Muse-Burke (2010) destacan al respecto que el autocuidado es cualquier actividad o decisión encaminada al mantenimiento/mejora de la salud y el bienestar, y en su investigación hallaron un efecto positivo directo entre la frecuencia de las prácticas de autocuidado y el bienestar general.

Otros factores que afectan al bienestar subjetivo son la salud física y la mental. Graham y Shier (2010) realizaron entrevistas individuales preguntando a trabajadores/as de Trabajo Social cómo los diferentes aspectos de su vida afectaban a su bienestar subjetivo y descubrieron dos aspectos recurrentes: la buena salud física y mental de ellos/as. De ahí que los niveles más bajos de salud percibida de los/as cuidadores/as hagan pensar en el impacto negativo que este hecho puede tener en el bienestar subjetivo (Berglund et al., 2015 y Litzelman et al., 2014). Sin embargo, hasta la fecha, la literatura sobre esta cuestión es bastante escasa; uno de los pocos trabajos que examinan el estado de salud del personal que trabaja en instituciones dedicadas a la atención de la diversidad funcional (Lin et al., 2009) halló niveles más bajos de salud mental (vitalidad, funcionamiento social y salud mental) en comparación con la población general. Además, estos mismos autores señalaron en su estudio que el 20.2% del personal que brinda atención a personas con discapacidades está un poco insatisfecho/a con la vida.

Con el fin de proporcionar una visión original en este campo de investigación, Oliver, Revuelto, Fernández, Simó-Algado y Galiana (2019) presentan un modelo integrador y explicativo del bienestar subjetivo en el personal dedicado a atender a personas con discapacidad intelectual a partir de factores como el cuidado personal, la salud mental y física, y la conciencia, mientras se controla el efecto de la edad de la persona cuidadora.

Además, y como señala Pérez-Guerrero (2019), la discapacidad que afecta a la población infantil es un problema emergente que precisa de profesionales preparados/as académica y psicológicamente. Este autor, sin embargo, destaca en su estudio la necesidad de “entrenar” a los/as trabajadores/as del área en habilidades profesionales especializadas. En concreto, en su trabajo halló que ese entrenamiento tenía un impacto positivo en la muestra seleccionada.

3.1. El estrés laboral

3.1.1 Definición

Algunos autores definen el “estrés” como una respuesta general inespecífica (Selye, 1936), como una respuesta ante determinados estímulos (Holmes y Rahe, 1967) o como la relación que la persona establece con su ambiente (Lazarus y Folman, 1986). Así, en general, se señala que se trata de un desequilibrio percibido entre las demandas y la capacidad de respuesta para afrontar una situación dada con consecuencias negativas para el sujeto (Selye, 1936, 1978; McGrath, 1976).

Ivancevich y Matteson (1992), por su parte, lo definen como una respuesta adaptativa, mediada por las características personales y/o por procesos psicológicos, consecuencias de alguna situación que plantea a la persona unas demandas físicas o psicológicas especiales.

Centrándonos en el tema que nos ocupa, el estrés laboral, Schaufeli y Salanova (2002) señalan que es un proceso en donde intervienen estresores o demandas laborales de diversa índole y la OMS que es “la reacción que puede tener un individuo ante las exigencias laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad de afrontar la situación” (Leka, Griffiths y Cox, 2004, p. 4).

Entre las definiciones de estrés laboral que se centran en el tipo de respuesta que provoca el estrés se puede incluir la de la OMS (“el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”) y la de la Health

and Safety Commission (1999) (“el estrés es la reacción de las personas a presiones excesivas u otro tipo de exigencias con las que se enfrentan”).

Por su parte, la Comisión Europea (CE, 2002) define el estrés laboral de la siguiente forma:

“Un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido del trabajo, organización del trabajo y el medio ambiente del trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de respuesta y la frecuente sensación de no poder afrontarlos”.

Según Bresó, Llorens y Salanova (2005), en el estrés laboral intervienen tres factores relacionados entre demandas laborales y los recursos necesarios para hacerles frente: 1) los recursos personales, que se refieren a las características del trabajador o la trabajadora, 2) los recursos laborales, como las características del trabajo y 3) las demandas laborales, como las características del trabajo que requieren esfuerzo físico o mental.

En conclusión, el estrés laboral se puede definir como aquella situación que la persona percibe como amenazadora para sus necesidades de realización personal o profesional y para su salud física o mental (Moncada y Llorens, 2007).

3.1.2 *Modelos teóricos*

Como se ha desarrollado en el apartado anterior, en el origen y proceso del estrés laboral existen diferentes aproximaciones que han dado lugar a la elaboración de distintos modelos teóricos (Peiró y Rodríguez, 2008).

Así, según Gil-Monte (2011), existen tres modelos principales en el desarrollo del estrés laboral: el modelo de demandas-control (Theorell y Karasek, 1996), el modelo de ajuste persona-ambiente (Frech, Caplan y Harrison, 1982) y el modelo de esfuerzo-recompensa de Siegrist (1996):

1. El modelo de demandas-control de Karasek (1979) considera que los niveles de estrés laboral dependen de la relación entre las altas demandas que perciben los/as trabajadores/as y el bajo control que tienen para hacerles frente. Las demandas pueden estar originadas por la sobrecarga de trabajo, la dificultad de la tarea o las presiones temporales, mientras que el control está relacionado con la oportunidad que tiene el individuo de ejercer influencia y control sobre su situación laboral (Salanova, Martínez y Lorente, 2005). A este modelo se le sumó posteriormente una tercera dimensión: el apoyo social en el puesto de trabajo como factor protector de la salud de los/as trabajadores/as (Johnson, 1989).
2. El segundo modelo es el de ajuste persona-ambiente de French, Caplan y Harrison (1982), y considera que el estrés laboral está relacionado con el rol de los y las trabajadores/as y que sus consecuencias se deben a un desequilibrio entre las demandas del individuo y los beneficios del puesto de trabajo. Así, estos autores señalan que la relación entre el ambiente laboral y el/a trabajador/a no es adecuada, pues está afectada por la percepción distorsionada de la situación que puede tener el individuo, por los procesos cognitivos y personales, y por la propia organización.
3. Finalmente, el modelo de desajuste entre el esfuerzo-recompensa en el trabajo (Siegrist, 1996) considera que el estrés laboral es un proceso social de reciprocidad entre esfuerzos y recompensas. Entre las gratificaciones estarían el salario, el reconocimiento, la promoción y la seguridad laboral; concepto que en la actualidad se conoce como “salario emocional”. Este modelo se caracteriza por tener en consideración tanto las variables del contexto laboral como las variables individuales del/a trabajador/a.

Estos tres modelos teóricos son los de mayor trascendencia en el estudio del estrés laboral han tenido en las últimas décadas y han sido la base de diversos estudios que relacionan las fuentes de estrés laboral con otros riesgos psicosociales en el trabajo como la inseguridad laboral (Strazdins, D'Souza, Lim, Broom y Rodgers,

2004), la sobrecarga de trabajo (De Cuyper et al., 2010; Shirom, Melamed, Rogowski, Shapira y Berliner, 2006), las altas demandas emocionales (De Jonge et al. 2010), el conflicto o desequilibrio trabajo-familia (Berkman, Buxton, Ertel y Okechukwu, 2010), y la relación entre esas fuentes de estrés laboral y sus resultados en forma de problemas fisiológicos de salud, *burnout*, (Bakker, Hakanen, Demerouti y Xanthopoulou, 2007), satisfacción laboral e intenciones de abandono de la profesión (Kinman y Jones, 2008), y absentismo laboral por enfermedad (Van Yperen y Snijders, 2000).

Además de los tres modelos antes citados existen otros que cabe señalar en el presente apartado:

1. El modelo transaccional del estrés, que considera el estrés laboral como un proceso dinámico de interacción del trabajador con su entorno laboral (Cox, 1987). Al respecto, algunos autores (Lazarus y Folkman, 2000) señalan que cada trabajador/a reacciona de manera distinta ante un mismo estresor. Esta reacción estará determinada por las evaluaciones cognitivas del/a trabajador/ sobre su situación, los recursos de los que dispone y la forma de afrontamiento, donde el principal factor regulador del estrés es el sentimiento de la autoeficacia profesional (Salanova, Bresó y Schaufeli, 2005).
2. El modelo centrado en las estrategias de dirección y sistemas de recursos humanos (Matteson y Ivancevich, 1989), que estudia las fuentes de estrés relacionadas con las organizaciones y el entorno de los/as trabajadores/as.
3. El modelo AMIGO (Análisis Multifacético para la Intervención y la Gestión Organizacional, Moliner, Martínez-Tur, Ramos y Peiró, 2008) que tiene en cuenta los riesgos psicosociales que causan estrés laboral en una organización.
4. La teoría del contrato psicológico (Gakovic y Tetrick, 2003), que trata de la relación entre el/a trabajador/a y el grupo, y sus consecuencias negativas

para la salud y el bienestar (Gracia, Silla, Peiró y Fortes-Ferreira, 2006). En cuanto al equilibrio entre el/la trabajador/a y el ambiente laboral cabe destacar algunos mecanismos sociales que influyen en él: la comparación social (Carmona, Buunk, Peiró, Rodríguez y Bravo, 2006), la justicia y el conflicto.

3.1.3 Fuentes de estrés laboral

Peiró (2008) afirma que un aspecto importante para entender un fenómeno tan complejo como el estrés laboral es el análisis de las fuentes de estrés, denominadas “estresores”.

Al respecto, los estresores laborales se definen como cualquier evento, situación o cognición que puede evocar emociones negativas en el entorno laboral del individuo en el entorno laboral. En el proceso de estrés laboral intervienen demandas laborales y recursos cuya ausencia puede convertirse en un estresor más o, por el contrario, amortiguar los efectos dañinos de los mismos. Por ello, el concepto “estresor laboral” hace referencia a las variables ambientales del entorno de trabajo causantes del estrés (Schaufeli y Salanova, 2002). Además, López-Araujo, Osca y Peiró (2007) indican que las distintas fuentes de estrés laboral pueden provenir del propio trabajo o de las características personales del trabajador o la trabajadora.

En cuanto a los estresores que provienen propiamente del trabajo se encuentran el rol organizacional, el *clima* y la cultura organizacional, las relaciones interpersonales, el desarrollo de la carrera y el conflicto familia-trabajo (Cremades-Puerto et al., 2011; Gil-Monte, Carretero y Núñez, 2005; Peiró y Rodríguez, 2008). Por su parte, entre las variables individuales que intervienen en el proceso se encuentran las diferencias demográficas, y según algunos estudios, las estrategias de afrontamiento. Dada la importancia que consideramos que estas tienen en el

manejo del estrés las desarrollaremos más ampliamente en posteriores apartados, así como también la inteligencia emocional (IE) como factor de protección.

Ivancevich y Matteson (1989) establecen cinco tipos de estresores en la actividad laboral:

- 1) Estresores del medio ambiente físico: la iluminación, el ruido, la temperatura, la vibración y el movimiento, el aire contaminado y el nivel de toxicidad, las condiciones climatológicas y la disposición del espacio para el trabajo.
- 2) Estresores individuales: el conflicto y la antigüedad del rol, la sobrecarga de trabajo, la responsabilidad de otros y el desarrollo de la carrera profesional
- 3) Estresores grupales: la falta de cohesión, el apoyo inadecuado o las presiones del grupo y los conflictos intra e intergrupales.
- 4) Estresores organizacionales: el clima y la estructura organizacional, el territorio de la organización, las características de la tarea, las nuevas tecnologías, el liderazgo y la política de turnos de trabajo.
- 5) Estresores extra organizacionales: la familia, haber sufrido un proceso de reubicación, presiones económicas y financieras, y estresores residenciales.

Por su parte, Peiró (1999) agrupa los estresores en ocho categorías:

- 1) El ambiente físico, los riesgos ambientales y las condiciones laborales (el ruido, la vibración, la iluminación, la temperatura, la humedad, etc.).
- 2) La organización laboral: el turno de trabajo, la sobrecarga de trabajo, la exposición a riesgos, etc.
- 3) Las características de las tareas: el control, la complejidad, las oportunidades para utilizar las habilidades, la identidad y el significado de la tarea, el *feedback* de la tarea, etc.
- 4) Los estresores de rol: el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol.

- 5) Los estresores derivados de las relaciones y las interacciones: las relaciones con los/as supervisores/as, los/as compañeros/as, los/as subordinados/as, los/as usuarios/as, etc.
- 6) El desarrollo de la carrera: la inseguridad laboral, los cambios de puesto, las promociones, el desarrollo y las transiciones de carrera, etc.
- 7) Las características de la organización: la estructura y el clima social de la organización.
- 8) Otras esferas de la vida: los conflictos en el trabajo y en el ámbito familiar.

En el marco de la prevención de riesgos laborales los estresores laborales hacen referencia a los “riesgos psicosociales” que se manifiestan en el trabajo. Schaufeli y Salanova (2002) señalan que los estresores o riesgos psicosociales se pueden categorizar en dos grandes grupos: las demandas laborales y la falta de recursos. Las demandas laborales aluden a aquellos aspectos físicos, sociales y organizacionales que requieren de un esfuerzo sostenido, y están asociados a ciertos costes fisiológicos y psicológicos.

En general, los principales estresores laborales proceden de factores ambientales, organizacionales e individuales (Ivancevich y Matteson, 1989).

Por su parte, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA, 2005) estima como las causas principales de estrés laboral el trabajo precario (entendido como un empleo de baja remuneración y de baja calidad con pocas oportunidades de formación y de avanzar en la carrera profesional) y la sobrecarga de tareas y plazos para su cumplimiento, donde las nuevas tecnologías juegan un papel fundamental.

Sin embargo, cada grupo ocupacional o profesional tiene unos estresores específicos y unas condiciones y situaciones relacionadas con el origen y desarrollo del estrés. En nuestra investigación tendremos en cuenta los estresores o las fuentes de estrés de los y las profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo. En este sentido, según Olmedo (2010) es importante el

concepto de “carga mental” vinculada a la tarea en el puesto de trabajo, que influye negativamente en la resistencia al estrés.

Así, el estrés que afecta a los/as profesionales asistenciales ocurre cuando experimentan una disonancia entre sus expectativas profesionales y la realidad laboral. Por su parte, Maslach y Jackson (1986) señalan que a los/as profesionales asistenciales se les exige una implicación con personas en situación difícil, lo que da lugar a sentimientos de frustración, miedo y desesperación.

3.2. El *burnout*

La OMS incluyó el síndrome del trabajador/a quemado/a o *burnout* en su catálogo de enfermedades laborales en 2019. Este síndrome es algo muy común entre aquellas personas que desarrollan su jornada laboral en interacción con otras personas. En concreto, se produce en profesiones relacionadas con la sanidad, la docencia, la seguridad, la atención al cliente, etc. Sin embargo, la incorporación del *burnout* en este catálogo no será efectiva hasta el 1 de enero de 2022.

El término “burnout” se utilizó por primera vez en la década de los 70 de la mano de Herbert Freudenberger (1975) (Maslach y Leyter, 2017), aunque en la literatura se habían descrito personajes que padecían situaciones anímicas similares. El citado autor “inventó” el término estudiando a 72 voluntarios y voluntarias que trabajaban en un centro de tratamiento de personas drogodependientes.

En cualquier caso, el *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). 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). Así pues, se trata de un fenómeno subjetivo y de carácter negativo en el que entran en juego cogniciones, emociones y actitudes (negativas) (Gil-Monte, 2005). Este mismo autor señala que el *burnout* se caracteriza por las siguientes cuestiones:

- 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.
- c) La aparición de actitudes y conductas negativas (indiferencia, frialdad, distancia, agresividad, desencanto, etc.) hacia otras personas y, en especial, hacia la organización. En ocasiones estos síntomas van acompañados de sentimientos de culpa.

Desde la aparición del término hasta la actualidad el concepto ha sufrido una evolución constante que ha acarreado la aparición de distintos modelos teóricos que pretenden explicar, comprender y predecir el origen y las consecuencias del síndrome. Al respecto, Gil-Monte (2005) establece los siguientes modelos:

- 1) Modelo tridimensional del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS): a partir de tres dimensiones (aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales) del cuestionario MBI-HSS para evaluar el *burnout*, en 1982 Maslach indicó que se producía la siguiente secuencia: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.
- 2) Modelo de Edelwich y Brodsky (1980): los autores proponen un modelo de cuatro fases que atraviesa la persona desde su inicio en la actividad laboral: fase de entusiasmo (expectativas irreales), fase es de estancamiento (el/la profesional realiza su trabajo, pero su atención se centra en intereses personales), fase de frustración (reflexiona sobre el sentido de ayudar a los/as demás cuando estos no colaboran) y fase de apatía (funciona como mecanismo de defensa frente a la frustración). Los/las profesionales en esta cuarta fase se implican lo mínimo posible en el funcionamiento de la organización 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): se plantea de forma parecida al proceso de duelo, ya que el *burnout* supone también pérdidas a escala personal (ilusión), interpersonal (relaciones positivas) e institucional (trabajadores/as 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): se trata de un modelo teórico que integra los antecedentes y consecuentes del *burnout*, y que permite facilitar el diagnóstico y la intervención profesional. Comprende varios elementos de la organización: el entorno social, el sistema físico-tecnológico y el sistema social-interpersonal. Según el autor, aquellas organizaciones diseñadas y organizadas para prevenir el estrés, tendrán profesionales con menos *burnout*. Además, el modelo contempla las estrategias de afrontamiento de carácter personal sobre las que se puede influir para su prevención (resolución de problemas, asertividad, etc.).

Sobre cómo afecta a los/as profesionales el *burnout*, éste puede darse en diferentes colectivos, aunque 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: trabajadoras y trabajadores de asistencia sanitaria, servicios sociales, salud mental, derecho penal, educación, etc. (Gil-Monte, 2005; Olivares et al. 2009), como se ha dicho anteriormente.

Las cuidadoras y cuidadores profesionales en residencias, en concreto, obtienen altas puntuaciones en las dimensiones que definen el *burnout*. Al respecto, Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro (2011), en una investigación realizada en residencias de Murcia y Barcelona, estimaron que alrededor del 13% del colectivo profesional presentaba niveles elevados de agotamiento personal; aproximadamente el 55% puntuaban alto en despersonalización; y el 10% en baja realización personal en el trabajo.

Más recientemente, Arias, Cahuana, Ceballos y Caycho (2019), en un estudio realizado con una muestra de cuidadores/as de pacientes con discapacidad infantil, también encontraron que un 97.6% presentaban síndrome de *burnout* moderado. Además, el estudio concluyó que las mujeres padecían de mayor despersonalización que los varones, y que las cuidadoras de familiares estaban más agotadas emocionalmente que los/as cuidadores/as profesionales, que a su vez, sufrían de una menor realización personal.

González-Sierra y Véliz (2019) también destacaron en un estudio realizado con una muestra de 41 cuidadores/as de personas con discapacidad que el 15% presentaba el síndrome de *burnout* y que el 73% tenía riesgo de padecerlo, mientras que en solo un 12% de los casos el riesgo era bajo.

Por su parte, Mutkins, Brown y Thorsteinsson (2011) señalan que entre el grupo antes aludido, los/as profesionales que brindan apoyo a PCD de tipo intelectual añaden a los problemas y preocupaciones habituales con la organización y los/as colegas, la dificultad que supone la gestión del comportamiento (a veces difícil) de algunos/as PCD. Otros autores (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román, 2005), quienes realizaron estimaciones sobre la prevalencia del *burnout* en una muestra de 154 monitoras y monitores de talleres para PCD hallaron que casi el 12% de este grupo podía categorizarse como de alto riesgo, es decir, que precisaban de la intervención de un/a especialista.

De este modo, diversos estudios relacionados con los/as profesionales que trabajan con PCD han encontrado entre estos/as un elevado nivel de *burnout*, caracterizado por el agotamiento emocional, una alta despersonalización y una baja realización personal (Figueiredo-Ferraz et al., 2013; Olivares et al., 2009).

Además, una sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000 ha tipificado el *burnout* como “accidente de trabajo”, y añade que los/as profesionales que desarrollan una actividad docente con PCD a menudo están expuestos a condiciones laborales que originan *burnout*. Gil-Monte y Peiró (1997) señalan al respecto de esas condiciones laborales la falta de especificidad en

funciones y tareas, la ambigüedad y conflicto de rol, la escasa participación en la toma de decisiones y la falta de apoyo social en el trabajo; y Savicki y Cooley (1987) la falta de autonomía y la presión en el trabajo.

Por ello, los/as profesionales que trabajan con PCD, al iniciar su trayectoria profesional, deben adaptarse a estas condiciones laborales adversas y deshumanizadas (Guerrero, 2003).

En cuanto a la prevalencia de este síndrome, los países desarrollados la han investigado ampliamente. Así, en un estudio en el que participaron trabajadores de 11 países europeos y Turquía, el 43% de los encuestados fueron clasificados con niveles altos de *burnout*. La investigación concluyó que este fenómeno era común en toda Europa (Soler et al. 2008). Estas cifras son similares a las encontradas por diversos autores (Benavides 2008; Fernández, 2008; Paredes y Sanabria, 2008) en Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela, donde la prevalencia del estrés laboral y del *burnout* se sitúa entre el 10% y 43.2%.

Sin embargo, aplicando criterios más conservadores, en Holanda se estima que entre el 4% y el 7% de la población podría sufrir niveles graves de SQT (Schaufeli y Enzmann, 1998) y en Finlandia se señala que los casos graves de SQT de la población trabajadora se sitúan en el 2.4% (Honkonen et al., 2006). En España se han obtenido porcentajes similares (Gil-Monte, 2005).

Para concluir este apartado se pueden citar otros autores (Kearney, 2009, 2011) que señalan la autoconciencia como un factor determinante para establecer una diferencia entre profesionales que “sufren, se contagian y se sienten quemados por el trabajo” de aquellos que en el mismo entorno aprenden, disfrutan y encuentran sentido a su difícil profesión. La autoconciencia permite al profesional del área sociosanitaria atender y evaluar simultáneamente las necesidades del paciente, el entorno de trabajo y su propia experiencia subjetiva sobre ambos aspectos.

En España un estudio pionero (Sansó et al., 2015) investigó este aspecto utilizando una muestra de 387 profesionales de cuidados paliativos. En concreto, se

estudiaron las relaciones entre la competencia profesional para afrontar la muerte, la autoconciencia, la satisfacción de compasión, el estrés traumático secundario, el *burnout* y el autocuidado. Los resultados confirmaron que el autocuidado y la autoconciencia predecían la competencia de afrontamiento de la muerte de los profesionales. Además, ambas cuestiones también predecían la satisfacción de compasión, pero no la fatiga de compasión y el *burnout*.

Stamm (2012), por su parte, señala que el grado de autoconciencia puede entrenarse con prácticas orientadas al cultivo de la atención que nos permiten una gestión adecuada de las emociones, así como un mayor equilibrio emocional. Sin embargo, Thirioux, Birault y Jaafari (2016) advierten de que es necesario disponer de un elevado nivel de conciencia que permita distinguir entre el yo y el otro.

Los profesionales con elevado nivel de autoconciencia tienen un mejor autocuidado y una mayor capacidad de implicarse con los pacientes sin experimentar estrés (Sansó et al., 2015). Además, estos profesionales consiguen que el paciente se sienta “sentido”, lo que hace que sean cuidadores más eficaces (Simón, 2010).

El modelo de autocuidado basado en la autoconciencia de Kearney et al. (2009), citado anteriormente, también pretende mejorar el autocuidado a partir de factores específicos que ayuden a los/as profesionales sanitarios a afrontar el cuidado de los/as pacientes. Este modelo señala una relación positiva entre el nivel de autocuidado y la satisfacción por compasión de los/as clínicos/as, y una relación negativa con el *burnout* y el estrés traumático secundario.

3.3. La fatiga por compasión

Joinson (1992) fue el primer autor que utilizó el término “compassion fatigue” para describir situaciones en las que las enfermeras presentaban dificultad para experimentar sus propios sentimientos o sentían impotencia y rabia en respuesta al estrés que padecían al estar en contacto con pacientes que atendían a diario en el

servicio de emergencias hospitalarias (Gómez Martínez, Gil, Castro, Ruiz y Ballester, 2015).

Además del término “fatiga por compasión” (FC) existen numerosos conceptos que describen el fenómeno: “victimización secundaria”, “estrés traumático secundario” (Figley, 1992, 1994, 1995, 2002) o “traumatización vicaria” (Perlman y Saakvitne, 1995).

Al respecto, un fenómeno que emerge en la literatura que estudia a las personas que trabajan en la atención directa y asistencial es el llamado “Síndrome de Desgaste por Empatía” (SDE). Otros términos relacionados con este concepto son el “contagio emocional”, el “*burnout*” y la “contratransferencia o desmotivación del trabajador” (Figley, 1995).

Figley (2002) definió el fenómeno como una “sensación de profunda simpatía y pesar por otra persona, que está afectada por el sufrimiento o desgracia, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o eliminar su causa”. Este mismo autor, ya en 1995, indicaba que la compasión y la empatía parecen estar en el centro mismo de la capacidad para realizar el trabajo y, al mismo tiempo, en nuestra capacidad para ser dañados por ese trabajo.

Más recientemente, algunos investigadores (Kearney, 2009) han equiparado la FC con el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), ya que aquellos/as que tienen una enorme capacidad para sentir y expresar empatía tienden también a tener mayor riesgo de internalizar el trauma si no establecen los límites de su propia implicación. Moreira Fueyo y Álvarez Baza (2002), por su parte, ahondan en esta idea al señalar que quienes tienen una enorme capacidad para sentir y expresar empatía tienden a tener mayor riesgo de estrés de compasión y suelen tener dificultades para pedir ayuda o consultar con un colega.

En contraste con el *burnout*, tratado en el anterior apartado, los/as profesionales con FC pueden seguir ejerciendo sus funciones cuidando e involucrándose de

manera comprometida. Sin embargo, Fligey (2002) advierte que la FC puede desencadenar *burnout*.

La FC, no obstante, se distingue del *burnout* en que éste sucede con la exposición a niveles prolongados y excesivos de estrés, mientras que el primero emerge de manera repentina y sin previo aviso, y puede suceder tras una única exposición a un incidente traumático. Así, la persona con FC puede tener a menudo sentimientos de miedo y tristeza, estando estos síntomas desconectados de causas reales, y generalmente la recuperación es más rápida que en el *burnout* (Conrad y Kellar-Guenther, 2006).

En cuanto a los factores de riesgo más frecuentes, diversos autores señalan que la juventud y/o inexperiencia respecto al trauma que se atiende puede ser uno de ellos. Las personas que padecen este síndrome sufren episodios de tristeza y depresión, insomnio, ansiedad general, sobrecarga física, pérdida de objetividad y de capacidad para ser útil. Pueden presentar asimismo pesadillas y pensamientos intrusivos similares a los de las personas que han atendido. En casos más graves pueden caer en depresión profunda que los/as aísla del apoyo de los/as demás (Conrad y Kellar-Guenther, 2006).

Ruysschaert (2009), por su parte, señala que existen también factores de tipo personal, entre ellos, tener un pobre autocuidado, alguna situación traumática no resuelta del pasado, estrés que escapa al control y la insatisfacción laboral. Sin embargo, ante la posibilidad de padecer FC, la satisfacción de la compasión (SC) se considera una aliada por el estado de alegría y plenitud que genera en la persona el acto de ayudar, tal y como se verá en el siguiente apartado.

Además de la SD, Yoder (2010), en un estudio realizado con enfermeras de hospital y de atención domiciliaria, indica que para disminuir la aparición de la FC, el personal planteaba cambiar de unidad, de turno, reducir la actividad a media jornada, tomar días de vacaciones y utilizar conductas asertivas para establecer límites a escala laboral. Asimismo, las personas entrevistadas afirmaron que explicar

las situaciones estresantes a sus compañeros, compañeras y a profesionales de la psicología también les ayudó a disminuir la probabilidad de aparición de FC.

Pese a que, como se ha visto, el término apareció ligado a profesiones relacionadas con la sanidad, otros autores han ampliado el espectro de tareas que pueden acarrear fatiga por compasión. Ruzek (1993), por ejemplo, añadió al grupo de personas vulnerables a la FC a la familia y los/as amigos/as de los/as enfermos/as, y Stebnicki (2000) a otras profesiones como abogados, asistentes sociales, educadores y docentes, etc. Este trabajo se ha centrado fundamentalmente (aunque no únicamente) en los/as profesionales vinculados al medio educativo.

En general, la FC o el “costo de cuidar” (Figley, 1995) se considera una respuesta asociada a la exposición a las narraciones de otras personas que expresan traumas personales. Killian (2008) señala además que puede ser acumulativa y que afecta al bienestar emocional de quien la padece. Ambos autores indican que las personas que la sufren pueden padecer una disminución en la concentración, apatía, minimización y preocupación por el trauma. Además, suelen sentirse impotentes, enfadados/as, culpables, deprimidos/as, y experimentar sueños angustiosos.

En concreto, Figley y Figley (2017), a partir de un metaanálisis de la literatura existente al respecto, destacó tres áreas esenciales de los profesionales que trabajan con víctimas de traumas:

- 1) Malestar psicológico: tristeza, depresión, ansiedad; pesadillas; dolores de cabeza; sufrimiento gastrointestinal; comportamientos obsesivos; palpitaciones e hiperventilación; y deterioro de las actividades diarias.
- 2) Cambio cognitivo: sensación de impotencia y vulnerabilidad.
- 3) Alteraciones relacionales: distanciamiento de la familia, amigos y colegas.

3.4. La satisfacción de la compasión

La compasión es una respuesta empática hacia el sufrimiento de los/as demás que implica una intención de aliviar este sufrimiento. Es, por tanto, la combinación del

entendimiento de la persona que sufre con la acción de ayudar (Perez-Bret, Altisent y Rocafort, 2016).

Kearney, Weininger, Vachon, Harrison y Mount (2009), sobre la SC, aseguran que el bienestar en el trabajo es resultado del sentimiento de agradecimiento que se produce cuando existen relaciones empáticas significativas, lo que fortalece el compromiso con la actividad laboral. Este compromiso, a su vez, mitiga la situación de agotamiento e imprime energía, implicación y eficacia con la actividad desempeñada; lo que acaba generando bienestar y sentido de competencia.

Sin embargo, la SC es un campo de estudio que todavía está poco explorado, lo que pone de manifiesto la necesidad de profundizar en una visión positiva de los aspectos saludables en contraposición con los enfoques centrados históricamente en lo patológico.

Al respecto, el paradigma de Frankl (1994) propone ejercer la profesión desde la humanidad con un enfoque positivo y no solo desde los conocimientos, es decir, atender a “el otro” desde su condición de ser humano y no desde su problema o enfermedad. Además, señala la necesidad de que se produzca un desarrollo personal en el proceso. En definitiva, indica el autor, ser “persona” significa estar junto a otras personas y entender su sufrimiento no como un problema, sino como una experiencia vital compartida.

De este modo, el paradigma de Frankl propone que se tengan en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Considerar que tanto el profesional como el “paciente” son personas.
- 2) Considerar que la vida es un proceso y que, más allá de la biología y la mente, está la biografía. Y que la biografía por un lado determina, y por otro da sentido y posibilidades a la vida, como también lo hace el sufrimiento.
- 3) Emplear el humor, no solo porque “la risa es la distancia más corta entre dos personas”, lo que nos ayuda a entrar en contacto con el otro, sino también

porque el humor ayuda a afrontar mejor una situación difícil como es la enfermedad o el duelo.

En conclusión, Frankl invita a los/as profesionales a repensarse como personas y, además, como personas que son “especialistas en personas”. Stamm (2002), por su parte, identifica esta nueva concepción como un factor que contrarresta la FC y sugiere que en parte puede explicar la existencia de la resiliencia humana.

Por “resiliencia” se entiende la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e incluso ser transformados por ellas. Existen otros términos relacionados con la SC (“crecimiento vicario postraumático” y “crecimiento postraumático”) entendido este último como un cambio positivo en las relaciones interpersonales, la autoconciencia y la filosofía de la vida tras sufrir un acontecimiento traumático (Vera, Carbelo y Vecina, 2006).

Así, el crecimiento postraumático se describe como el fenómeno de crecimiento clínico que resulta de presenciar las secuelas positivas de las experiencias traumáticas de otros. Esto puede generar en el profesional sentimientos de que su propia vida ha sido enriquecida o potenciada (*empowered*) por el testimonio del crecimiento postraumático del paciente o su familia (Harrison y Westwood, 2009).

La SC ha asociado también con la comprensión del proceso de sanación recíproco cuidador-paciente, la autorreflexión interna, la conexión con los/as semejantes y el sentido de espiritualidad, así como con un elevado grado de empatía. Por ello, autores como Vázquez y Pérez-Sales (2003) y Benito, Arranz y Cancio (2010) señalan la importancia de conectarse con uno mismo para calmarse, y que esta sea una estrategia útil de prevención.

Por su parte, Campos (2015) subraya que la SC ha sido menos estudiada que la FC, y que actúa como factor positivo frente a esta última: “(...) la SC actúa como factor protector frente a los riesgos de la FC (niveles altos de SC se asocian con niveles bajos de FC) y permite explicar la resiliencia que se produce en muchos profesionales”. Este mismo autor define la resiliencia como “la capacidad de una

persona para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (Acinas, 2012, pp. 116-117).

4. Estrategias de afrontamiento de los y las profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades especiales

Diferentes estudios resaltan tres grandes características de las estrategias de afrontamiento (Lazarus y Lazarus, 1994), a partir de las cuales se pueden clasificar:

- 1) La valoración, búsqueda del significado del evento crítico.
- 2) El problema, intenta confrontar la realidad, manejando las consecuencias que se nos presentan.
- 3) La emoción, regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo.

A partir de esta clasificación, podemos identificar que las estrategias de afrontamiento se identifican, a su vez, en tres clases:

- 1) Las estrategias centradas en el problema: se suelen utilizar en condiciones de estrés “controlable” y están orientadas a resolver un problema dado.
- 2) Las estrategias centradas en las emociones: tienden a emplearse cuando percibimos el evento estresante como algo incontrolable o peligroso.
- 3) Las estrategias basadas en la evitación: suelen usarse en los momentos en los que la persona aplaza el afrontamiento para ordenar sus recursos psicosociales.

Carver (1997), por su parte, en el desarrollo de su cuestionario sobre estrategias de afrontamiento, *Coping orientations to problems experienced (COPE)*, define 14 estrategias. Entre ellas, como se puede observar, se encuentra el humor:

- 1) Afrontamiento activo. Implica iniciar acciones directas e incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir el estresor, en un intento de solucionar el problema de manera sensata.

- 2) Planificación. Consiste en pensar cómo afrontar el estresor; planificar estrategias de acción; identificar los pasos a dar; y la dirección de los esfuerzos a realizar.
- 3) Apoyo instrumental. Implica procurar ayuda, consejo y solicitar información a personas que son competentes sobre lo que se debe hacer.
- 4) Uso de apoyo emocional. Es el hecho de conseguir simpatía y comprensión de otras personas.
- 5) Autodistracción. Significa concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
- 6) Desahogo. Es la tendencia a expresar los sentimientos que produce el factor estresor, lo que conlleva el aumento de la conciencia del propio malestar emocional.
- 7) Desconexión conductual. Es reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
- 8) Reinterpretación positiva. Consiste en buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
- 9) Negación. Implica negar la realidad del suceso estresante.
- 10) Aceptación. Es el hecho de aceptar lo que está ocurriendo.
- 11) Religión. Es la tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentando la participación en actividades religiosas.
- 12) Uso de sustancias (alcohol, medicamentos, etc.). Implica tomar alcohol o consumir otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar el factor estresor.
- 13) Humor. Consiste en hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes.
- 14) Autoinculpación. Lleva a criticarse y culparse por lo sucedido.

González-Herrera (2017, a y b), en un estudio realizado con una muestra de profesionales sociosanitarios que atendían a personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), encontró que su situación estaba relacionada con las estrategias que desarrollaban para afrontarla. Una de las estrategias más extendidas entre la muestra era la aceptación, tanto de la enfermedad como del reconocimiento de los propios sentimientos y emociones que esta les generaba; la siguiente a la que más recurrían era la de naturalizar la enfermedad y, por ende, la propia muerte de la persona enferma. El humor, que trataremos en el siguiente apartado, era también una estrategia de afrontamiento que utilizaban estos/as profesionales.

Orlando et al. (2019), por su parte, en una investigación dirigida a evaluar las estrategias de afrontamiento adoptadas por los/as cuidadores de niños/as con discapacidad, halló que las estrategias de afrontamiento más utilizadas eran la resolución de problemas (84%), la reevaluación positiva (77%) y el apoyo social (76.9%). Por su parte, la menos utilizada era la evasión (20%).

Las estrategias de afrontamiento se han asociado también con el bienestar ya que el objetivo del afrontamiento es recuperar el bienestar tras un evento estresante (Fernández y Polo, 2011; Viñas, González, García, Malo y Casas, 2015) con la adaptación social y el locus de control (Fierro-Hernández y Jiménez, 2002), con menores síntomas de depresión, ansiedad fóbica y nivel global de estrés (Gustems y Calderón, 2013) y con menores niveles de despersonalización y agotamiento emocional característicos del *burnout* (Adriaenssens, De Gucht y Maes, 2015).

A la inversa, diversos autores han asociado un bienestar psicológico con un estilo inadecuado de afrontamiento (González et al., 2002); con estrategias dirigidas a la emoción como son aguantar, cambiar, calmarse u olvidar (Fierro-Hernández y Jiménez, 2002); con el afrontamiento pasivo o falta de afrontamiento (Figueroa et al., 2005); y con la evitación conductual y cognitiva (Gustems y Calderón, 2013).

En lo referente a las diferencias de edad en las estrategias de afrontamiento, Aldwin, Sutton, Chiara y Spiro (1996) detectaron contradicciones entre diversos estudios. Así, mientras que en algunas investigaciones se ha observado que el

afrontamiento centrado en el problema disminuyen con la edad, otros han encontrado que el afrontamiento activo centrado en el problema se incrementa con el paso del tiempo (Trouillet, Doan-Van-Hay, Launay y Martin, 2011).

Brennan, Holland, Schutte y Moos (2012), por su parte, observaron una disminución tanto del afrontamiento aproximativo como del evitativo con el paso del tiempo, aunque sugirieron que estos resultados podían deberse a un descenso de la energía para afrontar los problemas. Otros autores añaden que estas diferencias pueden deberse a factores mediadores como la percepción de la cantidad de problemas (Aldwin et al., 1996) o los cambios en las creencias sobre la autoeficacia (Trouillet et al., 2011).

En cuanto a las diferencias de sexo en las estrategias de afrontamiento, Dunahoo et al. (1998) observaron que, aunque la literatura había encontrado de manera reiterativa que los hombres suelen dirigir sus esfuerzos de afrontamiento a modificar el problema, mientras que las mujeres se centran más en manejar su respuesta emocional al estrés o a evitar el problema, esta diferencia podría deberse a que se mueven en entornos que requieren distintos roles.

Estos autores sugirieron que el afrontamiento se evalúa normalmente desde modelos de carácter individualista, lo que produce que no se detecten las formas de afrontamiento positivo que llevan a cabo las mujeres. En su estudio observaron que las mujeres eran más prosociales que los hombres, y también que ellas resultaban ser tan activas como los hombres en su afrontamiento.

Su conclusión fue que las diferencias entre sexos se dan más en la dimensión social que en la dimensión dicotómica afrontamiento activo-pasivo.

En la literatura, en efecto, parece que las mujeres puntúan de manera recurrente más alto en búsqueda de apoyo social (Cabanach, Fariña, Freire, González y Ferradás, 2013; Figueroa et al., 2005;) y expresión emocional (Essex y Scott, 2008). González et al. (2002) indican que presentan un estilo más enfocado al problema.

En los hombres se han observado mayores puntuaciones en control emocional, en distracción (González et al., 2002; Figueroa et al., 2005), estrategias improproductivas (Essex y Scott, 2008), retirada social y evitación de problemas (Fernández y Polo, 2011), y reevaluación positiva y planificación (Cabanach et al., 2013). Por otro lado, Matud (2004) observó que las mujeres puntuaban más alto en estrategias pasivas que los hombres, aunque también hay evidencias de que los hombres puntúan más alto en estrategias pasivas que las mujeres.

Parece que se confirma la tendencia que asocia a las mujeres con formas de afrontamiento basadas en aspectos relacionales (búsqueda de apoyo social, hablar con otras personas significativas), mientras que el perfil de los hombres es más diverso, abarcando estrategias que van desde la reevaluación positiva al aislamiento y la evitación.

En lo que se refiere al humor como estrategia de afrontamiento, algunos investigadores (Abel, 2008; Hawkins, 2008; Lillo, 2007) han relacionado el humor y sus estilos con las estrategias de afrontamiento, y han encontrado correlaciones significativas. Todos concluyen que los estilos de humor considerados positivos; humor de autoafirmación (*self enhancing*) y humor afiliativo (*affiliative*) son los más útiles para hacer frente a situaciones problemáticas, contribuyen al bienestar y suelen relacionarse también con determinadas estrategias de afrontamiento. Este aspecto, el humor, se tratará más ampliamente en el siguiente apartado.

Por su parte, Hawkins (2008) también corrobora que la reevaluación positiva, la planificación, la confrontación y la búsqueda de apoyo emocional, son las estrategias más utilizadas por las personas, y señala que el humor de autoafirmación y afiliativo son los más relacionados con estrategias de afrontamiento útiles y adecuadas para hacer frente al *burnout*.

El humor, desde esta perspectiva, queda inserto también y correlaciona mejor con ciertas estrategias de afrontamiento, dentro de su dimensión de humor positivo (Lillo, 2007). En adelante abordaremos el tema del humor más ampliamente, así

como otras estrategias de afrontamiento que adoptan los/as profesionales dedicados al cuidado de personas.

5. El humor

5.1. Evolución de los conceptos de “risa” y “humor”

Hace casi dos mil años Quintiliano ya se lamentaba de que nadie había conseguido explicar la risa de una manera satisfactoria, aunque muchos lo hubieran intentado (Eastman, 1921).

Así, la risa y el humor son temas que han suscitado el interés de filósofos y de la comunidad científica, al menos desde los tiempos de la antigua Grecia. Al respecto, Platón y Aristóteles desarrollaron algunas de las primeras teorías conocidas sobre la comedia y el ridículo. Más adelante, otros autores también indagaron sobre las funciones del humor: Hobbes, Kant, Schopenhauer, Bergson, Spencer y Koestler (Jáuregui, 1998).

Morreall (2009), por su parte, distingue entre dos tipos de ética del humor: la negativa (que defendería la importancia de limitar el humor porque promueve vicios) y la positiva (que describe las virtudes morales que pueden fomentarse a través del humor) y realiza una revisión general sobre estas dos posturas a lo largo de la historia.

Así, por ejemplo, destaca que aunque la gran mayoría de las afirmaciones religiosas y filosóficas asocian la risa al vicio, otras lo hacen a estados positivos como la alegría. En el Nuevo Testamento Jesús parece considerar la risa de forma positiva cuando afirma: “Bienaventurados los que ahora lloráis, porque reiréis” (Lc. 6:21).

Otro ejemplo que aporta Morreall (2009) es la idea aristotélica de que es importante dar un espacio al ocio y la diversión. El filósofo decía que, aunque algunas personas llevaban la diversión al exceso (*vulgares bufones*), otros se ceñían

al término medio en el que se encuentra la virtud que lleva a la felicidad, practicando el humor en el momento y lugar correcto, y en el grado adecuado.

Sin embargo, los comentarios de Aristóteles sobre la eutrapelia (broma amable) no se toman en consideración hasta la Edad Media, cuando Santo Tomás de Aquino los adapta a la filosofía escolástica cristiana y afirma que los seres humanos necesitan descansar ocasionalmente de la actividad seria, acercándose así a las posturas de Aristóteles.

El autor de referencia (Morreall, 2009) se adhiere a la propuesta de Aristóteles y Santo Tomás de Aquino de que el humor puede ser una virtud, lo que también casa con la psicología positiva y defiende que el humor puede fomentar tanto las virtudes intelectuales como las éticas.

En cualquier caso, los estudiosos sobre la filosofía del humor coinciden en afirmar que, a lo largo de la historia de la filosofía, se han producido, al menos, tres importantes teorías sobre el humor:

- 1) Teoría de la superioridad: es la más antigua de todas. Para esta teoría juzgamos cómica una situación cuando vemos que el/la otro/a fracasa mientras pensamos que nosotros/as superaríamos dicha situación con más probabilidades. Nos reímos de los/as defectos de los otros/as. En ese sentido, la risa expresa un sentimiento de superioridad. Entre sus principales representantes estarían Platón y Thomas Hobbes.
- 2) Teoría de la incongruencia. Según esta teoría, reímos cuando lo que sucede sufre un cambio inesperado e incongruente que nos sorprende de manera repentina. El humor aquí significa distorsión de la función, salir de la norma. La habrían defendido autores como Immanuel Kant y Soren Kierkegaard.
- 3) Teoría de la liberación de la tensión. Esta teoría entiende que el ser humano actúa sometido al esfuerzo, la lucha y la tensión, y esto excita el sistema nervioso. La risa proporciona un alivio para la tensión nerviosa o psíquica,

asegurando un restablecimiento del equilibrio. Esta teoría ha sido propuesta, especialmente, por Sigmund Freud.

Sin embargo, pese a la importancia que el estudio del humor ha tenido a lo largo de la historia, hasta los años 70 del siglo XX, ese interés no llega a la academia. Cuando lo hace, comienzan a desarrollarse diversas investigaciones a la luz de distintas disciplinas: psicología, medicina, enfermería, fisiología, biología, sociología, antropología, educación, ciencias de la computación, cinematografía, historia, lingüística, literatura, matemáticas o filosofía (Carbelo, 2006).

En esa década apareció también la primera revista asociada al humor “International Journal of Humor Research” de la mano de la International Society for Humor Studies (ISHS) de Cardiff que, a la vez, comenzó a organizar diversas conferencias internacionales sobre el área, primero cada tres años, después cada dos y actualmente cada uno.

En definitiva, a partir de los años 70 fue creciendo el número de personas y organizaciones dedicadas a la aplicación del humor en distintos ámbitos. Entre estas instituciones destaca la American Association for Therapeutic Humor (AATH) cuyos miembros están comprometidos/as con el avance, conocimiento y comprensión del humor y la risa referidos a los aspectos curativos y generadores de bienestar. Esta asociación también promueve una conferencia anual para exponer los resultados de las investigaciones más actuales, y organiza seminarios y cursos desde distintas universidades para transmitir aspectos teóricos y prácticos sobre el sentido del humor. La AATH, creada para que los/as profesionales de la salud puedan formarse y evaluar el uso del humor en la práctica, tiene como objetivos fundamentales promover y desarrollar conductas que contribuyan al bienestar basándose en la risa y el buen humor (Siurana, 2014).

En Europa y en España también comenzaron a extenderse diversas iniciativas relacionadas con el estudio y la aplicación del humor. Así, la Fundación General de la Universidad de Alcalá, a través del Instituto Quevedo del Humor, se dedica al estudio, difusión e investigación del humor en todas sus facetas. Asimismo, cada vez

más, se organizan cursos universitarios sobre temas como el humor gráfico, el humor terapéutico o el humor en la comunicación (Carbelo, 2006). Además, han aparecido asociaciones como Payasos sin Fronteras, Fundación Teodora, La Sonrisa Médica, Pallasos d'hospital, Payasospital, etc. que se dedican a mejorar el bienestar de los/as niños/as (y sus familias y cuidadores/as) en zonas de guerra o en hospitales.

5.2. Aproximación al concepto de “humor” y “humor ético”

El término “humor” tiene numerosas acepciones en castellano (Real Academia de la Lengua Española, RAE, 2018). La comunidad científica que se dedica al estudio del humor también manifiesta esta falta de acuerdo sobre los distintos conceptos y fenómenos que confluyen en este campo.

Sin embargo, diversos autores se han aventurado a definir el humor y la risa. Martín (2008, p. 35), por ejemplo, describe el humor como “una respuesta emocional de hilaridad dentro de un contexto social, provocada por la percepción de incongruencia lúdica, que se expresa por medio de la sonrisa o risa” y divide sus formas en tres categorías:

- 1) Anécdotas humorísticas o chistes.
- 2) Juego de palabras.
- 3) Humor accidental, que se produce cuando una persona resbala o tropieza y no se causa daño alguno.

Por su parte, Carbelo (2006) emplea el concepto de “humor” para referirse a un sentido que ella equipara al de la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto.

El sentido del humor, en cambio, es una capacidad para percibir tanto ese fenómeno, como otros muchos, como cómicos. Y la posesión de esa capacidad nos permitirá también hacer o decir cosas graciosas, en la medida en que cultivemos nuestras destrezas para hacerlo. Y, puesto que es una actitud frente a la vida, tiene

un innegable componente ético, tal y como se ha comentado anteriormente. Al respecto, lo importante es aprender a cultivar ese sentido del humor de una forma ética.

Carbelo (2006) añade que la persona con sentido del humor tiene un alto grado de autoestima que le hace ver sus limitaciones y, por tanto, no sentirse superior al resto. Aunque la autora no habla explícitamente de “humor ético”, señala lo que no lo es cuando dice que “no deben considerarse como un ejemplo de humor los chistes agresivos, porque el humor nunca sería agresivo”. Al respecto, Siurana (2013) sugiere distinguir entre el “humor” en general y el “humor ético” en particular, como se verá más adelante.

Por su parte, la risa es el único nexo de unión entre los/as investigadores/as de la antes citada ISHS. De hecho, las escalas desarrolladas para medir el sentido del humor se han referido siempre a la risa como punto de partida. Así, la risa puede considerarse una emoción positiva, o por lo menos la causa o reflejo externo de una emoción positiva, la hilaridad. Además, el bienestar que nos proporciona se ha comparado con el orgasmo y otras reacciones placenteras del organismo, ya que de hecho activa el sistema de recompensas mesolímbico dopaminérgico (Reiss, Mobbs, Greicius, Eiman y Menon, 2003).

Ripoll y Casado (2010), al respecto, establecen una distinción entre los términos “humor” y “risa”. Para ellos/as, el sentido del humor es un rasgo psicológico que puede variar considerablemente y permite reaccionar a diferentes tipos de estímulos humorísticos; mientras que la risa es una respuesta psicofisiológica a cualquier estímulo risible.

Por ello, y al contrario del sentido del humor, la risa tiene una definición menos compleja al tratarse de una respuesta psicofisiológica que puede darse o no cuando se experimenta el sentido del humor, es decir, cuando aparece un elemento positivo que la provoca (Ripoll y Casado, 2010).

La risa se relaciona, además, con un estado emocional positivo conocido como hilaridad. La hilaridad es, así, la emoción que provoca el humor y que está vinculada también a la alegría y la diversión (Martín, 2008).

Por su parte, Quezada y Verdugo (2018) realizan una breve diferenciación de los distintos tipos de risa que puede experimentar una persona:

- 1) Risa espontánea, que se produce por alegría, diversión o por algún aspecto humorístico.
- 2) Risa ensayada, que surge de forma intencionada.
- 3) Risa estimulada por alguna acción del exterior (las cosquillas o las muecas).
- 4) Risa inducida, asociada con la ingesta de medicamentos o sustancias (cannabis, cafeína, alcohol, etc.).
- 5) Risa patológica, se produce a raíz de una psico o neuropatología.

La risa también puede clasificarse en dos categorías: sana y patológica (Rodríguez, 2008). La risa sana es aquella que se produce por un acontecimiento positivo de forma espontánea. Esta risa reduce el estrés, la ansiedad y la preocupación, y provoca también un aumento del bienestar psicológico y del estado físico de las personas. Por su parte, la risa patológica no está asociada con ningún acontecimiento positivo, por lo que no aumenta el bienestar de la persona. Puede estar provocada por el consumo de sustancias o la existencia de enfermedades orgánicas (tumores cerebrales, traumatismos, demencias, accidentes cerebrovasculares, malformaciones congénitas) y psicológicas (trastornos de personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar).

Al respecto, la psicología positiva ha puesto el énfasis en el estudio del repertorio de características de la personalidad (fortalezas) que contribuyen a encontrar la verdadera felicidad (Peterson y Seligman, 2004). Estos autores han creado una corriente de investigación con múltiples instrumentos y herramientas para potenciar el estudio de la felicidad y el bienestar humano desde un punto de vista científico.

En concreto, Peterson y Seligman señalan 24 rasgos positivos o fortalezas de la personalidad que se subdividen en 6 grandes grupos o “virtudes” (Figura 7).

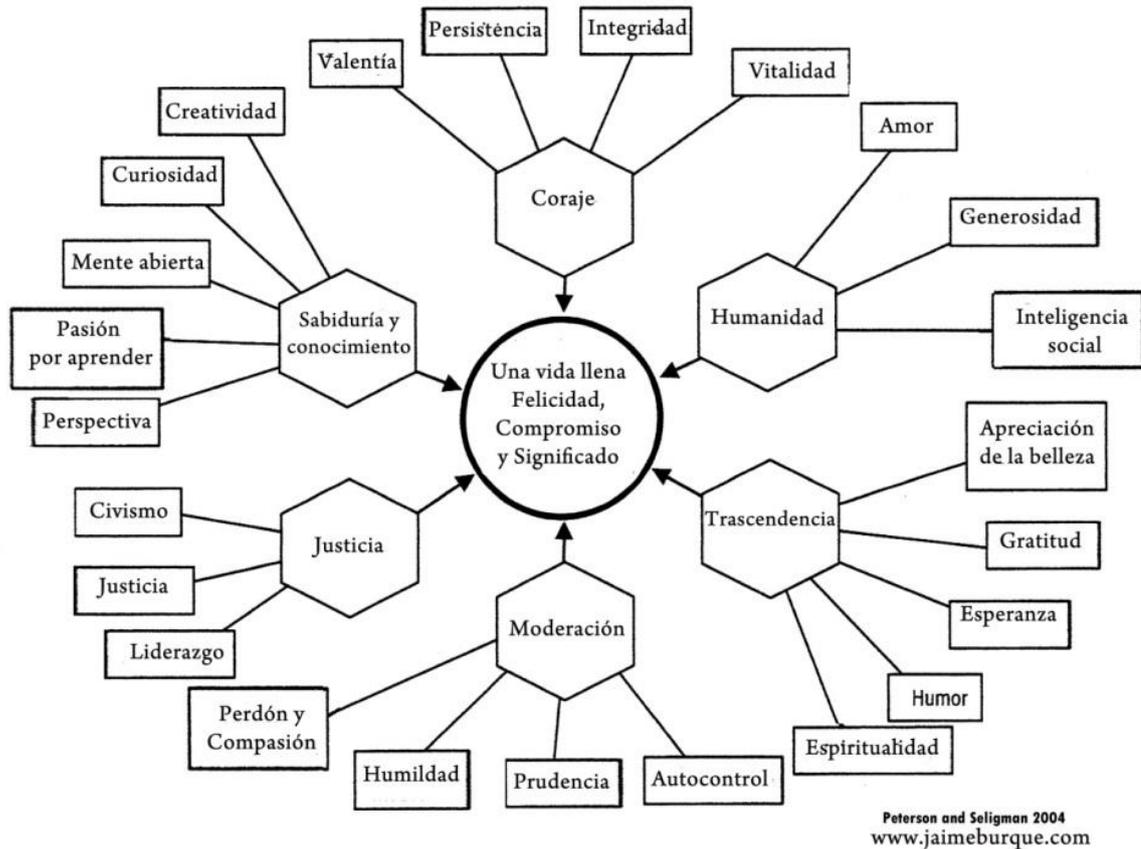


Figura 7

Esquema de Fortalezas de Seligman y Peterson (2004).

Fuente: Hodson y Burque (2018). www.jaimeburque.com.

Como se puede ver en la anterior figura, el humor es un rasgo o fortaleza que forma parte de la virtud “trascendencia”.

Sin embargo, la risa y el humor plantean importantes desafíos a la hora de abordarlos desde la ciencia porque son fenómenos que suelen aparecer en entornos alejados del control y, por tanto, de su medición experimental: las reuniones informales, los bares, el juego, etc. Por ello, los/as psicólogos/as que han tratado de estudiar este tema en el laboratorio han descubierto que es prácticamente imposible generar auténticas carcajadas en este entorno (Chapman,

1983). Esto explica que la mayoría de los experimentos de este tipo hayan empleado escalas autoadministradas en las que cada sujeto evalúa la intensidad de su reacción humorística interna, lo gracioso que le parece un chiste.

Así, desde el punto de vista de la psicología positiva, uno de los problemas metodológicos más relevantes es la medición del “sentido del humor” porque una herramienta de medición fiable permitiría establecer relaciones entre este rasgo y diversos aspectos del bienestar, y de la salud mental y física. En la actualidad, sin embargo, disponemos de diversos instrumentos creados para tratar de cuantificar el grado de desarrollo del sentido del humor.

5.3. El humor ético

Cortina y Martínez (1998) ponen el énfasis en la cuestión de la intencionalidad cuando indican que hay que diferenciar entre la ética de la intención (lo importante es la intención de quien realiza una acción) y la ética de la responsabilidad o de las consecuencias (lo importante son las consecuencias reales de la acción).

De este modo, a pesar de que el sentido del humor se asocia con una emoción positiva, existen muchos investigadores que lo clasifican atendiendo a criterios que lo hacen positivo o negativo, ético o no ético.

Así, Carbelo y Jáuregui (2006), señalan que el humor puede dividirse en humor positivo y en humor negativo. El humor positivo es aquel que quiere provocar la risa sin ser malintencionado. Por el contrario, el humor negativo busca la risa a partir de la ofensa, sin importar las consecuencias negativas que pueda provocar.

Por su parte, Martín et al. (1996) tipifican cuatro dimensiones en los estilos de uso del humor en la vida cotidiana; dos de ellas conducen al bienestar y otras dos lo deterioran. El resultado son estos cuatro estilos de humor (tabla 8), en los que se evidencia la relación directa que el humor afiliativo tiene con la consecución de

apoyo social, lo que pone de manifiesto cómo los diferentes estilos de humor hacen que nos vinculemos o separemos del resto.

Tabla 9

Estilos de humor.

Intra-psíquico	Interpersonal/social
<p>+ Humor de auto-afirmación</p> <p>Se refiere a una visión humorística del mundo en la que prevalece el deseo por dejarse sorprender por la vida y mantener una perspectiva humorística frente a las cosas. Sería la medida más cercana al humor como forma de afrontamiento, pues permite tomar distancia de los estímulos que estresan o generan problemas (Lefcourt et al., 1997). En general, permite disminuir emociones negativas y mantener visiones positivas y realistas en situaciones adversas. Se ve relacionado de manera negativa con emociones negativas como la ansiedad, la depresión y, en general, con el neuroticismo, así como asociado al bienestar eudaimónico y hedónico, y a formas de afrontamiento adaptativas (Mendiburo y Páez, 2011).</p>	<p>Humor afiliativo</p> <p>Se relaciona con contar chistes, hacer bromas lúdicas y bien intencionadas, con el afán de relacionarse con otros, entretener y facilitar relaciones. Al hacerlo se deja saber que se está en un plano social lúdico, con la intención de involucrarse de este modo con otros. Se relaciona con la extroversión, la atracción interpersonal, la autoestima, la satisfacción con las relaciones y, en general, con los sentimientos y las emociones positivas. Tiene relaciones positivas con el bienestar.</p>
<p>- Humor de auto descalificación</p> <p>Se refiere a utilizarse uno y una misma como objeto de humor, de manera tal que se llame la atención de los otros. Para Martín (2007) se relacionaría hipotéticamente con la negación defensiva, ocultando los sentimientos negativos y evitando enfrentar los aspectos de sí mismo que son rechazados, existiendo necesidad y dependencia emocional, evitación y baja autoestima. Este estilo se asocia a la ansiedad, la depresión y es el que más se asocia negativamente con el bienestar en numerosos estudios (Mendiburo, 2012).</p>	<p>Humor agresivo</p> <p>Se relaciona con el sarcasmo, el ridículo, la ironía, así como también con el uso del humor como forma de manipulación utilizando amenazas tácitas de ridículo (Janes y Olson, 2000, en Martin et al., 2003). Se refiere a un tipo de uso del humor en el cual existe bajo control del posible impacto en los/as otros/as, lo que lo relacionaría con la agresión, la hostilidad y el neuroticismo. Sin embargo, no tiene fuertes relaciones negativas con el bienestar.</p>

Fuente: Martin et al. (1996).

Sobre la base de esta clasificación, Martin et al. (2003) crearon el Cuestionario de Estilos de Humor (HSQ) para poder identificar el tipo de humor que predominaba en cada persona. Los estudios realizados por estos autores indican que el humor de afiliación y el de autoafirmación están asociados con relaciones interpersonales de mayor cercanía y más positivas, lo que provoca en la persona mayor bienestar y autoestima, y menor probabilidad de padecer ansiedad y depresión. Por el contrario, el humor agresivo y el autodestructivo favorecen que las relaciones interpersonales sean más pobres, y que la persona que lo posee experimente mayor soledad y probabilidades de sufrir ansiedad, depresión, etc.

Etxeberria (2004), sobre el humor vinculado a la discapacidad, señala lo siguiente:

“Las formas burdas, descaradas, crueles, tan generalizadas históricamente, con las que hemos instrumentalizado a las personas con discapacidad se han hecho hoy menos frecuentes que en el pasado y además denunciadas jurídica y socialmente. Pero no sólo no debemos bajar la guardia ante las que aún persisten a esos niveles, debemos además estar atentos a las formas sutiles de las mismas” (p. 74).

En definitiva, aunque el término “humor ético” es en la actualidad un constructo, a lo largo de la historia ha recibido diferentes terminologías y acepciones, y aún sigue haciéndolo: humor afiliativo, humor positivo, humor terapéutico, etc.

Por su parte, De Sousa (1987) se centra en investigar un tipo de risa que es susceptible de condena moral: la risa maliciosa o risa *phthónica* (*phthonic laughter*), que está relacionada con algo malo y con la ambigüedad entre la identificación y el rechazo que caracterizan a los celos.

Así, cuando uno cuenta un chiste sexista o racista se presupone que el que escucha comparte esas actitudes. El elemento *phthónico* necesita respaldo. Nos hace reír solamente si compartimos esas actitudes. Y lo interesante para De Sousa es que no

podemos encontrar algo divertido solo imaginando que compartimos las actitudes presupuestas, debemos compartirlas internamente.

Como se ha comentado anteriormente, Siurana (2015) distingue entre el “humor” en general y el “humor ético” en particular, y entiende el humor como la capacidad para percibir algo como gracioso, lo que a su vez activa la hilaridad, que se manifiesta con la sonrisa o la risa. Pese a que numerosos pensadores han tratado el tema del humor relacionándolo con la ética, este autor es el primero que ha abordado la cuestión proponiendo una teoría ética basada en el humor, según la cual el humor facilita “una mejor comprensión de nosotros mismos como sujetos morales, un mejor razonamiento de nuestros actos en tanto que morales y una guía para mejorar como individuos y como sociedad” (Siurana, 2015, en Richart 2015, p. 139). Por ello, el humor no es algo moralmente neutro, se puede distinguir un humor ético de uno que no lo es.

Siurana (2013b) añade que el humor ético es aquel que “activa la hilaridad o que hace reír o sonreír en el momento oportuno, en el grado correcto y por los motivos justificados”. Asimismo, el humor tiene una racionalidad que se da en una doble vertiente: a escala biológica, puesto que favorece la supervivencia y la reproducción; y a escala ética, porque a partir de las cosas que nos hacen gracia podemos saber qué tipo de humor tenemos y nuestras convicciones éticas.

De este modo, Siurana (2012 y 2013b) define el humor a partir de cinco conceptos nucleares:

- 1) El humor es la capacidad para percibir o mostrar algo como cómico y, como consecuencia de ello, para activar la emoción de la hilaridad.
- 2) La hilaridad es la emoción placentera relacionada con la alegría que se expresa mediante la sonrisa o la risa, provocada principalmente por algo cómico que el humor es capaz de percibir, aunque puede estar provocada por otras causas, como las cosquillas.

- 3) La sonrisa es la expresión física de hilaridad de intensidad baja (se arquean los labios).
- 4) La risa es la expresión física de hilaridad de intensidad alta (carcajadas moderadas) o de intensidad muy alta (carcajadas estrepitosas).
- 5) La comicidad es la cualidad de los seres vivos y cosas que, al ser captada por alguien con capacidad para percibirla, provoca la emoción de la hilaridad. A esta cualidad también se le llama gracia, y a lo que la posee, cómico o gracioso.

Para establecer una relación entre estos cinco conceptos, el autor concluye que el humor percibe o muestra lo cómico, provocando hilaridad, que se expresa a través de la sonrisa o la risa.

Por todo ello, Siurana (2013) propone que debemos educar en el humor ético ya que este tipo de humor facilita la relación interpersonal y la resolución de conflictos, entre otras cuestiones positivas. El motivo es que desde un humor no ético o incluso desde la falta de humor “difícilmente se puede aspirar a vivir de forma ética, sana y justa”.

Este autor (2013), a partir de las aportaciones de pensadores contemporáneos que han abordado el tema del humor desde un punto de vista ético (Ronald de Sousa, Joseph Boskin, John Morreall, Simon Critchley, Vittorio Hösle, entre otros), señala una serie de características que debe tener el llamado “humor ético”:

1. “Ayuda a reconocer los valores éticos en los que realmente creemos: la risa es un síntoma que manifiesta la personalidad o el carácter de quien ríe. La ética del humor tiene un gran potencial para evaluar éticamente las actitudes de quien ríe. Y en la medida en que las actitudes están fuertemente asentadas, puede contribuir a desenmascarar las verdaderas creencias morales y a criticarlas cuando corresponda, con un gran potencial, por tanto, de transformación social.

2. Detecta el humor éticamente incorrecto que mantiene estereotipos: el humor, en ocasiones, se ha utilizado también para fomentar estereotipos negativos de una parte de la población o de minorías étnicas. Personalmente entiendo que la ética del humor debe criticar ese uso, pues se trata de un humor malicioso. Frente a ello, se ha de fomentar un humor que rompa estereotipos y anime al conocimiento de las diversas culturas y al respeto mutuo.
3. Fomenta el desarrollo de virtudes, tanto intelectuales (del pensamiento) como éticas (del carácter). Nos pide practicar el humor en el momento y lugar correcto, y en el grado adecuado. Entre las virtudes éticas que fomenta el humor se encuentran las siguientes: paciencia, tolerancia, amabilidad, humildad, perseverancia, y coraje.
4. Critica los vicios de la sociedad y los que ríen al percibir la comicidad de esos vicios reciben una importante lección moral que les lleva a pensar sobre si ellos mismos están actuando de ese modo, ayudándoles a corregirse para evitar resultar risibles.
5. Nos lleva a expresarnos con libertad y también nos ayuda a actuar de acuerdo con el tipo de persona que realmente queremos ser. Nos devuelve al mundo corriente, cotidiano, real, para descubrir los puntos criticables arraigados en nuestra sociedad y nos anima a construir una sociedad más ética. Busca el consenso de los/as que ríen para mejorar la sociedad en el sentido de eliminar lo que es risible por ser moralmente incorrecto.
6. Justifica con razones adecuadas la risa que trata de mejorar éticamente a la sociedad: analiza el objeto de nuestra risa para poder justificar éticamente dicha risa. Fomenta que nos identifiquemos, de algún modo, con el objeto de nuestra risa, es decir, que nos pongamos en el lugar de aquellos/as que son objeto de la risa. Entiende que reímos con razón cuando la conducta objeto de la risa merece justificadamente evitarse.”

Para concluir este apartado nos remitiremos de nuevo a Siurana, quien en 2018 manifestó que el humor pide que te replantees las cosas, está orientado a la responsabilidad, reduce la agresividad y hace que pienses qué estás haciendo con tu vida. Además, la ética también “aspira a que las personas en la sociedad sean críticas, reflexivas... aunque no todos compartan las mismas ideas”.

6. Inteligencia emocional

De la aplicación del programa de intervención con las emociones con este grupo de menores con diversidad funcional intelectual sería interesante que se emplearan únicamente las emociones más básicas (las que los/as menores con necesidades especiales puedan entender: amor, ternura, alegría, contento, diversión y risa). En definitiva, es necesario profundizar más en el tema de las emociones en personas con diversidad funcional intelectual y dotar a las intervenciones de instrumentos individualizados centrados en la persona y en sus emociones (González-Herrera, 2017).

6.1. Conceptos relacionados con las emociones

Desde que Salovey y Mayer (1990) utilizaron por primera vez el concepto de “inteligencia emocional” (IE) el estudio de las emociones ha suscitado cada vez un interés mayor en la academia y en la sociedad. De hecho, la IE está considerada en la actualidad una parte central del funcionamiento de las personas y de su adaptación a las condiciones del entorno (Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000).

Para entender la IE es imprescindible abordar el concepto de “emoción”. Así, según la Real Academia de la Lengua Española (RAE, 23ª ed.), la primera acepción del término “emoción” (del latín “*emotio —ōnis*”) es la siguiente: “Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática”. Esta definición implica cierta agitación y movimiento, término este

último que en sus inicios se refería a las migraciones, después a movimientos o agitaciones sociales y, finalmente, a los movimientos que se producen en el estado de ánimo de los individuos (Grzib, 2002).

Históricamente la emoción se ha contrapuesto a la razón. Así pues, la emoción se entendía como un estado de desorganización, mientras que su control se consideraba un mecanismo adaptativo. Esta idea proviene de la filosofía precientífica, y más concretamente de la famosa metáfora de *El Auriga* de Platón, según la cual el ser humano debía dirigir a dos caballos (uno encarnaba los aspectos positivos del espíritu y el otro los negativos). Para Platón el individuo debía gobernar estos dos polos guiado por la razón (Casado y Colomo, 2006).

Más adelante, en el siglo XVIII, Hume cuestiona que las emociones tengan que estar subordinadas a la razón. Este humanista creía que existían emociones malas y buenas, dependiendo de los criterios de ética y moral (Grzib, 2002). Sin embargo, hasta Darwin no surge otra concepción de la emoción más compleja. El científico, a partir del revolucionario libro *El origen de las especies*, señaló que la emoción no era sino un mecanismo de adaptación al entorno que funcionaba de manera similar al resto de las funciones del cuerpo.

Lazarus (1991) señala que el humor es una emoción que, en su esquema, se sitúa entre los efectos a corto plazo del proceso emocional. En esencia, este autor señala que la cognición es un paso necesario para que se produzca una emoción. Por el contrario, Zajonc (1984) defiende que la cognición y el afecto son dos procesos independientes y que, por ello, las emociones no requieren de cognición previa, ya que son reacciones primarias.

Goleman (1996) y Bisquerra (2000), por su parte, identifican las emociones básicas y sus correspondientes familias:

- 1) Emociones negativas: se experimentan cuando no se alcanza una meta, frente a una amenaza o una pérdida. Requieren de energía y movilización para afrontar una situación determinada. No hay que confundir “emociones

negativas” con “emociones malas”. Son la ira, el miedo, la ansiedad, la tristeza, la vergüenza y la aversión.

- 2) Emociones positivas: son agradables y se experimentan cuando se logra una meta. Son la alegría, el amor, la felicidad y el humor.
- 3) Emociones ambiguas: algunos autores las denominan “problemáticas” (Lazarus, 1991) y otros “neutras” (Fernández-Abascal, 1997). No son ni positivas ni negativas o pueden ser ambas cosas a la vez dependiendo de las circunstancias. Se parecen a las positivas por su brevedad temporal y a las negativas en la movilización de recursos para el afrontamiento. Son la sorpresa, la esperanza y la compasión.
- 4) Emociones estéticas: se dan cuando reaccionamos emocionalmente ante ciertas manifestaciones artísticas (literatura, pintura, escultura, música, arquitectura, danza, cine, teatro, etc.).

Sin embargo, aunque hablamos de “emociones positivas y negativas”, la mayoría de autores opinan que las emociones están en un eje que va del placer al displacer. De este modo, las emociones negativas se experimentan frente a acontecimientos amenazantes que nos desagradan; mientras que las positivas se experimentan cuando se alcanza una meta u objetivo. En este punto cabe señalar que las emociones, en sí mismas, nos son ni buenas ni malas. Por ello, la mayoría de autores vinculados a la educación emocional prefieren hablar de emociones “agradables” o “desagradables”.

Otro modelo teórico sobre las emociones es el planteado por Plutchik (1958), que señala la existencia de ocho emociones básicas (alegría, ira, miedo, tristeza, aceptación, sorpresa, anticipación y aversión). Estas emociones básicas generarían, a su vez, emociones secundarias (por ejemplo, de la emoción básica de la tristeza, se derivan la pena, la aflicción, etc. como emociones secundarias).

Un modelo mucho más completo y reciente es el de TenHouten (2007) quien, a partir de las ocho emociones primarias de Plutchik, señala que si se unen dos emociones primarias el resultado es una emoción secundaria.

Respecto a las emociones consideradas negativas, en la actualidad no existe consenso académico. De este modo, aunque algunos autores reconocen su funcionalidad (Baumeister, Zell y Tice, 2007; Guil y Gil-Olarte, 2007), también consideran que el ser humano debe afrontarlas, tal y como se ha comentado en el apartado dedicado a las estrategias de afrontamiento (Lazarus, 2006), o incluso suprimirlas, como propone la perspectiva hedónica del bienestar.

En lo que se refiere a las funciones que cumplen las emociones, Greenberg y Paivio (2000) indicaron las siguientes:

- 1) “Conectan nuestra naturaleza biológica con su entorno.
- 2) Influyen en el pensamiento y la memoria (mejorando o empeorando la toma de decisiones.
- 3) Nos preparan para la acción y nos motivan.
- 4) Nos proporcionan información acerca de nuestras reacciones, necesidades y metas.
- 5) Comunican a los/as demás nuestras intenciones y disponibilidad para actuar, regulando también las interacciones íntimas”.

Además de las emociones, en el constructo de la IE, como es obvio, interviene el concepto de “inteligencia”. A lo largo de la historia se ha considerado la inteligencia como la capacidad para adaptarse al medio, desarrollar el pensamiento abstracto, adquirir conocimientos o sacar provecho de una experiencia. Generalmente se le ha otorgado un carácter innato y heredado (Sánchez-Cánovas y Sánchez-López, 1999).

Por su parte, la RAE la define como la capacidad de entender o comprender (primera acepción) y de resolver problemas (segunda acepción). Asimismo, en sus últimas versiones incorpora dos tipos de inteligencia: la inteligencia artificial y la

emocional, definida esta última como la “capacidad de percibir y controlar los propios sentimientos y saber interpretar los de los demás”.

Una vez comentados someramente los dos términos que forman el constructo IE, pasamos a abordarlo en su conjunto. Como se ha comentado, el término “inteligencia emocional” fue acuñado por Salovey y Mayer en 1990 con la publicación de su artículo titulado “Emotional Intelligence”. El concepto surgió en un contexto en el que se creía que la inteligencia estaba representada por el Cociente Intelectual (CI), único factor explicativo del éxito. Salovey y Mayer definieron, entonces, la inteligencia emocional como la habilidad para monitorizar los sentimientos y emociones de uno/a mismo/a y de los/as demás, discriminar entre ellos y emplear esa información como guía del pensamiento y las acciones. Estos mismos autores, en 1997, reformularon su idea inicial (a la luz de la aparición en 1995 del libro de Daniel Goleman *Inteligencia emocional*) proponiendo los cuatro componentes que hoy forman parte del Modelo de cuatro ramas: la percepción, la evaluación y la expresión de la emoción; la facilitación emocional del pensamiento; la comprensión y análisis de las emociones; y la regulación adaptativa de la emoción.

Así pues, la popularización y extensión del término IE se produjo en 1995 de la mano de Daniel Goleman. Según este psicólogo estadounidense, la IE es la capacidad de controlar y regular los propios sentimientos, comprender los sentimientos de los/as demás y usar la “emoción”; o “sentir” el conocimiento para guiar los pensamientos y las acciones.

Por su parte, Bar-On (2000) la define como la capacidad de percibir, integrar, comprender y manejar las emociones que tienen que ver con la comprensión de uno mismo y de los/as demás, y hacer frente con más éxito a las exigencias ambientales; y Salovey y Mayer (1990) como la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y las de los/as demás (Figura 8).

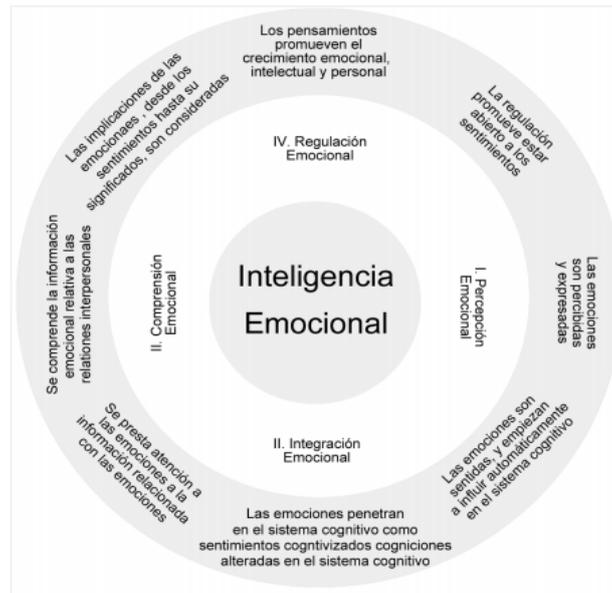


Figura 8

Modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey (1997).

Fuente: Mayer y Salovey (1997).

En la actualidad diversos investigadores ahondan en la primera definición de Mayer y Salovey, (1997) incorporando algún aspecto de la misma. De este modo, Talavera (2003) señala que es un conjunto de habilidades que nos permiten relacionarnos mejor con el entorno, y que incluye el reconocimiento de los propios sentimientos, el control de las emociones, la automotivación, la empatía y la habilidad social.

Mayer, Salovey y Caruso (2004) también revisaron su primera definición ampliando algunos aspectos de la misma al destacar que inteligencia emocional es la capacidad para razonar sobre las emociones y mejorar el pensamiento.

Estos autores incluyeron en su nueva definición las habilidades para percibir, acceder, comprender y generar emociones, y el conocimiento emocional para regularlas de forma reflexiva y promover el crecimiento emocional e intelectual propio.

En cualquier caso, diversos investigadores señalan que la IE es un importante indicador de éxito futuro en muchos aspectos de la vida (Bar-On, 2002; Goleman, 1996), incluyendo la actividad física y el deporte; y otros argumentan que la actividad física juega un papel importante en la mejora de la salud emocional de los

individuos e insisten en que las emociones son un aspecto inherente a la naturaleza humana.

Además, un constructo importante de carácter emocional que se ha relacionado en los últimos años con el bienestar psicológico ha sido la inteligencia emocional percibida (IEP) (Núñez, León, González y Martín-Albo, 2011), definida esta como el conocimiento que tienen los individuos acerca de sus propios sentimientos.

Por su parte, Fernández-Berrocal y Extremera (2006) realizaron una revisión de los principales modelos sobre inteligencia emocional, que se abordarán en el siguiente apartado, surgidos durante sus primeros quince años de historia para después separarlos en dos grandes grupos:

- 1) Los modelos con propuestas pseudo-científicas y con el objetivo divulgativo surgidos a partir de la publicación del libro de Goleman.
- 2) Los modelos científicos que han intentado explicar los componentes de la inteligencia emocional, basados en la revisión de la literatura previa.

Estos últimos han visto el desarrollo de diversas teorías, entre las que destacan la teoría de la inteligencia social de Thorndike, la teoría de la inteligencia práctica de Sternberg y la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner (Guil y Mestre, 2003; Mora y Martín, 2007):

- 1) La teoría de Thorndike considera que la inteligencia social es la habilidad para comprender a las personas, dirigirlas y actuar con sabiduría en las relaciones humanas.
- 2) La teoría de la inteligencia práctica de Sternberg y Lubart (1995), quienes arguyen que hay siete elementos principales que convergen para formar la creatividad: inteligencia, conocimiento, estilo en el pensamiento, personalidad, motivación y entorno. La inteligencia es simplemente una de esas seis fuerzas que, en conjunto, generan el pensamiento y el comportamiento creativo. De acuerdo con esta teoría, hay tres aspectos de la inteligencia que son clave para la creatividad: las habilidades sintéticas, analíticas y prácticas.

3) La teoría de las inteligencias múltiples de Gardner defiende que la inteligencia está constituida por un conjunto de habilidades mentales independientes entre sí, de manera que es posible que un individuo presente altos niveles en una de las inteligencias y un rendimiento bajo en otras. En concreto, habla de la existencia de siete tipos de inteligencia en cada individuo: lingüística, lógico-matemática, espacial, musical, corporal-kinestésica, interpersonal e intrapersonal.

Por su parte, Whintrobe, Thorn, Adams y Bennett ya señalaban en 1973 la importancia que para los/as profesionales dedicados/as al cuidado de personas tiene la capacidad para gestionar las propias emociones, ya que esa capacidad les permite modular la calidad de los cuidados que ofrecen e influir positivamente en la gestión de su propia calidad de vida (Meier, 2001).

En esta línea, Balint (1957), hace más de 60 años, afirmaba que ser el médico de uno mismo es la medicina más utilizada por los/as profesionales en la práctica asistencial. Por ello, para este autor el/la profesional es la herramienta terapéutica por excelencia; una herramienta, no obstante, inestable que debe calibrarse y cuidarse con frecuencia.

La idea del “médico como herramienta” también fue expuesta por Novack (1997), quien planteó la necesidad de “calibrar la herramienta terapéutica” a partir de lo que llamó “self-awareness” (“conciencia personal” o “autoconciencia” en castellano), que es la habilidad que permite mejorar la atención clínica, las relaciones personales y la relación con uno mismo, así como aumentar la satisfacción con el trabajo.

Al respecto, diversos estudios ponen de manifiesto que la gestión de las emociones y el desarrollo de la autoconciencia están relacionados con la calidad de vida y la satisfacción en el trabajo (Sansó et al., 2017; Sansó et al., 2015; Krasner et al., 2009; Woolley et al., 1991).

Como conclusión a lo expuesto en este apartado se puede decir que la IE se contempla hoy en día como una variable relacionada con la salud, el bienestar y el

ajuste psicológico de las personas (Fernández-Abascal y Martín-Díaz, 2015). Y, precisamente por esto último, en el presente trabajo se trató el tema a partir de la aplicación de la versión reducida (TMMS 24) de la escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS) con el objetivo de evaluar los aspectos intrapersonales de la IE (habilidades para atender, comprender y reparar los propios estados emocionales).

6.2. Principales modelos teóricos

Los principales modelos que han afrontado la IE son dos: el modelo mixto y el modelo de habilidad. Los modelos mixtos combinan dimensiones de personalidad como el optimismo y la capacidad de automotivación con habilidades emocionales. Asimismo, estos modelos incluyen procesos psicológicos cognitivos y no cognitivos. Entre los/as principales autores del modelo mixto se encuentran Goleman (1996) y Bar-On (1997a, b).

La Tabla 10 muestra los componentes esenciales del modelo de Goleman (1996) y su significado.

Tabla 10
Componentes de la IE.

Componente	Definición
Conciencia de uno mismo	Conocimiento o identificación de nuestras propias emociones.
Autorregulación	Habilidad que nos permite controlar o redirigir nuestros impulsos y estados de ánimo que permite no dejarnos llevar por las emociones del momento.
Motivación	Habilidad que nos permite dirigir las emociones hacia un objetivo para mantener la motivación y fijar la atención en las metas y no en los obstáculos.
Empatía	Habilidad para entender las emociones de los/as demás y para tratar a las personas de acuerdo con sus reacciones emocionales.
Habilidades sociales	Habilidad para manejar y construir relaciones con los/as demás y encontrar un espacio común.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Goleman (1996).

Por su parte, el modelo mixto de Bar-On (1997) aporta los componentes de la IE que se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11
Componentes que constituyen la IE.

Componente	Definición
Habilidades intrapersonales	
<i>Autopercepción</i>	Valorarse adecuadamente, entenderse y aceptarse.
<i>Autoconocimiento emocional</i>	Ser consciente y entender las propias emociones.
<i>Asertividad</i>	Expresar las propias emociones, ideas, necesidades, deseos y defender los derechos de forma constructiva.
<i>Autoactualización</i>	Hacer lo que uno quiere y disfrutar haciéndolo.
<i>Independencia</i>	Auto-dirigirse, auto-controlarse y no ser dependiente emocional.
Habilidades interpersonales	
<i>Empatía</i>	Ser consciente, entender, apreciar las emociones y los sentimientos de los/as demás.
<i>Relaciones interpersonales</i>	Establecer y mantener relaciones satisfactorias con cercanía emocional, intimidad para dar y recibir afecto.
<i>Responsabilidad social</i>	Mostrarse como miembro constructivo del grupo al que pertenece.
Adaptabilidad	
<i>Solución de problemas</i>	Resolver problemas personales y sociales de forma constructiva.
<i>Realismo</i>	Evaluar lo que se es y se experimenta interna y subjetivamente, así como lo que existe externa y objetivamente.
<i>Flexibilidad</i>	Ajustar los propios sentimientos y conductas a situaciones cambiantes.
Manejo del estrés	
<i>Tolerancia al estrés</i>	Afrontar sucesos adversos, situaciones estresantes y emociones fuertes.
<i>Control de los impulsos</i>	Retrasar el impulso o la tentación de actuar, y controlar las propias emociones.
Estado anímico general	
<i>Felicidad</i>	Estar satisfecho con la propia vida, disfrutando de uno mismo y de los/as demás. Divertirse y expresar emociones positivas
<i>Optimismo</i>	“Mirar el lado bueno de la vida” y mantener una actitud positiva, incluso ante la adversidad

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Bar-On (1997).

En contraposición a los modelos mixtos expuestos anteriormente, los modelos de habilidad no incluyen componentes de personalidad, sino que se centran exclusivamente en el procesamiento emocional de la información. Como se ha comentado, entre los/as principales autores/as del modelo de habilidad se

encuentran Salovey y Mayer (1990), que argumentan que la IE está formada por cuatro componentes (Tabla 12).

Tabla 12

Componentes que constituyen la IE.

Componente	Definición
Percepción y expresión emocional	Habilidad para reconocer e identificar de forma consciente nuestras emociones, valorarlas y expresarlas con exactitud (dándole una etiqueta verbal).
Facilitación emocional	Capacidad para ordenar las emociones con el objetivo de dirigir la atención, la autosupervisión y la automotivación, así como para generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
Comprensión emocional	Capacidad para integrar lo que sentimos en nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.
Regulación emocional	Habilidad para dirigir y manejar las emociones positivas y negativas de forma eficaz para rebajar la tensión y aumentar la calma.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Salovey y Mayer (1990).

El modelo original de Salovey y Mayer (1990), basado en la habilidad, tal vez sea el más coherente y completo, ya que hace hincapié en las etapas del desarrollo de la IE, en el potencial para el desarrollo y en la contribución de las emociones al crecimiento intelectual (Schutte et al., 1998). Además, estos autores argumentan que la mayoría de las dimensiones de los otros modelos pueden integrarse en este.

6.3. Beneficios de la inteligencia emocional

Existen numerosos estudios que abordan los beneficios que la inteligencia emocional tiene en el individuo. Salguero e Iruarrizaga (2006), por ejemplo, analizaron la relación entre el TMMS y algunos de los indicadores de emocionalidad negativa (rasgo de ansiedad; estado y rasgo de ira; y rasgo de tristeza/depresión).

Los resultados obtenidos mostraron relaciones significativas entre los componentes de la IEP y el ajuste psicológico, y apuntaban la existencia de un perfil de IEP característico de las personas con mayor emocionalidad negativa.

Palomera y Brackett (2006), por su parte, estudiaron la validez de la IEP (TMMS) en la predicción de la satisfacción vital tras controlar la influencia de la personalidad y el afecto positivo y negativo. Estos autores encontraron correlaciones significativas entre satisfacción vital, la claridad y la reparación emocional. No obstante, en su análisis se muestra que el factor “claridad” explica mejor estas correlaciones que la personalidad o el afecto negativo, pero deja de hacerlo cuando tenemos en cuenta el afecto positivo. Por ello, concluyen que es necesario controlar el afecto positivo y negativo de forma independiente.

Otros investigadores (Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro y Tomás-Sábado, 2013) examinaron los posibles vínculos entre la IEP y la ansiedad ante la muerte, y encontraron, al igual que ocurre con otros tipos de síntomas psicopatológicos, un perfil característico: un alto nivel de atención asociado a un mayor nivel de ansiedad frente a la muerte, y un nivel elevado de claridad o reparación emocional relacionado con un bajo nivel de ansiedad frente a la muerte. Sus resultados también indican que existen perfiles diferenciales según la edad y el sexo, como se verá más adelante. Así, las mujeres en general y las estudiantes más jóvenes en particular son las más propensas a experimentar unos niveles más elevados de ansiedad ante la muerte.

La atención emocional, en cambio, presenta un patrón distinto, puesto que ha mostrado tener relaciones negativas con distintas medidas de bienestar y satisfacción (Vergara et al., 2015). De hecho, en los baremos de corrección del TMMS-24 se interpretan las altas puntuaciones en atención emocional como algo negativo. Parece ser que prestar demasiada atención a las emociones podría asociarse con la rumiación (Folkman 2007; Salovey et al., 1990), que es la tendencia a enfocarse de manera repetida y pasiva en las emociones negativas y sus posibles consecuencias. Al respecto, Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky (2008)

observaron que la rumiación se asociaba con niveles altos de depresión y ansiedad, escasa capacidad para la resolución de problemas y también con trastornos psicopatológicos alimenticios, consumo de alcohol y conducta autolesiva.

Otro campo estudiado por Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo (2006) es la relación entre la IE, el apego seguro, los vínculos parentales y el clima familiar, factores que, son antecedentes importantes para tener una IE adecuada.

En lo que respecta a la relación entre la inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento, diversos autores (Folkman, 2007; Lazarus, 2006) indican que están tan relacionadas que forman parte de un mismo proceso. Estos investigadores sustentan que el proceso de afrontamiento no es sino la regulación de las emociones generadas por estados o situaciones negativos. Desde este punto de vista, tiene mucho más sentido que se estudien de forma conjunta la inteligencia emocional y el afrontamiento, en lugar de investigarse como campos separados, que es lo que sucede en la actualidad (Lazarus, 2006).

Asimismo, las emociones positivas también parecen influir en el afrontamiento. Al respecto, Tugade y Fredrickson (2004) observaron que las personas resilientes se caracterizan por una emocionalidad positiva, y que las emociones positivas contribuyen a la construcción de recursos psicológicos que son importantes para el afrontamiento.

López-Zafra, Pulido, Berrios y Augusto-Landa (2012), por su parte, observaron que la relación entre inteligencia emocional y bienestar era más estrecha cuando se trataba de la asociación inteligencia emocional-bienestar psicológico que cuando se analizaba inteligencia emocional-bienestar subjetivo.

Asimismo, los resultados de la literatura referidos a la IE vinculada a la edad apuntan a que el funcionamiento emocional mejora en la mediana edad y la edad adulta (Márquez-González, Izal, Montorio y Losada, 2008; Bar-On, 2006). Así, diversos estudios realizados empleando la escala de inteligencia emocional

percibida TMMS-24 han mostrado diferencias significativas en claridad y reparación emocional a favor de las personas de mayor edad (Arias y Giuliani, 2014).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres en relación con la IE tampoco hay unanimidad en los resultados. Así, algunos estudios (Bar-On, 2006) no han encontrado diferencias en las puntuaciones globales de IE, aunque sí en variables como la autoconciencia emocional, la empatía, las habilidades interpersonales y la responsabilidad social, donde las mujeres puntúan más alto. Por su parte, los hombres puntúan más en el manejo emocional y del estrés, la resolución de problemas y el optimismo.

Otros autores que han investigado estas diferencias (Sánchez, Fernández-Berrocal, Montañés y Latorre, 2008) señalan que las mujeres reconocen mejor las emociones en los/as demás, son más perceptivas y tienen más empatía. No obstante, estos autores indicaron que estas diferencias podrían deberse a variables como haber recibido una educación diferenciada entre niños y niñas o al tipo de instrumento de evaluación empleado.

Lopes et al. (2011) sí que encontraron algunas diferencias entre hombres y mujeres en dos de los tres estudios en los que relacionaron la regulación emocional y la calidad de las relaciones de amistad. Sin embargo, también estos autores sugerían que las diferencias podrían deberse a variaciones muestrales y no podían considerarse significativas.

Al respecto, Hyde (2005, 2014) formuló la denominada “hipótesis de similitud de género” (*Gender Similarities Hypothesis*), que afirma que hombres y mujeres se parecen mucho en numerosas variables psicológicas. Sus conclusiones respecto a las diferencias de sexo en el área de la experiencia emocional son claras: aunque el estereotipo indica que las mujeres son las más emocionales, los datos señalan que las diferencias son pequeñas e incluso triviales.

En conclusión, aunque los estudios han detectado algunas diferencias entre sexos en inteligencia emocional, estas parecen ser pequeñas y pueden atribuirse a variables educativas y culturales.

6.4. Inteligencia emocional en las organizaciones

El estudio de la IE ha traspasado las barreras de la Psicología para adentrarse en otros terrenos: el campo organizacional (Mayer, Salovey y Caruso, 2004; Enríquez, Martínez y Guevara, 2015) y el educativo (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006).

Entre las investigaciones que analizan la relevancia de la IEP en las organizaciones se encuentra el estudio realizado en España con policías locales (López, Acosta, García y Fumero, 2006) en el que se analizaron las propiedades psicométricas y la estructura factorial del TMMS-24 y sus relaciones con los cinco grandes rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento al estrés y síntomas psicopatológicos.

Otros investigadores (Augusto, Berrios-Martos, López-Zafra y Aguilar, 2006), estudiaron la validez predictiva de la IEP sobre los niveles de *burnout* y salud mental en profesionales de la enfermería. Los resultados más relevantes de su estudio señalan la relación positiva entre claridad y reparación, y una de las dimensiones de *burnout* (realización personal), con una mejor actitud laboral (mayor satisfacción en el trabajo) y mejores niveles de salud mental. Estos hallazgos, en consonancia con otros anteriores (Durán, Extremera y Rey, 2005) y el metaanálisis de Lee y Asforth (1996), sugieren que en el síndrome del *burnout* la dimensión de realización personal es la que está más relacionada con recursos personales del trabajador, mientras que en las otras dos dimensiones (despersonalización y cansancio) su aparición estaría más vinculada a las demandas específicas del trabajo. En definitiva, la IEP aparece como un recurso personal que facilitaría una mejor percepción de autoeficacia y autovaloración en el trabajo, junto con una mayor salud mental y satisfacción laboral.

Por último, también en el ámbito laboral, Sánchez, Guillén y León-Rubio (2006) han analizado el papel de competencia y autoeficacia profesional en personal de la Administración Pública como una dimensión moduladora del *burnout*. Los autores encontraron un papel moderador de la percepción de autoeficacia sobre el *burnout* en relación con las condiciones de trabajo. Así, sus hallazgos muestran que, bajo condiciones de sobrecarga laboral, altos niveles de autoeficacia pueden ser un protector del *burnout*. A la luz de estos resultados, los autores señalan la necesidad de desarrollar perfiles profesionales y programas de intervención ajustados a estos perfiles que minimicen los factores de riesgo.

De lo expuesto anteriormente se deduce la necesidad de que los/as profesionales que se enfrentan a situaciones estresantes reciban formación en IE. Al respecto, Slasky y Cartwright (2003) indicaron que el entrenamiento en inteligencia emocional reduce y modula los efectos del estrés, y también aumenta la salud y el bienestar.

Los resultados obtenidos por Nelis et al. (2011) apuntan en la misma dirección: incluso una formación breve de apenas 18 horas mejoraba las competencias emocionales de quienes la recibían.

Por su parte, Schutte, Malouff y Thorsteinsson (2013) realizaron una revisión de diferentes estudios que exploraban la eficacia de los programas de educación emocional implementados en diversos entornos: organizacionales, educativos, deportivos, de salud mental, etc. Los autores concluyeron que el entrenamiento en IE incrementaba los niveles de esta habilidad y también el bienestar, la salud mental y física, las relaciones sociales, el rendimiento laboral e incluso algunos rasgos de personalidad.

Zijlmans, Embregts, Gerits, Bosman y Derksen (2015) también intentaron determinar el efecto que un entrenamiento en inteligencia emocional, estrategias de afrontamiento y emociones tenía en un grupo de trabajadores de apoyo a personas con diversidad funcional. Sus resultados mostraron que el grupo experimental logró un incremento en su inteligencia emocional y afrontamiento.

Araujo y Leal-Guerra (2010), por su parte, estudiaron la IE y el desempeño laboral en instituciones de educación superior públicas. En concreto, la investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la IE y el desempeño laboral de los/as directivos de universidades públicas del Estado de Trujillo. El estudio mostró la existencia de una relación alta y positiva entre las variables.

Campo, Laborde y Weckemann (2015) también realizan una revisión de estudios que han desarrollado entrenamientos en inteligencia emocional, y concluyen que es posible mejorar la inteligencia emocional a través de este método. Esta mejora, además, repercute también en otros aspectos vitales como en el rendimiento o la salud.

Parte II. Objetivos, hipótesis, metodología, resultados, discusión y conclusiones

1. Objetivos

El objetivo general de la tesis es estudiar el papel del humor y otras estrategias de afrontamiento como protectores del bienestar, incluyendo satisfacción con la vida y salud percibida, en una muestra de profesionales que atienden a niños, niñas y adolescentes con necesidades de apoyo.

Este objetivo puede desglosarse, o aún, los siguientes objetivos específicos (OE):

- Estudiar el comportamiento psicométrico de diversos instrumentos desarrollados con el fin de evaluar el bienestar (satisfacción con la vida y salud percibida), así como algunos de sus antecedentes o moduladores (condiciones de trabajo, inteligencia emocional, humor y estrategias de afrontamiento).
- Describir los niveles en las variables antecedentes del bienestar (condiciones de trabajo, inteligencia emocional, humor y estrategias de afrontamiento) y el propio bienestar (satisfacción con la vida y salud percibida) en profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, así como teniendo en cuenta sus características sociodemográficas.
- Describir cómo afecta el estrés y el *burnout* a los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo.
- Estudiar el uso del recurso del humor ético en profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo.

- Conocer qué estrategias de afrontamiento utilizan los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo que les resultan útiles.
- Poner a prueba un modelo explicativo del bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo a partir del humor, las condiciones de trabajo, la inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento.

2. Hipótesis

A partir de la literatura científica revisada en el marco teórico, se plantean las siguientes hipótesis:

- Se espera que los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo tengan niveles bajos en sus condiciones de trabajo; que tengan niveles medios en salud y en estrategias de afrontamiento; y que tengan niveles altos en satisfacción con la vida, en inteligencia emocional y en humor.
- Se espera que los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo manifiesten propensión al estrés y al *burnout*.
- Se piensa que, en los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, el humor sea mitigador del *burnout*.
- Se espera que cuando a los/as profesionales que a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo se les plantee que identifiquen qué estrategias les resultan más útiles en su trabajo, refieran, entre otras, la reevaluación positiva, la planificación, la confrontación y la búsqueda de apoyo emocional.
- Se espera que la edad de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo tenga una relación negativa con la salud y positiva con la satisfacción con la vida; y que la edad tenga

una relación positiva con los antecedentes o moduladores del bienestar (Inteligencia emocional, humor y estrategias de afrontamiento).

- Se espera que, en función del sexo, los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo tengan escasas diferencias en sus puntuaciones en IE.
- Se espera que, en las estrategias de afrontamiento, los profesionales del sexo masculino que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo puntúen más alto en evitación, en reevaluación positiva y en focalización en la solución del problema y las del sexo femenino puntúen más alto en autofocalización negativa, en búsqueda de apoyo social y en expresión emocional abierta.
- Se espera que, los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo que están casados o que conviven con su pareja, tengan puntuaciones más altas en bienestar y en sus variables antecedentes o moduladoras.
- Se espera que, los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo con más nivel educativo, tengan puntuaciones más altas en bienestar y en sus variables antecedentes o moduladoras.
- Se espera que, los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo con formación específica, tengan puntuaciones más altas en bienestar y en las variables antecedentes o moduladoras relacionadas con esa formación.
- Se espera que, los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo del área de ocio, tengan puntuaciones más bajas en algunos moderadores del bienestar (condiciones de trabajo) y más altas en otros (Inteligencia emocional, humor y estrategias de afrontamiento) en comparación con los que trabajan en las demás áreas.
- Se espera que, en función del puesto de trabajo que desempeñan, los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con

necesidades de apoyo tengan diferencias en las puntuaciones en bienestar y en sus antecedentes o moduladores.

- Se espera que, en función de la titularidad del centro en el que trabajan, en los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo no existan diferencias en las puntuaciones de bienestar y en sus antecedentes.
- Se espera que los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo con mayores niveles de humor, mejores condiciones de trabajo, mayor inteligencia emocional y mejores estrategias de afrontamiento presenten mayores niveles de salud (física y mental) y satisfacción con la vida.

3. Metodología

Para alcanzar los objetivos expuestos se llevó a cabo un estudio mixto, en el que se utilizó tanto metodología cuantitativa como cualitativa. A continuación se describen ambas metodologías.

3.1. El estudio cuantitativo

El objetivo de la investigación cuantitativa fue dar respuesta a las hipótesis que relacionaban variables del puesto de trabajo y variables psicosociales con el bienestar de profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, previa obtención de evidencias del buen funcionamiento de los instrumentos de medida utilizados.

3.1.1. Diseño del estudio y procedimiento

El estudio cuantitativo tuvo un diseño transversal, con medida en un único momento temporal, y uso de metodología correlacional. Los estudios de corte transversal permiten poner a prueba hipótesis de tipo relacional.

En concreto, se trató de un diseño de encuesta, recogiendo los datos mediante una encuesta administrada telemáticamente a través de Internet. La invitación a participar en la encuesta se hizo mediante e-mail y móvil, con un mensaje en el que se explicaba el objetivo del estudio, el cumplimiento con los requisitos éticos y legales y se podía encontrar el enlace para acceder a la encuesta. La encuesta se encontraba en la plataforma SurveyMonkey® y tenía una duración aproximada de unos 20 minutos.

3.1.2. Selección de las personas participantes

Las personas participantes en el estudio fueron profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo. Así pues, los únicos criterios de inclusión fueron: a) tener una profesión en la que se atendiera a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo; y b) estar en activo en la actualidad. El voluntariado fue excluido del estudio.

3.1.3. Descripción de la muestra

La muestra final estuvo compuesta por 287 participantes con una media de edad de 40.45 años ($DT= 12.164$). Las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la Tabla 13.

Tabla 13
Características sociodemográficas de la muestra

	n	%
Sexo		
Mujer	230	80.14
Hombre	57	19.86
Estado civil		
Casado/a-Vive en pareja	154	53.85
Soltero/a	100	34.97
Divorciado/a-separado/a	26	9.09
Viudo/a	6	2.09
Situación de convivencia		
Convive con su pareja	70	26.02
Convive con su pareja e hijos/as	92	34.20
Convive con sus hijos/as	18	6.69

	n	%
Convive con sus padres	47	17.47
Vive solo	42	15.62
Nivel de estudios		
Educación Superior (nivel licenciatura)	114	39.72
Educación Superior (nivel diplomatura)	107	37.28
Educación Secundaria (Grado Superior)	25	8.71
Educación Secundaria (Nivel Bachillerato)	16	5.58
Educación Secundaria (Grado Medio)	13	4.53
Educación Básica (Estudios Primarios)	10	3.48
Sin estudios	2	0.70

Además de la formación académica, el 68.29% de ellos/as han cursado alguna formación adicional; en concreto, el 40.07% tiene formación en inteligencia emocional, el 10.45% en estrategias de afrontamiento, el 10.10% en mindfulness, el 7.67% en autocuidado.

En cuanto a su situación laboral, su puesto de trabajo, área y la titularidad del centro en el que están empleados/as se recogen en la Tabla 14.

Tabla 14

Contexto laboral de la muestra.

	n	%
Puesto de trabajo		
Dirección	22	7.66
Médico/a	2	0.70
Psicólogo/a	19	6.62
Enfermero/a	6	2.09
Terapeuta ocupacional	7	2.44
Educador/a social	40	13.94
Trabajador/a social	20	6.97
Psicopedagogo/a	5	1.74
Personal de atención directa	55	19.16
Integrador/a social	22	7.67
Personal de servicios	21	7.32
Profesor/a de educación especial	68	23.69
Área de trabajo		
Educativa	166	59.28
Sanitaria	35	12.50
Ocio	11	3.93
Otra	68	24.29

	n	%
Titularidad del centro de trabajo		
Pública	114	40.42
Privada	60	21.28
Concertada	95	33.69
Otro	13	4.61

Las personas participantes tienen de media 11.02 años de experiencia trabajando con menores de edad con necesidades de apoyo ($DT = 9.799$).

3.1.4. Instrumentos de medida

Además de las preguntas sociodemográficas y del puesto de trabajo que se han descrito en el apartado anterior, la encuesta incluyó las siguientes escalas de medida.

Condiciones de trabajo. Se trata de una escala formada por 10 ítems construida ad hoc para esta investigación. Los aspectos evaluados son una adaptación de los que se consideraron en otras investigaciones con fines similares (Baeza Roca, 2015). En concreto, los ítems evaluaban tres dimensiones de las condiciones de trabajo de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo: condiciones del centro (formada por los ítems 1, 2 y 3), la relación con pacientes, compañeros/as y usuarios/as en general (ítems 4, 7 y 8) y las características del puesto de trabajo (ítems 5, 6, 9 y 10). Los ítems se contestaban en una escala de 5 puntos, desde 1 (muy inadecuadas) a 5 (muy adecuadas). Las puntuaciones en las tres dimensiones se obtuvieron calculando la media ponderada de los ítems que formaban cada una de las dimensiones.

3.1.4.1. Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional, TMMS-24 (*Trait Meta-Mood Scale-24, Salovey, Mayer, Goldman y Palfai, 1995 adaptada al castellano por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004*)

La escala TMMS es un instrumento de auto-informe que evalúa los aspectos intrapersonales de la inteligencia emocional, en concreto, las habilidades para atender, comprender y reparar los propios estados emocionales. La escala original contaba con 48 ítems pero en España se realizó una versión reducida y modificada con 24 ítems (TMMS-24) que conserva la estructura de la original y tiene tres dimensiones (de 8

ítems cada una) que son: atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional. Las puntuaciones en estos tres factores son un índice de la inteligencia emocional percibida. La atención emocional se define como ser capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada (e.g.: “Presto mucha atención a los sentimientos”). La claridad de sentimientos se refiere a comprender bien los propios estados emocionales (e.g.: “Frecuentemente puedo definir mis sentimientos”). La reparación emocional se define como ser capaz de regular los estados emocionales correctamente (e.g.: “Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo”). El participante ha de valorar su nivel de acuerdo con afirmaciones sobre sus sentimientos y emociones según una escala de 1 a 5 (1=Nada de acuerdo a 5=Totalmente de acuerdo). Los niveles de consistencia interna de las subescalas son superiores a .85.

3.1.4.2. Cuestionario de Humor Ético (Siurana, Oliver y Galiana 2017)

La escala consta de ocho ítems que se agrupan en dos dimensiones de cuatro ítems cada una: humor ético y humor como estrategia. El humor ético se refiere a que la persona tiene una actitud ética porque se replantea lo que hace, actúa de una manera responsable y reduce su agresividad (e. g.: “El humor me ayuda a replantear cosas y buscar soluciones más creativas a los problemas”). El humor como estrategia hace referencia a que la persona tiene una actitud poco ética (e. g.: “Puedo reír sin problemas de conciencia con un chiste racista, eso no significa que sea racista”). Los ítems se contestaban en una escala de 5 puntos, desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Las puntuaciones en las dos dimensiones se obtuvieron calculando la media ponderada de los ítems que formaban cada una de las dimensiones.

3.1.4.3. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003)

Esta escala es una medida de autoinforme de 42 ítems que evalúa siete estilos básicos de afrontamiento: autofocalización negativa, reevaluación positiva, evitación, religión, focalizado en la solución del problema, expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo social. La autofocalización negativa se refiere a culparse a sí mismo, resignarse,

sentirse incapaz o indefenso para resolver la situación (e.g.: “Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal”). La reevaluación positiva alude a esforzarse por ver los aspectos positivos de la situación (e.g.: “Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema”). La evitación implica esfuerzos por volcarse en el trabajo u otras actividades para evitar pensar en los problemas o realizar otras actividades para olvidarlos (e.g.: “Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas”). La religión acude a creencias religiosas para afrontar la situación (e.g.: “Asistí a la Iglesia”). La focalización en la solución del problema analiza las causas, planea y ejecuta soluciones para afrontar la situación (e.g.: “Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo”). La expresión emocional abierta alude a la posibilidad de descargar el malhumor y desahogarse (e.g.: “Me comporté de forma hostil con los demás”). La búsqueda de apoyo social implica la búsqueda de consejo u orientación con parientes o amigos (e.g.: “ Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema”). En esta investigación se ha utilizado la versión reducida de 21 ítems (3 para cada dimensión) en los que las personas participantes evalúan el grado en el que utilizaron cada una de las formas de afrontamiento del estrés con una escala Likert de puntuación de 0 a 4 (0=Nunca a 4=Casi Siempre). Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach de las subescalas oscilaron entre .64 y .92.

3.1.4.4. Escala de satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al. 1985)

La SWLS realiza una evaluación global de la satisfacción con la vida. La versión española fue validada por Atienza et al. (2000). Se ha de valorar el nivel de conformidad con cinco ítems (e.g.: “Tengo las cosas importantes que quiero ahora mismo”) según una escala de puntuación de 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo). El α de Cronbach de la adaptación española era de .84.

3.1.4.5. Escala SF-8 de Salud percibida (SF-8; Ware, Kosinski, Dewey y Gandek, 2001)

El SF-8 es una versión reducida de la SF-36 utilizada para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Todas las versiones del cuestionario (SF-36, SF-12 y SF-8)

contienen ocho subescalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; y con ellas también se pueden obtener dos medidas sumario: la física y la mental. En el caso del SF-8 hay un ítem para cada una de las subescalas. Para la medida de salud física (función física, rol físico, dolor corporal y vitalidad) el o la participante ha de valorar cuatro ítems (e.g.: “¿Cuántos problemas de salud física han limitado tu actividad física habitual (caminar, subir escaleras, etc.)?”) con una escala de puntuación de 5 puntos con valores desde 1=Ninguno hasta 5=Muchos; para la medida de salud mental (función social, rol emocional y salud mental) evalúa tres ítems (e.g.: “¿Cuánto limitaron tu salud física o tus problemas emocionales tus actividades sociales habituales con familia y amigos?”) con una escala de puntuación de 5 puntos con valores desde 1=Nada hasta 5=Mucho; y para la salud general hay un ítem (¿En general, cómo evaluarías tu salud?) que se valora con puntuaciones desde 1=Muy mala hasta 5=Muy buena. El α para los siete indicadores múltiples era de .84.

3.1.5. *Análisis de datos*

En primer lugar, se procedió al estudio psicométrico de los instrumentos de medida incluidos en el trabajo, que en su mayoría no se habían utilizado previamente en población de profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo. Para ello, se especificaron, estimaron y pusieron a prueba diversos análisis factoriales confirmatorios (AFC), en los que se probaron las estructuras de las medidas propuestas para las diversas escalas y cuestionarios utilizados.

Los AFC son un tipo concreto de modelos de ecuaciones estructurales. Los modelos de ecuaciones estructurales (MEE) son una metodología estadística que adopta un enfoque confirmatorio para el análisis de la teoría estructural que subyace a algún fenómeno (Byrne, 2012). Los MEE constituyen un tipo de análisis dentro del modelo lineal general que permite, entre otros, abordar los fenómenos en toda su complejidad, simplificar las grandes matrices multivariadas, especificar el modelo por parte del propio investigador y trabajar teniendo en cuenta el error de medida de las variables observables.

El AFC es el procedimiento recomendado cuando el investigador o investigadora tiene algún conocimiento teórico y/o empírico sobre las relaciones entre estas variables, como es el caso de las escalas objeto de estudio, que han sido empleadas previamente, aunque casi siempre en poblaciones distintas.

La adecuación o plausibilidad de los modelos se evaluó mediante diversos criterios, tal y como recomienda la literatura (Hu y Bentler, 1995; Tanaka, 1993): el estadístico chi cuadrado, el índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI; Bentler, 1990), la raíz cuadrática del error de aproximación (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA) y la raíz cuadrada del promedio de la suma de los cuadrados de los residuos estandarizados (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR). El estadístico chi-cuadrado constituye el índice de ajuste original de los modelos de ecuaciones estructurales (Wang y Wang, 2012) y evalúa la magnitud de la discrepancia entre las matrices de varianzas y de covarianzas de la muestra y las del modelo estimado. Si resulta estadísticamente no significativo indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la matriz de los datos y la del modelo (Kline, 2011). El CFI, por su parte, compara el modelo especificado con el modelo nulo que asume covarianzas iguales a cero entre las variables observadas. El CFI puede tener valores entre 0 y 1, siendo 1 el mejor ajuste posible, e indicando un buen ajuste cuando tiene valores superiores a .90 e, idealmente, superiores a .95 (Hu y Bentler, 1998, 1999). El RMSEA evalúa la falta de ajuste del modelo especificado a la población. Es decir, tiene en cuenta la parquedad del modelo (Batista y Coenders, 2012). Valores de 0 se interpretan como un ajuste perfecto, de .05 como un ajuste adecuado, de entre .05 y .08 como un ajuste ajustado, de entre .08 y .10 como un ajuste mediocre y mayores de .10 como un ajuste pobre (Browne y Cudeck, 1993; MacCallum, Browne y Sugawara, 1996; Byrne, 1998). Hu y Bentler (1998) sugieren que valores de RMSEA iguales o inferiores a .06 son indicadores de un buen ajuste del modelo. Finalmente, el SRMR es, como el RMSEA, un indicador de falta de ajuste, con los mismos puntos de corte para buen ajuste. Valores superiores a .11 indican falta de ajuste (Hu y Bentler, 1999).

Posteriormente se estudió la fiabilidad de las medidas, para lo que se calculó el alfa de Cronbach de todos los instrumentos de medida. El alfa es el índice de fiabilidad más

ampliamente utilizado y conocido por la comunidad científica para evaluar la fiabilidad de tests y escalas, con valores de .70 a .79 considerados moderados y de .80 o superiores interpretados como alta fiabilidad (Nunnally y Bernstein, 1994; Cicchetti, 1994; Clark y Watson, 1995).

Una vez comprobadas las propiedades psicométricas de los instrumentos empleados en la investigación, se calcularon estadísticos descriptivos de las variables objeto de estudio. Para ello, se calcularon medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas de los indicadores de las condiciones del puesto de trabajo, de las dimensiones de la inteligencia emocional (atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional), de las del humor (humor ético y humor como estrategia), de las de la salud (salud física y salud mental), de la satisfacción con la vida y de las estrategias de afrontamiento (autofocalización negativa, reevaluación positiva, evitación, religión, focalizado en la solución del problema, expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo social).

Para conocer la relación de las variables de estudio con las características socio-demográficas de los participantes se ha utilizado un análisis de medias *t* de Student y análisis de varianza univariados (ANOVA) y multivariados (MANOVA), y se calcularon correlaciones de Pearson entre las variables y la edad y los años de experiencia. Las pruebas *t*, los ANOVAs y los MANOVAs son todos ellos técnicas paramétricas que permiten conocer la existencia entre puntuaciones cuantitativas (medias) de dos o más grupos, siendo las variables categóricas o agrupadoras las que funcionan como variable independiente (por ejemplo, género, estado civil, etc.) y las variables cuantitativas las dependientes (por ejemplo, las dimensiones de la inteligencia emocional, del humor, etcétera).

Finalmente, y para conocer las relaciones entre las propias variables psicosociales y su capacidad predictiva sobre el bienestar de los/las profesionales, se puso a prueba un modelo predictivo en el que las condiciones de trabajo, la inteligencia emocional, el humor y las estrategias de afrontamiento predijeron la salud (física y mental) y la satisfacción con la vida. El ajuste general del modelo se evaluó con los índices arriba mencionados, propios de los MEE: estadístico chi cuadrado, CFI, RMSEA y SRMR.

Además, el ajuste analítico se evaluó a partir de los coeficientes de predicción, así como tomando en cuenta el porcentaje de varianza explicado.

Tanto este modelo como los CFAs se estimaron mediante el programa MPLUS, versión 8.1 (Muthén y Muthén, 1998-2012). En todos los casos, el método de estimación fue Weighted Least Squares Mean and Variances (WLSMV), dado que se incluyeron variables ordinales.

3.1.6 Aspectos éticos-legales

La participación en el estudio ha sido voluntaria y se ha garantizado el anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. La investigación se ha realizado respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki y el código de ética de la Asociación Española de Psicólogos y contó con el informe favorable del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València (Anexo 1).

3.2. El estudio cualitativo

El objetivo del estudio cualitativo fue obtener una descripción de los pensamientos, sentimientos y conductas que se producen en profesionales que están trabajando con la infancia y adolescencia que presenta necesidades de apoyo.

En este estudio, la parte cualitativa se ha utilizado como un método complementario a los cuestionarios cuantitativos buscando la triangulación de instrumentos para la obtención de información.

3.2.1. La entrevista

Para recoger la información se ha empleado la técnica de la entrevista individual semiestructurada. La entrevista es un instrumento que se define como una conversación que se basa en el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas

(Denzin y Lincon, 2005, pag. 643). Según indica Flick, si el objetivo de la investigación es conseguir afirmaciones concretas sobre una determinada cuestión, como ocurre en nuestro caso, este tipo de entrevistas semiestructuradas son muy rentables (Flick, 2004).

La autora de la investigación elaboró un guion de referencia con preguntas abiertas en el que contó con el asesoramiento de dos expertos en metodología cualitativa. En ese guion se abarcaban las tres dimensiones que son objeto de estudio (el “estrés y burnout”, el “humor” y las “estrategias de afrontamiento”) y que se recogen en la Tabla 15.

Tabla 15

Dimensiones de la entrevista.

Dimensión evaluada	Descripción	Preguntas del guion
Estrés y <i>burnout</i>	Considera las percepciones, sentimientos y experiencias de profesionales sobre estos procesos que pueden desencadenarse por las circunstancias en que se desarrolla su trabajo	<p>¿Consideras que en trabajos como el tuyo las personas pueden tener estrés laboral? ¿Y <i>burnout</i>? ¿Por qué motivos?</p> <p>¿Consideras que has tenido o tienes estrés laboral? ¿Por qué motivos?</p> <p>¿Consideras que has tenido o tienes <i>burnout</i>? ¿Por qué motivos?</p> <p>¿Qué efectos crees que produce el estrés? ¿Y el <i>burnout</i>?</p> <p>¿Qué crees que es más frecuente en profesionales que trabajan en tu área, la fatiga por compasión o la satisfacción de la compasión? ¿Y en tu caso?</p>
Humor	Considera las percepciones que tienen y el uso que realizan profesionales de este recurso como estrategia de afrontamiento del estrés	<p>¿Consideras que eres una persona con sentido del humor?</p> <p>¿El humor es un recurso que utilizas en tu trabajo cotidiano? ¿Lo empleas habitual o esporádicamente?</p> <p>¿Por qué utilizas el humor? ¿Cómo lo empleas?</p> <p>¿Te resulta útil emplear el humor como estrategia de afrontamiento frente al estrés?</p> <p>¿De qué depende la utilización del humor como estrategia de afrontamiento?, ¿Depende de la situación que afrontas, de tu estado anímico o de cualquier otra situación?</p> <p>¿En qué tipo de situaciones recurras al humor?</p> <p>¿Hay alguna situación en la que no lo usarías?</p>

Dimensión evaluada	Descripción	Preguntas del guion
Estrategias de afrontamiento	Considera que los/as profesionales de las estrategias de afrontamiento del estrés que ellos utilizan	<p>¿Crees que el humor puede ser ético y no ético?</p> <p>¿Qué tipo de humor utilizas: ético, no ético o indistintamente?</p> <p>¿Crees que hay alguna relación entre la inteligencia emocional y el humor?</p> <p>¿Utilizas otras estrategias de afrontamiento del estrés? ¿Cuáles?</p> <p>¿Qué estrategias de afrontamiento te resultan más útiles para superar el estrés?</p> <p>¿Crees que hay alguna relación entre la inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento que utilizas?</p>

3.2.2. Selección de las personas participantes

La recogida de la información se ha llevado a cabo en la provincia de Valencia, ya que los/as participantes fueron seleccionados por criterios de conocimiento y accesibilidad de la investigadora, y buscando obtener opiniones diversificadas de los grupos de profesionales implicados en la atención a la población de estudio. El número de participantes quedó delimitado por el principio de saturación de los datos.

Para la realización de las entrevistas, se estableció un primer contacto (a través de correo electrónico, teléfono o personalmente) en el que se hacía una breve exposición del estudio y se solicitaba su colaboración. Dado que la investigadora ejerce su actividad profesional en esta área, que las personas seleccionadas la conocían previamente y que se contactó con profesionales a los que se les suponía buena disposición a colaborar, no se obtuvo ninguna negativa. Seguidamente, se fijaron las citas para realizar las entrevistas de forma presencial.

En la selección de los/as participantes se han tenido en cuenta dos criterios de inclusión: a) se ha buscado que fueran profesionales que en su trabajo diario tuvieran un contacto continuo con la población objeto de estudio, y b) que tuvieran una experiencia mínima de un año desempeñando su trabajo actual. Es conveniente señalar que la mayoría de los/as participantes, aunque en el momento de la recogida de información trabajan con menores y adolescentes que presentan necesidades de

apoyo, son personas que han estado ligadas al ámbito de la discapacidad infantil con distintas necesidades a lo largo de casi toda su trayectoria profesional; algunos de ellos, no solo a nivel laboral desempeñando distintas ocupaciones, sino también trabajando como voluntarios/as en diversas asociaciones.

3.2.3. Descripción de la muestra

Se entrevistó a 25 profesionales, de los cuales 23 (92%) eran mujeres y 2 (8%) eran hombres. Sus edades estaban comprendidas entre los 23 y los 59 años, siendo la media de edad de 36.68 años ($DT = 9.59$).

Respecto a su ocupación, los años de experiencia media que tienen los/as entrevistados/as en su trabajo es de 11.52 años ($DT = 7.33$). La distribución porcentual de los lugares en los que trabajan y la descripción de sus puestos de trabajo se recogen en las Figuras 9 y 10.

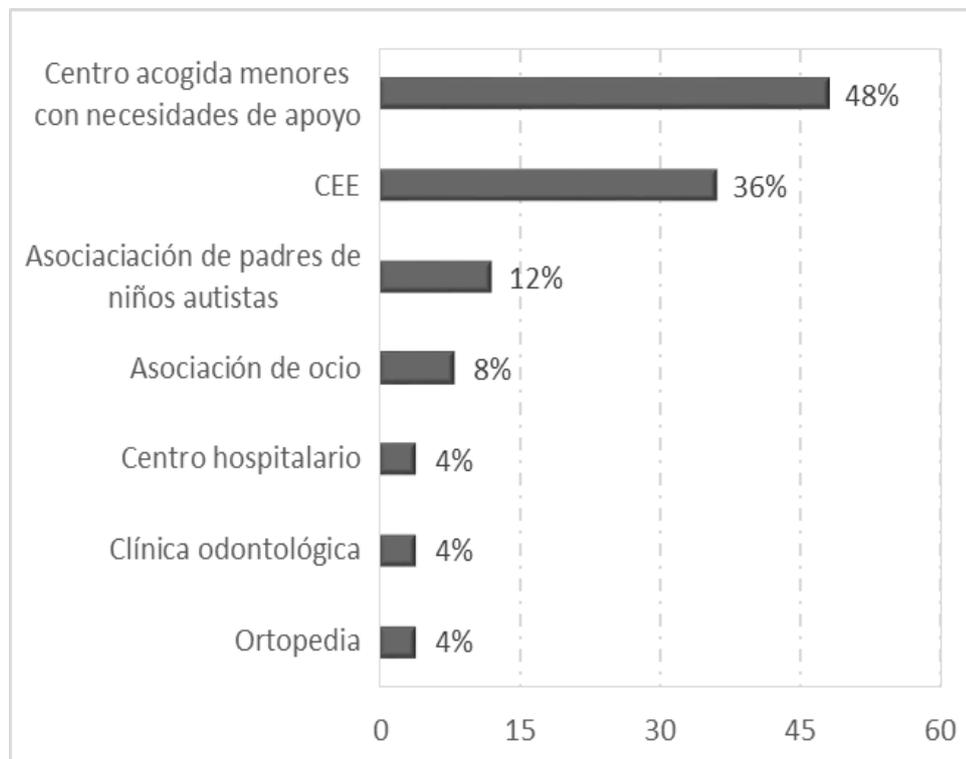


Figura 9
Lugar de trabajo de los/as entrevistados/as

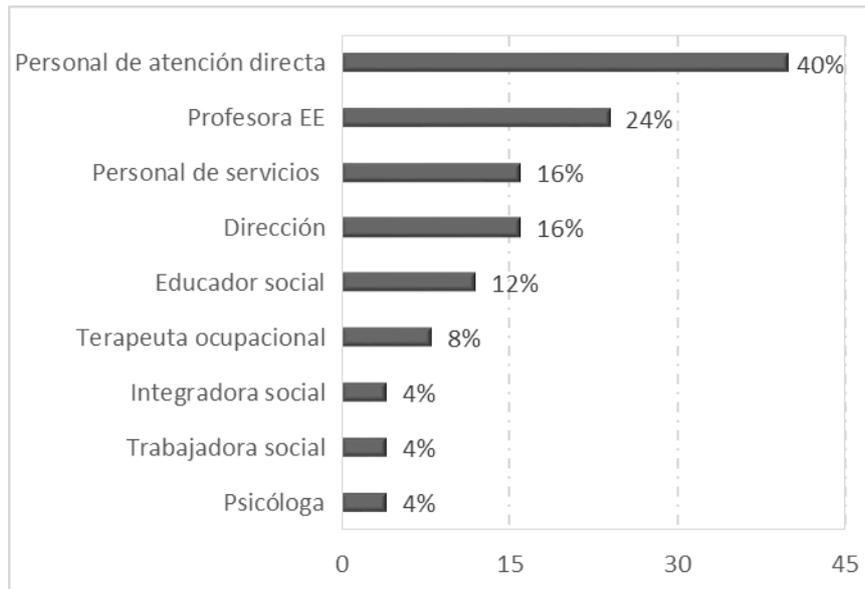


Figura 10
Descripción del trabajo de los entrevistados/as

Su nivel de formación académica es muy variado abarcando desde la educación media a los estudios de posgrado; habiéndose observado que, en muchas ocasiones, sus conocimientos exceden a los que se requieren para el ejercicio de las funciones que realizan.

En cuanto a los conocimientos que tienen los/as participantes para proceder ante el estrés laboral, el 80% de ellos/as había recibido formación sobre autocuidado, el 48% sobre inteligencia emocional, el 40% sobre estrategias de afrontamiento, el 40% sobre Mindfulness y el 4% sobre PECS (Picture Exchange Communication System). Durante la entrevista, el 50% han señalado que realizó esa formación por interés propio, el 30% por el trabajo que realiza, el 25% porque eran conocimientos que estaban dentro de una formación más amplia que cursó y el 15% porque la estableció la empresa en la que trabajaba.

En concreto, los/as profesionales que se han entrevistado se recogen en la Tabla 16.

Tabla 16*Profesionales entrevistados/as.*

Identificación de la entrevista	Sexo	Edad	Lugar de trabajo	Ocupación	Descripción de sus funciones	Años de experiencia	Necesidades de apoyo de la población que atiende
E-1	Mujer	39	Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo	Dirección y personal de atención directa	Gestión de los menores (visitas médicas, con profesorado, etc.), de las familias y del personal; realización de programas, proyectos y memorias; actividades de cuidadora.	21	Discapacidad intelectual, discapacidad física, discapacidad visual, autismo, espina bífida, parálisis cerebral, síndrome de Down, síndrome de maullido del gato, síndrome por frágil, síndrome de Klinefelter, ausencia de comunicación verbal.
E-2	Mujer	27	Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo	Dirección y trabajadora social	Coordinación con conselleria y centros municipales de Servicios Sociales de las familias; tareas de dirección.	2	Discapacidad intelectual, discapacidad física, discapacidad respiratoria, autismo, ceguera, síndrome de Apert.
E-3	Mujer	36	Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo	Dirección y psicólogo/a	Valoraciones e intervenciones psicológicas; jefa de personal y tareas de dirección.	12	Autismo, dificultades de visión y motóricas, síndrome de Down, trastorno perturbador de la conducta, TDAH.
E-4	Mujer	55	Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo	Dirección y personal de atención directa	Funciones administrativas y de personal; tareas de acompañamiento y cuidados.	25	Autismo, parálisis cerebral, tetraplejias, síndrome de maullido de gato, síndrome de West.
E-5	Mujer	32	Centro hospitalario	Profesora EE	Dar clases, actividades de lectura, realización de talleres, etc.	2	Con necesidades de educación especial y que padecen enfermedades crónicas

Identificación de la entrevista	Sexo	Edad	Lugar de trabajo	Ocupación	Descripción de sus funciones	Años de experiencia	Necesidades de apoyo de la población que atiende
E-6	Mujer	40	CEE	Profesora EE	Clases de comunicación alternativa y aumentativa.	16	Discapacidad cognitiva, discapacidad mental, autismo, síndrome de Down, necesidades de comunicación.
E-7	Mujer	32	CEE	Profesora EE	Tutora de educación secundaria	7	Discapacidad cognitiva, trastornos y enfermedades mentales.
E-8	Mujer	33	CEE	Profesora EE	Pedagogía terapéutica, tutoría y coordinación de etapa	14	Necesidades de adquirir conocimientos y destrezas, de desarrollar habilidades sociales, de saber expresar emociones, de autonomía personal, de comunicación.
E-9	Mujer	31	CEE	Profesora EE	Tutora de aula	5	Discapacidad intelectual, limitaciones motrices, derivados del TEA,
E-10	Mujer	31	CEE	Profesora EE	Tutora de aula	10	Discapacidad mental, discapacidad física, trastornos mentales, TEA, y otros síndromes y trastornos.
E-11	Mujer	28	Asociación de padres de niños autistas y Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo	Educador social	Educación a los/as niños	1	Discapacidad intelectual y autismo
E-12	Mujer	27	Asociación de ocio	Educador social	Acompañar, fomentar autonomía y habilidades sociales en actividades de	8	Discapacidad intelectual, autismo, parálisis cerebral.

Identificación de la entrevista	Sexo	Edad	Lugar de trabajo	Ocupación	Descripción de sus funciones	Años de experiencia	Necesidades de apoyo de la población que atiende
E-13	Hombre	42	CEE	Educador social y personal de servicios	ocio y campamentos Apoyo a la tutora del aula; monitor de autobús y de comedor.	15	Autismo, parálisis cerebral, ceguera, ausencia de comunicación verbal.
E-14	Mujer	25	Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo y CEE	Integradora social	Repaso de las asignaturas del colegio, llevar y traer a los/as niños/as a las actividades extraescolares y visitas con sus padres y madres, ayudar a preparar la documentación de las visitas, etc.	5	Discapacidad intelectual, discapacidad física, autismo, ausencia de comunicación verbal.
E-15	Hombre	51	Ortopedia	Terapeuta ocupacional	Asesoramiento y reparación de productos de apoyo	20	Discapacidades físicas e intelectuales.
E-16	Mujer	27	Asociación de padres de niños autistas	Terapeuta ocupacional	Ayudar a niños/as y familias en su rutina diaria.	6	Discapacidad intelectual, autismo.
E-17	Mujer	39	Clínica odontológica para pacientes con diversidad funcional	Personal de atención directa	Diagnóstico y tratamiento odontológico	15	Discapacidad intelectual, retraso mental, autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down, otros síndromes y enfermedades raras
E-18	Mujer	42	Centro de acogida de menores con necesidades de	Personal de atención directa	Cuidadora	11	Discapacidad intelectual, discapacidad física, discapacidad visual, autismo, ausencia de comunicación verbal.

Identificación de la entrevista	Sexo	Edad	Lugar de trabajo	Ocupación	Descripción de sus funciones	Años de experiencia	Necesidades de apoyo de la población que atiende
E-19	Mujer	33	Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo	Personal de atención directa	Cuidadora	10	Discapacidad física, autismo, parálisis cerebral, ceguera, ausencia de comunicación verbal.
E-20	Mujer	43	Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo	Personal de atención directa	Cuidadora	12	Discapacidad intelectual, discapacidad física, discapacidad visual, autismo, ausencia de comunicación verbal.
E-21	Mujer	39	Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo	Personal de atención directa	Cuidadora; colaboración en talleres y juegos.	15	Discapacidad intelectual, discapacidad física, discapacidad visual, autismo, ausencia de comunicación verbal.
E-22	Mujer	32	Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo	Personal de atención directa	Cuidadora	8	Autismo, parálisis cerebral, síndrome de maullido del gato.
E-23	Mujer	59	Centro de acogida de menores con necesidades de apoyo	Personal de atención directa y de servicios	Cuidadora y cocinera	15	Autismo, parálisis cerebral, ceguera, síndrome de maullido de gato.
E-24	Mujer	23	CEE; Asociación de padres de niños autistas y	Personal de atención directa y servicios	Monitora de patio y de comedor; tareas de cuidadora	3	Autismo y otras necesidades de apoyo en actividades cotidianas.

Identificación de la entrevista	Sexo	Edad	Lugar de trabajo	Ocupación	Descripción de sus funciones	Años de experiencia	Necesidades de apoyo de la población que atiende
E-25	Mujer	51	CEE	Personal de servicios	Monitora de autobús.	30	Autismo, síndrome de Down, síndrome de Asperger.

3.2.4. Captura y transcripción de la información

Para realizar las entrevistas se buscaron espacios que fueran cómodos y evitaran las interrupciones, tratando de crear un clima favorable a la participación activa del entrevistado/a. A lo largo de su desarrollo, se realizaron todas las aclaraciones de términos que fueron pertinentes para evitar problemas de interpretación de los/as participantes. Las preguntas del guion se plantearon de manera abierta y flexible.

En la captura de información se utilizó una grabadora y un cuaderno de notas para apuntar otros aspectos interesantes de las entrevistas (como contexto, actitud, etc.).

Posteriormente se realizaron las transcripciones de las grabaciones a formato Word. El análisis de la información se ha realizado con el programa de análisis cualitativo MAXQDA 2018.

Las entrevistas se han realizado entre febrero y marzo de 2019 y su duración osciló entre los diez y veinte minutos.

3.2.5. Categorización

Tras un proceso de análisis de la información contenida en las entrevistas, se ha elaborado un sistema de códigos relativos a las principales líneas discursivas que se han identificado y que se recoge en la Figura 11.

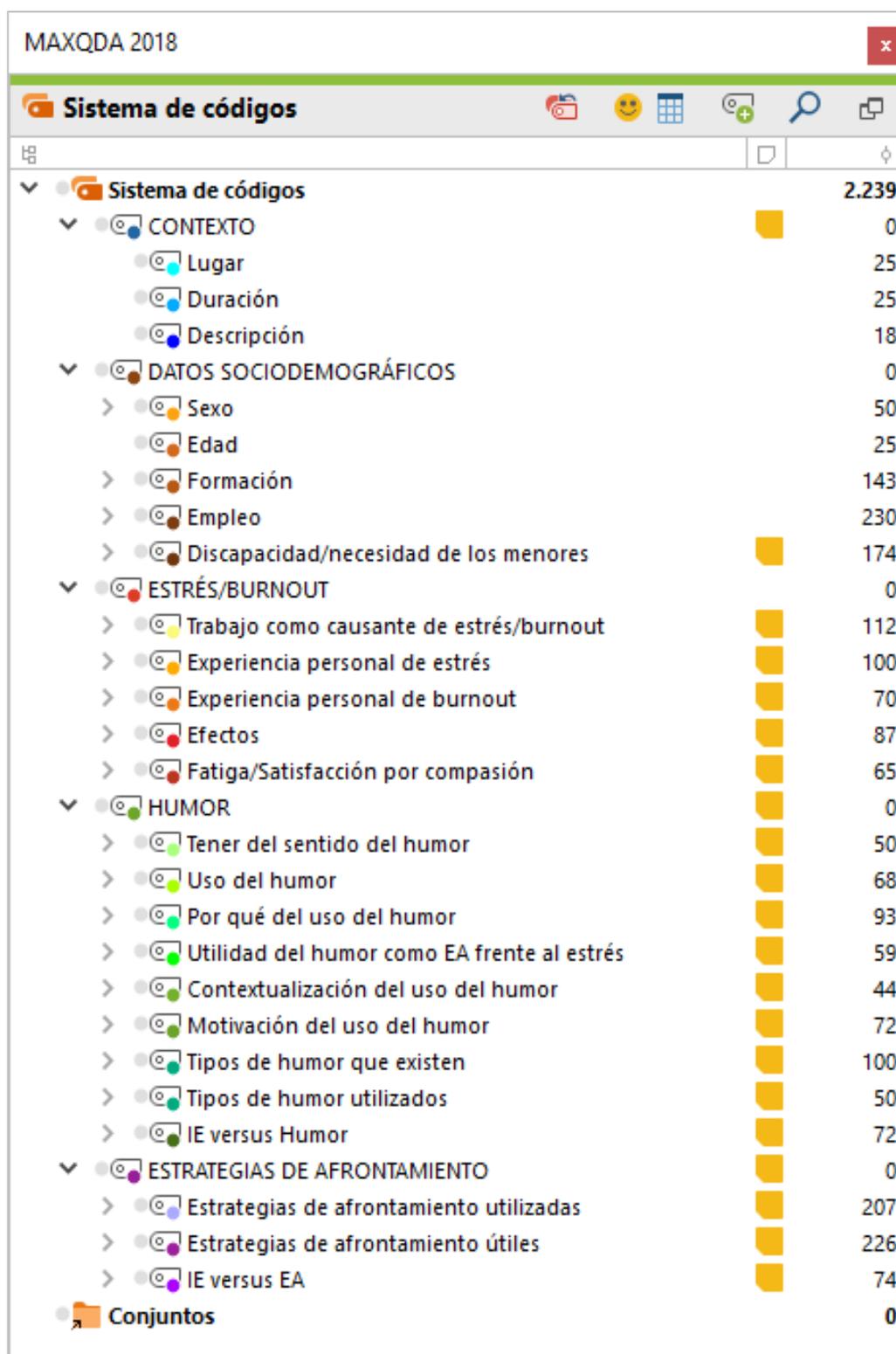


Figura 11
Sistema de códigos para el análisis de las entrevistas
 Fuente: Elaboración propia

Partiendo de este esquema, se ha realizado el análisis de los contenidos de los discursos buscando capturar y transponer las experiencias y consideraciones de los/as participantes.

3.2.6. Aspectos ético-legales

Todos los sujetos que han participado en la investigación lo han hecho de forma voluntaria, leyendo y firmando en cada caso un consentimiento informado que incluía la descripción del proyecto y la protección de los datos de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

4. Resultados

4.1. Resultados del estudio cuantitativo

4.1.1. Evidencias de fiabilidad y validez de los instrumentos de medida

4.1.1.1. Evidencias de fiabilidad y validez de la Escala de Inteligencia Emocional

El análisis factorial confirmatorio jerárquico que puso a prueba la estructura de tres dimensiones de primer orden y un factor de segundo orden para la Escala de Inteligencia Emocional mostró un ajuste adecuado: $\chi^2(249) = 1285.076$ ($p < .001$), CFI = .917, SRMR = .085, RMSEA = .120 [.114-.127].

En el primer factor, atención emocional, las saturaciones factoriales de los ítems oscilaron desde .682 (ítem 6) hasta .868 (ítem 3). En el factor de claridad emocional, las saturaciones factoriales oscilaron entre .762 (ítem 9) y .890 (ítem 12). En el factor de reparación emocional, la saturación factorial más baja fue de .639 (ítem 21) y la más alta de .883 (ítem 18). Finalmente, en el factor del segundo orden, las saturaciones fueron de .613 para atención emocional, .855 para claridad emocional y .694 para reparación emocional. En todos los casos, las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ($p < .001$).

En cuanto a la fiabilidad, los alfas de Cronbach fueron de .883 para la dimensión de atención emocional, .929 para la de claridad emocional y .898 para reparación emocional.

4.1.1.2. Evidencias de fiabilidad y validez de la Escala de Humor

El AFC puesto a prueba con los ítems de la Escala de Humor hipotetizaba una estructura de dos dimensiones no correlacionadas: el humor ético (ítems 1, 3, 7 y 8 y el humor como estrategia (ítems 2, 4, 5 y 6). Este modelo mostró un ajuste adecuado: $\chi^2(19) = 65.636$ ($p < .001$), CFI = .974, SRMR = .049, RMSEA = .093 [.069-.118].

En cuanto al ajuste analítico, los ítems de la dimensión de humor ético mostraron saturaciones factoriales que oscilaron entre .456 (ítem 3) y .840 (ítem 8), y las de los ítems del humor como estrategia, entre .657 (ítem 2) y .930 (ítem 6); todas ellas estadísticamente significativas ($p < .001$). Las fiabilidades fueron de .646 y .830, respectivamente.

4.1.1.3 Evidencias de fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida

En lo que respecta al AFC que evaluaba la estructura interna de la Escala de Satisfacción con la Vida, este incluía un único factor que explicaba los cinco ítems de la escala. El ajuste global del modelo fue perfecto: $\chi^2(5) = 7.421$ ($p = .191$), CFI = .999, SRMR = .011, RMSEA = .043 [.000-.104]; y también el ajuste analítico, con saturaciones factoriales estadísticamente significativas ($p < .001$) que oscilaron entre .707 (ítem 5) y .922 (ítem 3). También la fiabilidad fue muy adecuada, con un alfa de Cronbach de .875.

4.1.1.4. Evidencias de fiabilidad y validez de la Escala SF-8 de Salud Percibida

El modelo puesto a prueba para obtener evidencias de validez de la Escala SF-8 hipotetizó dos factores de salud correlacionados, física (ítems 1, 2, 3, 4 y 5) y mental (ítems 6, 7 y 8), y obtuvo un ajuste general adecuado: $\chi^2(19) = 128.901$ ($p < .001$), CFI = .967, SRMR = .069, RMSEA = .150 [.126-.175].

En cuanto al ajuste analítico, todos los ítems mostraron saturaciones factoriales estadísticamente significativas ($p < .001$), oscilando entre .505 (ítem 5) y .988 (ítem 3) en el factor de salud física y entre .679 (ítem 8) y .860 (ítem 6) en el caso de la salud mental.

Finalmente, se obtuvieron valores de alfa de Cronbach de .791 para la dimensión de salud física y de .761 para la de salud mental, siendo estos indicadores de una fiabilidad adecuada.

4.1.1.5. Evidencias de fiabilidad y validez de la Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento

Para obtener evidencia de la estructura factorial del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento se puso a prueba un modelo de siete factores correlacionados, que mostró un ajuste adecuado: $\chi^2(168) = 481.081$ ($p < .001$), CFI = .950, SRMR = .087, RMSEA = .091 [.081-.100]. Las saturaciones factoriales de los ítems, todas estadísticamente significativas ($p < .001$), pueden observarse en la Tabla 17, y las correlaciones entre factores se recogen en la Tabla 18.

Tabla 17

Saturaciones factoriales en el AFC del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento.

	AFN	RP	EV	RG	FSP	EEA	BAS
	.633	.716	.489	.921	.561	.786	.816
	.730	.826	.666	.971	.869	.654	.709
	.627	.262	.593	.975	.819	.598	.760

Notas: AFN = Autofocalización negativa; RP = Reevaluación positiva; EV = Evitación; RG = Religión; FSP = Focalización en la solución del problema; EEA = Expresión emocional abierta; BAS = Búsqueda de apoyo social. Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ($p < .001$).

Tabla 18

Correlaciones en el AFC del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento.

	AFN	RP	EV	RG	FSP	EEA
AFN	1.000					
RP	-.594***	1.000				
EV	.387***	.205*	1.000			
RG	.283***	.018	-.110	1.000		
FSP	-.553***	.707***	.026	-.050	1.000	
EEA	.592***	-.171	.164	.165*	-.138	1.000
BAS	.006	.266***	.313***	.009	.463***	.059

Notas: AFN = Autofocalización negativa; RP = Reevaluación positiva; EV = Evitación; RG = Religión; FSP = Focalización en la solución del problema; EEA = Expresión emocional abierta; BAS = Búsqueda de apoyo social. * $p < .050$; ** $p < .010$; *** $p < .001$.

4.1.2. *Resultados descriptivos del bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y sus predictores*

En los indicadores de las condiciones del puesto de trabajo, los/as participantes puntuaron en todos ellos por encima de la media de la escala (por encima de 3, en una escala de 1 a 5). Los indicadores con mayores puntuaciones fueron los referidos a la relación con compañeros y compañeras de trabajo y la relación con los superiores, y los que obtuvieron puntuaciones menores fueron los que evaluaban las condiciones económicas y la dotación de recursos. Un mayor detalle puede consultarse en la Tabla 19.

Tabla 19

Estadísticos descriptivos de las condiciones del puesto de trabajo.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Punt. mínima</i>	<i>Punt. máxima</i>
<i>Condiciones del Centro</i>	3.48	0.76	1.00	5.00
Condiciones físicas del lugar	3.63	0.89	1.00	5.00
Dotación de recursos	3.38	0.88	1.00	5.00
Capacidad de respuesta a las demandas	3.44	0.89	1.00	5.00
<i>Relación con pacientes, compañeros/as y superiores</i>	3.90	0.71	2.00	5.00
Número de personas a las que atiendes directamente	3.54	0.98	1.00	5.00
Relación con compañeros y compañeras de trabajo	4.18	0.83	1.00	5.00
Relación con superiores	3.98	0.98	1.00	5.00
<i>Condiciones del Puesto</i>	3.48	0.74	1.75	5.00
Tiempo disponible para la atención en tu turno	3.49	0.92	1.00	5.00
Claridad de tus funciones	3.68	1.00	1.00	5.00
Condiciones económicas	3.25	0.91	1.00	5.00
Sistemas de turnos y rotación	3.51	0.96	1.00	5.00

En las dimensiones de la inteligencia emocional, las puntuaciones medias obtenidas por los/as participantes se sitúan, según la baremación que la escala tiene definida, en el nivel de adecuada atención emocional, en el nivel de adecuada claridad de sentimientos y en el nivel de adecuada reparación emocional (Tabla 20).

Tabla 20*Estadísticos descriptivos de las dimensiones de IE.*

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Punt. mínima</i>	<i>Punt. máxima</i>
Atención emocional	24.58	6.03	8.00	40.0
Claridad de sentimientos	26.93	6.23	8.00	40.0
Reparación emocional	27.41	6.07	7.00	40.0

Respecto a las dimensiones del humor, la puntuación en humor ético de los/as participantes se situó por debajo de la media de la escala (valores de 1 a 5); sin embargo, para la dimensión del humor como estrategia la puntuación fue más elevada y estuvo por encima de la media de la escala, como se muestra en la Tabla 21.

Tabla 21*Estadísticos descriptivos de las dimensiones de humor.*

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Punt. mínima</i>	<i>Punt. máxima</i>
Humor ético	2.21	0.75	1.00	5.00
Humor como estrategia	4.03	0.74	1.00	5.00

En los estilos de afrontamiento, hay tres estrategias que obtuvieron puntuaciones superiores a la media de la escala (por encima de 2, en una escala de 0 a 4) que, por orden de puntaje, fueron la focalización en la solución del problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social. Las que obtuvieron menores puntuaciones fueron la religión y la expresión emocional abierta que puntuaron por debajo de 1. Los resultados más detallados se recogen en la Tabla 22.

Tabla 22*Estadísticos descriptivos de los estilos de afrontamiento.*

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Punt. mínima</i>	<i>Punt. máxima</i>
Autofocalización Negativa (AFN)	1.06	0.62	0.00	2.67
Reevaluación Positiva (RP)	2.55	0.62	0.00	4.00
Evitación (EV)	1.97	0.65	0.00	4.00
Religión (RG)	0.58	0.95	0.00	4.00
Focalización en la Solución del Problema (FSP)	2.64	0.68	0.00	4.00
Expresión Emocional Abierta (EEA)	0.87	0.55	0.00	2.67
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	2.26	0.80	0.00	4.00

En cuanto a las dimensiones de la salud, los puntajes de los/as participantes fueron en las dos facetas analizadas inferiores a la media de la escala (valores de 1 a 5), siendo la más baja la recogida para la salud física (Tabla 23).

Tabla 23

Estadísticos descriptivos de las dimensiones de salud.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Punt. mínima</i>	<i>Punt. máxima</i>
Salud física	1.95	0.60	1.00	4.00
Salud mental	2.28	0.78	1.00	4.67

Por último, para la satisfacción con la vida, en la Tabla 24 se recoge que los/as participantes puntuaron en esta variable por encima de la media de la escala (valores de 1 a 5).

Tabla 24

Estadísticos descriptivos de la satisfacción con la vida.

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Punt. mínima</i>	<i>Punt. máxima</i>
Satisfacción con la vida	3.55	0.73	1.00	5.00

4.1.3. Relaciones del bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y sus predictores con sus características sociodemográficas

En primer lugar, se estudió la relación entre en el bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y sus predictores con la edad. Para ello, se calcularon diversas correlaciones de Pearson. Tal y como se muestra en la Tabla 25, la edad mostró relaciones estadísticamente significativas con dos de las dimensiones de la inteligencia emocional (atención y claridad emocional), las dos dimensiones de salud y las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva, evitación, religión, focalización en la solución del problema y búsqueda de apoyo

social. En casi todos los casos las correlaciones fueron de signo negativo, indicando menores niveles de inteligencia emocional, salud mental y casi todas las estrategias (reevaluación positiva, evitación, focalización en la solución del problema y búsqueda de apoyo social) a mayor edad. En el caso de la salud física y la religión, las correlaciones fueron positivas señalando mayor nivel de salud y de la estrategia religión a mayor edad.

Tabla 25

Correlaciones entre la edad, el bienestar y los predictores del bienestar en profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo.

	Edad
Características del contexto de trabajo	
Condiciones del centro	-.048
Relación con pacientes, compañeros/as y superiores	-.107
Condiciones del puesto	-.080
Inteligencia emocional	
Atención emocional	-.278**
Claridad emocional	-.150*
Reparación de las emociones	-.072
Humor	
Humor ético	-.058
Humor como estrategia	-.074
Estrategias de afrontamiento	
Autofocalización negativa	.026
Reevaluación positiva	-.142*
Evitación	-.299**
Religión	.286**
Focalización en la solución del problema	-.230**
Expresión emocional abierta	-.110
Búsqueda de apoyo social	-.283**
Salud	
Salud física	.244**
Salud mental	-.144*
Satisfacción con la vida	-.004

Notas: * $p < .050$; ** $p < .010$.

Seguidamente se estudió el efecto del género sobre los predictores de la satisfacción con la vida mediante diversos MANOVAs, en los que el sexo actuó como variable

independiente y las variables dependientes fueron las dimensiones de los distintos constructos objeto de estudio.

El MANOVA que estudió la relación entre el género y las condiciones del trabajo resultó estadísticamente no significativo: $F(3, 282) = 0.252, p = .860, \eta^2 = .003$. El MANOVA que incluyó como variables dependientes las dimensiones de la inteligencia emocional resultó, de nuevo, no significativo: $F(3, 281) = 2.674, p = .898, \eta^2 = .002$. Tampoco el sexo se relacionó con el humor ($F(2, 280) = 0.252, p = .071, \eta^2 = .019$), las estrategias de afrontamiento ($F(7, 217) = 1.749, p = .099, \eta^2 = .053$) o la salud ($F(2, 253) = 2.063, p = .129, \eta^2 = .016$). El detalle de las medias en las distintas dimensiones para ambos grupos puede consultarse en la Tabla 26.

Tabla 26

Medias y desviaciones típicas de los predictores del bienestar en función del género.

	Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<i>Características del contexto de trabajo</i>				
Condiciones del centro	3.56	0.65	3.47	0.78
Relación con pacientes, compañeros/as y superiores	3.95	0.66	3.89	0.73
Condiciones del puesto	3.54	0.72	3.47	0.74
<i>Inteligencia emocional</i>				
Atención emocional	24.23	5.52	24.72	6.10
Claridad emocional	26.61	6.21	27.00	6.24
Reparación de las emociones	26.89	5.83	27.53	6.13
<i>Humor</i>				
Humor ético	2.41	0.76	2.15	0.73
Humor como estrategia	4.02	0.83	4.02	0.71
<i>Estrategias de afrontamiento</i>				
Autofocalización negativa	0.91	0.66	1.09	0.60
Reevaluación positiva	2.53	0.75	2.55	0.58
Evitación	1.76	0.76	2.02	0.61
Religión	0.59	0.93	0.58	0.95
Focalización en la solución del problema	2.59	0.85	2.65	0.63
Expresión emocional abierta	0.79	0.61	0.88	0.53
Búsqueda de apoyo social	1.98	0.82	2.32	0.78
<i>Salud</i>				
Salud física	1.85	0.61	1.97	0.59
Salud mental	2.09	0.86	2.32	0.75

Posteriormente, se estudió si existían diferencias en el bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y sus predictores en función del género. Para ello, se llevó a cabo una prueba *t* para medias de grupos independientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas: $t(253) = -0.161, p = .872$ para la satisfacción con la vida. Las medias, que pueden consultarse en la Tabla 27, son similares tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres.

Tabla 27

Medias y desviaciones típicas de satisfacción con la vida en función del género.

	Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Satisfacción con la vida	3.53	0.80	3.55	0.71

Para estudiar posibles diferencias en bienestar y sus predictores en función del estado civil, y dado el bajo número de viudas y viudos encontrados, se procedió a recodificar esta variable, agrupando a las personas viudas en la misma categoría que las divorciadas/separadas, que mostraba un menor tamaño. Así, se contemplaron tres grupos según el estado civil: casadas/personas que viven en pareja, solteras y divorciadas/separadas/viudas. El efecto del estado civil sobre el bienestar y sus predictores se estudió mediante diversos análisis de varianza multivariados (MANOVAs) y un análisis de varianza univariado (ANOVA). En los MANOVAs, el estado civil no mostró relación con las características del contexto laboral ($F(6, 562) = 1.920, p = .076, \eta^2 = .020$), el humor ($F(4, 558) = 1.610, p = .375, \eta^2 = .008$) ni la salud ($F(4, 504) = 2.033, p = .089, \eta^2 = .016$). En cuanto al ANOVA que incluyó como variable dependiente la satisfacción con la vida, tampoco resultó estadísticamente significativo: $F(2, 251) = 2.539, p = .081, \eta^2 = .020$. El detalle de las medias para cada grupo puede consultarse en la Tabla 28.

Tabla 28

Medias y desviaciones típicas del bienestar y sus predictores en función del estado civil.

	Casados/as		Solteros/as		Divorciados/as separados/as viudos/as	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Características del contexto de trabajo						
Condiciones del centro	3.44	0.79	3.57	0.74	3.49	0.74
Relación con pacientes, compañeros/as y superiores	3.81	0.70	4.03	0.71	4.00	0.77
Condiciones del puesto	3.46	0.73	3.49	0.76	3.61	0.79
Inteligencia emocional						
Atención emocional	23.97	5.59	26.15	6.51	22.97	5.32
Claridad emocional	27.01	5.83	27.32	6.90	25.44	5.92
Reparación de las emociones	27.38	5.92	27.51	6.35	27.03	6.11
Humor						
Humor ético	2.19	0.75	2.24	0.74	2.19	0.79
Humor como estrategia	4.05	0.73	4.07	0.69	3.78	0.89
Estrategias de afrontamiento						
Autofocalización negativa	0.99	0.62	1.14	0.58	1.09	0.68
Reevaluación positiva	2.51	0.61	2.59	0.55	2.60	0.88
Evitación	1.86	0.62	2.15	0.66	1.96	0.72
Religión	0.59	0.86	0.57	1.08	0.63	0.92
Focalización en la solución del problema	2.59	0.66	2.78	0.63	2.40	0.87
Expresión emocional abierta	0.79	0.54	1.01	0.54	0.78	0.61
Búsqueda de apoyo social	2.28	0.77	2.28	0.80	2.03	0.93
Salud						
Salud física	2.00	0.58	1.90	0.63	1.92	0.60
Salud mental	2.22	0.76	2.42	0.83	2.14	0.74
Satisfacción con la vida	3.59	0.71	3.43	0.75	3.75	0.70

Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del estado civil en la media de inteligencia emocional $F(6, 560) = 2.226, p = .039, \eta^2 = .023$. En concreto, los ANOVAs de continuación apuntaron diferencias en la dimensión de atención emocional (ver Tabla 29). Las pruebas *a posteriori* mostraron mayores medias en el grupo solteros/as, tanto frente a los casados/as ($p = .013$) como frente a los divorciados/as/separados/as/viudos/as ($p = .023$). El detalle de las medias puede consultarse en la Tabla 31.

Tabla 29

ANOVAs de continuación para las dimensiones de la inteligencia emocional en función del estado civil.

	<i>F</i>	<i>gl efecto</i>	<i>gl error</i>	<i>p</i>	η^2
Atención emocional	5.517	2	281	.004	.038
Claridad emocional	1.123	2	281	.327	.008
Reparación de las emociones	0.075	2	281	.928	.001

También se observó un efecto del estado civil sobre las estrategias de afrontamiento: $F(14, 432) = 2.285$, $p = .005$, $\eta^2 = .069$. En concreto, los ANOVAs de continuación apuntaron diferencias en las dimensiones de evitación, focalización en la solución del problema y expresión emocional abierta (ver Tabla 30). Las pruebas *a posteriori* mostraron mayores medias en el grupo solteros/as frente a los casados/as en la dimensión de evitación ($p = .007$) y en la expresión emocional abierta ($p = .022$), también mayores medias de los/as solteros, pero en este caso frente a los divorciados/as/separados/as/viudos/as en la dimensión de focalización en la solución del problema ($p = .039$). El detalle de las medias puede consultarse en la Tabla 31.

Tabla 30

ANOVAs de continuación para las dimensiones las estrategias de afrontamiento en función del estado civil.

	<i>F</i>	<i>gl efecto</i>	<i>gl error</i>	<i>p</i>	η^2
Autofocalización negativa	1.525	2	221	.220	.014
Reevaluación positiva	0.528	2	221	.590	.005
Evitación	4.706	2	221	.010	.041
Religión	0.036	2	221	.965	.000
Focalización en la solución del problema	3.556	2	221	.030	.031
Expresión emocional abierta	4.002	2	221	.020	.035
Búsqueda de apoyo social	1.193	2	221	.305	.011

Para estudiar los efectos del nivel de estudios, y como ya se hizo con la variable estado civil, se recodificaron las categorías iniciales, agrupándose aquellos colectivos que habían mostrado un tamaño muestral menor: profesionales con grado superior, bachillerato, grado medio, estudios primarios y sin estudios. Así, la variable quedó categorizada en tres grupos: estudios universitarios–licenciatura, estudios universitarios – diplomatura y estudios no universitarios/sin estudios.

Una vez la variable estuvo recodificada, se puso a prueba el efecto del nivel de estudios sobre el bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y sus predictores, de nuevo mediante diversos análisis de varianza multivariados (MANOVAs) y un análisis de varianza univariado (ANOVA). En los MANOVAs, el nivel de estudios tampoco mostró relación con la inteligencia emocional ($F(6, 562) = 1.167, p = .322, \eta^2 = .012$), el humor ($F(4, 558) = 1.373, p = .242, \eta^2 = .010$), las estrategias de afrontamiento ($F(14, 432) = 1.416, p = .142, \eta^2 = .044$) ni la salud ($F(4, 504) = 1.868, p = .115, \eta^2 = .015$). En cuanto al ANOVA que incluyó como variable dependiente la satisfacción con la vida fue estadísticamente no significativo: $F(2, 252) = 1.453, p = .236, \eta^2 = .011$. El detalle de las medias para cada grupo puede consultarse en la Tabla 31.

Tabla 31

Medias y desviaciones típicas del bienestar y sus predictores en función del estado civil.

	Estudios universitarios licenciatura		Estudios universitarios diplomatura		Estudios no universitarios	
	M	DT	M	DT	M	DT
Características del contexto de trabajo						
Condiciones del centro	3.56	0.75	3.47	0.82	3.41	0.70
Relación con pacientes, compañeros/as y superiores	3.82	0.75	3.94	0.68	3.99	0.73
Condiciones del puesto	3.54	0.70	3.50	0.75	3.36	0.80
Inteligencia emocional						
Atención emocional	24.57	5.81	24.43	6.01	25.06	5.99
Claridad emocional	26.71	5.99	26.84	6.14	27.42	6.33
Reparación de las emociones	26.79	5.54	27.05	6.67	29.03	5.71
Humor						
Humor ético	2.18	0.79	2.28	0.66	2.13	0.83
Humor como estrategia	4.13	0.78	3.96	0.67	3.96	0.77
Estrategias de afrontamiento						
Autofocalización negativa	1.02	0.61	1.02	0.57	1.19	0.67
Reevaluación positiva	2.58	0.62	2.54	0.61	2.52	0.66
Evitación	1.96	0.70	2.03	0.59	1.92	0.69
Religión	0.46	0.86	0.46	0.82	0.97	1.16
Focalización en la solución del problema	2.63	0.64	2.71	0.65	2.54	0.79
Expresión emocional abierta	0.81	0.56	0.91	0.51	0.91	0.62
Búsqueda de apoyo social	2.31	0.82	2.27	0.83	2.14	0.74
Salud						

	Estudios universitarios licenciatura		Estudios universitarios diplomatura		Estudios no universitarios	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
	Salud física	1.91	0.60	1.90	0.55	2.12
Salud mental	2.21	0.78	2.33	0.78	2.32	0.80
Satisfacción con la vida	3.59	0.76	3.60	0.69	3.41	0.74

Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de estudios en la media de las características del contexto de trabajo $F(6, 562) = 3.063, p = .006, \eta^2 = .032$; aunque, al analizar los ANOVAs de continuación no se confirmaron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del contexto laboral (ver Tabla 32). El detalle de las medias puede consultarse en la Tabla 33.

Tabla 32

ANOVAs de continuación para las dimensiones de las características del centro de trabajo en función del nivel de estudios.

	<i>F</i>	<i>gl efecto</i>	<i>gl error</i>	<i>p</i>	η^2
Condiciones del centro	0.822	2	283	.441	.006
Relación con pacientes, compañeros y superiores	1.301	2	283	.274	.009
Condiciones del puesto	1.280	2	283	.280	.009

En cuanto a la formación, se estudió si había diferencias entre los que habían recibido los distintos tipos de formación, mediante diversos MANOVAs y un ANOVA. En los MANOVAs, la formación no mostró relación con las características del contexto de trabajo ($F(9, 462.561) = 0.384, p = .943, \eta^2 = .006$), la inteligencia emocional ($F(9, 460.127) = 0.432, p = .918, \eta^2 = .007$), el humor ($F(6, 378) = 1.529, p = .167, \eta^2 = .024$), las estrategias de afrontamiento ($F(21, 408.297) = 1.398, p = .114, \eta^2 = .064$) ni la salud ($F(6, 336) = 1.250, p = .280, \eta^2 = .022$). En cuanto al ANOVA que incluyó como variable dependiente la satisfacción con la vida también fue estadísticamente no significativo: $F(3, 168) = 2.218, p = .088, \eta^2 = .038$. El detalle de las medias para cada grupo puede consultarse en la Tabla 33.

Tabla 33

Medias y desviaciones típicas del bienestar y sus predictores en función de la formación.

	Estrategias de afrontamiento		Autocuidado		Inteligencia emocional		Mindfulness	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<i>Características del contexto de trabajo</i>								
Condiciones del centro	3.52	0.58	3.39	0.97	3.61	0.74	3.39	0.66
Relación con pacientes, compañeros/as y superiores	3.94	0.63	3.91	0.74	3.96	0.71	3.83	0.71
Condiciones del puesto	3.51	0.83	3.42	0.94	3.58	0.73	3.42	0.68
<i>Inteligencia emocional</i>								
Atención emocional	24.10	6.61	25.00	6.18	24.98	5.98	23.93	5.36
Claridad emocional	28.13	6.09	28.55	6.06	27.52	6.39	26.52	6.42
Reparación de las emociones	28.37	5.49	27.27	6.77	27.84	6.12	27.24	6.29
<i>Humor</i>								
Humor ético	2.21	0.69	2.27	1.01	2.18	0.69	2.53	0.75
Humor como estrategia	4.18	0.68	3.99	1.10	4.00	0.67	4.30	0.49
<i>Estrategias de afrontamiento</i>								
Autofocalización negativa	0.96	0.59	1.16	0.76	1.00	0.57	0.83	0.50
Reevaluación positiva	2.83	0.58	2.42	0.44	2.59	0.66	2.76	0.58
Evitación	1.87	0.74	1.88	0.66	2.09	0.68	1.95	0.80
Religión	0.83	1.27	0.98	1.35	0.54	0.88	0.51	0.71
Focalización en la solución del problema	2.99	0.61	2.61	0.64	2.75	0.67	2.54	0.77
Expresión emocional abierta	0.91	0.61	0.89	0.72	0.80	0.50	1.02	0.51
Búsqueda de apoyo social	2.32	0.83	2.26	0.60	2.39	0.87	2.27	0.90
<i>Salud</i>								
Salud física	1.93	0.56	1.91	0.55	1.90	0.59	1.80	0.58
Salud mental	1.99	0.73	2.24	0.90	2.39	0.80	2.29	0.76
Satisfacción con la vida	3.81	0.65	3.43	0.86	3.54	0.74	3.82	0.54

Para estudiar si el área de trabajo del centro influía en la satisfacción con la vida de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y sus predictores también se realizaron los mismos tipos de análisis (MANOVAs y ANOVA). En los MANOVAs, el área de trabajo no mostró relación con las características del contexto laboral ($F(9,664.561) = 0.999$, $p = .439$, $\eta^2 = .011$), la

inteligencia emocional ($F(9, 662.127) = 1.622, p = .105, \eta^2 = .018$) ni el humor ($F(6, 542) = 1.178, p = .316, \eta^2 = .013$). En cuanto al ANOVA que incluyó como variable dependiente la satisfacción con la vida también fue estadísticamente no significativo: $F(3, 244) = 0.071, p = .975, \eta^2 = .001$. El detalle de las medias para cada grupo puede consultarse en la Tabla 34.

Tabla 34

Medias y desviaciones típicas del bienestar y sus predictores en función del área de trabajo.

	Educativa		Sanitaria		Ocio		Otra	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Características del contexto de trabajo								
Condiciones del centro	3.50	0.74	3.68	0.83	3.36	0.80	3.42	0.78
Relación con pacientes, compañeros/as y superiores	3.94	0.69	3.83	0.79	4.00	0.91	3.86	0.75
Condiciones del puesto	3.53	0.72	3.48	0.83	3.36	0.88	3.40	0.73
Inteligencia emocional								
Atención emocional	25.27	6.00	23.74	6.23	24.82	7.18	23.46	5.59
Claridad emocional	27.56	6.56	26.06	5.97	27.00	6.71	26.28	5.46
Reparación de las emociones	27.72	6.12	25.03	6.99	29.27	6.62	27.84	5.02
Humor								
Humor ético	2.23	0.74	2.35	0.63	2.25	0.96	2.04	0.80
Humor como estrategia	4.04	0.71	3.87	0.82	4.07	0.75	4.09	0.78
Estrategias de afrontamiento								
Autofocalización negativa	1.02	0.59	1.07	0.70	1.11	0.82	1.11	0.63
Reevaluación positiva	2.58	0.67	2.49	0.57	2.44	0.76	2.55	0.51
Evitación	2.03	0.65	1.88	0.75	2.00	0.53	1.88	0.66
Religión	0.46	0.76	1.31	1.36	0.22	0.67	0.61	1.00
Focalización en la solución del problema	2.71	0.70	2.51	0.72	2.44	0.75	2.58	0.62
Expresión emocional abierta	0.82	0.51	0.93	0.69	1.26	0.66	0.87	0.56
Búsqueda de apoyo social	2.26	0.86	2.26	0.83	2.11	0.65	2.30	0.70
Salud								
Salud física	1.92	0.58	2.02	0.52	1.82	0.71	1.97	0.66
Salud mental	2.38	0.77	2.20	0.80	2.33	1.05	2.03	0.73
Satisfacción con la vida	3.54	0.73	3.51	0.80	3.48	0.60	3.57	0.73

Se observó un efecto del área de trabajo sobre las estrategias de afrontamiento: $F(21, 633) = 1.648$, $p = .035$, $\eta^2 = .052$. En concreto, los ANOVAs de continuación apuntaron diferencias en la dimensión de religión (ver Tabla 35). Las pruebas *a posteriori* mostraron mayores medias en el grupo sanitario frente a los del educativo ($p < .001$), a los del de ocio ($p = .012$) y a los del grupo de otras áreas sin especificar ($p = .009$). El detalle de las medias puede consultarse en la Tabla 37.

Tabla 35

ANOVAs de continuación para las dimensiones las estrategias de afrontamiento en función del área de trabajo.

	<i>F</i>	<i>gl efecto</i>	<i>gl error</i>	<i>p</i>	η^2
Autofocalización negativa	0.338	3	215	.798	.005
Reevaluación positiva	0.250	3	215	.861	.003
Evitación	0.793	3	215	.499	.011
Religión	7.004	3	215	.000	.089
Focalización en la solución del problema	1.169	3	215	.323	.016
Expresión emocional abierta	1.905	3	215	.130	.026
Búsqueda de apoyo social	0.151	3	215	.929	.002

También se observó un efecto del área de trabajo sobre la salud: $F(6, 488) = 2.311$, $p = .033$, $\eta^2 = .028$. En concreto, los ANOVAs de continuación apuntaron diferencias en la dimensión de salud mental (ver Tabla 36). Las pruebas *a posteriori* mostraron mayores medias en el grupo del área de trabajo educativa frente a los de otras áreas sin especificar ($p = .013$)- El detalle de las medias se recoge en la Tabla 37.

Tabla 36

ANOVAs de continuación para las dimensiones de la salud en función del área de trabajo.

	<i>F</i>	<i>gl efecto</i>	<i>gl error</i>	<i>p</i>	η^2
Salud física	0.412	3	245	.745	.005
Salud mental	3.258	3	245	.022	.038

Para estudiar los efectos del puesto de trabajo se recodificaron las categorías iniciales en cuatro grupos: directivos/as, técnicos/as (incluyendo a médicos, psicólogos/as, enfermeros/as, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales y psicopedagogos/as), personal de cuidado y atención (educadores/as sociales, integradores sociales y personal de atención directa) y personal de servicios. Se realizaron de nuevo los MANOVAs y el ANOVA. En los MANOVAs, el puesto de trabajo no mostró relación con el humor $F(6, 352) = 0.913, p = .486, \eta^2 = .015$. El ANOVA que incluyó como variable dependiente la satisfacción con la vida fue estadísticamente significativo: $F(3, 158) = 4.373, p = .005, \eta^2 = .077$; las pruebas *a posteriori* indicaron mayores medias en los directivos respecto al personal de servicios ($p = .013$) y de los técnicos respecto al personal de servicios ($p = .012$). El detalle de las medias para cada grupo puede consultarse en la Tabla 37.

Tabla 37

Medias y desviaciones típicas del bienestar y sus predictores en función del puesto de trabajo.

	Directivos/as		Técnicos/as		P. de atención y cuidado		Personal de servicios	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Características del contexto de trabajo								
Condiciones del centro	3.76	0.63	3.63	0.71	3.41	0.83	2.92	0.57
Relación con pacientes, compañeros/as y superiores	4.06	0.60	3.86	0.76	3.93	0.69	3.46	0.73
Condiciones del puesto	3.80	0.52	3.55	0.67	3.46	0.74	2.82	0.69
Inteligencia emocional								
Atención emocional	22.29	4.87	23.74	6.04	24.76	5.64	25.24	4.65
Claridad emocional	28.25	5.99	25.90	6.43	26.47	6.22	26.14	3.94
Reparación de las emociones	29.42	4.51	25.78	5.95	27.00	5.63	26.57	6.10
Humor								
Humor ético	2.27	0.90	2.11	0.69	2.19	0.69	1.92	0.83
Humor como estrategia	4.19	0.68	4.07	0.82	3.93	0.67	4.00	0.95
Estrategias de afrontamiento								
Autofocalización negativa	0.96	0.48	1.05	0.55	1.01	0.64	1.38	0.57
Reevaluación positiva	2.92	0.52	2.54	0.61	2.45	0.64	2.25	0.45
Evitación	1.90	0.67	2.07	0.57	1.96	0.73	1.79	0.67
Religión	0.85	1.22	0.60	1.01	0.26	0.51	1.21	1.15
Focalización en la solución del	3.04	0.57	2.67	0.69	2.55	0.59	2.21	0.58

	Directivos/as		Técnicos/as		P. de atención y cuidado		Personal de servicios	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
problema								
Expresión emocional abierta	0.81	0.50	0.70	0.53	0.89	0.52	0.92	0.49
Búsqueda de apoyo social	2.06	1.06	2.296	0.84	2.12	0.85	2.29	0.47
	Salud							
Salud física	1.83	0.51	1.82	0.54	2.01	0.58	2.39	0.67
Salud mental	2.15	0.59	2.20	0.85	2.40	0.81	2.33	0.80
Satisfacción con la vida	3.80	0.58	3.68	0.83	3.46	0.65	3.09	0.64

Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del puesto de trabajo en la media de las características del contexto de trabajo $F(9, 433.356) = 3.608, p < .001, \eta^2 = .057$. Los ANOVAs de continuación apuntaron diferencias en la dimensión de las condiciones del centro, en la de las relaciones con pacientes, compañeros/as y superiores y en la de las condiciones del puesto (ver Tabla 38). Las pruebas *a posteriori* mostraron mayores medias en el grupo de directivos/as frente al personal de servicios en la dimensión condiciones del centro ($p = .001$), en la de relaciones de trabajo ($p = .028$) y en condiciones del puesto ($p < .001$); también mayores medias de los/as técnicos/as frente al personal de servicios en la dimensión condiciones del centro ($p = .001$) y en condiciones del puesto ($p < .001$); y también mayores medias del personal de atención y cuidados frente al personal de servicios en la dimensión condiciones del centro ($p = .037$), en la de relaciones de trabajo ($p = .039$) y en condiciones del puesto ($p = .001$). El detalle de las medias puede consultarse en la Tabla 42.

Tabla 38

ANOVAs de continuación para las dimensiones de las características del centro de trabajo en función del puesto de trabajo.

	F	gl efecto	gl error	p	η^2
Condiciones del centro	6.165	3	180	.001	.093
Relación con pacientes, compañeros/as y superiores	3.064	3	180	.029	.049
Condiciones del puesto	8.316	3	180	.000	.122

Asimismo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del puesto de trabajo en las estrategias de afrontamiento $F(21, 396) = 2.399, p = .001, \eta^2 =$

.113. Los ANOVAs de continuación apuntaron diferencias en las dimensiones de reevaluación positiva, de religión y de focalización en la solución del problema (ver Tabla 39). Las pruebas *a posteriori* mostraron mayores medias en el grupo de directivos/as frente al personal de atención y cuidados en la dimensión de reevaluación positiva ($p = .030$) y en focalización en la solución del problema ($p = .026$); también mayores medias de los/as directivos/as frente al personal de servicios en la dimensión reevaluación positiva ($p = .010$) y en focalización en la solución del problema ($p = .001$); además, obtuvieron mayores medias el personal de servicios frente al personal de atención y cuidado en la dimensión religión ($p = .025$). El detalle de las medias puede consultarse en la Tabla 42.

Tabla 39

ANOVAs de continuación para las dimensiones de las estrategias de afrontamiento en función del puesto de trabajo.

	<i>F</i>	<i>gl efecto</i>	<i>gl error</i>	<i>p</i>	η^2
Autofocalización negativa	1.860	3	136	.139	.039
Reevaluación positiva	3.734	3	136	.013	.076
Evitación	0.764	3	136	.516	.017
Religión	6.038	3	136	.001	.118
Focalización en la solución del problema	5.193	3	136	.002	.103
Expresión emocional abierta	1.369	3	136	.255	.029
Búsqueda de apoyo social	0.601	3	136	.615	.013

Y también se observó un efecto del puesto de trabajo sobre la salud: $F(6, 316) = 2.836$, $p = .011$, $\eta^2 = .051$. En concreto, los ANOVAs de continuación apuntaron diferencias en la dimensión de la salud física (ver Tabla 40). Las pruebas *a posteriori* mostraron mayores medias en el grupo de personal de servicios frente al de los/as directivos/as ($p = .014$) y al de los/as técnicos/as ($p = .001$) - El detalle de las medias puede consultarse en la Tabla 42.

Tabla 40

ANOVAs de continuación para las dimensiones de salud en función del puesto de trabajo.

	<i>F</i>	<i>gl efecto</i>	<i>gl error</i>	<i>p</i>	η^2
Salud física	5.232	3	159	.002	.090
Salud mental	0.862	3	159	.462	.016

Sin embargo, aunque se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del puesto de trabajo en la inteligencia emocional $F(9, 428.488)= 2.008, p = .037, \eta^2 = .033$, al analizar los ANOVAs de continuación no se confirmaron diferencias significativas en ninguna de sus dimensiones (ver Tabla 41). El detalle de las medias puede consultarse en la Tabla 42.

Tabla 41

ANOVAs de continuación para las dimensiones de la inteligencia emocional en función del puesto de trabajo.

	<i>F</i>	<i>gl efecto</i>	<i>gl error</i>	<i>p</i>	η^2
Atención emocional	1.572	3	178	.198	.026
Claridad emocional	0.888	3	178	.449	.015
Reparación de las emociones	2.374	3	178	.072	.038

Para estudiar si la titularidad del centro influía en la satisfacción con la vida de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y sus predictores también se llevó a cabo el mismo esquema de análisis. En los MANOVAs, la titularidad del centro de trabajo tampoco mostró relación con las características del contexto laboral ($F(9, 669.428)= 0.806, p = .611, \eta^2 = .009$), la inteligencia emocional ($F(9, 666.995)= 1.265, p = .253, \eta^2 = .014$), el humor ($F(6, 546)= 1.791, p = .099, \eta^2 = .019$), las estrategias de afrontamiento ($F(21, 636)= 1.355, p = .133, \eta^2 = .043$) ni la salud ($F(6, 492)= 1.863, p = .085, \eta^2 = .022$). En cuanto al ANOVA que incluyó como variable dependiente la satisfacción con la vida, fue estadísticamente no significativo: $F(3, 246)= 0.965, p = .410, \eta^2 = .012$. El detalle de las medias para cada grupo puede consultarse en la Tabla 42.

Tabla 42

Medias y desviaciones típicas del bienestar y sus predictores en función de la titularidad del centro de trabajo.

	Pública		Privada		Concertada		Otra	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Características del contexto de trabajo								
Condiciones del centro	3.40	0.74	3.61	0.76	3.50	0.76	3.51	1.03
Relación con pacientes, compañeros/as y superiores	3.88	0.67	4.03	0.66	3.85	0.77	3.81	0.99
Condiciones del puesto	3.48	0.73	3.54	0.78	3.47	0.68	3.33	1.05

	Pública		Privada		Concertada		Otra	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Inteligencia emocional								
Atención emocional	24.26	6.41	25.20	6.07	24.18	5.41	28.38	5.25
Claridad emocional	26.19	6.20	27.88	6.60	26.72	6.13	30.54	4.89
Reparación de las emociones	27.23	6.22	27.69	6.95	27.17	5.58	28.30	4.57
Humor								
Humor ético	2.35	0.77	2.14	0.68	2.04	0.73	2.31	0.87
Humor como estrategia	4.00	0.74	4.04	0.74	4.07	0.75	3.96	0.79
Estrategias de afrontamiento								
Autofocalización negativa	1.12	0.61	0.92	0.63	1.10	0.63	0.87	0.50
Reevaluación positiva	2.57	0.66	2.59	0.55	2.46	0.65	2.73	0.49
Evitación	1.91	0.71	2.00	0.75	2.06	0.51	1.83	0.65
Religión	0.64	0.92	0.58	0.92	0.47	0.92	1.00	1.46
Focalización en la solución del problema	2.61	0.72	2.67	0.69	2.60	0.61	3.17	0.61
Expresión emocional abierta	0.96	0.55	0.87	0.60	0.79	0.54	0.63	0.33
Búsqueda de apoyo social	2.22	0.79	2.39	0.81	2.23	0.80	2.13	1.08
Salud								
Salud física	2.00	0.61	1.83	0.51	1.92	0.64	2.03	0.50
Salud mental	2.45	0.75	2.16	0.91	2.12	0.72	2.36	0.63
Satisfacción con la vida	3.50	0.82	3.68	0.62	3.57	0.71	3.39	0.49

4.1.4. Predicción del bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo a partir de las características del contexto de trabajo, la inteligencia emocional, el humor y las estrategias de afrontamiento

Tal y como se había comentado anteriormente, la predicción del bienestar, en concreto de la salud física y mental y la satisfacción con la vida, de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, se estudió mediante un modelo de ecuaciones estructurales. Se especificó, estimó y evaluó un modelo en el que se incluyeron como variables predictoras un factor de características del contexto de trabajo, que explicaba las tres dimensiones de condiciones del centro, relación con pacientes, compañeros/as y superiores, y condiciones del puesto; un factor de inteligencia emocional, que explicaba las dimensiones de atención emocional, claridad emocional y reparación de las emociones; el humor estratégico y

el humor ético, como variables observables; y seis estrategias de afrontamiento, también como variables observables: autofocalización negativa, reevaluación positiva, evitación, focalización en la solución del problema, expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo social. Estas variables explicaban tres factores de bienestar: salud física, que explicaba los ítems 1 al 5 del SF-8; salud mental, ítems 6 al 8 del SF-8; y satisfacción con la vida, que explicaba los 5 ítems de la SWLS. Además, se especificaron también correlaciones entre las variables predictoras y entre las dependientes. El modelo puesto a prueba puede consultarse en la Figura 12.

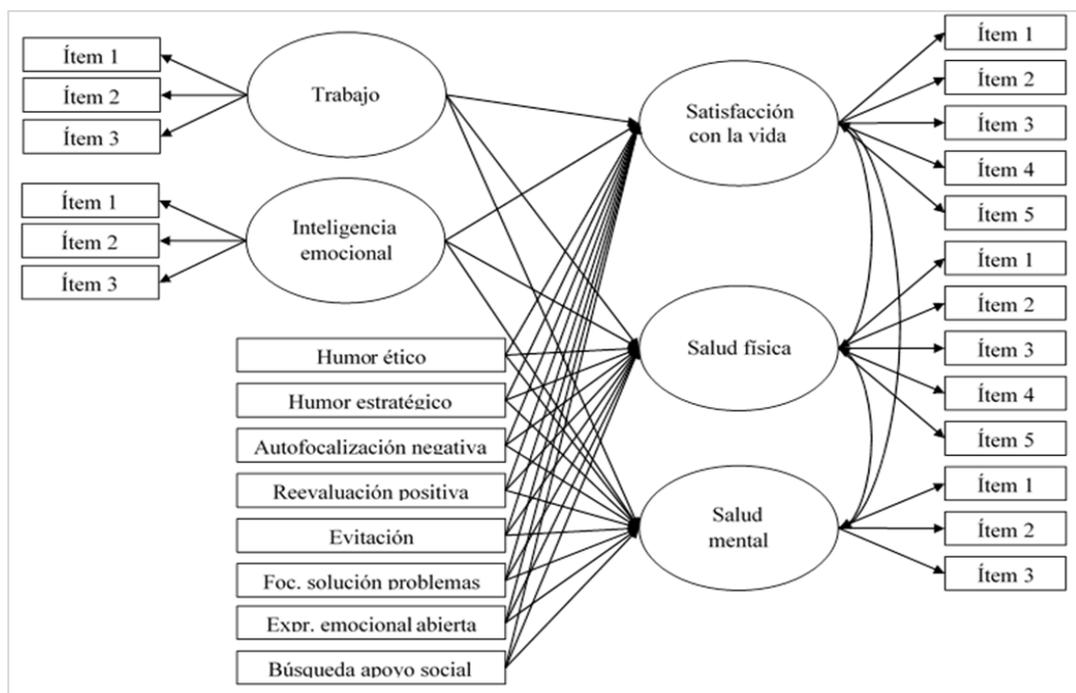


Figura 12

Modelo de predicción del bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo a partir de las características del contexto de trabajo, la inteligencia emocional, el humor y las estrategias de afrontamiento

Nota: Para mayor claridad, no se muestran las correlaciones entre las variables predictoras ni los errores estándares.

El ajuste general del modelo fue adecuado: $\chi^2 (351) = 4681.95$ ($p < .01$), CFI = .936, RMSEA = .068 [.060,.076] y SRMR = .069. En cuanto al ajuste analítico, y en lo que respecta a la parte de medida del modelo, todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ($p < .01$). El detalle puede consultarse en la Tabla 43.

En lo que se refiere a las relaciones entre los factores de bienestar, la salud física correlacionó con la salud mental ($r = .631$, $p < .001$) y la salud mental con la

satisfacción con la vida ($r = .192, p < .05$). En lo que respecta a las relaciones entre variables predictoras, las correlaciones pueden observarse en la Tabla 44.

Tabla 43

Saturaciones factoriales del modelo de ecuaciones estructurales.

	Satisfacción con la vida	Salud física	Salud mental	Trabajo	Inteligencia emocional
Ítem 1	.766	.698	.784	.675	.403
Ítem 2	.913	.878	.816	.783	.694
Ítem 3	.905	.990	.719	.931	.633
Ítem 4	.866	.671	--	--	--
Ítem 5	.692	.613	--	--	--

Tabla 44

Correlaciones entre las variables exógenas del modelo.

	CT	E	HE	HS	AN	RP	E	FSP	EEA
CT	--								
E	.502**	--							
HE	-.017	-.017	--						
HS	.001	-.117*	-.243**	--					
AN	-.142*	-.107**	-.163**	.544**	--				
RP	-.249*	-.310**	.058	-.012	-.231**	--			
E	.060	.157*	-.007	-.003	.306**	-.062	--		
FSP	-.109	-.116	.047	-.021	.151**	.109	.276**	--	
EEA	.373**	.569**	-.011	-.023	-.330**	-.244*	-.126	-.125*	--
BAS	-.133*	-.225**	.032	.286**	.392**	.120	.010	.160**	-.089

Notas: CT = Condiciones de trabajo; IE = Inteligencia emocional; HE = Humor ético; HS = Humor estratégico; AN = Autofocalización negativa; RP = Reevaluación positiva; E = Evitación; FSP = Focalización en la solución de problemas; EEA = Expresión emocional abierta; BAS = Búsqueda apoyo social; * $p < .05$; ** $p < .01$.

Finalmente, en cuanto a la parte de predicción del modelo, la salud física la predijeron las condiciones de trabajo ($\beta = -.412; p = .001$), la inteligencia emocional ($\beta = .429; p = .036$), la evitación ($\beta = -.568; p < .001$) y focalización en la solución de problemas ($\beta = .295; p = .005$). Teniendo en cuenta que el cuestionario SF-8 mide falta/problemas de salud, podemos interpretar estos resultados de manera que aquellos/as profesionales con mejores condiciones de trabajo, menor inteligencia emocional, mayor uso de estrategias de evitación y menor focalización en la solución de problemas son

aquellos/as con mayores niveles de salud física. En total, se consiguió explicar un 44.5% de la varianza en las puntuaciones de salud física.

En cuanto a la salud mental o psicológica, esta se predijo a partir del humor estratégico ($\beta = -.947$; $p < .001$) y la autofocalización negativa ($\beta = .998$; $p < .001$). De nuevo, dado que mayores puntuaciones en el SF-8 indican menores niveles de salud, en este caso de salud mental, los resultados apuntan a que aquellos/as profesionales con mayores niveles de humor estratégico y menor uso de la estrategia de autofocalización negativa son quienes presentan mayores niveles de salud mental. Se explicó un 70.7% de esta variable.

La satisfacción con la vida, por su parte, la predijeron las condiciones de trabajo ($\beta = .219$; $p = .042$), el humor estratégico ($\beta = .568$; $p = .005$), la autofocalización negativa ($\beta = -.562$; $p = .016$) y la evitación ($\beta = .384$; $p = .040$). Esto es, los/as profesionales con mejores condiciones de trabajo, mayores niveles de humor estratégico y evitación, y menores puntuaciones en autofocalización negativa, son quienes presenta más satisfacción con la vida. Se consiguió explicar un 42.3% de la satisfacción con la vida de los participantes.

4.2. Resultados del estudio cualitativo

4.2.1. Percepciones del estrés laboral y el burnout

4.2.1.1. El trabajo como causante de estrés/burnout

Se ha tratado de contextualizar si el entorno de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo es un espacio propicio para la aparición de estados de estrés y *burnout*. Casi todos los/as entrevistados/as ($n=24$) creen que el trabajo que realizan puede desencadenar estrés y la mayoría piensa que también *burnout* ($n=19$). Las motivaciones más habituales por las que consideran que ejercer en este ámbito puede propiciar la aparición de estrés o *burnout* son las emocionales, las condiciones en las que desempeñan sus tareas, las características que tienen los/as menores de edad con los que trabajan y las características del trabajo que realizan (Figura 13).

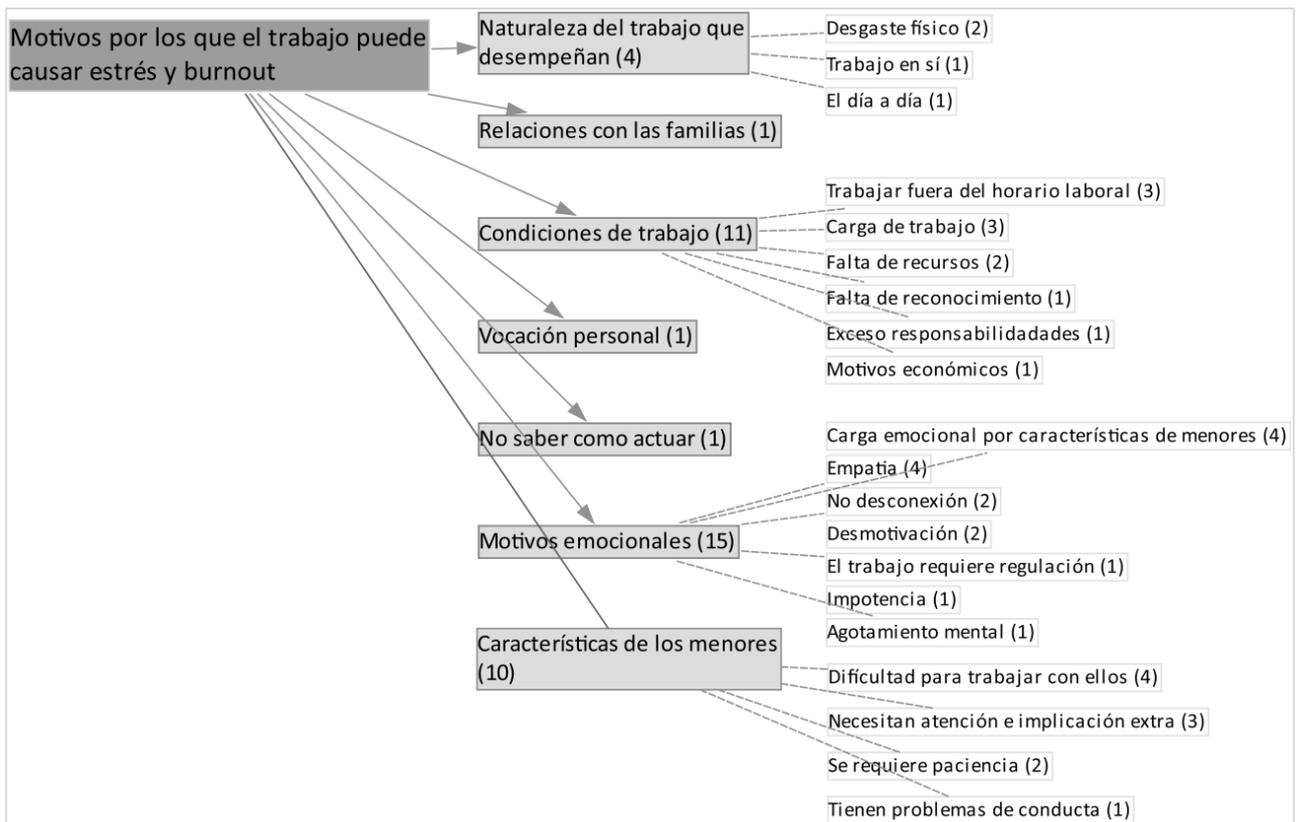


Figura 13

Códigos y subcódigos de los motivos de estrés o burnout de los/as profesionales del área

Fuente: Elaboración propia

Centrándose en los motivos emocionales que pueden producir estrés o *burnout* los/as entrevistado/as han diferenciado siete causas que son:

- La carga emocional que conlleva su trabajo por las características que presentan los/as menores de edad:
 - *“Para poder hacer bien nuestra tarea, y más con los niños, tenemos que vincularnos afectivamente a ellos”* (E-3); *“A nivel del tema emocional, tienes que tener muy claro los nenes como están”* (E-5).
- Los sentimientos de empatía que generan los casos con los que tratan:
 - *“Me considero muy empática, incluso a veces, podría ser que demasiado, como que sus problemas me llegan a afectar”* (E-7); *“La empatía es una habilidad que considero más que necesaria, y empatizar con muchos casos concretos con los que me he ido encontrando, han hecho mella en mí”* (E-12).
- La falta de desconexión que tienen con el trabajo:

- *“Siempre estás 24 horas pensando en cómo poder mejorar tu intervención para hacerles la vida más llevadera.”* (E-22).
- La pérdida de motivación laboral:
 - *“Hay días en los que estás más quemada y necesitas reforzar los motivos por los que empezaste en esto”* (E-12).
- El agotamiento mental que suponen sus tareas:
 - *“Podría desarrollarse debido al agotamiento físico y mental al que estamos sometidas”* (E-9).
- La regulación emocional que requiere trabajar en esta área:
 - *“Trabajar con niños va estrechamente ligado a la paciencia, regulación,...”* (E-9).
- Los sentimientos de impotencia que se generan en el ejercicio de sus funciones:
 - *“Estrés laboral sí, a veces por la impotencia”* (E-23).

En cuanto a las condiciones de trabajo que han señalado como causantes del estrés/*burnout*, diferencian seis motivos:

- La carga de trabajo que soportan:
 - *“Por el exceso de cargas a asumir; por ejemplo, ser tutora, coordinadora, realizar cursos y formación por las tardes fuera del horario, participar en comisiones del centro, grupos de trabajo, seminarios...”* (E-8).
- Tener que trabajar además fuera del horario laboral:
 - *“También por lo que implica nuestro trabajo, al final es todo el material, no tenemos un libro como tal, porque a cada uno le funciona una cosa, entonces, fuera de nuestro horario laboral, dedicamos mucho tiempo a la preparación de material”* (E-7).
- La falta de recursos disponibles para realizar el trabajo:
 - *“..., por la falta de recursos,...”* (E-24).
- Motivos económicos en general:
 - *“..., por motivos económicos,...”* (E-24).

- El exceso de responsabilidades que les atribuyen:
 - *“Es un trabajo muy estresante especialmente cuando tienes demasiadas responsabilidades”* (E-20).
- La falta de reconocimiento del trabajo que realizan:
 - *“Porque está poco reconocido nuestro trabajo”* (E-23).

Respecto a las necesidades o discapacidades de los/as menores como elemento causante de estrés/*burnout*, han matizado cuatro cuestiones:

- La dificultad que conlleva trabajar con este tipo de niños/as:
 - *“Porque trabajar con personas con problemas es complicado y más si es con menores de edad”* (E-4).
- La elevada atención e implicación que requiere la realización de su trabajo:
 - *“Siempre que tenemos un problema o una familia que necesita ayuda o apoyo yo soy incapaz de decirles que ahora no puedo”* (E-11).
- La necesidad de tener paciencia para trabajar con este colectivo:
 - *“Tanto por ellos mismos como por la situación que les rodea tienes que tener mucha paciencia”* (E-1).
- Los problemas de conducta que arrastran los/as menores:
 - *“Somos modelos a seguir por nuestros alumnos, si a ello le sumas el trabajo con alumnado con NEE graves y permanentes, los cuales tienen asociados problemas de conducta, creo que somos un colectivo que puede desarrollar estrés laboral”* (E-9).

En lo relativo a que la naturaleza específica del trabajo que desempeñan sea causante de estrés/*burnout* han señalado tres razones:

- El desgaste físico que conlleva su trabajo:
 - *“Porque estos pacientes necesitan... además de un desgaste físico que no es necesario en otro tipo de pacientes”* (E-17).
- La dureza del día a día:
 - *“Estrés sí, por el día a día”* (E-25)
- El trabajo en sí en conjunto:
 - *“Porque es un trabajo muy estresante”* (E-18).

También han señalado otras causas para la aparición de estos estados como la existencia de vocación personal: *“Sí, va mucho en función de la vocación”* (E-16); las relaciones que se establecen con las familias de los/as menores: *“Este trabajo tiene mucha carga emocional y psicológica, ya no sólo por el trato y contacto con la persona en sí, también por las relaciones con las familias, etc.”* (E-12); y por la inseguridad de no saber cómo reaccionar en algunas ocasiones: *“Muchas veces no sé qué necesitan o si se ponen enfermos no siempre sé cómo intervenir y eso me provoca estrés”* (E-16).

4.2.1.2. Experiencia personal de estrés

A continuación, se ha indagado en su vivencia personal y la mayoría de los/as entrevistados/as (n=22) siente que el trabajo les ha provocado estrés. Las causas personales que aducen son bastante coincidentes con las que argumentan que pueden provocar estrés a los/as profesionales de este colectivo, aunque en su experiencia individual han argumentado los motivos con un poco más de detalle (Figura 14).

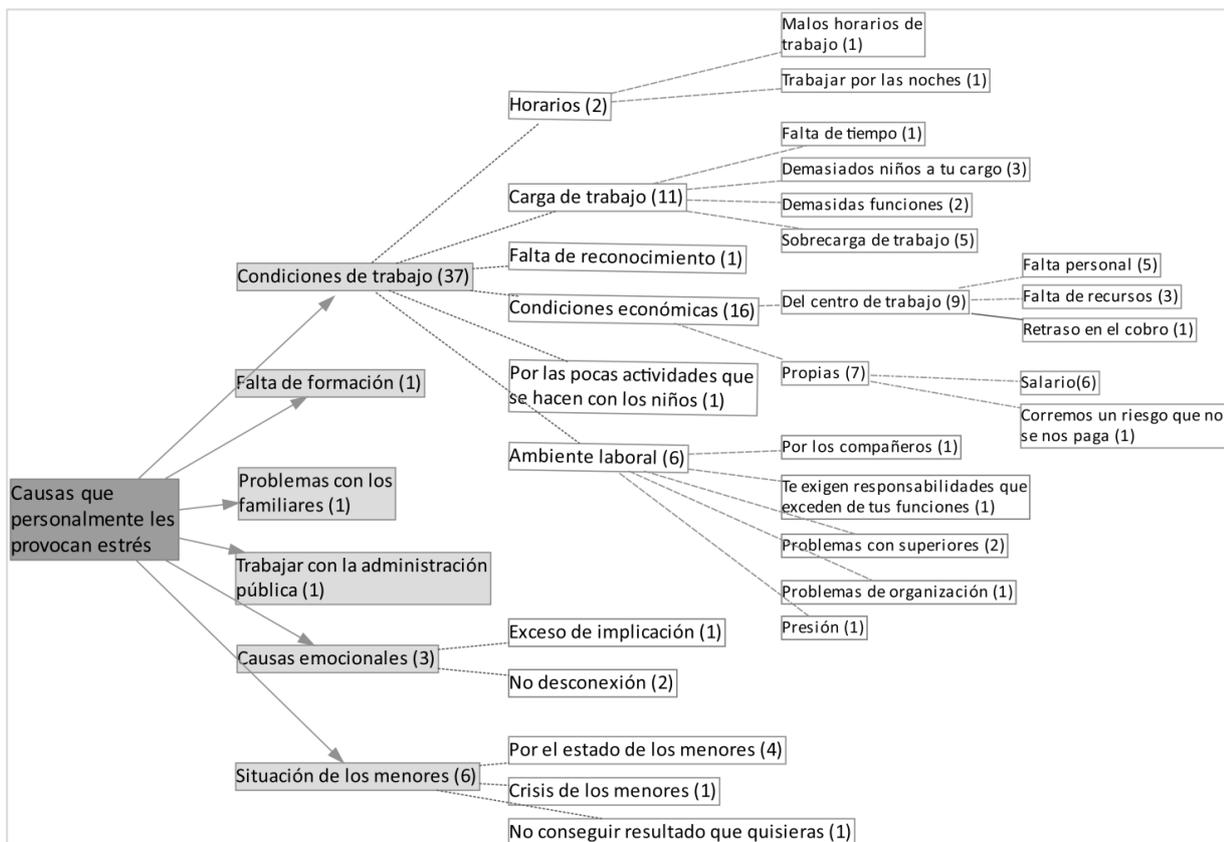


Figura 14

Códigos y subcódigos de los motivos que personalmente les causa estrés

Fuente: Elaboración propia.

Analizando los motivos basados en las condiciones de trabajo que tienen, los/as entrevistados/as han señalado como provocadores de estrés seis aspectos:

- Las circunstancias económicas: distinguiendo entre:
 - Las condiciones económicas que hay en su centro de trabajo: que se refleja en la falta de recursos que afrontan en el ejercicio de sus funciones: *"... la falta de recursos materiales, porque la Consellería lo pone muy difícil"* (E-1); en la falta de personal en las empresas: *"Muchos niños a tu cuidado con poco personal"* (E-21); y en los retrasos en los pagos de la administración pública: *"...pero la verdad es que el cobrar tarde..."* (E-3).
 - Las condiciones económicas que tienen que soportar los/as participantes: porque los sueldos son bajos: *"Si, por salario bajo"* (E-19); y las situaciones de riesgo en el trabajo no se reflejan en el sueldo: *"El tema económico también es importante, nosotros corremos un riesgo que no se nos paga"* (E-24).
- La carga de trabajo que les asignan:
 - Porque sienten que están sobrecargados de trabajo:
 - *"En algunos casos he tenido algo por exceso de trabajo"* (E-15).
 - Porque les asignan atender a demasiados niños/as:
 - *"Muchos niños a tu cuidado con poco personal"* (E-18).
 - Porque tiene que asumir demasiadas tareas:
 - *"Sobre todo por el exceso de funciones"* (E-13).
 - Porque les falta tiempo para poder hacer todo su trabajo:
 - *"Los motivos básicamente son los que he detallado: ... la falta de tiempo, etc."* (E-10).
- El ambiente laboral en su empresa:
 - Porque tienen problemas con sus superiores/as:

- *“En un momento puntual, la mala comunicación con la empresa, porque yo también tengo superiores” (E-1); “Si,... por problemas con la directiva” (E-19).*
 - Porque tienen problemas con sus compañeros/as de trabajo:
 - *“A día de hoy lo padezco, pero más que por mí, por mis compañeros” (E-24).*
 - Porque hay problemas con la organización del trabajo:
 - *“Por el trabajo en sí no... por cuestiones organizativas” (E-16).*
 - Porque se sienten presionados en su trabajo:
 - *“Sí, te sometes a mucha presión, incluso cuando estás sentada descansando, tu mente está pendiente de ver que están haciendo los niños. Es mucha presión, muy continua, yo creo que hay veces que se une la presión con muchas veces la falta de estrategias” (E-14).*
 - Porque les exigen responsabilidades que ellos/as consideran que están por encima de las funciones que tienen asignadas:
 - *“En algunas situaciones sí, sobre todo cuando... te exigen responsabilidades que se escapan de tus funciones” (E-9).*
- Los horarios laborales:
 - Porque los horarios de trabajo son malos:
 - *“Sí por..., los malos horarios,...” (E-19).*
 - Porque tienen asignados horarios nocturnos:
 - *“Además el horario ya que trabajar por las noches causa trastornos en la salud de la persona que trabaja por las noches” (E-20).*
- La falta de reconocimiento que tiene su labor:
 - *“...estar reconocida en tu trabajo” (E-22).*

- Por las pocas actividades que hacen en su centro de trabajo con los niños/as de estos colectivos:
 - *“Ver que en otros colegios se hacen actividades y en el nuestro simplemente se les saca al patio, pero sin hacer nada”* (E-24).

En cuanto a que sea la situación de los/as menores de edad con necesidades de apoyo el motivo de sentirse estresado/a, distinguen tres cosas que les causan estrés:

- El difícil estado en que están los/as menores de edad con necesidades de apoyo:
 - *“...y la propia situación de los niños que atiendo por sus distintas enfermedades y discapacidades”* (E-21).
- Las situaciones de crisis que se dan en este colectivo de menores de edad con necesidades de apoyo:
 - *“Algún día sí por crisis de los niños”* (E-25).
- No conseguir alcanzar con los/as menores los resultados que tenían previstos:
 - *“Te marcas un objetivo con un menor, no lo consigues y estás probando muchos caminos y al final el abanico se te acaba”* (E-22).

Respecto a las causas emocionales que son estresantes han distinguido dos circunstancias:

- La falta de desconexión con el trabajo:
 - *“No quisieras llevarte tanto trabajo a casa”* (E-7).
- La excesiva implicación que conlleva su labor:
 - *“Aunque tú no te quisieras implicar tanto en el trabajo... creo que somos un colectivo de riesgo y padecemos mucho estrés en el día a día”* (E-7).

Además, han manifestado otras motivaciones que les producen estrés como las que se derivan de las dificultades que crea el tener que trabajar con la administración pública: *“Trabajamos con la administración pública, entonces es verdad que yo creo que se está haciendo un esfuerzo desde la administración y se ha mejorado en varias cosas en los últimos años... pero todavía queda mucho que mejorar”* (E-3); los problemas que

surgen al tratar a los/as familiares de los/as menores: “En algunas situaciones sí, sobre todo ... frente a familiares que no afrontan la realidad” (E-9); y los que se derivan de falta de formación: “Considero que alguna vez he tenido estrés laboral... los motivos básicamente son ... la falta de formación, etc.” (E-10).

4.2.1.3. Experiencia personal de burnout

A muchos de estos/as profesionales las situaciones de estrés que les produce el trabajo les lleva a sentir *burnout* (n=15) y argumentan que principalmente es por las condiciones laborales en las que realizan sus tareas (Figura 15).

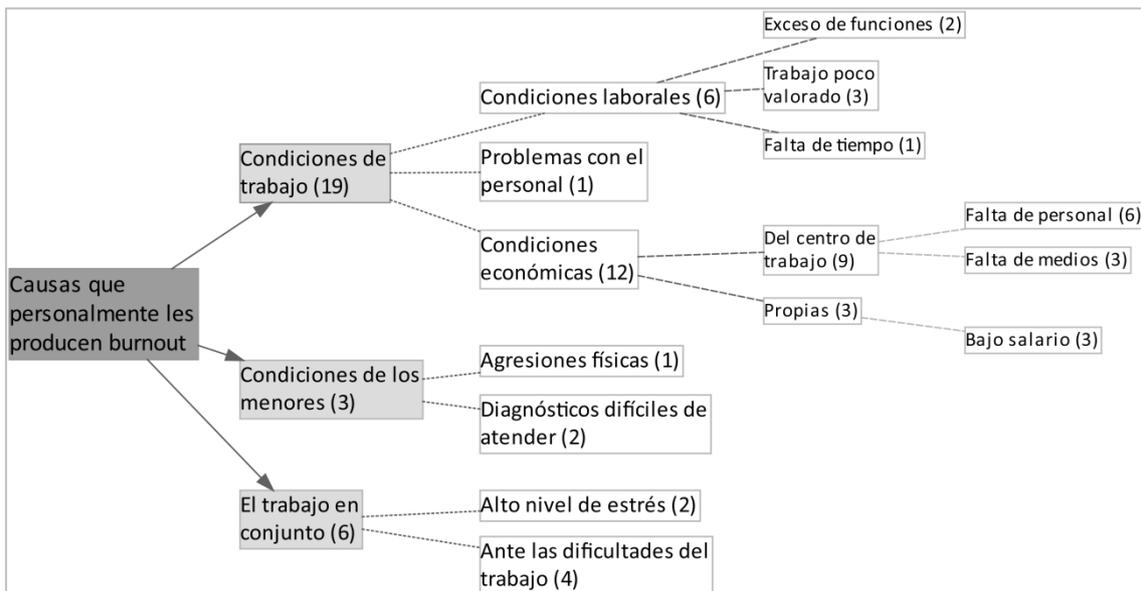


Figura 15
Códigos y subcódigos de los motivos que personalmente les producen burnout
Fuente: Elaboración propia

Así, la problemática laboral aducida como causante de *burnout* por los/as participantes afecta a tres aspectos:

- A las condiciones económicas que se dan:
 - En sus centros de trabajo derivados de la escasez de personal:

- *“Falta de recursos humanos sería posiblemente el que más destacaría”* (E-7), *“Ahora hemos tenido un recorte de personal”* (E-5);
 - y de la falta de recursos para realizar sus tareas: *“... por las condiciones en las que trabajamos: faltan medios y personal”* (E-17).
 - A nivel personal por los salarios que les pagan: *“Sí, el salario es bajo”* (E-11).
- A las condiciones laborales que tienen que afrontar en el trabajo:
 - por la falta de tiempo para realizar sus tareas: *“Sí, a veces, por la falta de tiempo”* (E-6);
 - por escaso reconocimiento del trabajo que realizan: *“es un trabajo que no está valorado”* (E-11), *“por ser un trabajo mal reconocido”* (E-25);
 - y por el exceso de funciones que les asignan: *“Sí, por..., y el exceso de funciones”* (E-21).
- A problemas con el personal de la empresa:
 - *“A las relaciones laborales, a la hora de coordinar al personal, por actitudes de compañeras y las dificultades a la hora de lidiar o decidir qué hacer o no hacer con respecto al personal”* (E-2).

En cuanto a que sea la situación de los/as menores de edad con necesidades de apoyo lo que les hace sentirse quemados, se refieren específicamente a que:

- Hay menores con los que es complicado trabajar por sus diagnósticos:
 - *“Si, niños con diagnósticos difíciles de atender”* (E-21).
- En algunos casos tienen que soportar agresiones físicas de los/as menores:
 - *“por las agresiones físicas que recibimos en el centro, que son diarias por parte de nuestros alumnos”* (E-7).

Cuando aducen a que el *burnout* proviene en conjunto del trabajo que realizan señalan:

- Las dificultades que encuentran para realizar su trabajo:

- “Sí, sobre todo cuando tienes situaciones críticas” (E-5);
- “Si, tuve dos semanas muy complicadas” (E-14).
- El trabajo en general les genera un muy elevado nivel de estrés:
 - “Sí creo que somos un colectivo de riesgo y padecemos mucho estrés en el día a día” (E-7).

4.2.1.4. Efectos del estrés y el burnout

Los/as entrevistados/as han detallado que el estrés y *burnout* laboral de trabajar con la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo les produce tres tipos de efectos que son: efectos emocionales, efectos físicos y efectos en el comportamiento (Figura 16).

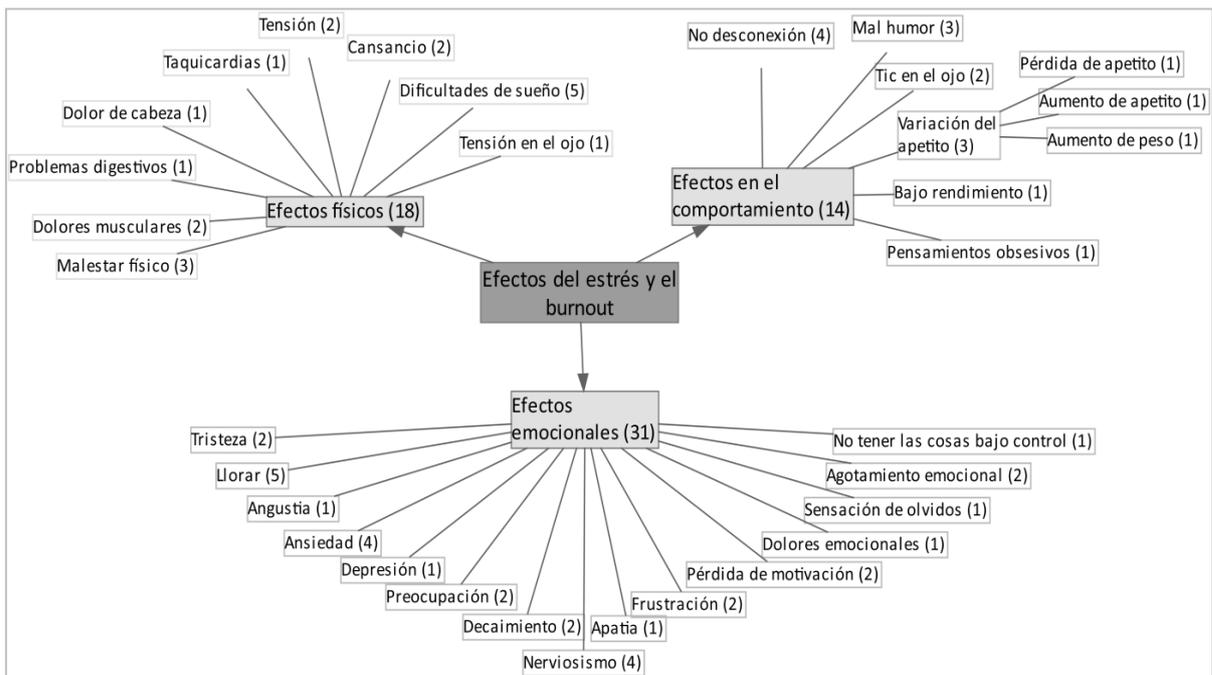


Figura 16
 Códigos y subcódigos de los efectos que produce en lo/as entrevistados/as el estrés y el burnout.
 Fuente: Elaboración propia

Los efectos emocionales que les produce el estrés/*burnout* se manifiestan de forma dispar en los/as trabajadores, habiéndose identificado hasta 15 secuelas distintas:

- Llanto:
 - “Llorar sin motivos” (E-14), “llanto repentino” (E-20).

- Tener sensaciones de ansiedad:
 - *“Una ansiedad constante”* (E-11).
- Estar en un estado de nerviosismo:
 - *“Más nervioso de lo habitual”* (E-15).
- Aparición de sentimientos de tristeza:
 - *“Estaba muy triste”* (E-14), *“Se reduce la alegría también”* (E-22).
- Estar preocupado:
 - *“Pero, ya en casa, tengo momentos de preocupación por los diferentes comportamientos vividos. A menudo intento buscar soluciones para dichas preocupaciones: lectura y consulta, creación de materiales...”* (E-9), *“Te llevas el problema a casa, duermes dando vueltas al problema”* (E-4).
- Sensaciones de decaimiento:
 - *“Estaba muy decaída”* (E-14), *“Ánimo bajo”* (E-20).
- Crear frustración:
 - *“El nivel de frustración que tienes al no conseguir algo es máximo, porque no consigues los objetivos”* (E-13), *“Vienes al trabajo más frustrada”* (E-22).
- Pérdida de motivación por el trabajo:
 - *“Voy con muchas ganas al colegio, pero llego a mi casa y digo: que mañana no volvería. Me voy desmotivando a lo largo del día”* (E-24).
- Sensación de agotamiento emocional:
 - *“Acabas agotada, a nivel emocional estás agotada, tienes que manejar muchas emociones al día”* (E-5).
- Sentimientos de angustia:
 - *“Pienso que debe desarrollar una tensión y angustia cuando se acerca el momento de ir al puesto de trabajo”* (E-10).
- Depresión:
 - *“Depresión”* (E-19).

- Sensaciones de apatía:
 - *“En mi caso sí que ha habido semanas o épocas de apatía, de desinterés, que luego te replanteas porque te gusta tu trabajo”* (E-13).
- Dolores emocionales en general:
 - *“Dolores físicos, emocionales, ansiedad, etc.”* (E-10).
- Sensación de olvidos:
 - *“Al final son tantas cosas a controlar y tanta responsabilidad que se vuelca en ti que es como vivir en la constante sensación de que se te olvida algo. Lo que me pasa últimamente es que, cuando me voy a dormir, tengo la necesidad de enviarme a mí misma un correo con las cosas que tengo pendiente para el día siguiente”* (E-2).
- No tener todas las cuestiones del trabajo controladas:
 - *“No tener las cosas bajo control”* (E-11).

Los efectos sobre el comportamiento que les origina el estrés/*burnout* los han concretado en seis consecuencias:

- Falta de desconexión:
 - *“Tener en la mente el problema siempre en la cabeza”* (E-10).
- Cambios en el apetito:
 - *“Pérdida de apetito”* (E-21).
 - *“Me da por comer más”* (E-1).
 - *“Aumento de peso”* (E-11).
- Tener mal humor:
 - *“Mal humor en el trabajo”* (E-17).
- Aparición de tics en el ojo:
 - *“El tic en el ojo”* (E-2).
- Notar que disminuye su rendimiento:
 - *“Baja mucho el rendimiento”* (E-8).
- Aparición de pensamientos obsesivos:

- *“Pensamientos obsesivos, de temas que no te puedes quitar de la cabeza”* (E-3).

También han reconocido que el estrés/*burnout* les ocasiona efectos físicos, en concreto han identificado nueve tipos de secuelas corporales:

- Tener dificultades con el sueño:
 - *“Problemas para conciliar el sueño”* (E-3), *“No dormir bien”* (E-19).
- Sensación de malestar físico:
 - *“Yo me lo noto físicamente... es una cosa muy generalizada”* (E-7).
- Estar en tensión:
 - *“desarrollar una tensión...”* (E-10).
- Aparición de dolores musculares:
 - *“Ha habido temporadas que sí que me he tenido que tomar medicación, notando contracturas...”* (E-4)
- Sensación de cansancio:
 - *“Mayor cansancio...”* (E-8).
- Aparición de problemas digestivos:
 - *“Lo que son más síntomas psicossomáticos, los problemas digestivos”* (E-3).
- Tener dolores de cabeza:
 - *“Migrañas, dolores de cabeza...”* (E-7).
- Sufrir taquicardias:
 - *“Taquicardias...”* (E-6).
- Sentir tensión en el ojo:
 - *“... tensión en el ojo”* (E-6).

4.2.1.5. Situación emocional de los/as profesionales: satisfacción por compasión o fatiga por compasión

Se pidió a los/as entrevistados/as que valoraran el saldo emocional que conlleva para los/as profesionales el hecho de atender al colectivo de menores de edad con

necesidades de apoyo. En sus respuestas los/as entrevistados/as han distinguido por un lado, qué postura es la más frecuente entre los/as profesionales en general y, por otro, cuál es la suya personal:

a) Cuando se refieren en general a las personas que trabajan en su sector, en las respuestas de los/as entrevistados/as se han identificado seis posturas distintas (Figura 17):

- En los/as profesionales el fenómeno que predomina es la satisfacción por compasión:
 - *“Yo creo que satisfacción porque creo que el 85% de la gente que elegimos trabajar con esta gente, tiene claro que les gusta y que le va a compensar de alguna forma”* (E-16),
 - *“Creo que es más frecuente la satisfacción de la compasión y si no tienes satisfacción, acabas cambiando de puesto. Creo que este trabajo lo tienes que hacer con motivación y con satisfacción”* (E-1).
- En los/as profesionales el fenómeno que predomina es la fatiga por compasión:
 - *“Depende mucho de la persona; si hago la media de la gente que he conocido, diría la fatiga”* (E-15),
 - *“Yo diría que hay de todo, quizás me permitiría decir que hay mucha más gente con fatiga, y de hecho, desgraciadamente, yo creo que los que estamos en este campo vemos mucho a personas que tienen la sensación de ver a gente quemada, que no puede tomar decisiones”* (E-3).
- Se dan ambas situaciones:
 - *“Yo creo que en nuestro sector hay de todo un poco”* (E-4),
 - *“Yo creo que al final satisface, pero también creo que hay épocas en las que sí que pasas por ese momento de fatiga”* (E-7).
- La situación emocional del profesional depende de cómo sea cada persona:

- “Creo que depende un poco de la persona” (E-2).
- La situación emocional del profesional depende de las horas que se trabaja con el colectivo:
 - “Yo creo que depende del tiempo, de las horas a la semana que trabajes con este tipo de pacientes. Si es toda tu jornada laboral creo que es más frecuente la fatiga por compasión, si el tiempo dedicado no es la mayor parte de tu jornada laboral, solo le dedicas unas horas de tu tiempo libre, probablemente sea más frecuente la satisfacción por compasión” (E-17).
- Cuando empiezan a trabajar en este ámbito se da la satisfacción por compasión y, conforme avanza el tiempo, la fatiga por compasión:
 - “Yo creo que al principio satisfacción por compasión, pero luego pasa a ser fatiga por compasión” (E-11),
 - “Creo que al principio más satisfacción por la compasión, pero conforme van pasando los años, o en momentos puntuales de estrés, se da más la fatiga por compasión” (E-21).

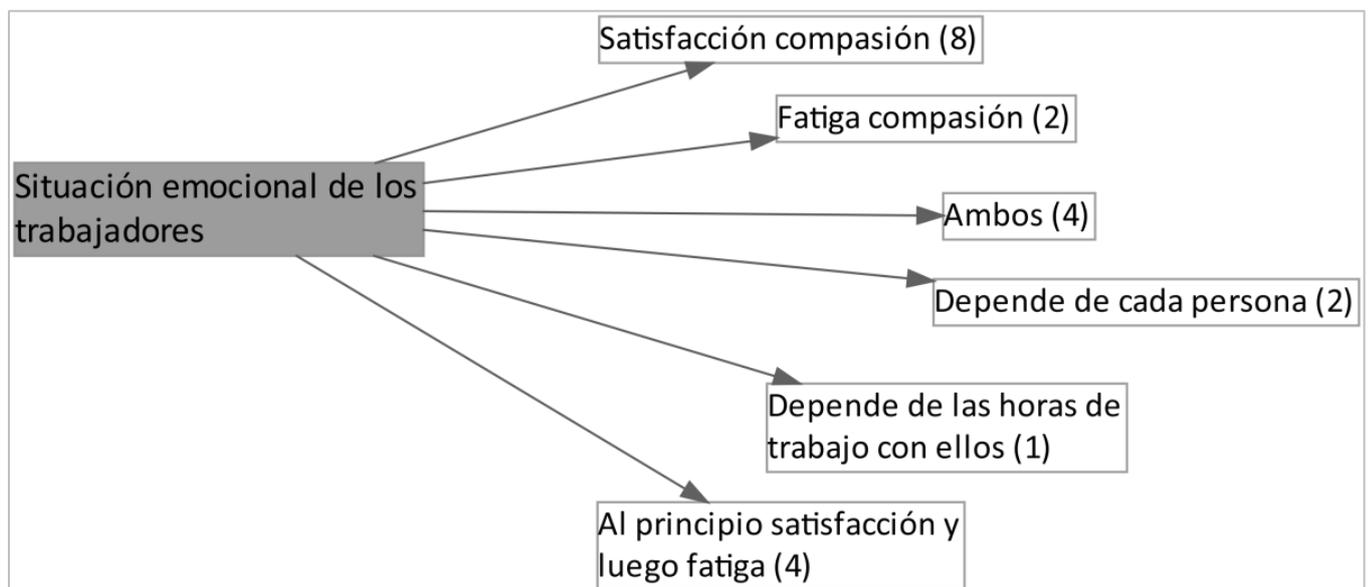


Figura 17

Códigos identificados de la situación emocional en que se encuentran los/as profesionales del área.

Fuente: Elaboración propia

b) En su situación personal se han identificado tres situaciones emocionales (Figura 18):

- Siento satisfacción por compasión:
 - *“Para mí es la satisfacción de la compasión, si no lo viera así no podía trabajar en esto”* (E-5),
 - *“La satisfacción de la compasión, por lo menos en mí caso, es lo que me produce. Considero que es un trabajo muy vocacional y que es más el beneficio que recibes que el agotamiento o fatiga que te puede producir”* (E-12),
 - *“Personalmente la satisfacción, ya que hago mi trabajo a gusto (es gratificante)”* (E-15).
- Me identifico con ambas situaciones:
 - *“En mi caso diría que estoy en un punto intermedio”* (E-20),
 - *“Yo ahora mismo, estoy en un momento de fatiga muy alto porque llevo dos semanas con muchos problemas dentro del aula. Generalmente son problemas que ocurren fuera, pero que al final salpican dentro del aula. A veces paro y me digo: ¡que estrés!, pero siempre me llega a compensar, entonces sí que ves que al final te acaba satisfaciendo, porque al final trabajas con personas y claro, en mi caso es algo muy vocacional, y es lo que yo he decidido y es con quien yo quiero estar”* (E-7).
- Al principio sentía satisfacción por compasión y, con el paso del tiempo, fatiga por compasión:
 - *“En un principio era satisfacción de la compasión y ahora es fatiga por compasión”* (E-19).

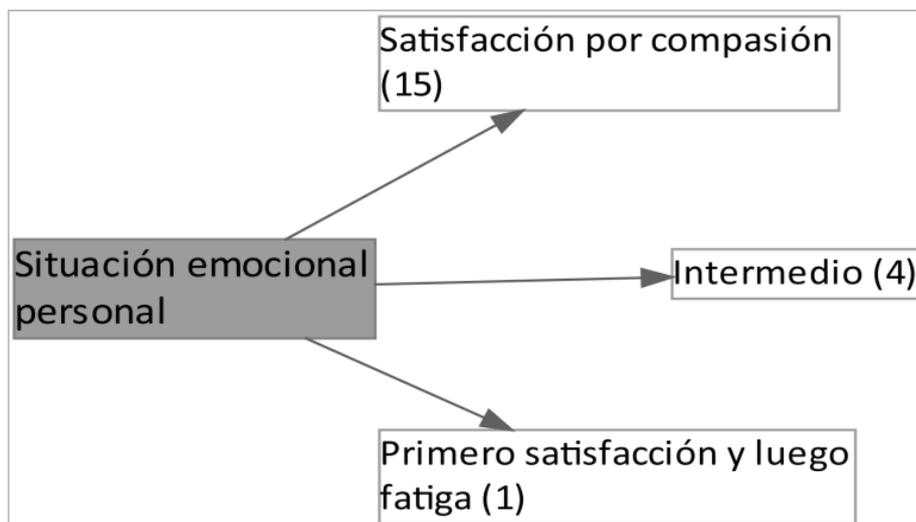


Figura 18

Códigos identificados de la situación emocional en que se encuentran los/as entrevistados.

Fuente: Elaboración propia

4.2.2. Percepciones del humor

En la entrevista se ha tratado de profundizar en el papel que desempeña laboralmente, para los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, el recurso del humor.

4.2.2.1. Uso del sentido del humor

Casi todos/as los/as participantes (n=22) se consideran personas con sentido del humor; muchos de ellos utilizan laboralmente este recurso de forma habitual (n=14), aunque hay algunos que dicen que lo hacen esporádicamente (n=5). Han distinguido cuatro motivaciones por las que utilizan el humor en el trabajo (Figura 19), son:

- El humor es la herramienta que usan para cambiar situaciones que se encuentran en el trabajo:
 - Para interrumpir los estados de tensión que se originan en el trabajo:
 - *“En situaciones de tensión pues suelo intentar sacar alguna broma o alguna cosa para romper el hielo”* (E-3).
 - Para cortar con situaciones que les resultan agobiantes en el trabajo:
 - *“Lo utiliza para desahogarme”* (E-2).

- Para quitar hierro a las condiciones diarias del trabajo:
 - *“Es bastante duro el entorno de las discapacidades como para que se dé un aliento de humor y de amor”* (E-15).
- Para desviar el derrotero que toman algunos días:
 - *“Simplemente... para darle un giro al día”* (E-8)
- El humor ayuda a todos a estar en un entorno laboral agradable:
 - Les permite hacer más amable el ambiente laboral:
 - *“Porque considero que transmitiendo alegría o empatía al resto de gente hacemos el mundo un poco mejor”* (E-11);
 - *“Es bueno, intentando estar contenta y transmitirlo a los demás”* (E-25).
 - Predispone a los niños/as a que estén contentos:
 - *“Animar un poco el entorno donde trabajas, para que ellos estén más felices”* (E-4).
 - Les permite expresar suavemente cosas que son difíciles de decir:
 - *“Decir las cosas con humor es como decir las cosas más suaves y llegar de una manera más abierta a la otra persona”* (E-22).
- Usan el humor porque es beneficioso para ellos/as:
 - El humor les facilita conectar con las personas,
 - El humor es una herramienta para atraer a los niños/as:
 - *“Sobre todo a la hora de conectar con los chiquillos”* (E-14).
 - El humor es una herramienta para encajar con los compañeros/as:
 - *“Creo que facilita la relación con los compañeros”* (E-6).
 - Les permite aparcar los problemas fuera del cumplimiento del trabajo:
 - *“Para evadirme de los problemas”* (E-23).
 - Les permite que sea más cómodo hacer su trabajo:
 - *“Creo que facilita el trabajo diario”* (E-6).

- Les permite afrontar situaciones que son difíciles de entender:
 - *“Simplemente, hacer broma ante situaciones que no se entienden”* (E-8).
- Sienten, en general, que les ayuda en el trabajo:
 - *“Lo que me ayuda mucho es contarlo, primero con indignación y luego con humor”* (E-2).
- El humor es una faceta que forma parte de ellos/as:
 - Porque les gusta tanto reírse ellos/as como hacer reír a los/as demás:
 - *“Utilizo el humor porque me gusta reír y hacer reír”* (E-10).
 - Porque es, sin más detalles, un aspecto más de su personalidad:
 - *“Creo que va con mi personalidad”* (E-1).

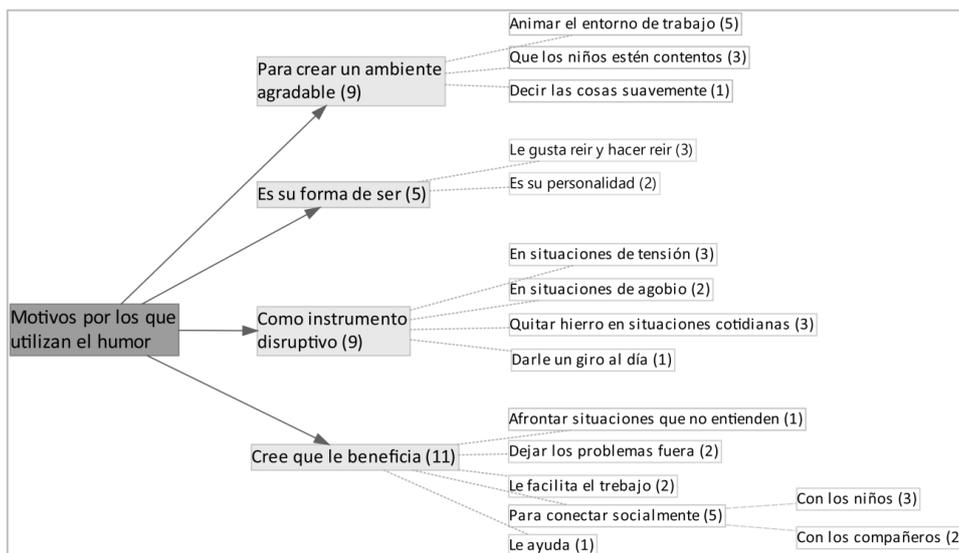


Figura 19

Códigos y subcódigos de los motivos por los que los/as entrevistados/as utilizan el humor.

Fuente: Elaboración propia

Los/as participantes que han detallado su uso del sentido del humor, han diferenciado cinco formas de emplearlo en su trabajo (Figura 20):

- A través de bromas:
 - *“Lo empleo con bromas...”* (E-10).
- Recurriendo a la ironía:

- *“La ironía mucho sí, sobre todo con mi compañera”* (E-22).
- Haciendo sarcasmos:
 - *“Con sarcasmos. Me considero una persona muy sarcástica y que hago mucho uso de las figuras retóricas”* (E-12).
- Bailando de forma graciosa:
 - *“Los niños son lo primero y entro bailando a una habitación”* (E-5).
- Haciendo juegos de palabras:
 - *“Lo empleo... con juegos de palabras”* (E-10).

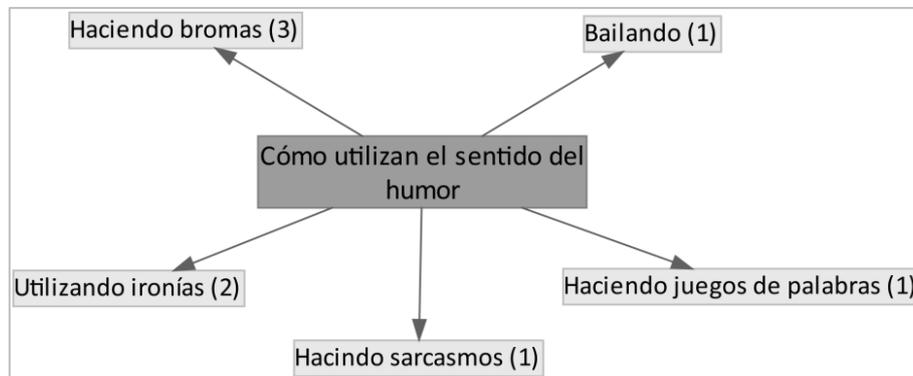


Figura 20
Códigos de formas en las que utilizan el sentido del humor.
 Fuente: Elaboración propia

A través de las respuestas dadas se ha podido observar que utilizar el humor como estrategia de afrontamiento frente al estrés es un recurso que les suele resultar útil a los/as participantes (n=20).

4.2.2.2. Contextualización del uso del sentido del humor

Hay cuatro factores que determinan, en las personas que trabajan con menores de edad con necesidades de apoyo, la decisión de utilizar el humor como estrategia de afrontamiento del estrés laboral (Figura 21), son:

- El estado anímico que se tenga en cada momento:
 - *“Depende del estado de ánimo, depende mucho de ello. Yo intento llevarlo bien y estar bien”* (E-4), *“Principalmente diría de mi estado*

anímico. De hecho, se me nota que tengo un mal día o que me he levantado torcida porque dejo de gastar bromas o emplear figuras retóricas” (E-12).

- Cuál sea la situación que se afronta:
 - “Si es una situación con los alumnos en la que te puedes permitir el humor, adelante, bien venido sea” (E-7).
- El entorno en el que se está y los/as personas que lo integran:
 - “También me ayuda mucho rodearme de personas que utilicen el humor. A menudo, si mi situación emocional es de tristeza y frustración me ayuda a crear una situación graciosa de aquello vivido” (E-9).
- Las características de los/as menores que se están atendiendo:
 - “Depende del alumnado” (E-6).

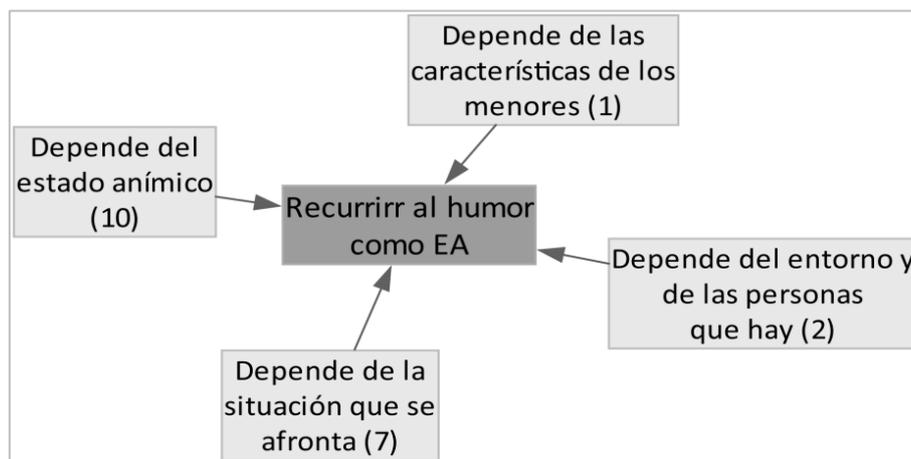


Figura 21

Códigos de los factores que determinan la utilización del humor como EA.

Fuente: Elaboración propia

A partir del mapa conceptual que se recoge en la Figura 22 se puede observar que los/as participantes han distinguido entre las situaciones concretas en las que los/as profesionales del área recurren a utilizar el humor y aquellas otras en las que piensan que no lo usarían.

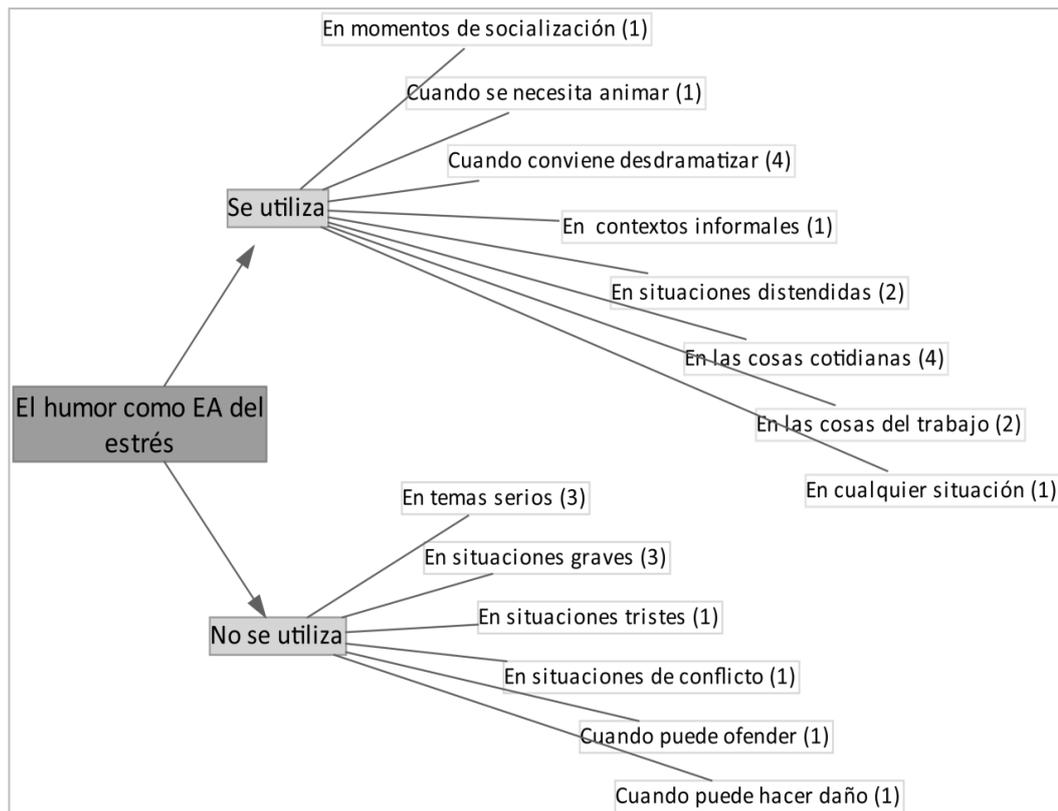


Figura 22

Códigos y subcódigos de las situaciones en utilizan o no el humor como EA.

Fuente: Elaboración propia

4.2.2.3. Tipos de humor

Los/as participantes creen que el humor puede ser ético y puede ser no ético (n=23); y las ocho razones que han argumentado que determinan que se califique de una manera u otra son (Figura 22):

- Que el humor se utilice de forma ofensiva:
 - “El ético sería un humor blanco, un humor que no ofende a nadie; y un humor no ético sería el que ofende a alguna persona o colectivo” (E-1), “El ético sería el que no dañas a nadie y el no ético es el reírte de otro” (E-16), “Ético si es un humor que no ofende, un humor bueno; no ético cuando ofendes y no es correcto” (E-21).
- Que el humor suponga faltar el respeto a alguien:
 - “Un humor ético para mí sería que no faltase el respeto a los demás y que, con quien te estás permitiendo ese humor, no se sintiese que le

estás faltando al respeto. Y un humor no ético, sería el que le hace sentirse mal” (E-7), “El humor ético es el que está dentro del respeto y no infravalora a nadie, pero a mí me gusta mucho el no ético” (E-24).

- Que cree discriminación entre las personas:
 - *“Para mí el humor ético es el que respeta la diversidad, respeta los colectivos. Y en humor no ético es ese que a veces saca el humor de la discriminación” (E-3).*
- Que el mensaje que transmita está socialmente aceptado:
 - *“El ético sería el socialmente aceptado. Y no ético, lo contrario” (E-14).*
- Que se emplee con educación:
 - *“Un humor ético es siempre cuando lo emplees con educación y sin arremeter contra nadie, y no ético sería cuando te poner a criticar y al final tu consuelo es ir contra la persona” (E-2).*
- De cómo se entienda el mensaje en el entorno en que se usa:
 - *“Depende de tu entorno, de cómo se entiende” (E-4).*
- De que en el momento en que se utiliza sea adecuado usarlo:
 - *“Humor ético sería un humor que tiene que ver con la armonía, saber utilizarlo en un momento oportuno y en el grado correcto” (E-9), “Ético es cuando haces las cosas bien y un humor no ético sería cuando no se debe usar el humor” (E-23).*
- Es una valoración subjetiva que depende de la persona que lo escucha:
 - *“Realmente es difícil hacer un ético o no ético ya que cada persona tiene una manera de aceptar el humor y, probablemente, no siempre puede gustar a todo el mundo” (E-9).*

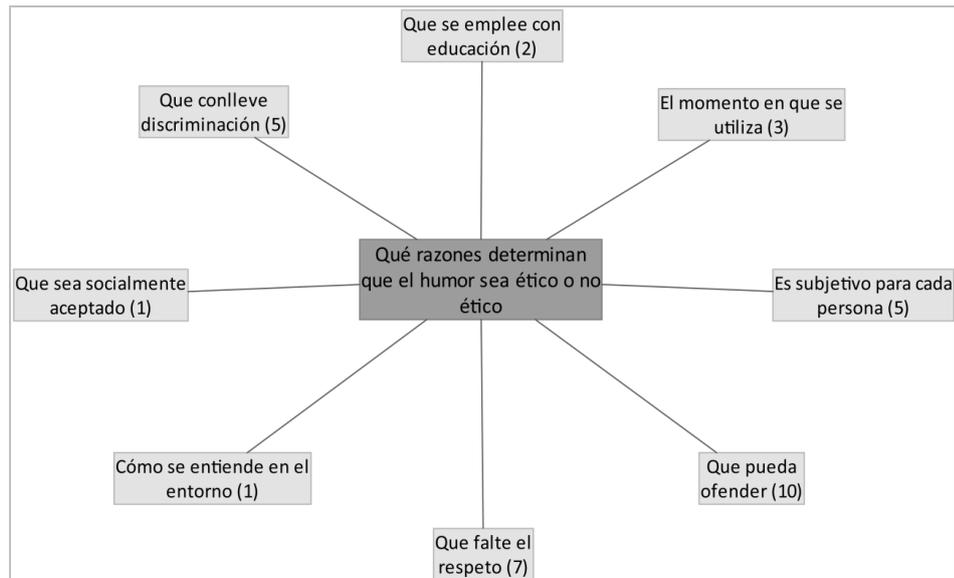


Figura 23

Códigos de las razones que determinan que el humor sea ético.

Fuente: Elaboración propia

El humor más utilizado por los/as participantes es el ético (n=22), aunque hay muchos/as profesionales que dicen que también utilizan el no ético (n=8); sin embargo, no ha habido ningún/a participante que únicamente use como estrategia ante el estrés el humor no ético.

4.2.2.4. Relación entre la inteligencia emocional y el humor

Para la mayoría de los/as participantes la inteligencia emocional es una capacidad que está relacionada con el humor (n=22); aunque se ha observado que hay alguno de los/as profesionales que tienen dudas (n=2) o que no creen que exista esa relación (n=1).

Los argumentos que dan para explicar la existencia de relación entre IE y humor son (Figura 24):

- Que el humor es una reacción emocional:
 - *“Si, creo que existe relación entre inteligencia emocional y humor, ya que reírse es una reacción emocional a un estado de ánimo” (E-8).*
- Que el humor es una emoción:

- *“Creo que el humor forma parte de las emociones, aunque no es la única emoción, por lo que no por no tener humor significa que no tienes inteligencia emocional, sino que empleas otras emociones diferentes al humor” (E-20).*
- Que el humor es una emoción positiva:
 - *“El humor es una emoción positiva” (E-4).*
- Que el uso del humor está vinculado con las emociones:
 - *“Si porque tú empleas el humor o como estrategia de afrontamiento o para evitar algo, o para hacerte más fuerte, pero siempre tiene que ver con cómo te sientes tú y como te estás trabajando a ti misma” (E-14).*
- Que el humor es una herramienta para gestionar/regular las emociones:
 - *“El humor es una estrategia, por lo que yo entiendo que sí que tiene una relación con la inteligencia emocional, porque al final la inteligencia emocional implica el tener estrategias de auto regulación emocional, de saber afrontar las situaciones” (E-3),*
 - *“Yo por inteligencia emocional entiendo saber gestionar las emociones del día a día. Y es importante tener ese humor, para saber gestionar” (E-5),*
 - *“El humor está relacionado a la inteligencia emocional. Hay gente que lo utiliza para evadirse de sus problemas y también hay gente que lo utiliza para crear una capa en situaciones emocionales difíciles, para no mostrar cómo están en realidad” (E-10).*
- Que se tiene más humor si se realiza una buena gestión de las emociones:
 - *“Tendrás más humor si tienes una mejor gestión emocional” (E-15).*
- Que la IE permite ajustar el uso del humor:
 - *“El humor puedes utilizarlo dependiendo de lo mucho que conoces a la otra persona y poniéndote en el lugar de los demás. Si tienes esa inteligencia emocional, siempre puedes ajustar más ese tipo de humor” (E-6).*
- Que el humor es uno de los aspectos de la IE:

- *“Yo creo que es humor es uno de los puntos de la inteligencia emocional. La inteligencia emocional es una estrategia” (E-2),*
- *“Si tienes inteligencia emocional tendrás humor” (E-23).*
- A mayor IE habrá más humor:
 - *“Creo que a mayor inteligencia emocional más humor, aunque creo que influyen otras cosas porque yo no me considero con sentido del humor pero si con inteligencia emocional” (E-21).*
- A mayor IE habrá mejor humor:
 - *“Sí que tiene relación porque, a más inteligencia emocional, mejor humor” (E-19).*

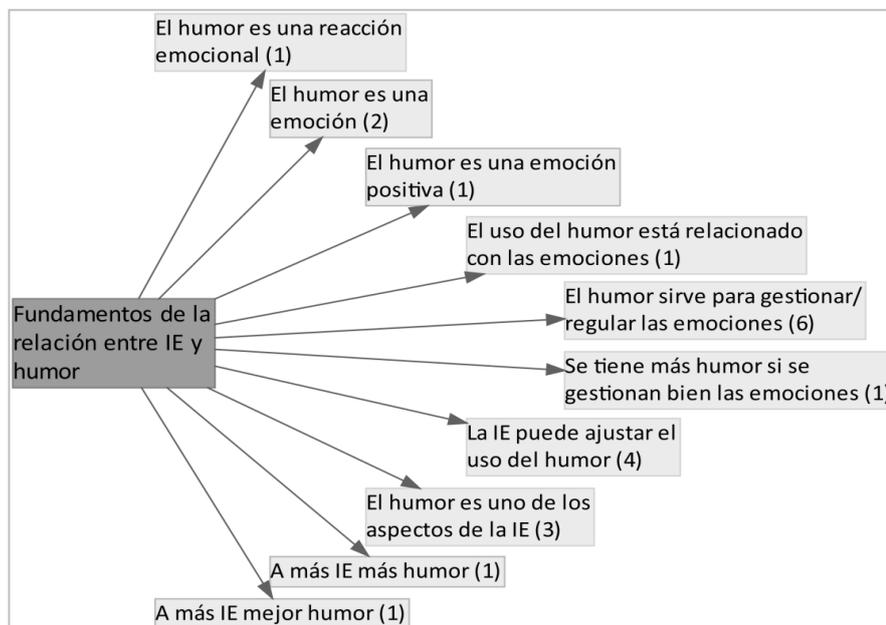


Figura24

Códigos de las razones explicativas de la relación entre el humor y la IE.

Fuente: Elaboración propia

Hubo una de las personas entrevistada que consideraba que la IE no estaba relacionada con el humor: *“No, porque aunque el humor sea una emoción, no creo que por tener más o menos humor tendrás más o menos inteligencia emocional, porque puedes utilizar otras emociones igual de válidas. Creo que depende de cómo sea cada persona utilizará unas emociones u otras” (E-25).*

4.2.3. Estrategias de afrontamiento

Se ha tratado de conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, las que les son útiles y si piensan que la IE está relacionada con las estrategias que utilizan.

Para determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas, la entrevistadora les leyó a los/as profesionales un listado, definiéndolas, para que señalaran con cuales se identificaban. En la Tabla 45 se recoge el uso que hacen de cada herramienta y se observa que el desahogo (tendencia a expresar o descargar los sentimientos que produce el estresor, lo que lleva al aumento de la conciencia del propio malestar emocional), el apoyo instrumental (procurar ayuda, consejo y solicitar información a personas que son competentes acerca de lo que se debe hacer), y el afrontamiento activo (iniciar acciones directas e incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor, en un intento de solucionar el problema de manera sensata) son estrategias que utilizan tres de cada cuatro profesionales.

Tabla 45

Estrategias de afrontamiento utilizadas.

Estrategia de afrontamiento	n	%
Desahogo	22	88
Apoyo instrumental	19	76
Afrontamiento activo	19	76
Humor	17	68
Uso de apoyo emocional	17	68
Planificación	16	64
Reinterpretación positiva	16	64
Aceptación	15	60
Autodistracción	14	56
autoinculpación	10	36
Religión	5	20
Negación	5	20
Desconexión conductual	5	20
Uso de sustancias	2	8

Seguidamente los/as participantes identificaron cuales de las estrategias del listado que utilizan les han resultado más útiles y sugirieron otras a las que ellos recurren: la relajación, estar en contacto con la naturaleza, la autodisciminación, la soledad y la actividad física (Tabla 46).

Tabla 46

Estrategias de afrontamiento utilizadas.

Estrategia de afrontamiento	n	%
Desahogo	19	76
Apoyo instrumental	17	68
Afrontamiento activo	16	64
Uso de apoyo emocional	15	60
Humor	15	60
Reinterpretación positiva	15	60
Planificación	14	56
Aceptación	14	56
Autodistracción	14	56
autoinculpación	10	40
Negación	5	20
Desconexión conductual	5	20
Religión	5	20
Uso de sustancias	2	8
Relajación	1	4
Estar en contacto con la naturaleza	1	4
Autodiscriminación	1	4
Soledad	1	4
Actividad física	1	4

Comparando la Tabla 45 y 46 se observa que, aunque la utilidad de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los/as profesionales es elevada, no a todos/as ellos/as las estrategias que han usado les han resultado lo suficientemente útiles. La autodistracción, la autoinculpación, la negación, la desconexión conductual, la religión y el uso de sustancias son las estrategias que han sido útiles a todos/as los/as participantes que las han utilizado.

Por último, se les ha planteado si hay relación entre la inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento que utilizan, y la mayoría de ellos/as han considerado que están vinculadas (n=24). Los argumentos que han dado para explicar la existencia de relación entre IE y estrategias de afrontamiento que se usan son (Figura 25):

- Que las estrategias de afrontamiento ayudan a gestionar las emociones:
 - *“Me ayudan a gestionar, comprender y manejar mis emociones. No sólo me ayudan a mejorar mi calidad de vida, sino a desarrollar y a tener mejores relaciones con los demás”* (E-9).
- Que la IE es una estrategia de afrontamiento:
 - *“Creo que la inteligencia emocional es sólo un área más de las posibles alternativas que puedes utilizar frente un estresor”* (E-25).
- Que según la IE que tenga cada persona, emplea unas estrategias de afrontamiento u otras:
 - *“Porque la forma de gestionar las propias emociones influye directamente en el desarrollo de unas estrategias de afrontamiento u otras”* (E-8),
 - *“Depende de mi estado emocional, que sería de mi inteligencia emocional y del momento, utilizaré unas estrategias de afrontamiento u otras”* (E-23).
- Que a mayor IE mejores estrategias de afrontamiento se usan:
 - *“A mayor inteligencia emocional, mejores estrategias de afrontamiento basadas en la reflexión y resolución de problemas. A menor inteligencia emocional, estrategias basadas en la evitación y en la no resolución de los problemas”* (E-17).
- Que las emociones son muy influyentes:
 - *“Tiene que haber una relación. Yo me guío bastante por las emociones”* (E-13).
- Que tener IE es disponer la persona de una capacidad positiva:
 - *“El tener un signo de inteligencia emocional es tener un signo extra de la persona”* (E-2).

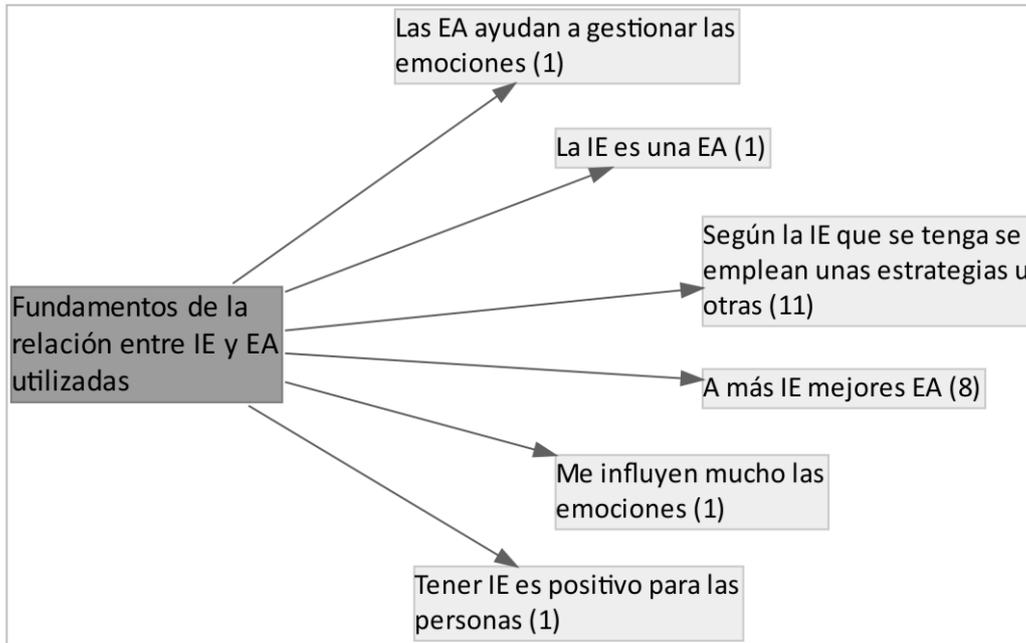


Figura 25

Códigos de las razones explicativas de la relación entre la IE y EA utilizadas.

Fuente: Elaboración propia

5. Discusión

Este trabajo pone el foco de atención sobre una muestra de profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo en la provincia de Valencia, y lo hace en este colectivo de forma simultánea con un enfoque cuantitativo y cualitativo. Este aspecto constituye en sí una aportación, porque tras la revisión de la literatura no se han encontrado estudios similares pues se han encontrado investigaciones de las variables analizadas en personal sanitario, social o educativo pero no estudios que engloben a los tres colectivos simultáneamente.

En este apartado seguiremos el mismo orden de objetivos que se ha establecido en la investigación.

El primer objetivo era estudiar el comportamiento psicométrico de los instrumentos utilizados con el fin de evaluar el bienestar (satisfacción con la vida y salud percibida), así como algunos de sus antecedentes o moduladores (condiciones de trabajo, inteligencia emocional, humor y estrategias de afrontamiento). Hemos aportado evidencia de que los cuestionarios usados en la presente investigación son fiables para

medir a la población objeto de estudio, los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo ya que los instrumentos utilizados son mayoritariamente cuestionarios validados.

Para evaluar la IE se utilizó la escala Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24), en su versión original (Salovey et al., 1995), que engloba tres dimensiones (atención, claridad y reparación emocional). Esta herramienta que ha sido utilizada en multitud de contextos de investigación en Ciencias Sociales y de las Ciencias de la Salud (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2014) tiene una consistencia interna por alfa informada por sus autores de .90 para atención, .90 en claridad y .86 para reparación de las emociones. En nuestra muestra, la fiabilidad de las puntuaciones para cada sub-escala fue de .88 para la dimensión de atención emocional, .93 para la de claridad emocional y .90 para reparación emocional. Nuestros resultados son similares a los encontrados en otros estudios previos (Gavín-Chocano Sailer et al., 2020), con valores de .861, .591 y .911, respectivamente.

Para evaluar el humor ético se utilizó el Cuestionario de Humor Ético (Siurana, Oliver y Galiana, 2017) que, siendo de nueva creación, no permite comparar los resultados con estudios anteriores. En nuestro caso, los resultados del análisis factorial fueron satisfactorios, y adecuadas las estimaciones de fiabilidad.

La Escala SWLS (Diener et al., 1985) es una de las más utilizadas para evaluar la satisfacción con la vida; posteriormente, otros autores sugirieron que sería interesante explorar el constructo en términos de las tres franjas temporales de referencia (Pavot et al., 1998) desarrollando para ello la Escala Temporal de Satisfacción con la Vida. En nuestra investigación únicamente se ha medido la franja temporal presente. En este caso, tanto los resultados del análisis factorial como los de fiabilidad fueron excelentes. Este resultado es similar a los encontrados en estudios previos, como por ejemplo en la adaptación alemana de Proyer, Gander, Wyss, y Ruch (2011), con un valores de alfa de .88; en una investigación con estudiantes suecos (Sailer et al., 2014), en los que se encontró un valor de fiabilidad de .93; o en la primera validación de la TSLS en su versión española realizada en una muestra de personas mayores que acuden a programas universitarios (Galiana et al., 2015) en la que se dio un alfa de Cronbach de .81 para la vida presente.

Para evaluar la salud percibida se utilizó la escala SF-8 de Salud Percibida (Ware, Kosinski, Dewey, y Gandek, 2001). Esta escala evalúa la salud relacionada con la calidad de vida, mediante 8 ítems que puntúan en una escala tipo Likert con 5 anclajes de respuesta. En nuestro caso, en el AFC el ajuste global del modelo fue adecuado. En el ajuste analítico, todos los ítems mostraron saturaciones factoriales estadísticamente significativas.

Finalmente, para evaluar estrategias de afrontamiento se utilizó el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Estrés (CAE) que pone a prueba un modelo de siete factores correlacionados, que mostró un ajuste adecuado. Las saturaciones factoriales de los ítems fueron todas estadísticamente significativas. Este cuestionario es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) autofocalización negativa, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social, y (7) religión. Los resultados mostraron una clara estructura factorial de siete factores que representaban los siete estilos básicos de afrontamiento. Las correlaciones entre los factores fueron bajas o moderadas. Un análisis factorial de segundo orden evidenció una estructura de dos factores, que representaban los estilos de afrontamiento racional y focalizado en la emoción. Las mujeres informaron usar más las estrategias de afrontamiento que los varones. La fiabilidad del CAE fue analizada a través del coeficiente alfa de Cronbach y de las correlaciones corregidas ítem-subescala. En lo que concierne a los coeficientes alfa, las subescalas búsqueda de apoyo social, religión y focalización en la solución de problemas presentan coeficientes $> .85$ (niveles excelentes), las subescalas expresión emocional abierta, evitación y reevaluación positiva presentan coeficientes entre $.71$ y $.76$, correspondiendo el coeficiente más bajo ($.64$) a la subescala ANF. Considerados conjuntamente, se podría decir que el CAE presenta una fiabilidad entre excelente y aceptable, sobre todo si tenemos en cuenta que cada subescala posee sólo 6 elementos. Es un resultado positivo el buen funcionamiento en este colectivo compuesto de varias disciplinas, puesto que medidas como CAE ya han sido utilizadas para identificar qué factores actúan como predictores del compromiso psicológico frente al estrés asistencial en personal de enfermería (Godoy, 2016) y para estudiar la relación entre *burnout*,

calidad de vida, variables socioeconómicas con estilos de afrontamiento (Contreras, 2008).

Por tanto, la valoración en cuanto al objetivo 1 es que las medidas usadas son apropiadas y contamos con evidencia de su aplicación en este colectivo tan específico y a la vez plural en cuanto a su composición de disciplinas.

En cuanto al objetivo 2, plantea describir los niveles en las variables antecedentes del bienestar (condiciones de trabajo, inteligencia emocional, humor y estrategias de afrontamiento) y el propio bienestar (satisfacción con la vida y salud percibida) en profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas.

En primer lugar, se estudió la relación entre el bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y sus predictores con la edad. La edad mostró relaciones estadísticamente significativas con dos de las dimensiones de la inteligencia emocional (atención y claridad emocional), las dos dimensiones de salud y las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva, evitación, religión, focalización en la solución del problema y búsqueda de apoyo social.

Nuestra investigación coincide con la de Muñoz Campos (2018) acerca de la influencia de determinadas variables demográficas en el bienestar subjetivo y la satisfacción vital del profesorado ya que en ella se concluía que la satisfacción vital correlaciona de manera positiva significativamente con la edad. En relación al bienestar subjetivo encontraron que existen correlaciones positivas significativas con respecto a la edad.

En nuestro estudio también se encontraron menores niveles de inteligencia emocional, salud mental y presencia de casi todas las estrategias (reevaluación positiva, evitación, focalización en la solución del problema y búsqueda de apoyo social) a mayor edad. En el caso de la salud física se encontró mayor nivel de salud a mayor edad. Esto contradice algunos estudios encontrados como el de Fernández Puig (2017) en docentes en centros concertados analizando en función de la edad. Sus resultados van en otra línea a los nuestros. En nuestra investigación se concluye que a mayor edad mayor nivel de salud y en el de Fernández Puig (2017) un ligero aumento de los niveles

de agotamiento y de afectaciones músculo-esqueléticas y cognitivas. A su vez, sus resultados coinciden con los resultados obtenidos por Prestch, Flunger y Schmitt (2012). Estas diferencias pueden ser porque nuestra muestra tiene un rango de edad que es relativamente joven mientras que los otros estudios cubren a profesionales de más edad.

En cuanto a la antigüedad en el puesto de trabajo, la literatura apunta que a medida que aumenta la antigüedad en el puesto de trabajo, aumenta el agotamiento emocional (Gómez, Tovar, Alonso y Llamazares, 2015). Nuestros resultados indican menores niveles de inteligencia emocional, salud mental y casi todas las estrategias (reevaluación positiva, evitación, focalización en la solución del problema y búsqueda de apoyo social) a mayor edad. La edad no implica por sí misma mayor antigüedad en el puesto, pero en muchos casos, obviamente van parejos y puede tomarse como un resultado a considerar.

Al estudiar el efecto del género, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del género en ninguno de los fenómenos estudiados. En los estudios encontrados las mujeres presentan una mayor tendencia hacia el agotamiento emocional a diferencia de los hombres, cuya tendencia sería hacia la despersonalización (Lau, Yuen y Chan, 2005).

Sin embargo, Muñoz Campos (2018) acerca de la influencia de determinadas variables demográficas en el bienestar subjetivo y la satisfacción vital del profesorado ya concluía que la satisfacción vital no correlaciona de manera significativa con el género, pero sí el bienestar subjetivo.

Consideramos con respecto al género que ha sido una limitación del estudio la dificultad para poner a prueba este tipo de hipótesis, dado que apenas hay hombres en las profesiones que se han investigado y de los que hay, han participado pocos en este estudio.

El efecto del estado civil sobre el bienestar y sus predictores no mostró relación con las características del contexto laboral, ni la salud, la satisfacción con la vida. Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del estado civil en la media de inteligencia emocional. En concreto, diferencias en la dimensión de

atención emocional. También se observó un efecto del estado civil sobre las estrategias de afrontamiento. Se encontraron diferencias en las dimensiones de evitación, focalización en la solución del problema y expresión emocional abierta. Los resultados mostraron mayores medias en el grupo solteros/as frente a los casados/as en la dimensión de evitación y en la expresión emocional abierta, también mayores medias de los/as solteros, pero en este caso frente a los divorciados/as/separados/as/viudos/as en la dimensión de focalización en la solución del problema.

No se han encontrado ningún estudio que tenga en cuenta todas estas variables con la situación de convivencia o estatus marital de profesionales que atiendan a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo. Por ello se amplió la búsqueda a cuidadores no formales y al realizar esta búsqueda sí se encontraron estudios aunque no tenían en cuenta nuestras variables cuantitativas (condiciones de trabajo, inteligencia emocional, humor, estrategias de afrontamiento, satisfacción con la vida y salud percibida). Sí hallamos estudios de cuidadores no formales que tendría relación con una de nuestras variables cualitativas de la investigación, sobrecarga y estrés que serían los antecedentes al *burnout* esos resultados van en línea con nuestra investigación.

Respecto al estado civil del cuidador no formal, en la bibliografía se encuentran estudios entre la carga sufrida por el/la cuidador/a familiar y esta variable con resultados contrapuestos. Adamson, Feinauer, Lund y Caserta (1992), publicaron un estudio sobre la felicidad marital, en relación con la depresión y la discusión, la carga del cuidador y el impacto de la discapacidad, de modo que sufrían menos sobrecarga los/as cuidadores/as casados/as, mientras que Roig (1998), consideró que el/la cuidador/a que tiene pareja está sometido a mayor estrés por tener que compatibilizar el rol de cuidador/a y el de esposo/a. El estudio de Angulo Fernández de Larrea (2015) con 173 cuidadores, trataba de describir el perfil del cuidador/a familiar de los/as enfermos/as con demencia, estudiar la sobrecarga en relación con sus circunstancias sociofamiliares y analizar los aspectos que define la carga en hijos/as y en cónyuges. Sus resultados a la hora de comparar la sobrecarga de los/as cuidadores/as solteros/as respecto a los/as casados/as, coinciden con Adamson (1992), en el sentido de que los que no reconocen pareja tienen casi 7 puntos más de sobrecarga. En el trabajo de

Angulo Fernández de Larrea (2015), los/as cuidadores/as sin pareja tienen entre un 63 y un 80% de posibilidades de encontrarse en el grupo de los que sufren sobrecarga intensa (80% de los/as viudos/as, 67% de los/as separados/as y 63% de los/as solteros/as), mientras que en el grupo de sobrecarga intensa se encuentra únicamente al 44% de los/as casados/as. Paleo y Rodríguez (2004), encontraron al 66.6 % de los/as cuidadores solteros/as en los niveles de carga intensa, mientras que de los/as casados se encontraban en un 34.1%. En nuestra investigación la sobrecarga ha sido abordada en la parte cualitativa encontrando que casi todos/as los/as entrevistados/as (n=24) creen que el trabajo que realizan puede desencadenar estrés y la mayoría piensa que también *burnout* (n=19) que avala o esta literatura. Desde el enfoque cuantitativo, al investigar la relación entre estado civil o modo de convivencia y salud física o mental no encontramos variaciones con respecto al estrés y al *burnout*.

En nuestra investigación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del estado civil en la media de inteligencia emocional aunque con tamaño de efecto bajo. En concreto, las pruebas adicionales apuntaron diferencias en la dimensión de atención emocional. Las pruebas *a posteriori* mostraron mayores medias en el grupo solteros/as, tanto frente a los casados/as como frente a los divorciados/as/separados/as/viudos/as. En nuestra investigación también se observó un efecto del estado civil sobre las estrategias de afrontamiento. Los ANOVAs de continuación apuntaron diferencias en las dimensiones de evitación, focalización en la solución del problema y expresión emocional abierta. Las pruebas *a posteriori* mostraron mayores medias en el grupo solteros/as frente a los casados/as en la dimensión de evitación y en la expresión emocional abierta, también mayores medias de los/as solteros, pero en este caso frente a los divorciados/as, separados/as, viudos/as en la dimensión de focalización en la solución del problema.

El nivel de estudios sobre el bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo tampoco mostró relación con la inteligencia emocional, el humor, las estrategias de afrontamiento, ni la salud, ni con satisfacción con la vida. La formación no mostró relación con las características del contexto de trabajo, la inteligencia emocional, el humor, las estrategias de afrontamiento, ni con satisfacción vital.

No se ha encontrado ningún estudio que tenga en cuenta todas nuestras variables cuantitativas con el nivel de estudios de profesionales que atiendan a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, en los que nivel de estudios fuera una variable a tener en cuenta. Un problema para esta búsqueda es, de nuevo, que en esta investigación se estudian tres ámbitos profesionales que a su vez estarían compuestos por diversas categorías de puestos en función del nivel de estudios.

Cuando se estudian las variables consideradas en las distintas categorías profesionales, hemos encontrado algunas cuestiones relevantes. En el estudio de Martín (2014) sobre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y *burnout* en los profesionales de enfermería de atención especializada, destaca el elevado nivel de estrés laboral y las diferencias significativas atendiendo a la categoría profesional y el modelo de gestión de recursos humanos. En el citado estudio, la categoría profesional de enfermera, presenta valores medios y rangos promedios más elevados en los estresores que están más relacionados con la actividad y el desempeño profesional, así como con la responsabilidad que se deriva del trabajo, mientras que la categoría profesional de auxiliares de clínica, presenta rangos promedios más elevados en los estresores que implican mayor contacto con los pacientes y con su proceso de enfermedad, así como los relacionados con la carga física de trabajo y la falta de reconocimiento y responsabilidad (Martín, 2014). Otros estudios también establecen diferencias significativas entre auxiliares de clínica y enfermeras (Albaladejo, 2004; Tomás y Fernández, 2002), con mayores valores de despersonalización y menores de realización en enfermeras que en auxiliares de clínica. Simón et al. (2005), establecen que la categoría de enfermera está más expuesta a estresores laborales y presenta mayor nivel de estrés y presencia de *burnout* que la categoría de auxiliares de clínica. Fornés, et al. (1993), por el contrario, refiere mayores niveles de *burnout* cuanto menor es la categoría profesional. En nuestros datos no hemos encontrado que las categorías laborales ni con mayor cualificación ni con menor cualificación profesional tengan relación con las características del contexto laboral, la inteligencia emocional, ni el humor, ni con satisfacción vital. No ha sido posible encontrar estudios que incluyan todas esas variables y menos en un contexto que integre lo sanitario, educación y ocio por lo que no podemos corroborar los resultados. En nuestra

investigación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del puesto de trabajo en las estrategias de afrontamiento. Se encontraron diferencias en las dimensiones de reevaluación positiva, de religión y de focalización en la solución del problema. Tiene mayores medias el grupo de directivos/as frente al personal de atención y cuidados en la dimensión de reevaluación positiva y en focalización en la solución del problema. También mayores medias los/as directivos/as frente al personal de servicios en la dimensión reevaluación positiva y en focalización en la solución del problema. También el personal de servicios frente al personal de atención y cuidado en la dimensión religión.

Adicionalmente se observó un efecto del puesto de trabajo sobre la salud. Se encontraron diferencias en la dimensión de la salud física, tienen mayores medias en el grupo de personal de servicios frente al de los/as directivos/as y al de los/as técnicos/as.

Según la función del puesto de trabajo y su relación con la inteligencia emocional, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de sus dimensiones. Revisando la literatura, únicamente hallamos como referente el trabajo de Hernández (2003) quien exploró las diferencias existentes en bienestar entre dos colectivos profesionales que componen la universidad: personal docente e investigador (PDI) y personal de administración y servicios (PAS). Obtuvo que en el PDI la inteligencia emocional no presenta un efecto moderador significativo, sin embargo, en la muestra de PAS la inteligencia emocional parece ejercer un papel atenuante de la relación negativa entre satisfacción laboral y el *burnout*.

La titularidad del centro con la satisfacción con la vida de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo tampoco mostró relación con las características del contexto laboral, la inteligencia emocional, el humor, las estrategias de afrontamiento ni la salud. En ese sentido, nuestros resultados son contrarios a una investigación en instituciones sanitarias, Martín (2014) para identificar la prevalencia del estrés laboral y *burnout*, en profesionales de enfermería de un grupo de hospitales de titularidad pública y privada, con diferentes modelos de gestión de recursos humanos analizando, para ello, su relación con las variables socio-demográficas, laborales, los factores de riesgo psicosocial y las

consecuencias en la salud de trabajadores/as. Entre sus resultados, en lo relacionado a esta tesis, cabe destacar el elevado nivel de estrés laboral y las diferencias significativas atendiendo a la titularidad del centro.

En la tesis de Martín (2014) obtiene como resultados que atendiendo a la titularidad del centro, existen diferencias significativas en todas las dimensiones del inventario de Burnout de Maslach (MBI) entre los centros de titularidad pública y privada. Llama la atención, que en contra del criterio existente, obtienen mayores rangos promedios y valores más altos de MBI total, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, los centros de titularidad pública, que los de titularidad privada, caracterizados por políticas de recursos humanos y de condiciones laborales y salariales más restrictivas.

En nuestra investigación la titularidad del centro mostró relación con las características del contexto laboral, la inteligencia emocional, el humor, las estrategias de afrontamiento ni la salud.

Volviendo a la investigación de Martín (2014), los datos que les aportan los profesionales del estudio en las opciones abiertas del cuestionario, los centros privados, cuidan más la promoción de cada profesional en base a su esfuerzo y trabajo, el reconocimiento por lo que se hace, la valoración de méritos y mayor soporte interno por parte de la dirección. Nuestra investigación también tiene una parte cualitativa con preguntas abiertas en las que los/as participantes no destacan nada en cuanto al *burnout*, la satisfacción de la compasión o en humor ético en relación con la titularidad del centro.

En las siguientes líneas el foco se centra en el objetivo 3: describir cómo afecta el estrés y el *burnout* a los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo.

Para contestar a este objetivo se realizaron 24 entrevistas y nos encontramos que casi todos los/as entrevistados/as creen que el trabajo que realizan puede desencadenar estrés y la mayoría piensa que también *burnout*. Al utilizar metodología cualitativa no es posible comparar nuestra investigación con investigaciones anteriores los resultados obtenidos fueron a través de entrevistas y los estudios encontrados han

utilizado metodología cuantitativa. Centrándonos sólo en el colectivo de profesionales del sector de la discapacidad, se ha encontrado que la prevalencia del Síndrome Quemado en el Trabajo 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).

Gil-Monte et al. (2005) en su investigación con una muestra de monitores/as y educadores/as de centros para personas con discapacidad: 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%.

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; Olivares et al., 2009).

Los motivos más habituales que hemos encontrado en nuestra investigación por los que consideran los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo que se puede propiciar la aparición de estrés o *burnout* son los emocionales, las condiciones en las que desempeñan sus tareas, las características que tienen los/as menores de edad con los que trabajan y las características del trabajo que realizan. Nuestros resultados podríamos decir que coinciden con los obtenidos en investigaciones anteriores, pues todos ellos muestran que los trabajadores y las trabajadoras del sector servicios son especialmente vulnerables al Síndrome Quemado en el Trabajo y los/as profesionales que atienden a personas con discapacidad 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).

Los/as entrevistados/as en la presente investigación han detallado que el estrés y *burnout* laboral de trabajar con la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo les produce tres tipos de efectos que son: efectos emocionales, efectos físicos y efectos en el comportamiento.

En nuestra investigación en la parte cuantitativa en las dimensiones de la inteligencia emocional, las puntuaciones medias obtenidas por los/as participantes se sitúan, según la baremación que la escala tiene definida, en el nivel de adecuada atención emocional, en el nivel de adecuada claridad de sentimientos y en el nivel de adecuada reparación emocional.

Nuestro resultado es acorde con los estudios revisados, en los que se evidencia que para desarrollar una buena Inteligencia Emocional se debe tener, para empezar, una adecuada atención, si ésta se excede puede entonces resultar perjudicial. Con respecto a la atención emocional se considera que cuando las personas atienden de manera excesiva a sus emociones, podrían incrementarse los pensamientos rumiativos o, incluso, sus estados de ánimo ansioso-depresivos (Salovey, et al., 2000).

En base al modelo de habilidades de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer, para desarrollar una buena Inteligencia Emocional se debe tener, para empezar, una adecuada atención emocional seguida de una adecuada comprensión y regulación de las emociones. Al estudiar el *burnout* o la respuesta al estrés laboral crónico en el personal de enfermería y la vulnerabilidad al mismo que dan variables personales, emocionales y los propios estresores profesionales se obtienen resultados interesantes. Se observa que con mayor comprensión de las emociones propias y de los demás se produce menor despersonalización y con mayor comprensión junto a la regulación de las emociones se sienten más realizados los profesionales en el trabajo. Sin embargo, algunos estudios revelan que las enfermeras con mayor atención a sus emociones, presentan más agotamiento emocional (Porrás, 2014).

El objetivo 4 pretende estudiar el uso del recurso del humor ético en profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo. Para responder a este objetivo se utilizó una doble metodología por un lado el cuestionario de Humor Ético y por otro lado se realizaron 22 entrevistas casi todos/as ellos/as se consideran personas con sentido del humor; muchos de ellos/as refieren que utilizan laboralmente este recurso de forma habitual.

No es posible comparar nuestra investigación con otras encontradas en la literatura puesto que utilizamos entrevistas como método de estudio y nos centramos en que el humor fuera ético por los que nuestra metodología no ha sido utilizada en otras investigaciones, sin embargo el humor sí que ha sido estudiado y hemos encontrado algunos resultados que se podrían extrapolar a lo que pretendíamos conseguir cuando planteamos el presente objetivo. Algunos autores han investigado sobre el papel que tiene el humor, como mitigador de la valoración cognitiva de las situaciones (Abel, 2008; Carbelo y Jáuregui, 2006; Kuiper, Martin, y Olinger, 1993; Martin y Lefcourt, 1983).

Otros estudios han relacionado el humor, en sus distintos estilos, con estrategias de afrontamiento, como el realizado por Lillo (2007), en el que encontró que el humor de autoafirmación se asocia a la reevaluación cognitiva, la planificación y la búsqueda de apoyo emocional. El humor afiliativo, con la evasión, el estilo de humor de auto descalificación, con estrategias de no afrontamiento y el humor agresivo con el fatalismo. Como vemos, el estilo de humor positivo (humor de autoafirmación) se encuentra asociado a estrategias con orientaciones también activas, lo cual parece reforzar la idea de la utilidad del humor para manejar las situaciones estresantes. Con lo que coincidiría con nuestra investigación y el humor en que es una estrategia de afrontamiento frente a situaciones estresantes y frente al *burnout*.

Baeza (2016) en una muestra de trabajadores/as sociales al igual que en nuestra investigación considero el papel que puede tener el humor, como estrategia de afrontamiento, sobre la relación que existe entre la valoración del puesto y los niveles de *burnout* o *engagement*. Encontraron que el humor afecta a la valoración del puesto en relación a sentirse vinculado/a a él. En las personas con más humor la valoración del puesto de trabajo pierde gran parte de su relevancia. Según Baeza (2016) las

personas con suficiente humor estarán vinculadas a su trabajo independientemente de la valoración del puesto que hagan. El humor puede actuar como amortiguador de aquellos factores que limitan la vinculación al trabajo, mostrándose de forma indirecta como un elemento que puede contribuir al incremento de dicha vinculación. Baeza (2016) también afirma que el humor, es un potente agente de vinculación al trabajo, ya que puede llegar a eliminar el efecto de la valoración del puesto sobre la misma.

Baeza (2016) en otras palabras, confirma que el humor puede tener un doble rol como amortiguador frente al *burnout* y promotor del *engagement*, de modo que a mayor sentido del humor, disminuyen las probabilidades de experimentar *burnout* y aumentan las de experimentar vinculación en el trabajo. Nuestros resultados apoyan en parte las Baeza (2016) ya que en nuestro estudio sólo se estudia el poder del humor frente el *burnout* y no hemos estudiado la vinculación del humor con el *engagement*.

También nuestro estudio estaría en parte en consonancia con otras posturas precedentes (González-Romá, Schaufeli, Bakker, y Lloret, 2006; Lisbona y Salanova, 2012) en ellas se trata el binomio entre vigor-agotamiento y dedicación-despersonalización se pueden ver influidos de manera directa o indirecta por el humor, en la medida en que existe una fuerte relación entre estos elementos, de manera que el efecto del humor en uno de ellos puede influir en el otro.

El doble rol del humor lo hace especialmente útil, dado que al mismo tiempo actúa en varias direcciones complementarias en la consecución de la mejora de la salud laboral. En una vertiente, actúa como protector frente al sentimiento de estar quemado o quemada en el trabajo y en su otra vertiente, promueve la vinculación al mismo. Bien porque ayuda a reducir los efectos del *burnout* de forma más directa, al incrementar el sentido de realización personal, o bien porque aumenta el *engagement*. En nuestra aproximación se tuvo presente únicamente una parte del binomio la que tiene que ver con el humor como mecanismo de protección frente al agotamiento y la despersonalización.

En lo que respecta a los tipos de humor, el comportamiento de la dimensión estratégica y ética varía. En cuanto al humor ético como estrategia de afrontamiento los resultados del estudio realizado informan de poco impacto.

Nuestros resultados no han mostrado que exista una relación directa significativa entre el humor ético como estrategia de afrontamiento frente al *burnout* en los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo. En cuanto al humor estratégico es utilizado por los/as profesionales entrevistados/as como estrategia de afrontamiento pero tampoco hemos encontrado una relación directa entre estas variables.

Sobre el objetivo 5 se pretendía conocer qué estrategias de afrontamiento utilizan los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo que les resultan útiles. El modelo de Lazarus especifica que un importante mediador del proceso emocional está relacionado con las estrategias de afrontamiento que se adoptan frente a los eventos que se perciben como estresantes (Lazarus, 1986). En la tesis, se han analizado aquellas estrategias que se incluyen en el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE). Las estrategias más utilizadas fueron la focalización en la solución del problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social. También se utilizó la técnica de la entrevista para contestar a esta misma pregunta de investigación se observa que el desahogo (tendencia a expresar o descargar los sentimientos que produce el estresor, lo que lleva al aumento de la conciencia del propio malestar emocional), el apoyo instrumental (procurar ayuda, consejo y solicitar información a personas que son competentes acerca de lo que se debe hacer), y el afrontamiento activo (iniciar acciones directas e incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor, en un intento de solucionar el problema de manera sensata) son estrategias que utilizan la mayoría de las personas entrevistadas.

Nuestros resultados estarían en consonancia con la literatura (Abel, 2002, Freudenberg, 1974; Hobfoll y Freedy, 1993;) al encontrar las mismas estrategias de afrontamiento entre los profesionales.

En nuestra investigación, las estrategias de afrontamiento activo se han revelado como las más potentes en el momento de actuar sobre el *burnout*. Baeza (2016) ya había aportado evidencias de que las estrategias de afrontamiento activo mantienen relación directa con la realización personal frente el *burnout*, y con todos los componentes del *engagement*.

El objetivo 6 pretendía poner a prueba un modelo predictivo del bienestar de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo a partir del humor, las condiciones de trabajo, la inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento. El modelo, con un ajuste adecuado consigue explicar de forma muy satisfactoria las tres variables finales: casi un 45% de la salud física, porcentaje similar, un 42% de la satisfacción y un 70% de la salud mental. El modelo puesto a prueba, de forma compacta nos ha revelado que las relaciones más fuertes entre los predictores del bienestar de los y las profesionales se dan entre la expresión emocional abierta y la inteligencia emocional, entre la autofocalización negativa y el humor estratégico y entre las condiciones laborales y la inteligencia emocional, en todos los casos con relaciones positivas de tamaño medio-grande.

No se han encontrado investigaciones previas sobre condiciones de trabajo, inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento y su efecto sobre salud física. Al no encontrar investigaciones previas en las que se relacione el humor y autofocalización con salud mental, creemos que esta es la primera investigación que utiliza estas variables.

Tampoco se han encontrado Investigaciones previas sobre relación entre condiciones de trabajo, humor, autofocalización negativa y evitación, como predictor de la satisfacción con la vida.

En cuanto a las relaciones entre los predictores del modelo, el humor, en concreto el estratégico, está conectado fuertemente con dos estrategias, la búsqueda de apoyo social y la autofocalización negativa.

El modelo, además, nos retorna por primera vez evidencia en este colectivo de la interconexión entre factores de bienestar, ya sean de salud física, mental o desde un punto de vista integral como es la satisfacción vital. También nos aporta información muy útil sobre la magnitud, la importancia de diferentes aspectos presentes en el día a día de los colectivos que trabajan en dispositivos de atención a menores con necesidades de apoyo, sobre el bienestar. Las relaciones que aparecen como relevantes, los efectos más claros, también a través de las entrevistas por metodología cualitativa habían sido constatados. En ese sentido, el modelo, por su sencillez, constituye una guía para priorizar las actuaciones futuras y empezar a pensar por

donde actuar en el diseño de intervenciones para mejorar las condiciones de este colectivo.

En el presente trabajo, entendemos que si se pretende diseñar medidas, programas e iniciativas de servicios sociales, sanitarios y escolares en el área de la infancia y la adolescencia, necesitamos tener al alcance herramientas de conocimiento como las aquí presentadas que optimizan el uso de los recursos humanos (indicándonos cuáles son los factores más viables para trabajar, con más capacidad para mejorar la satisfacción con la vida y el bienestar de los/as profesionales), más aún en los contexto de estrés, crisis económica, recortes,.etc.

Somos conscientes de que el presente estudio presenta una serie de limitaciones que consideramos importante destacar. 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 *burnout* 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 *burnout* (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.

En segundo lugar, la recogida de datos no fue aleatorizada, sino que los cuestionarios fueron cumplimentados por aquellas personas que quisieron hacerlo voluntariamente por lo que puede presentar sesgos. No hay que perder de vista tampoco la deseabilidad social o la falta de motivación de los/as profesionales para realizar el estudio en algunos centros asistenciales, hospitales o centro escolares.

Además, la naturaleza transversal del estudio solo permite hablar 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 las cuestiones estudiadas.

Después de todo lo obtenido de esta investigación, queremos plantear diversas propuestas como futuras líneas de investigación. Por una parte, convendría trabajar más en esta línea, con estudios longitudinales que permitiesen establecer relaciones de causalidad entre *burnout* y las estrategias de afrontamiento.

También resultaría interesante también comparar con otras poblaciones de profesionales de atención a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo de otras Comunidades autónomas, para explorar sobre la influencia de distintos modelos laborales en relación con el *burnout*, la inteligencia emocional, el humor y las estrategias de afrontamiento.

Así pues, y teniendo en cuenta lo señalado, este trabajo enmarca un enfoque cuantitativo sobre una muestra de profesionales que atienden a la infancia y adolescencia y pone el foco en este colectivo de forma simultánea con un enfoque cualitativo. Este aspecto es especialmente interesante porque no se han encontrado estudios similares puesto que la literatura no es muy abundante en estos campos. Nuevos estudios son necesarios para dar consistencia y continuidad a esta línea de investigación, junto con lo que este trabajo ha aportado.

Por último, desde la perspectiva de género, recomendada a ser posible en todo trabajo de investigación, y bajo la necesidad de poder visualizar la situación del colectivo mujer oculto históricamente, se plantea la posibilidad futura de profundizar más sobre este aspecto dada la condición mayoritariamente femenina en el colectivo de atención a personas en situación de dependencia tanto en el sector asistencial, hospitalario como escolar.

6. Conclusiones

Partiendo de los objetivos que se habían formulado y tras el análisis de los resultados obtenidos en la investigación podemos extraer las siguientes conclusiones:

- En los antecedentes del bienestar, los/as profesionales que atienden a niños, niñas y adolescentes con necesidades de apoyo registran: niveles medios en sus condiciones de trabajo; niveles adecuados en inteligencia emocional; y niveles bajos de humor ético pero buenos de humor como estrategia. En cuanto a las

estrategias de afrontamiento, puntúan bajo en religión, expresión emocional abierta y autofocalización negativa; y tienen nivel medio en evitación, reevaluación positiva, focalización en la solución del problema y búsqueda de apoyo social.

- En los indicadores del bienestar, los/as profesionales de este ámbito han registrado un nivel medio de satisfacción con la vida y bajos niveles de salud.
- A mayor edad de los/as profesionales se constatan menores niveles de inteligencia emocional, de salud mental y de casi todas las estrategias de afrontamiento (reevaluación positiva, evitación, focalización en la solución del problema y búsqueda de apoyo social); y mayores niveles de salud física y de la utilización de la religión como estrategia.
- Los/as profesionales que están solteros/as tienen mayores niveles que los demás de atención emocional, mayores niveles que los/as casados/as en las estrategias de evitación y expresión emocional abierta, y mayores niveles que los divorciados/as/separados/as/viudos/as en la estrategia de focalización en la solución del problema.
- Los/as trabajadores del área educativa puntúan más alto en salud mental que los de otras áreas no especificadas. Y los del área sanitaria recurren más a la religión que los de todas las demás áreas.
- Los/as directivos, técnicos/as y personal de atención directa tienen mejores condiciones de trabajo que el personal de servicios. Sin embargo el personal de servicios registra más salud física que los/as directivos/as y técnicos. Además, hay diferencias en los estilos de afrontamiento de los/as profesionales según el puesto que desempeñan (los directivos/as puntúan más alto que el personal de servicios y el de atención directa en reevaluación positiva y en focalización en la solución del problema).
- El género, la formación previa y la titularidad del centro de trabajo son factores que no influyen ni en los antecedentes ni en los indicadores de bienestar.
- Las causas por las que los/as profesionales creen que su trabajo puede originar estrés y *burnout* son por motivos emocionales, por las condiciones en las que

desempeñan sus tareas, por las características que tienen los/as menores de edad con los que trabajan y por las características del trabajo que realizan. La mayoría de ellos/as han experimentado estrés y lo que más les ha pesado para padecerlo han sido las condiciones de trabajo; señalan que ese estrés, a veces, ha derivado en *burnout*.

- Consideran que el estrés y el *burnout* ha tenido consecuencias físicas, emocionales y en el comportamiento.
- Los/as profesionales reconocen que en los/as trabajadores/as del área, como resultado emocional de su labor, se da tanto la satisfacción por compasión como la fatiga por compasión; sin embargo, al evaluar su situación personal se identifican sobre todo con la satisfacción por compasión.
- El humor es un recurso utilizado por los/as profesionales de este ámbito como estrategia de afrontamiento tanto personal como social. Consideran que el humor es un instrumento válido para hacer frente a algunas de las situaciones que afrontan. Y utilizan, principalmente, el humor ético; pero, en ocasiones, también el no ético.
- En la identificación nominal de estrategias de afrontamiento que piensan que les son útiles señalan el desahogo, el apoyo instrumental y el afrontamiento activo.
- Los/as profesionales piensan que tanto el humor como el conjunto de las estrategias de afrontamiento que usan están vinculadas a la Inteligencia Emocional.
- En lo que se refiere a las relaciones entre los factores de bienestar, la salud física correlacionó alto, positivo y significativo con la salud mental mientras que la salud mental con la satisfacción con la vida lo hizo mucho más atenuadamente. La capacidad de predicción del modelo fue buena, pues con el modelo a la salud física la predicen significativamente y con magnitud moderada las condiciones de trabajo, la inteligencia emocional, la evitación y de forma un poco menos intensa focalización en la solución de problemas. Además, partiendo de que con la medida de salud empleada, el SF-8 se mide

falta/problemas de salud, podemos interpretar estos resultados de manera que aquellos/as profesionales con mejores condiciones de trabajo, menor inteligencia emocional, mayor uso de estrategias de evitación y menor focalización en la solución de problemas son aquellos/as con mayores niveles de salud física. Con el modelo se consiguió explicar un 44.5% de la varianza en las puntuaciones de salud física.

- En cuanto a la salud mental o psicológica, esta se predijo a partir del humor estratégico y la autofocalización negativa con coeficientes significativos muy altos. Los resultados apuntaron a que aquellos/as profesionales con mayores niveles de humor estratégico y menor uso de la estrategia de autofocalización negativa son quienes presentan mayores niveles de salud mental y se llega a explicar un 70.7% de esta variable. Convendría, no obstante, contrastar estos resultados con futuros estudios en los que se sigan desarrollando herramientas que intenten medir el humor ético y el humor no ético.

Referencias bibliográficas

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, 1–22.
- 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.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G., & Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the Normative Aging Study. *Journal of Gerontology: psychological sciences*, 51(4), 179-188.
- Almeida, M. E., Angelino, M. A., Kipen, E., Lipschitz, A., Marmet, M., Rosato, A., y Zutti6n, B. (2010). Nuevas ret6ricas para viejas pr6cticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensi6n y abordaje de la discapacidad. *Política y Sociedad*, 47(1), 27-44. doi: 10.5209/POSO.22810.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Text Revised Washington, DC, Estados Unidos: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, DC, Estados Unidos: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington, DC, Estados Unidos: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1995).
- Arias, C. J., y Giuliani, M. F. (2014). Explorando la inteligencia emocional percibida en tres franjas etarias. Un estudio realizado en la Argentina. *Estudios interdisciplinarios sobre o envejecimiento*, 19(1), 123-140.
- Arias, W. L., Cahuana, M., Ceballos, K. D. y Caycho, T. (2019). Síndrome de burnout en cuidadores de pacientes con discapacidad infantil. *Revista de avances en*

Psicología, 5(1), 7-16. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6810468>.

- Arnaiz P. (2011). Luchando contra la exclusión: buenas prácticas y éxito escolar. *Innovación educativa*, 21, 23-35.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314–319.
- Baeza Roca, N. (2015). *Incidencia del humor en el burnout y engagement en profesionales de Trabajo Social desde la perspectiva de género y la crisis socioeconómica actual (2007-2014)*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia.
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E. & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99, 274-284.
- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. Londres, Reino Unido: Tavistock Publications.
- Barnes, C. y Mercer, G. (2010). *Exploring Disability*. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.
- Bar-On, R. (1997a). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): a test of emotional intelligence*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems, Inc.
- Bar-On, R. (1997b). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): technical manual*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems, Inc.
- Bar-On, R. (2005). Emotional and social intelligence: insights from the emotional quotient inventory (EQ-I). En R. Bar-On y J. Parker. *The Handbook of Emotional Intelligence* (págs. 363-388). San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass.
- Barreto, P., Fombuena, M., Diego, R., Galiana, L., Oliver, A., y Benito, E. (2015). Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 22(1), 25-32.

- Baumeister, R. F., Zell, A. L. & Tice, D. M. (2007). How Emotions Facilitate and Impair Self-Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 408–426). Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Benevides, A. 2008. El síndrome de burnout en Brasil y su expresión en el ámbito médico. En: P. R. Gil-Monte, B. Moreno-Jiménez (Coords.). *El síndrome de quemarse por el trabajo: grupos profesionales de riesgo*. Madrid, España: Pirámide.
- Benito, E., Arranz, P. y Cancio, H. (2010). Herramientas para el autocuidado de profesionales que atienden a personas que sufren. Barcelona, España: Elsevier.
- Berglund, L., Aasa, B., Hellqvist, J., Michaelson, P. & Aasa, U. (2015). Which Patients With Low Back Pain Benefit From Deadlift Training? *Journal of Strength & Conditioning*, 29(7):1803-11. doi: 10.1519/JSC.0000000000000837.
- Berkman, L. F., Buxton, O., Ertel, K. & Okechukwu, C. (2010). Managers' practices related to work-family balance predict employee cardiovascular risk and sleep duration in extended care settings. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 316-329.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona, España: Praxis.
- Booth, T. y Ainscow, M. (2002). *Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Brennan, P. L., Holland, J. M., Schutte, K. K. & Moos, R. H. (2012). Coping trajectories in later life: a 20-year predictive study. *Aging and Mental Health*, 16(3), 305-316.
- Brogna, P. (2006). *El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación*. Buenos Aires, Argentina: El Cisne.
- Cabanach, R. G., Fariña, F., Freire, C., González, P. y Ferradás, M. M. (2013). Diferencias en el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios hombres y mujeres. *European Journal of Education and Psychology*, 6(1) 19-32.
- Cantón, J. C. (2014). *Características y necesidades de las personas en situación de dependencia*. Madrid, España: Editex.

- Carbelo, B. (2008). *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Carbelo, B. y Jaúregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27, 18-30.
- Carmona, C., Buunk, A. P., Peiró, J. M., Rodríguez, I. y Bravo, M. J. (2006). Do social comparison and coping styles play a role in the development of burnout? Cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(1). doi: <https://doi.org/10.1348/096317905X40808>.
- Casado, C. y Colomo, R. (2006). Un breve recorrido por la concepción de las emociones en Filosofía Occidental. *A parte Rei revista de Filosofía*, 47, 1-10.
- Casado, D. (1991). *Panorámica de la discapacidad*. Barcelona, España: INTRESS.
- Casado, D. (2011). Iniciativas valencianas relativas a la discapacidad. En S. Pinazo (dir.), *Autonomía personal y dependencia. Bases teóricas y práctica social* (pp.19-21).
- Céspedes, G. M. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación, *Aquichan*, 5(1), 108-103.
- Comisión Europea (2002). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?* Luxemburgo: Comisión Europea. Recuperado de <https://osha.europa.eu/data/links/guidance-on-work-related-stress>.
- Conrad, D. & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1071-1080.
- Cortina, A. y Martínez, E. (1998). *Ética*. Madrid, España: Akal.
- Cox, T. (1987). Stress, coping and problem solving. *Journal of Work & Stress*, 1(1)5-14. doi: <https://doi.org/10.1080/02678378708258476>.
- Chapman, A. J. (1983). Humor and Laughter in Social Interaction and some Implications for Humor Research. En P. E. McGhee, J. H. Goldstein (eds.). *Handbook of Humor Research*. Nueva York, Estados Unidos: Springer.

- De Cuyper, N., De Witte, H., Vander Elst, T. & Handaja, Y. (2010). Objective threat of unemployment and situational uncertainty during a restructuring: Associations with perceived job insecurity and strain. *Journal of Business and Psychology*, 25, 75 –85. doi:10.1007/ s10869-009-9128-y.
- De Jonge, J., van Vegchel, N., Shimazu, A., Schaufeli, W. & Dormann, C. y Schaufeli, W. (2010). A longitudinal test of the demand-control model using specific job demands and specific job control *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 125-33. doi: 10.1007/s12529-010-9081-1.
- De Sousa, R. (1987). When Is It Wrong to Laugh? En J. Morreall (Ed.), *The Philosophy of Laughter and Humor* (págs. 226-249). Nueva York, Estados Unidos: University of New York Press.
- Del Valle, J. F. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid, España: Pirámide.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*.
- Domingo, F. y Calatayud, J. (1959). *El primer hospital psiquiátrico del mundo*. Valencia, España: Diputación Provincial de Valencia.
- Dunahoo, L. L., Hobfoll, S. E., Monnier, J., Hulsizer, M. & Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in coping. Part 1: Even the lone ranger had Tonto. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 137-165.
- Durán, M. A., Extremera, N. y Rey, L. (2005). Burnout y engagement en el marco de la experiencia piloto para la adaptación a los créditos europeos (pp. 741-749). En J. Romay, J., Salgado, J., Romaní de Gabriel J. y D. Roble (Comps.). *Psicología social y problemas sociales (vol. 4). Psicología de las organizaciones, del trabajo y de los recursos humanos y de la salud*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Elías, C. A. (2008). El trabajo de los menores de edad en la dictadura franquista. *Historia Contemporánea* (36).
- Enríquez, E., Martínez, J. y Guevara, I. (2015). *Relación de la Inteligencia emocional con el desempeño laboral*. Recuperado de <http://revistas.usc.edu.co/index.php/CienciaySalud/article/viewFile/505/432>.

- Escudero, J. M. y Martínez, B. (2011). Educación inclusiva y cambio escolar. *Revista Iberoamericana de Educação*, 55, 85-105.
- Essex, B., & Scott, L. B. (2008). Chronic stress and associated coping strategies among volunteer EMS personnel. *Prehospital Emergency Care*, 12(1), 69-75.
- Etxeberria, X. (2004). Ética y discapacidad. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 35(210), 68-79.
- Fernández, C. y Polo, M. T. (2011). Afrontamiento, estrés y bienestar psicológico en estudiantes de educación social de nuevo ingreso. *EduPsykhé*, 10(2), 177-192.
- Fernández, M. (2008). *Burnout*, autoeficacia y estrés en maestros peruanos: tres estudios fácticos. *Ciencia y Trabajo*, 10, 113-119.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E. G. y Martín, M. D. (2015). Dimensions of Emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Frontiers in Psychology*, 6(317).
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 139-153.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Report*.
- Fierro, C. y Jiménez, J. A. (2002). Bienestar, variables personales y afrontamiento en jóvenes universitarios. *Escritos de psicología*, 6, 85-91.
- Figley, C. R. & Figley, K. R. (2017). Compassion Fatigue Resilience. The Oxford Handbook of Compassion Science. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/CR_Figley/publication/321171310_Compassion_Fatigue_Resilience/links/5a134903a6fdcc717b5685c0/Compassion-Fatigue-Resilience.pdf.

- Figley, C. R. (1992). *Secondary traumatic stress and disorder: Theory, research and treatment*. Paper presentado a la I Conferencia Mundial de la International Society for Traumatic Stress Studies, Amsterdam, junio 1992.
- Figley, C. R. (1994). *Compassion Fatigue: the stress of caring too much. A resource guide for care giving professionals*. Panamá, República de Panamá: Visionary Productions Inc.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Nueva York, Estados Unidos: Brunner.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. Londres, Reino Unido: Taylor and Francis, Ltd.
- 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.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M. y Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L. y Fundación Paideia Galiza.
- Folkman, S. (2007). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping*, 21(1), 3-14. doi: <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>.
- Fredrickson, B. L., Mancuso R. A., Branigan C. & Tugade M. M. (2000). *Motivation Emotion Journal*, 24(4), 237–258. doi: 10.1023/a:1010796329158.
- French, J. R. P., Jr., Caplan, R. D. & Harrison, R. V. (1982). *The Mechanisms of Job Stress and Strain*. Londres, Reino Unido: Wiley.

- Gakovic, A. y Tetrick, L. E. (2003). Psychological Contract Breach as a Source of Strain for Employees. *Journal of Business and Psychology*, 18(2), 235-246.
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., y Benito, E. (2015). Validation of a New Instrument for Self-care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide. *Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-9.
- Galton, F. (1869). *Hereditary Genius*. Londres, Reino Unido: Macmillan.
- 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.
- Generalitat Valenciana (2019). Acogimiento residencial de menores. Recuperado de <http://www.inclusio.gva.es/es/web/menor/acogimiento-residencial-de-menoresa38>.
- Geremek, B. (1990). El marginado. En J. Le Goff et al. *El hombre medieval* (p. 383). Madrid, España: Alianza, Madrid.
- Gil-Monte P. y Peiró J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Síntesis Psicología.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2011). *CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N. y Núñez-Román E. M. (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., Carretero, N., Roldán, D. y Núñez-Román, 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.

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona, España: Kairós.

Goleman, D. (2006). *Inteligencia social: la nueva ciencia de las relaciones humanas*. Kairós.

Gómez-Martínez, S., Gil, B., Castro, J., Ruiz, E. y Ballester, R. (2015). Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Àgora de Salut*, 1(16), 209-220.

González, R., Montoya, I., Casullo, M. M., Bernabeu, J. (2002) Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.

González-Herrera, I. (2017). La esclerosis lateral amiotrófica (ELA): ¿Cómo afrontan las y los profesionales sociosanitarios su trabajo con las personas afectadas? *Búsqueda*, 4(19), 131-148. DOI: <https://doi.org/10.21892/01239813.367>.

González-Herrera, I. (2017). Percepción de las estrategias de afrontamiento de los profesionales que trabajan con personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (59), 7-19.

González-Herrera, I. (2017). Trabajar las emociones con menores con diversidad funcional intelectual y necesidades de apoyo. *TS nova: trabajo social y servicios sociales*, (14), 63-70.

González-Herrera, I. (2018). Infancia con necesidades de apoyo y fin del acogimiento residencial: estudio de casos de menores con diversidad funcional. *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (7), 37-46.

González-Sierra, E. y Véliz, A. (2019). Prevalencia del Síndrome Burnout en trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad en Puerto Montt, Chile. *Salud de los Trabajadores*, 27(1), 5-14. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7165131>.

- Gracia, F. J., Silla, I., Peiró, J. M. y Fortes-Ferreira, L. (2006). El estado del contrato psicológico y su relación con la salud psicológica de los empleados. *Psicothema*, 18, 256-262.
- Graham, J. R. & Shier M. L. (2010). Social work practitioners and subjective well-being: Personal factors that contribute to high levels of subjective well-being. *International Social Work*, 53(6), 757-772.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Grzib, G. (2002). *Bases cognitivas y conductuales de la motivación y emoción*. Madrid, España: Centro de Estudios Ramón Areces.
- 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_estres_docente_en_profesorado_universitario.
- Guil, R. y Mestre, J. M. (2003). La inteligencia emocional como herramienta educativa. En A. Guil (dir). *Psicología Social del sistema educativo* (págs. 319-349). Sevilla, España: Kronos.
- Gustems, J. y Calderón, C. (2013) Coping strategies and psychological well-being among teacher education students. *European Journal of Psychology Education*, 28, 1127-1140.
- Guzmán, F., Toboso, M. y Romañach, J. (2010). Fundamentos éticos para la promoción de la autonomía: hacia una ética de la interdependencia. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 45-61.
- Harrison, R. L. & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203–219.

- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Honkonen T., Ahola K., Pertovaara M., Isometsä E., Kalimo R., Nykyri E., Aromaa A. y Lönnqvist J. (2006). The association between burnout and physical illness in general population: results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 59-66.
- Huete, A. (dir) (2015). *Institucionalización de las personas con discapacidad en España*. Madrid, España: Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia.
- Ivancevich M. y Matteson J. M. T. (1989). *Estrés y trabajo: Una perspectiva gerencial* (2ª. ed.). México DF., México: Editorial Trillas.
- Jiménez, M. T., González, D. y Martín J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud física (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 61(1). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000400002.
- Johnson, J. V. (1989). Control, collectivity and the psychosocial work environment. En S. Sauter, J. Hurrell y C.L. Cooper (Eds.), *Job control and worker health*. Londres, Reino Unido: Wiley.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job re-design. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>.
- Killian K. D. (2008). Helping Till It Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout, and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44.

- Kinman, G. y Jones, F. (2008). Effort-reward imbalance and overcommitment: Predicting strain in academic employees in the United Kingdom. *International Journal of Stress Management*, 15, 381-395.
- Lazarus (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74(1), 9-46.
- Lazarus R. & Folkman S. (2000). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Roca SA.
- Lazarus, R. S. y Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Lefcourt H. M., Davidson K. W., Prkachin K. W. & Mills D. E. (1997). Humor As a Stress Moderator in the Prediction of Blood Pressure Obtained during Five Stressful Tasks. *Journal of Research in Personality*, 31(4), 523-542.
- Leka, S. L., Griffiths, A., & Cox, T. (2003). *Work Organization and Stress: Systematic Problem Approaches for Employers, Managers and Trade Union Representatives*. Geneva, Suiza: World Health Organization.
- Lillo, P. R. (2007). Influencia de los estilos de humor sobre las estrategias de afrontamiento en Entre Ríos. *Psicodebate*, 7(7), 95-118. doi: <https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.430>.
- Limonero, J. T., Gómez-Romero, M. J., Fernández-Castro J. y Tomás-Sábado, J. (2013). Influencia de la inteligencia emocional percibida y la Impulsividad en el abuso de cánnabis en jóvenes. *Ansiedad y Estrés*, 19(2-3), 223-234.
- Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schutz, A., Sellin, I. y Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personal Social Psychological Bulletin*, 30(8), 1018-1034.

- López, M., Acosta, I., García, L. A. y Fumero, A. A. (2006). Inteligencia Emocional en policías locales. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 463-477.
- López-Araujo, B., Osca, A. y Peiró, J. M. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicotema*, 19(1), 81-87. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72719112.pdf>.
- López-Zafra, E., Pulido, M., Berrios M. P. y Augusto-Landa, J. M. (2012). Psychometric properties of the spanish versión of the work group Emotional Intelligence profile-short versión. *Psicothema*, 24(3), 495-502.
- Luque D. J. y Luque M. J. (2013). Necesidades Específicas de Apoyo Educativo del alumnado con discapacidades sensorial y motora. *Summa psicológica*, 10(2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000200006.
- Luque D. J. y Luque M. J. (2015). Alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo: aspectos psicopedagógicos en un marco inclusivo. *Perspectiva Educativa. Formación de Profesores*, 54(2), 59-73.
- Maravall, J. A. (1981). Pobres y pobreza del medioevo a la primera modernidad, *Cuadernos Hispanoamericanos*.
- Márquez-González, M., Izal, M., Montorio, I. y Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622.
- Martín, R. A. (2008). *Psicología del humor: un enfoque integrador*. Madrid, España: Orión.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, Estados Unidos: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2017). Understanding Burnout New Models. En C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds), *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*, (pp 36-56). Nueva York: Wiley-Blackwell.

- 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.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- McGrath J. E. (1976). Stress and behaviour in organizations. En M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, pp. 1351–1395. Chicago, Estados Unidos: Rand McNally.
- McPherson, M, Arango P, Fox H, Lauver et al. (1998). A New Definition of Children with Special Health Needs. *Pediatrics*, 102, 137-140.
- Medina-García, M. (2018). La educación inclusiva como mecanismo de garantía de la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad. Una propuesta de estrategias pedagógicas inclusivas [Tesis doctoral]. Jaén: Universidad de Jaén.
- Meier, D. E. (2001). The Inner Life of Physicians and Care of the Seriously. *Jama*, 286(23), 3007–14.
- 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.
- Méndez, 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.
- Mendiburu A. y Páez D. (2011). Humor y cultura: correlaciones entre estilos de humor y dimensiones culturales en 14 países. *Boletín de Psicología*, 102, 89-105.

- Moliner, C., Martínez-Tur, V., Ramos, J. y Peiró, J. M. (2008). Organizational justice and extrarole customer service: The mediating role of well-being at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(3), 327-348.
- Moncada S. y Llorens C. (2007). Factores psicosociales. En: C. Ruiz-Frutos, A. M. García, J. Delclós y F. G. Benavides (Eds.). *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (3ª ed). Barcelona, España: Masson SA.
- Moobs, D., Greicius, M. D., Eimas, A. A., Menon, V. y Reiss, A. L. (2003). Humor modulates the mesolimbic reward centers. *Neuron*, 40, 1041-1048.
- Mora J. A. y Martín M. L. (2007). La concepción de la inteligencia en los planteamientos de Gardner (1983) y Sternberg (1985) como desarrollos teóricos precursores de la noción de inteligencia emocional. *Revista de Historia de la Psicología*, 28(4), 67-92.
- Mora J. y Aguilera A. (2000). *Atención a la diversidad en la escuela: dificultades en el aprendizaje del lenguaje, de las matemáticas y en la socialización*. Sevilla, España: Kronos
- Moreira, J. M. y Álvarez-Baza M. C. Clima organizacional y estrés en una unidad de alto riesgo. *Emergencias*, 14, 6-12.
- Morreal, J. (2009). *Comic Relief: A Comprehensive Philosophy of Humor*. Nueva Jersey: Wiley-Blackwell.
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J. & Weytens F. P. (2011). Increasing Emotional Competence Improves Psychological and Physical Well-Being, Social Relationships, and Employability. *Emotion. American Psychological Association*, 11(2), 354–366.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>.
- Novack, D. H., Suchman A. L., Clark W., Epstein R. M., Najberg E. y Kaplan C. (1997). Calibrating the physician: Personal awareness and effective patient care. *Jama*, 278, 502–509.

- Núñez, J. L., León, J., González, V. y Martín-Albo, J. (2011). Propuesta de un modelo explicativo del bienestar psicológico en el contexto deportivo. *Revista de Psicología del Deporte*, 20, 223-242.
- Ochaíta, E. y Espinosa, M. A. (2012). Los Derechos de la Infancia desde la perspectiva de las necesidades. *Educatio Siglo XXI*, 30(2), 25-46.
- 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>.
- Oliver A., Tomás J. y Montoro-Rodríguez, J. (2017). Dispositional Hope and Life Satisfaction among Older Adults Attending Lifelong Learning Programs. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 72. doi: 10.1016/j.archger.2017.05.008.
- Oliver, A., Revuelto, L., Fernández, I., Simó-Algado, S., & Galiana, L. (2019). An integrative model of the subjective well-being of staff working in intellectual disability services. *Research in Developmental Disabilities*, 87, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.01.007>.
- Olmedo, M. (2010). Estrés laboral: breve revisión teórica y algunas pautas de intervención. *Crítica*, 968, 30-35.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, España: Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe Mundial sobre Discapacidad de la OMS*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1980). *Revisión de la lista de organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS (1978-*

1980): *Informe del Director General* (Nº EB67/34). Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/164271?show=full>.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF*. Recuperado de <https://sid-inico.usal.es/cif/>.

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.

Orlando F., De Oliveira, C., Dantas, A. L., Gomes, P. C., Vagner, E., Souto, P., Pinto G., Aquila, M. Dantas, V., De Araujo, L., Casuca, F. y Nunes, M. (2019). Estratégias de enfrentamento utilizadas por cuidadores de crianças com deficiência. *Revista eletrónica Acervo Saúde*, 32. doi <https://doi.org/10.25248/reas.e1300.2019>.

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>.

Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. & Casullo, M. M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 329-341.

Palacios A. y Bariffi F. (2007). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. *Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid, España: Ediciones Cinca. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3912>.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CERMI.

- Palomera, R. y Brackett, M. (2006). Frequency of positive affect as a possible mediator between perceived emotional intelligence and life satisfaction. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 231-239.
- Paredes O. y Sanabria P. (2008). Prevalencia del síndrome de *burnout* en residentes de especialidades médico–quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Médica*, 16, 25-32.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. Nueva York, Estados Unidos: W W Norton & Company.
- Peiró, J. M. (1999). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Peiró, J. M. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 68-82. Recuperado de www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1540.pdf.
- Pérez, M. T. R. (2015). Acogimiento residencial de menores. Revisión de la legislación autonómica valenciana. *Revista de Educación Social*, (21), 276-299.
- Perez-Bret, E., Altisent, R. & Rocafort, J. (2016). Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *International journal of palliative nursing*, 22, 599–606.
- Pérez-Bueno, L. C. (2010). *Discapacidad, derecho y políticas de inclusión*. Madrid, España: CERMI.
- Pérez-Guerrero, M. C. (2019). Habilidades profesionales especializadas para la atención a la discapacidad infantil. *Revista Humanidades Médicas*, 19(1). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86560>.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Nueva York, Estados Unidos: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Pinquart, M. & Sörensen S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging Journal*, 18(2), 250-67.

- Quezada, F. C. R. y Verdugo, E. P. R. (2018). Risa y Risoterapia en el campo de la salud y sus beneficios en algunos contextos: Una breve revisión. *Killkana Salud y Bienestar*, 1(3), 19-22.
- Real Academia Española (2018). *Diccionario de la lengua española* (23. Ed.). Madrid, España: Espasa Calpe.
- Real Academia Española de la Lengua (RAE) (2014). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/>.
- Richards, K., Campenni, C. & Muse-Burke, J. (2010). Self-care and Well-being in Mental Health Professionals: The Mediating Effects of Self-awareness and Mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247-264.
- Richart-Piqueras, A. (2015). Siurana Juan Carlos, Ética del humor, 2015. *Quaderns de Filosofia* (2)2, 139-143.
- Ripoll, R. M. y Casado, I. Q. (2010). Risa y terapias positivas: moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 27-34.
- Rodríguez, M. F. (2008). La risa patológica. En A. R. Idígoras (Ed.), *El valor terapéutico del humor* (pp. 93-110). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Rosa, A. y Ochaíta, E. (1993). *Psicología de la ceguera*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Ruysschaert (2009). (Self) hypnosis in the prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: theory and induction. *Contemporary Hypnosis*, 26(3). doi: <https://doi.org/10.1002/ch.382>.
- Ruzek, J. (1993). Professionals coping with vicarious trauma. *Clinical Newsletter*, 3(2).
- Salanova, M. y Martínez, I. (2005). ¿Cómo se relacionan los obstáculos y facilitadores organizacionales con el burnout docente?: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 37-54.
- Salanova, M., Bresó, E. y Schaufeli, W. B. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y del engagement. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 215-231. Recuperado de

<https://pdfs.semanticscholar.org/9909/a4111eaeffb8eec1df3aef251833d44c50e4.pdf>.

- Salanova, M., Llorens, S., García-Renedo, M., Burriel, R., Bresó, E. y Schaufeli, W. B. (2005). Towards a Four-Dimensional Model of Burnout: A Multigroup Factor-Analytic Study Including Depersonalization and Cynicism. *Educational and Psychological Measurement*, 65(5), 807-819.
- Salguero, M. e Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionabilidad negativa: tristeza, ira y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 207-221.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Sánchez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés, J. y Latorre, J. M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 455-474.
- Sánchez, S., Guillén, C. y León-Rubio, J. M. (2006). La autoeficacia percibida en el afrontamiento de riesgos laborales psicosociales como variable moduladora del burnout. *Ansiedad y Estrés*, 12, 495-504.
- Sánchez-Cánovas, J. y Sánchez-López, M. M. P. (1999). *Psicología de la diversidad humana*. Madrid, España: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Sanmartín, J. (2008). *Violencia contra niños*. Barcelona, España: Ariel.
- Sansó, N., Galiana, L., Cebolla, A., Oliver, A., Benito, E. & Ekman, E. (2017). Cultivating emotional balance in professional caregivers: a pilot intervention. *Mindfulness*, 8(5), 1319-1327.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. y Benito, E (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200-207. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013.

- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200-207.
- Savicki, V. & Cooley, E. (1987). The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Counseling & Development*, 65(5), 249–252. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1987.tb01276.x>.
- Schaufeli, W. B. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice: A critical analysis*. Londres, Reino Unido: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B. y Salanova, M. L. (2002). ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo? *Sección Técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo*, 20, 4-9.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Thorsteinsson, E. B. (2013). Increasing through training: Current emotional intelligence status and future directions. *The International Journal of Emotional Education*, 5(1), 56–72.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J. & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 25(2), 167-177. doi: 10.1016/S0191-8869(98)00001-4.
- Sendrail M. (1983). *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Siebert, D. C. & Siebert, C. (2005). The Caregiver Role Identity Scale A Validation Study. *Research on Social Work Practice*, 15(3), 204-212. doi: 10.1177/1049731504272779.
- Siegrist, J., (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siurana, J. C. (2003). *Una brújula para la vida moral*. Granada, España: Comares.

- Siurana, J. C. (2012). Fundamentos para una ética del humor. En E. Casaban Moya (Ed.), *XIX Congrés Valencià de Filosofia* (págs. 473-484). Valencia, España: Societat de Filosofia del País Valencià.
- Siurana, J. C. (2013a). Libertad, justicia y neurociencias en el final de la vida desde la ética del humor. En F. J. López Frías y otros (Eds.), *Bioética, Neuroética, Libertad y Justicia* (págs. 845-866). Granada, España: Comares.
- Siurana, J. C. (2013b). Los rasgos de la ética del humor: Una propuesta a partir de autores contemporáneos. *Veritas*, (29), 9-31.
- Siurana, J. C. (2014). Ética del humor y diversidad cultural. *Dilemata*, (15), 215-231.
- Siurana, J. C. (2015). Ética del humor. *Fundamentos y aplicaciones de una nueva teoría ética*. Madrid, España: Plaza y Valdés.
- Slaski, M., & Cartwright, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(4), 233–239. <https://doi.org/10.1002/smi.979>.
- Soler J. K., Yaman H., Esteva M., Dodds F., Spiridonova Asenova R., Katić M., Ožvačić Z., Desgrange J. P., Moreau A., Lionis C., Kotányi P., Carelli F., Nowak P. R., de Aguiar Sá Azeredo Z., Marklund E., Churchill D. & Ungan M. (European General Practice Research Network Burnout Study Group) (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*, 25, 245–265.
- Stamm, B. H. (2012). Helping the Helpers: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue in Self-Care, Management, and Policy of Suicide Prevention Hotlines. *Resource community suicide Prevention*, 1–4.
- Stebniki M. (2000). Rehabilitation Stress and Grief Reactions among Rehabilitation Professionals: Dealing Effectively with Empathy Fatigue. *Journal of Rehabilitation*, 66(1), 23-29.
- Sternberg, R. J. & Lubart, T. I. (1995). *Defying the crowd: Cultivating creativity in a culture of conformity*. Nueva York, Estados Unidos: Free Press.

- Strazdins, L., D'Souza R. M., Lim L., Broom D. H. & Rodgers B. (2004). Job strain, job insecurity, and health: rethinking the relationship. *Journal of Occupational Health Psychology, 9*(4), 296-305. doi: 10.1037/1076-8998.9.4.296.
- 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>.
- TenHouten, W. D. (2007). *A general Theory of emotions and social life*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(1), 9–26.
- Thirioux B., Birault F. y Jaafari N. (2016). Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology, 26*(7). doi: 10.3389/fpsyg.2016.00763
- Trouillet, R., Doan-Van-Hay, L. M., Launay, M. & Martin, S. (2011). Impact of age, and cognitive and coping resources on coping. *Canadian Journal on Aging, 30*(4), 541-550.
- Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2011). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality & Social Psychology, 86*(2): 320–333. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320.
- Van Yperen, N. W. & Snijders, T. (2000). A multilevel analysis of the demands–control model: Is stress at work determined by factors at the group level or the individual level? *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 182-190.
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y estrés, 2-3*, 231-254.

- 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.
- Vera B., Carbelo B. y Vecina M. L. (2006). Experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49. Recuperado de www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf.
- 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, España: Amaru.
- 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, España: Amaru.
- Vergara, A. I., Alonso-Alberca, N., San-Juan, C., Aldas, J., y Vozmediano, L. (2015). Be water: Direct and indirect relations between perceived emotional intelligence and subjective well-being. *Australian Journal of Psychology*, 67(1), 47-54. doi: 10.1111/ajpy.12065.
- Viñas, F. González, M., García, Y., Malo, S. y Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 31(1), 226-233.
- Woolley H., Stein A., Forrest G. C. & Baum J. D. (1991). Cornerstone Care for Families of Children with Life-Threatening Illness. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 33(3),216–24.
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4), 191-7. doi: 10.1016/j.apnr.2008.09.003.
- Zajonc, R. B. (1984). On the Primacy of Affect. *American Psychologist*, 39, 117-123.

ANEXO 1. Comité ético

VNIVERSITAT
E VALÈNCIA Vicerectorat
d'Investigació i Política Científica

D. José María Montiel Company, Profesor Contratado Doctor Interino del departamento de Estomatología, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 4 de diciembre de 2017, una vez estudiado el proyecto de tesis doctoral titulado:

“Humor ético y las estrategias de afrontamiento de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo en la Comunidad Valenciana”, número de procedimiento H1511473522469,

cuya responsable es Dña. Inmaculada González Herrera, dirigida por Dña. Amparo Oliver Germes y D. Juan Carlos Siurana Aparisi,

ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a catorce de diciembre de dos mil diecisiete.



Algunos datos sobre ti

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

2. Edad:

3. Estado civil:

- Casado/a--vivo en pareja
- Soltero/a
- Divorciado/a-separado/a
- Viudo/a

4. ¿Con quién vives?

- Con mi pareja
- Con mi pareja e hijo/s
- Con mi hijo/a
- Con mis padres
- Solo

Otro (especifique)

5. Nivel de estudios

- Educación superior(nivel licenciatura)
- Educación superior(nivel diplomatura)
- Educación secundaria (grado superior)
- Educación secundaria(nivel bachillerato)
- Educación secundaria (grado medio)
- Educación básica (nivel estudios primarios)
- Sin estudios

Sobre tu actividad profesional

6. Puesto que desempeñas

- Dirección
- Médico /a
- Psicólogo/a
- Enfermero/a
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional
- Educador/a social
- Trabajador/a social
- Psicopedagogo/a
- Personal de Atención Directa
- Integrador/a social
- Personal de servicios
- Otro (especifique)

7. Marca si has recibido formación en..

- Estrategias de afrontamiento
- Autocuidado
- Inteligencia emocional
- Mindfulness
- Otro (especifique)

8. Marca en qué caso te encuentras REFERIDO A LA PREGUNTA ANTERIOR...

- Decidí formarme en esos temas para ejercer mejor mi profesión
- Esos temas estaban dentro de una formación más amplia que realicé
- No lo elegí, era formación que dan a trabajadores en mi organización

9. Área de tu trabajo ACTUAL:

- Educativa
- Sanitaria
- Ocio
- Otro (especifique)

10. Titularidad del centro de trabajo

- Pública
- Privada
- Concertada
- Otro (especifique)

11. Número aproximado de trabajadores en la empresa

12. ¿Cuál es tu ocupación actual en el centro?

13. Años de experiencia trabajando con menores con necesidades de apoyo

14. Valora las condiciones de tu trabajo actual

	Muy inadecuadas	Inadecuadas	Normales	Bastante adecuadas	Muy adecuadas
Condiciones físicas del lugar	<input type="radio"/>				
Dotación de recursos	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/> Capacidad de respuesta a las demandas	<input type="radio"/>				
Número de personas a las que atiendes <input type="radio"/> directamente	<input type="radio"/>				
Tiempo disponible para la atención en tu turno	<input type="radio"/>				
Claridad de tus funciones	<input type="radio"/>				
Relación con compañeros y compañeras de trabajo	<input type="radio"/>				
Relación con superiores	<input type="radio"/>				
Condiciones económicas	<input type="radio"/>				
Sistemas de turnos y rotación	<input type="radio"/>				

15. Responde en función de tu acuerdo con estas afirmaciones sobre tus sentimientos y emociones

	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Presto mucha atención a los sentimientos	<input type="radio"/>				
Normalmente me preocupó mucho por lo <input type="radio"/> que siento	<input type="radio"/>				
Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	<input type="radio"/>				
Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y <input type="radio"/> estado de ánimo	<input type="radio"/>				
Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	<input type="radio"/>				
Pienso en mi estado de ánimo constantemente	<input type="radio"/>				
A menudo pienso en mis sentimientos	<input type="radio"/>				

	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Presto mucha atención a cómo me siento	<input type="radio"/>				
Tengo claros mis sentimientos	<input type="radio"/>				
Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	<input type="radio"/>				
Casi siempre sé cómo me siento	<input type="radio"/>				
Normalmente conozco mis sentimientos sobre <input type="radio"/> las personas	<input type="radio"/>				
A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	<input type="radio"/>				
Siempre puedo decir cómo me siento	<input type="radio"/>				
A veces puedo decir cuáles son mis emociones	<input type="radio"/>				
Puedo llegar a comprender mis <input type="radio"/> sentimientos	<input type="radio"/>				
Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	<input type="radio"/>				
Aunque me sienta mal, procuro pensar en <input type="radio"/> cosas agradables	<input type="radio"/>				
Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	<input type="radio"/>				
Intento tener pensamientos positivos <input type="radio"/> aunque me sienta mal	<input type="radio"/>				
Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	<input type="radio"/>				
Me preocupo por tener un buen estado de <input type="radio"/> ánimo	<input type="radio"/>				
Tengo mucha energía cuando me siento feliz	<input type="radio"/>				
Cuando estoy enfadado intento cambiar mi <input type="radio"/> estado de ánimo	<input type="radio"/>				

16. Responde a estas afirmaciones sobre el HUMOR, aplicadas a ti

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente o neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
Puedo reír sin problemas de conciencia con un chiste racista, eso no significa ser racista	<input type="radio"/>				
El humor me ayuda a replantear cosas y buscar soluciones más creativas a los problemas	<input type="radio"/>				
Los chistes sobre colectivos de personas no son justos, porque generalizan a todos sus miembros	<input type="radio"/>				
El humor favorece que nos demos cuenta de incoherencias y asumamos actuar de forma más responsable	<input type="radio"/>				
Mi risa reduce mis nervios y mi agresividad, ayudándome a pensar con más calma y claridad	<input type="radio"/>				
Reír de mi manera de ser, me lleva a comprender un poco mejor qué estoy haciendo con mi vida	<input type="radio"/>				
Bromear con lo que otros consideran sagrado contribuye a un mundo mejor	<input type="radio"/>				
Los chistes sobre locos o borrachos, me hacen gracia, pienso que son inofensivos	<input type="radio"/>				

17. ¿Cuántas personas sois en tu equipo de trabajo?

18. ¿Qué número aproximado de personas atiendes como usuarios o pacientes?

19. Frecuencia CON QUE DETECTAS ESTAS NECESIDADES DE ATENCIÓN CON USUARIOS O SUS FAMILIAS..

	0 - Nunca	1 - Algunas veces al año pero pocas	2 - Varios días al mes	3 - Varios días a la semana	4 - Diariamente
Explicar diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia en ABVD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoyo emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sobre ti

20. A continuación vamos a realizar una serie de preguntas acerca de tu satisfacción con la vida. Por favor, marca la opción que mejor te represente:

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
No cambiaría nada de mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy satisfecho con mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi vida es ideal para mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las condiciones de mi vida son excelentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo las cosas importantes que quiero ahora mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actualmente, ¿hasta qué punto te encuentras satisfecho o satisfecha con toda tu vida, considerada globalmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. A continuación vamos a realizar una serie de preguntas acerca de tu SALUD. Indica la opción que mejor te representa:

	1 - Muy mala	2 - Mala	3 - Regular	4 - Buena	5 - Muy buena
¿En general, cómo evaluarías tu salud?	<input type="radio"/>				

22. En concreto sobre tu salud FISICA:

	1 - Ninguno	2 - Muy pocos	3 - Algunos	4 - Bastantes	5 - Muchos
¿Cuántos problemas de salud física han limitado tu actividad física habitual (caminar, subir escaleras, etc.)?	<input type="radio"/>				
¿Cuántas dificultades has tenido durante tu rutina diaria, en casa o fuera de casa, debido a tu salud física?	<input type="radio"/>				
¿Cuántos dolores físicos has tenido?	<input type="radio"/>				
¿Cuánta energía has tenido?	<input type="radio"/>				

23. Y sobre tu salud EMOCIONAL:

1 - Nada

2 - Poco

3 - Algo

4 - Bastante

5 - Mucho

¿Cuánto limitaron tu salud física o tus problemas emocionales tus actividades sociales habituales con familia y amigos?

¿Cuánto te han molestado los problemas emocionales (sentirte ansioso, deprimido, irritable)?

¿Cuánto te impidieron tus problemas personales o emocionales realizar tu trabajo, clases u otras actividades diarias habituales?

Sobre tu formación y hábitos

24. Valora tu nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
Practico ejercicio con regularidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suelo seguir una dieta equilibrada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que mis relaciones personales fuera del trabajo son satisfactorias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que mis relaciones familiares son satisfactorias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Practico actividades que me ayudan a relajarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi autocuidado incluye implicarme activamente en una práctica espiritual vía meditación, oración,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy constante, tengo continuidad en mi práctica espiritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando me siento sobrecargado emocionalmente intento buscar un tiempo para mi propio cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando me siento sobrepasado/a por una situación de atención, siento que me puedo apoyar en el equipo para elaborar esta experiencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Contesta según tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
Puedo pensar en muchas salidas cuando me atasco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persigo mis objetivos enérgicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hay muchas maneras de solucionar un problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He tenido bastante éxito en la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo pensar en muchas formas de conseguir las cosas que en mi vida son importantes para mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo los objetivos que me propongo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incluso cuando los demás se desaniman, yo sé que puedo encontrar una forma de solucionar el problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Me veo como alguien que...

	1 - Muy en desacuerdo	2 - En desacuerdo	3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 - De acuerdo	5 - Muy de acuerdo
Es minucioso en el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puede, a veces, ser algo descuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un trabajador cumplidor, de confianza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiende a ser desorganizado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persevera hasta terminar el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiende a ser flojo, vago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Hace las cosas de manera eficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hace planes y los sigue cuidadosamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se distrae con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Marca el número que mejor represente el grado en que empleaste cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican

	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	<input type="radio"/>				
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos <input type="radio"/> del problema	<input type="radio"/>				
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	<input type="radio"/>				
7. Asistí a la Iglesia	<input type="radio"/>				
10. Intenté sacar algo positivo del problema	<input type="radio"/>				
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	<input type="radio"/>				

	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	<input type="radio"/>				
18. Me comporté de forma hostil con los demás	<input type="radio"/>				
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	<input type="radio"/>				
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	<input type="radio"/>				
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	<input type="radio"/>				
25. Agredí a algunas personas	<input type="radio"/>				
26. Procuré no pensar en el problema	<input type="radio"/>				
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	<input type="radio"/>				
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	<input type="radio"/>				
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	<input type="radio"/>				
32. Me irrité con alguna gente	<input type="radio"/>				
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	<input type="radio"/>				
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	<input type="radio"/>				
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	<input type="radio"/>				

Nunca

Pocas veces

A veces

Frecuentemente

Casi siempre

42. Acudí a la Iglesia
para poner velas o
rezar

28. *Agradecemos tu colaboración* en este estudio sobre **Humor Ético en Profesionales que atienden a la Infancia con Necesidades de Apoyo**. AL RESPONDER DAS TU CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR DE MANERA ANÓNIMA EN ESTA INVESTIGACIÓN. Si deseas añadir algún aspecto que consideras relevante hazlo aquí.

ANEXO 3. Consentimientos

Hoja de consentimiento informado

(Para grabar vídeo/audio la entrevista)

D./Dña.

Estamos realizando una investigación en la que pretendemos conocer mejor las necesidades y fortalezas de profesionales que trabajan con la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y nos gustaría contar con su colaboración.

Si nos lo permite, procederemos a la grabación (vídeo/audio) de la entrevista con la finalidad de poder analizar las respuestas obtenidas con detenimiento.

La grabación será tratada de forma totalmente anónima, de modo confidencial y se destruirá en un plazo máximo de 4 meses una vez esté presentado el trabajo.

Doy mi consentimiento.

Firmado:

En..... , a..... de..... de 2017

Documento de cesión de derechos de imagen

A _____, a _____ de _____ de 20__

D./Dña.

Mayor de edad y para este documento titular del DNI:

Autoriza expresamente a la Universitat de València al uso, la difusión y la explotación de las fotografías, imágenes y declaraciones grabadas el día de la fecha, o parte de ellas, en los medios audiovisuales conocidos en la actualidad y los que pudieran aparecer en el futuro con la finalidad educativa y/o cultural, sin límites geográficos y por un tiempo ilimitado.

Todo esto con la única limitación de aquellos usos o aplicaciones que pudieran atentar contra el derecho al honor en los términos previstos en la Ley Orgánica 1/85, de 5 de mayo de Protección Civil al Derecho al Honor, la Intimidad Personal y Familiar y la Propia Imagen.

Por todo ello, muestro mi conformidad con el citado acuerdo.

Firma	
-------	--

Consentimiento informado para participantes en una investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los/as participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Inmaculada González Herrera, de la Universitat de València. La meta de este estudio es conocer las estrategias de afrontamiento de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, al igual que hacer una aproximación a la ética del humor.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a unas preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Inmaculada González Herrera. He sido informado/a de que el objetivo de este estudio es conocer las estrategias de afrontamiento de los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo, al igual que hacer una aproximación a la ética del humor.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con Inmaculada González Herrera al teléfono X .

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar con la investigadora del estudio al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 4. Entrevista

Definición del proyecto

- Se quiere entrevistar a profesionales que trabajan actualmente con la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo; preferiblemente de donde proviene la muestra, en su mayoría profesionales del mundo de la educación.
- El objetivo es conocer si su trabajo les produce estrés laboral, si experimentan *burnout* y qué estrategias de afrontamiento emplean para hacer frente a estas situaciones. Queremos conocer si el humor es una de estas estrategias de afrontamiento y si el humor utilizado consideran que es ético o no ético. También queremos que nos indiquen cómo creen que interactúan los aspectos anteriormente mencionados con la inteligencia emocional.

A. CONTEXTO

A1. Sexo:

Hombre Mujer

A2. Edad: ___ años

A3. ¿Qué estudios has realizado? (Explicar detalladamente)

A4. ¿En cuáles de las siguientes áreas has recibido formación?

- Estrategias de afrontamiento
- Autocuidado
- Inteligencia emocional
- Mindfulness

Otras: _____

A5. ¿Cuál fue el motivo que te llevo a realizar esa formación?

A6. Lugar de trabajo:

A7. Descripción del puesto de trabajo:

A8. ¿Cuáles son tus funciones?

A9. ¿Qué experiencia tienes trabajando con niños/as y adolescentes con necesidades de apoyo?

A10. ¿Qué tipo de necesidades de apoyo o discapacidades tienen los/as niños/as que atiendes?

A11. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando con este colectivo concreto?

A12. ¿Consideras que en trabajos como el tuyo las personas pueden tener estrés laboral? ¿Y *burnout*? ¿Por qué motivos?

A13. ¿Consideras que has tenido o tienes estrés laboral? (indicar lo más detalladamente posible los motivos).

A14. ¿Consideras que has tenido o tienes *burnout*? (indicar lo más detalladamente posible los motivos).

Aunque las causas sean la sobrecarga laboral (por exceso de funciones o responsabilidades), la mala comunicación en la empresa, el salario bajo, la falta de recursos humanos, la falta de recursos materiales, etc.; creo que es mejor que ellos hablen y no sugerir nosotros.

A14. ¿Qué efectos crees que te produce el estrés? ¿Y el *burnout*?

A15. ¿Qué crees que es más frecuente en profesionales que trabajan en tú área, la fatiga por compasión o la satisfacción de la compasión? ¿Y en tú caso? (Explicar qué es cada concepto antes)

B. HUMOR

B1. ¿Consideras que eres una persona con sentido del humor?

B2. ¿El humor es un recurso que empleas en tu trabajo cotidiano? ¿Lo empleas habitual o esporádicamente?

B3. ¿Por qué utilizas el humor?, ¿Cómo lo empleas?

B4. ¿Te resulta útil emplear el humor como estrategia de afrontamiento frente al estrés?

B5. ¿De qué depende la utilización del humor como estrategia de afrontamiento? ¿Depende de la situación que afrontas, de tu estado anímico o de cualquier otra situación?

B6. ¿En qué tipo de situaciones recurras al humor? ¿Hay alguna situación en la que no lo usarías?

B7. ¿Crees que el humor puede ser ético y no ético? (explicar conceptos).

B9. ¿Qué tipo de humor utilizas: ético, no ético o indistintamente?

B10. ¿Crees que hay alguna relación entre la inteligencia emocional y el humor?

C. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

C1. ¿Utilizas otras estrategias de afrontamiento del estrés? ¿Cuáles?

Enumerarlas y que elijan las que utilizan:

- 1) Afrontamiento activo. Implica iniciar acciones directas e incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor, en un intento de solucionar el problema de manera sensata.
- 2) Planificación. Consiste en pensar acerca de cómo afrontar al estresor, planificar estrategias de acción, identificar los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
- 3) Apoyo instrumental. Implica procurar ayuda, consejo, y solicitar información a personas que son competentes acerca de lo que se debe hacer.

- 4) Uso de apoyo emocional. Es el hecho de conseguir apoyo emocional, simpatía y comprensión de otros.
- 5) Autodistracción. Significa concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
- 6) Desahogo. Es la tendencia a expresar o descargar los sentimientos que produce el estresor, lo que lleva al aumento de la conciencia del propio malestar emocional.
- 7) Desconexión conductual. Es reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
- 8) Reinterpretación positiva. Consiste en buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
- 9) Negación. Implica negar la realidad del suceso estresante.
- 10) Aceptación. Es el hecho de aceptar lo que está ocurriendo.
- 11) Religión. Es la tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentando la participación en actividades religiosas.
- 12) Uso de sustancias (alcohol, medicamentos). Implica tomar alcohol o consumir otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
- 13) Humor. Consiste en hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
- 14) Autoinculpación. Lleva a criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

C2. ¿Qué estrategias de afrontamiento te resultan más útiles para superar el estrés?

C3. ¿Crees que hay alguna relación entre la inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento utilizas?