



VNIVERSITAT ID VALÈNCIA

Facultad de Psicología

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

TESIS DOCTORAL

El estrés en los profesionales
sociosanitarios de atención a personas con
discapacidad intelectual: factores de riesgo
y protección.

Directoras de la Tesis Doctoral:

Dra. Marián Pérez Marín

Dra. Selene Valero Moreno

Tesis Doctoral presentada por Dña. Ana Martínez Cuevas

Valencia, enero 2023

**“Aquellos que eran vistos bailando,
eran considerados locos por quienes
no podían escuchar la música.”**

Henri Bergson (más o menos)

“El compromiso es un acto, no una palabra”

Jean-Paul Sartre

"Más corazón en las manos"

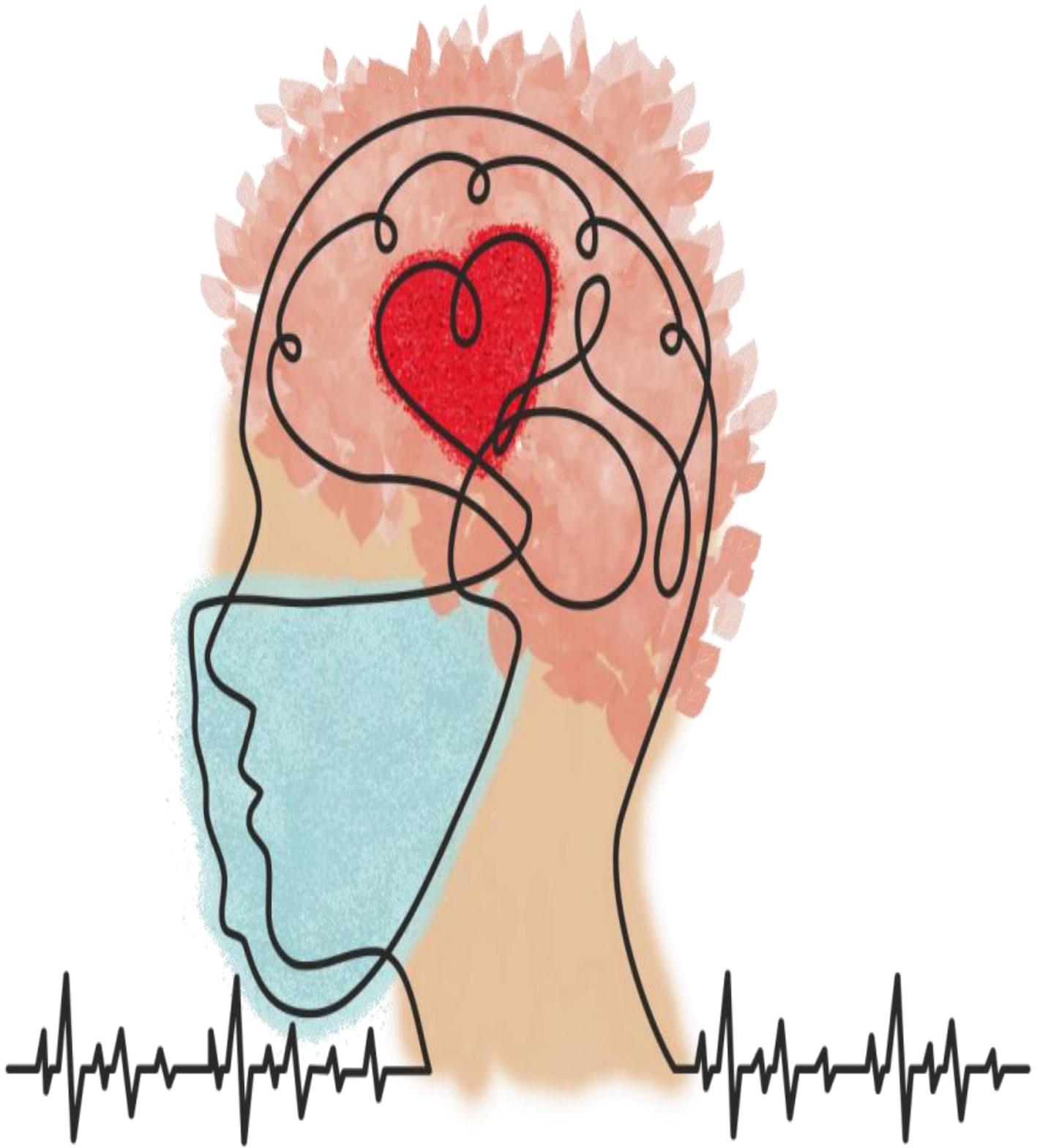
San Camilo de Lelis

**“De nuestros miedos nacen nuestros corajes
y en nuestras dudas viven nuestras certezas.**

**Los sueños anuncian otra realidad posible
y los delirios otra razón.**

**En los extravíos nos esperan hallazgos,
porque es preciso perderse
para volver a encontrarse.”**

Eduardo Galeano



Gracias...

El agradecimiento es la memoria del corazón

Lao-Tse

A Pilar, por su generosidad, atención, comprensión y apoyo. Su cercanía y aliento convirtió en fáciles y sencillos los momentos complicados en estos años. Confío, de alguna manera, poder seguir compartiendo con ella tiempos y espacios.

A Marián y Selene, por aparecer cuando más las necesitaba y por su presencia atenta, permanente y siempre generosa a lo largo de este maravilloso viaje.

A Jose Carlos, maestro y amigo, por todo lo aprendido y vivido durante años, y con el deseo de que tengamos la posibilidad de seguir construyendo juntos.

A los profesionales de los centros, por su compromiso permanente con las personas con discapacidad.

A Javi, con quien empecé a caminar hace ya 35 años. Su capacidad para hacer fácil lo difícil, su presencia siempre generosa, su infinita alegría, y su compromiso con la discapacidad son tan sólo alguna de las tantas cosas que agradecerle.

A Javier, por todos sus abrazos regalados, verlo crecer y madurar es uno de los grandes regalos que me ha dado la vida.

A María y Sonia, mi gran debilidad, por demostrarme con su vida que es posible crecer en la adversidad, y por dejarme acompañarlas en su día a día.

A los que ya no están y tanto quise, por su amor incondicional.

A mis queridos y buenos amigos, por estar siempre, en los momentos alegres y en los difíciles, por el tiempo compartido y por el que nos queda por vivir juntos.

A Caixa Popular, por creer desde el principio en este proyecto.

A la Consellería de Igualtat i Politiques Inclusives, por apoyar este trabajo de investigación y facilitarnos el acceso a los centros.

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS	
LISTA DE FIGURAS	
RESUMEN.....	
ABSTRACT	
PARTE I: INTRODUCCION	1
1.1. FUNDAMENTOS Y CONTEXTUALIZACIÓN	5
1.1.1. Las preguntas de la investigación	6
1.2. APUNTES NECESARIOS PARA IR CAMINANDO EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESPACIOS MÁS SALUDABLES	9
1.2.1. El modelo de ACP y su relación con el <i>counselling</i>	9
1.2.2. Qué es el <i>counselling</i> : aproximación al concepto	12
1.2.3 Aproximación al concepto de consideración positiva	20
1.3. LA REALIDAD DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	23
1.3.1. Tipología de Centros de Atención.....	24
1.3.2. El valor de los profesionales que trabajan en estos centros	27
1.3.3. Perfiles y funciones de los profesionales.....	28
1.4. EL ESTRÉS EN LAS RELACIONES DE AYUDA.....	33
1.4.1. Una aproximación al concepto de estrés	33
1.4.2. Tipos de estrés y modelos explicativos.....	35
1.4.3. El estrés en el ámbito de la discapacidad intelectual.....	38
1.4.4. Repercusiones del estrés en el desarrollo del modelo de ACP.....	47
1.4.5. Estrés laboral durante la COVID-19.....	49
1.5. FACTORES PROTECTORES DEL ESTRÉS	53
1.5.1. El apoyo social	54
1.5.2. El bienestar psicológico.....	57
1.5.3. La satisfacción con la vida	64
1.5.4. La empatía	65
1.6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	69
PARTE II: METODO.....	73
2.1. Ámbito de estudio.....	75
2.2. Población y muestra	75
2.3. Diseño y Procedimiento	76
2.4. Aspectos éticos	78
2.5. Variables e instrumentos de medida.....	79
2.6. Análisis estadísticos	82
PARTE III: RESULTADOS	87

3.1 Perfil de las características generales y clínicas de los profesionales	89
3.2. Relación entre las variables clínicas del profesional sociosanitario y las variables sociodemográficas y laborales	97
3.2.1. Diferencias de medias por variables sociodemográficas	97
3.2.2. Diferencia de medias por variables familiares.....	100
3.2.3. Diferencias de medias en función de aspectos laborales	108
3.2.4. Diferencia de medias en función de aspectos de formación.....	125
3.3. Relación entre las variables psicológicas del profesional sociosanitario.....	130
3.3.1. Asociación entre edad y variables psicológicas.....	130
3.3.2. Asociación entre variables laborales con variables psicológicas	132
3.3.3. Asociación entre variables psicológicas	135
3.4. Modelo de predicción del estrés del profesional sociosanitario.....	137
3.4.1. Modelo de Ecuación estructural para el estrés del profesional sociosanitario ..	137
3.4.2. Análisis de mediación del apoyo social en las relaciones entre el balance emocional y el estrés.....	139
3.4.3. Modelos de predicción del estrés percibido y relacional en el profesional sociosanitario	141
PARTE IV: DISCUSIÓN	149
PARTE V: CONCLUSIONES	171
PARTE VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
PARTE VII: ANEXOS	199
Anexo I. Indicadores de ajuste del AFC para las soluciones de los diferentes cuestionarios en la muestra de estudio	201

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Definiciones de *counselling*
- Tabla 2. Definiciones de la consideración positiva
- Tabla 3. Número de centros en la Comunitat Valenciana
- Tabla 4. Definiciones de estrés
- Tabla 5. Características clave de cinco teorías del estrés laboral
- Tabla 6. Definiciones de estrés laboral
- Tabla 7. Factores que influyen en el aumento del estrés
- Tabla 8. Consecuencias beneficiosas de los diferentes tipos de apoyo social
- Tabla 9. Factores determinantes de una felicidad estable
- Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas
- Tabla 11. Diferencia de medias por sexo
- Tabla 12. Diferencia de medias en función del estado civil
- Tabla 13. Diferencia de medias por variables familiares
- Tabla 14. Diferencia de medias por situación convivencial con menores
- Tabla 15. Diferencia de medias por situación convivencial con personas dependientes
- Tabla 16. Diferencia de medias en función del apoyo doméstico
- Tabla 17. Diferencia de medias en función de tareas domésticas
- Tabla 18. Diferencia de medias de ayuda doméstica
- Tabla 19. Diferencia de medias en función del tipo de jornada
- Tabla 20. Diferencia de medias en función del deseo de abandonar
- Tabla 21. Diferencia de medias en función del tipo de contrato
- Tabla 22. Diferencia de medias en función del rol
- Tabla 23. Diferencia de medias en función del nivel de estudios
- Tabla 24. Diferencia de medias en función del horario
- Tabla 25. Diferencia de medias en función del tipo de centro
- Tabla 26. Diferencia de medias por formación en RRHHD
- Tabla 27. Diferencia de medias en función de la necesidad de formación
- Tabla 28. Diferencia de medias en función de la formación en *counselling*
- Tabla 29. Indicadores de ajuste del modelo final del estrés en el profesional sanitario
- Tabla 30. Valores de calibración para el modelo QCA prediciendo estrés percibido y estrés relacional
- Tabla 31. Análisis de necesidad para los altos y bajos niveles de estrés percibido
- Tabla 32. Análisis de suficiencia para los altos y bajos niveles de estrés percibido
- Tabla 33. Análisis de necesidad para los altos y bajos niveles de estrés relacional
- Tabla 34. Análisis de suficiencia para los altos y bajos niveles de estrés relacional

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra por sexo

Figura 2. Distribución de la muestra por estado civil

Figura 3. Distribución de la muestra por situación convivencial

Figura 4. Distribución de la muestra por rol profesional

Figura 5. Distribución de la muestra por nivel de estudios

Figura 6. Distribución de la muestra por tipo de contrato

Figura 7. Distribución de la muestra por horario de trabajo

Figura 8. Distribución de la muestra por jornada de trabajo

Figura 9. Distribución de la muestra por tipología de centros

Figura 10. Formación en *counselling*

Figura 11. Formación en HHRD

Figura 12. Formación en RA

Figura 13. Deseo de abandonar

Figura 14. Propuesta de modelo teórico de mediación testado para el estrés en los profesionales sociosanitarios

Figura 15. Modelo reespecificado de mediación para el estrés percibido del profesional sociosanitario

Figura 16. Modelo de mediación del apoyo social entre afectos positivos y estrés percibido

Figura 17. Modelo de mediación del apoyo social entre afectos negativos y estrés percibido

RESUMEN

Sabemos que los profesionales que trabajan en el ámbito de la diversidad funcional tienen que hacer frente en su trabajo a multitud de estímulos que cabrían ser considerados potencialmente estresantes, pudiendo identificar algunos de ellos, tales como: sobrecarga asistencial, acompañamiento a situaciones de fragilidad y sufrimiento, toma de decisiones delicadas que afectan a terceros... Además, la literatura nos informa que el personal que se encuentra con niveles relativamente altos de estrés se relaciona de manera diferente con los usuarios. En particular, el personal con alto estrés interactúa con menos asiduidad con los usuarios y se implica en menos encuentros positivos con los clientes, ofreciendo una atención de menor calidad.

Por tanto, el objetivo general del presente trabajo ha sido analizar los factores psicosociales, de estrés y de mejora del bienestar psicológico de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual. Para ello, hemos identificado los principales predictores de la salud mental de los profesionales sociosanitarios analizando la influencia sobre ella de los factores de riesgo y protección abordados en este estudio. Han participado 726 profesionales que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual de la provincia de Valencia, con una edad media de 43,35 años ($DT= 11,19$) de los cuales el 78,6% ($n=576$) eran mujeres y el 21,4% ($n=157$) eran hombres. El procedimiento de recogida de datos se ha realizado en los centros de atención a personas con discapacidad intelectual de referencia de la Comunidad Valenciana. La batería de cuestionarios recogía las siguientes variables: estrés percibido, estrés relacional, empatía, apoyo social, bienestar psicológico y satisfacción con la vida.

Los principales resultados obtenidos evidenciaron como variables predictoras los afectos positivos y los afectos negativos, y como variables moduladoras la satisfacción con la vida y el apoyo social.

En conclusión, los niveles medios de estrés en los profesionales son moderados, se identifican como variables predictoras los afectos positivos y los afectos negativos y como variables moduladoras la satisfacción con la vida y el apoyo social. Convendría pues, intentar en el trabajo con estos profesionales facilitar un mayor nivel de apoyo social, de tal modo que el afecto positivo se incrementara y el afecto negativo disminuyera. Por otra parte, en aquellos centros donde el apoyo social es menor, sería útil introducir estructuras de apoyo que facilitaran el soporte mutuo. Además, dado que la formación en *counselling* correlaciona de manera inversa con el nivel de estrés, se presenta como propuesta establecer programas de entrenamiento en *counselling* dirigidos a estos profesionales.

ABSTRACT

We are all aware of the fact that professionals who work on the functional diversity must face a lot of stimuli while working which should be considered potentially stressful and most of them could be identified as existential overload accompaniment to situations of fragility and suffering, delicate decision making that affect third parties. Furthermore, the literature informs us that the people who is dealing with high stress levels interacts differently with any other people which leads to low quality encounters with the customers, offering a lower quality attention.

Therefore, the general objective of this research was to analyze the psychosocial factors, stress, and improvement of the psychological well-being of Socio-health professionals who work in care centers for people with intellectual disabilities. In order to do this, it has been identifying the main predictors of the mental health of socio-health professionals analyzing the influence on it of the risk and protective factors addressed in this study. 726 professionals working in care centers for people with intellectual disabilities in the province of Valencia have participated, with a mean age of 43.35 years ($SD= 11.19$) of which 78.6% ($n=576$) were women and 21.4% ($n=157$) were men. The data collection procedure has been carried out in the reference care centres for people with intellectual disabilities of reference of the Valencian Community The questionnaires included the following variables: perceived stress, relational stress, empathy, social support, psychological well-being.

The main results obtained showed as predictor variables positive and negative affects, and as modulating variables life satisfaction and social support.

To sum up, the average levels of stress in professionals are moderate, positive and negative affects are identified as predictor variables and life satisfaction and social support as modulating variables. It would therefore be advisable to try to facilitate a higher level of social support in the work with these professionals, so that positive affect would increase, and negative affect will decrease. Apart from that, in those centers where social support is lower, it would be useful to introduce support structures that facilitate mutual support. What is more, knowing that training in counseling correlates inversely with the level of stress, it is presented as a proposal to establish training programs in *counselling* aimed at these professionals.

PARTE I: INTRODUCCION

Las profesiones de ayuda, entre las que cabría citar las de trabajador/a social, maestro/a, educador/a, enfermero/a, psicólogo/a... vertebran su intervención a través de la relación con los destinatarios de su ayuda, y es esta relación, junto con los elementos técnicos específicos de la profesión la que va tejiendo y conformando los posibles procesos de mejora.

Como técnicos en el ámbito social, ¿cómo motivamos a esas personas a las que parece no interesar nada? ¿Cómo manejamos esas situaciones de aparente desprecio? ¿Cómo nos relacionamos con aquellos que nos exigen, a nuestro juicio, de manera desproporcionada? Y como consecuencia de todo ello y ante todas estas situaciones de difícil manejo, ¿Cómo manejamos el estrés que se genera en nuestro día a día?

Son escenarios cotidianos que se viven y que el agente social está habituado a gestionar con mejor o peor fortuna, dejando en ocasiones cierto poso de insatisfacción y desánimo junto con un posible aumento del nivel de estrés en ellos, al encontrarse, quizá, entre otras cuestiones, con falta de herramientas personales para su adecuada gestión. Circunstancias que, sin duda, redundan, entre otras cosas, en el clima del equipo, en el ánimo del profesional y en la calidad de los cuidados.

Situaciones como las señaladas anteriormente son las que nos hacen tomar conciencia de la importancia de que los profesionales de la ayuda cuenten con competencias relacionales que le permitan un sano manejo de las mismas junto con un buen manejo del estrés, convirtiéndose de esta manera, en retos para el agente social y en oportunidades de crecimiento personal.

Por otra parte, en el ámbito de la diversidad funcional, el Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) se plantea como nuevo paradigma para la atención y cuidados, constituyéndose en el marco de referencia para el desarrollo de nuevos programas y servicios de atención. Consideramos que en la esencia del Modelo de Atención Centrada en la Persona se presupone la existencia de una realidad de vital importancia; la existencia de entornos de trabajo en los que los profesionales cuenten con un bajo nivel de estrés que les permita la posibilidad de construir relaciones sanas de confianza y reconocimiento y comprensión mutua entre profesionales, residentes y sus familiares. De hecho, Backman et al. (2020) señalan que el Modelo de Atención centrado en la persona se fundamenta en la confianza, el reconocimiento y la comprensión mutua entre profesionales, residentes y sus familiares.

Además, cabe tener en cuenta que tal y como afirman Skirrow & Hatton (2007), el estrés psicológico se valora como un problema relevante entre quienes trabajan con adultos con discapacidad intelectual, tanto por su alta tasa de incidencia percibida como por sus implicaciones para brindar servicios de calidad. Sin embargo, resulta paradójico evidenciar, que considerando que el Modelo de Atención Centrada en la Persona fija sus orígenes en la

psicología humanista, y siendo el ámbito relacional el medio privilegiado a través del cual se acompañan itinerarios de procesos de ayuda, los profesionales no cuentan con un bagaje formativo en materia relacional que les permita, ya sea en ámbitos escolares, sanitarios o sociales, desarrollar y potenciar las capacidades del otro a través del encuentro y la relación de ayuda.

En este sentido, Bermejo (1998) remarca la importancia de las actitudes en las relaciones de ayuda. Igualmente, Farber & Penney (2020) señalan que, en el ámbito académico de la formación en trabajo social resulta inquietante la falta de contenidos relacionados con la capacidad relacional. Además, destacan que esta capacidad relacional es una condición esencial para el buen desarrollo del trabajo social en la práctica.

Por todo ello, consideramos que un real desarrollo de este modelo de ACP, pasa, sin lugar a duda, por la existencia de niveles bajos de estrés entre los profesionales junto con la formación en materia de competencias relacionales de las personas que desarrollan su tarea en estos centros o programas de atención a personas con diversidad funcional.

Partimos de la premisa de considerar que, la implementación real y cotidiana del Modelo de Atención Centrada en la Persona, pasa por la construcción de una relación vinculante y cálida entre los profesionales y las personas que reciben su atención y cuidado, y esta es posible desde un sano manejo del nivel de estrés y la consideración positiva del ayudante.

Desde el modelo transaccional de estrés y afrontamiento (Lazarus, 1990; Lazarus & Folkman, 1986) no se considera el estrés como un estímulo ni como una respuesta, sino como el resultado comportamental de la relación dinámica entre los recursos disponibles de una persona para hacer frente a las exigencias del ambiente en el que se encuentra.

Así, si una persona evalúa las demandas del entorno como excesivas para los recursos de los que dispone, entonces sentirá que dicho entorno es una amenaza para su bienestar, poniendo en marcha diferentes mecanismos de defensa que le permitan hacer frente a esa amenaza, afectando esto además a su salud física y psicológica.

Es importante señalar que García Morán & Gil-Lacruz (2016) afirman que el estrés se ha convertido en uno de los síndromes más habituales en el mundo del trabajo, amenazando la salud de uno de cada cinco trabajadores en el mundo. Además, la mayoría de las investigaciones coinciden en que las profesiones más expuestas al desgaste psíquico profesional son aquellas que se desarrollan en organizaciones de ayuda o asistenciales (Gil-Monte & Peiró, 1997).

En el ámbito específico de la atención a personas con discapacidad, se ha encontrado que el personal que se encuentra con niveles relativamente altos de estrés se relaciona de manera diferente y poco saludable con los usuarios. En particular, el personal bajo estrés interactúa con menos asiduidad con los usuarios y se implica en menos encuentros positivos con los clientes,

disminuyéndose así los objetivos saludables inherentes al desempeño de estas profesiones de ayuda socio-sanitaria (Hastings et al, 2004).

De hecho, tal y como recoge Rose & Rose (2005), el estrés y el agotamiento afectarán la salud física y psicológica de estos profesionales, así como el comportamiento de ayuda de este personal, esta evidencia sugiere que los niveles más altos de estrés pueden estar asociados con una interacción reducida con los clientes y con una peor calidad de vida en estos profesionales.

Para el desarrollo de esta investigación se ha requerido de la colaboración de los profesionales que trabajan en centros de atención a personas con diversidad funcional, ya que son ellos, los profesionales, los verdaderos hacedores del Modelo de Atención Centrada en la Persona y, sin embargo, pocas veces consultados. En esta investigación se pretende estudiar y entender el nivel de estrés existente entre los profesionales del ámbito de la atención a personas con discapacidad intelectual, identificando también los posibles factores de protección y de riesgo que influyen sobre el mismo. Nuestra meta última pasa por contribuir a la existencia de centros de atención a personas con discapacidad intelectual en los que el Modelo de Atención Centrada en la Persona cuente con profesionales que posean factores protectores y fortalezas, que les permitan un mejor manejo del estrés y por tanto de una mayor capacidad para tejer relaciones basadas en la confianza, el reconocimiento y la comprensión mutua entre profesionales, residentes y sus familiares.

El documento se estructura en tres partes, en la primera se presenta la fundamentación, contextualización y marco teórico del tema de investigación, así como los interrogantes de partida y los objetivos e hipótesis que pretenden dar respuesta a dichos interrogantes.

En la segunda parte se describe la metodología aplicada y el desarrollo de la investigación.

Finalmente, en la tercera y cuarta parte se analizan y discuten los resultados, para finalmente informar sobre las principales conclusiones y las contribuciones de la investigación.

1.1. FUNDAMENTOS Y CONTEXTUALIZACIÓN

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue aprobada por consenso en la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y España se ratificó en la misma el 3 de mayo de 2008.

Con la entrada en vigor de este Tratado, se crea un marco jurídico que vincula a los países ratificantes y además se configura un instrumento de referencia esencial para la conceptualización de la discapacidad y la formulación de políticas a escala internacional, situación que sin duda dibuja un escenario lleno de posibilidades y esperanzas para las personas con diversidad funcional.

Además, resulta necesario apuntar que esta Convención de las Naciones Unidas sobre Discapacidad establece un cambio paradigmático en cuanto a las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad, abriéndose de esta manera un escenario de posibilidades, nuevos desafíos y retos.

En este sentido, Sanjosé (2007) señala que el viejo paradigma que los consideraba como simples sujetos de asistencia social, da lugar a un nuevo paradigma en el que pasan a convertirse en sujetos de derechos, con plena participación en la formulación y ejecución de los planes y políticas que los afectan.

En su articulado, se recoge que el propósito de esta Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad, así como promover el respeto de su dignidad inherente.

De esta manera, alineándose con la Convención de las Naciones Unidas, los servicios dedicados a la atención a personas mayores y personas con diversidad funcional, también se encuentran inmersos en un cambio de paradigma que modifica de manera sustancial y cualitativa el modelo de atención y cuidados.

En este contexto, para todos los que como profesionales desarrollamos nuestra tarea en este ámbito, vivimos con gozo, y también con cierta inquietud este proceso de cambio de paradigma.

Con gozo por todo lo que de positivo se vislumbra en el cambio de modelo, tanto para la persona con diversidad funcional como para los profesionales que las acompañan, y también con cierto nivel de inquietud por temor a pensar que esta propuesta de cambio de paradigma no llegue a impregnar de manera real y holística los servicios de atención y los profesionales que los componen.

Creemos, por tanto, que ese es el reto y el desafío que se vive en estos momentos en el mundo de la diversidad funcional. Los cambios legislativos, los nuevos modelos teóricos, y el cuerpo de investigación científica cada vez más abundante en esta materia, deben ser la base sobre la que se posibilite la construcción real y cotidiana de este modelo en los centros de atención a personas con diversidad funcional.

Por todo ello, consideramos que, esta construcción real y cotidiana del Modelo de Atención Centrada en la Persona, pasa tal y como señala Bermejo (2019), “por recoger la memoria de cada quién de manera saludable, acompañar a significar el presente de manera responsable y reforzar en la construcción de un futuro deseado de manera comprometida” (p.114).

Sin duda, este camino de recoger la memoria, acompañar el presente y reforzar la construcción del futuro deseado solo puede acontecer en el trascurso de una relación con la persona con diversidad funcional que operativice y traslade a las relaciones cotidianas las bases teóricas del Modelo de Atención Centrado en la Persona.

1.1.1. Las preguntas de la investigación

En el ámbito específico de la atención a personas con discapacidad, se ha encontrado que el personal que se encuentra con niveles relativamente altos de estrés se relaciona de manera diferente con los usuarios. En particular, el personal con alto estrés interactúa con menos asiduidad con los usuarios y se implica en menos encuentros positivos con los clientes (Lawson y O'Brien 1994, como se citó en Hastings, et al, 2004).

De hecho, tal y como recoge Rose & Rose (2005):

Ha habido una suposición en la literatura de que el estrés y el agotamiento afectarán el comportamiento de ayuda del personal, con evidencia que sugiere que los niveles más altos de estrés pueden estar asociados con una interacción reducida con los clientes. (p.828)

Sin lugar a duda, esta interacción reducida con los clientes de la que nos hablan Rose & Rose imposibilita de manera total el desarrollo real del modelo de ACP.

Por otra parte, nuestra experiencia nos ha enseñado que el medio a través del cual podemos desplegar la capacidad de centrarnos en el otro, y además tejer una relación de respeto y posibilitadora, centrándonos en sus fortalezas, pasa, de manera inexcusable por el despliegue de las actitudes descritas en el modelo de Rogers, y de manera especial, por el despliegue de la consideración positiva.

Efectivamente, el modelo de Rogers sostiene que la relación entre el terapeuta y el cliente es más importante que cualquier técnica, y la ubica como la principal fuerza impulsora del cambio terapéutico (Tudor, 2011), concretando y señalando la importancia clave que tenían el desarrollo de las tres actitudes en el facilitador empatía, consideración positiva y autenticidad-.

Por tanto, siendo la calidad de la relación terapéutica uno de los componentes de la ACP, y considerando Rogers, como padre de la terapia centrada en la persona, que las actitudes interiores del terapeuta eran la condición necesaria y suficiente para garantizar la eficacia terapéutica independientemente de su orientación teórica (Giordani, 1997), vamos a centrar la atención en un elemento que valoramos es clave para una buena implementación del modelo de atención centrado en la persona, considerando el *counselling* como la herramienta actitudinal y conductual para la implementación real de dicho modelo.

Además, dado que el Modelo de ACP incide en la necesidad de trabajar desde las fortalezas y posibilidades, consideramos que, para posibilitar esta acción, resulta fundamental y necesario el desarrollo de los factores protectores frente al estrés.

Diversas han sido las circunstancias que nos han llevado a considerar la importancia del sano manejo del nivel de estrés junto con un despliegue adecuado de la consideración positiva en los profesionales de ayuda.

Llegó el momento de dar un paso más, y reconvertir las certezas en preguntas para, a través de un trabajo de investigación cuantitativo, poder descubrir la validez de las mismas desde un análisis empírico que pudiera aportar un mayor rigor científico a lo que hasta ese momento, eran certezas nacidas de la reflexión y análisis.

Las preguntas a las que deseamos poder dar respuesta a través de esta investigación son las siguientes:

- ¿Cuentan los profesionales de atención a personas con discapacidad intelectual con alto nivel de estrés percibido?
- ¿Cuentan los profesionales de atención a personas con discapacidad intelectual con alto nivel de estrés relacional?
- ¿En qué medida los profesionales de centros de atención a personas con diversidad funcional que muestran niveles elevados de apoyo social presentan un menor nivel de estrés percibido?- ¿En qué medida los profesionales de centros de atención a personas con diversidad funcional que muestran niveles elevados de apoyo social presentan un menor nivel de estrés relacional?¿En qué medida los profesionales de centros de atención a personas con diversidad funcional que muestran bienestar psicológico presentan un menor nivel de estrés percibido?

- ¿En qué medida los profesionales de centros de atención a personas con diversidad funcional que muestran bienestar psicológico presentan un menor nivel de estrés relacional?
- ¿En qué medida los profesionales de centros de atención a personas con diversidad funcional que muestran niveles elevados de satisfacción con la vida poseen un menor nivel de estrés percibido?
- - ¿En qué medida los profesionales de centros de atención a personas con diversidad funcional que muestran niveles elevados de satisfacción con la vida poseen un menor nivel de estrés relacional? ¿Existe diferencia en los niveles de estrés en función de la tipología de centro en la que desarrollan su labor?
- ¿En qué medida el nivel formativo en competencias relacionales de los profesionales repercute en su nivel de estrés?

1.2. APUNTES NECESARIOS PARA IR CAMINANDO EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESPACIOS MÁS SALUDABLES

En los últimos años, en la gran mayoría de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual se está llevando a cabo, en mayor o menor medida, un proceso de implementación del modelo de ACP.

Este modelo se plantea como nuevo paradigma para la atención a las personas con diversidad funcional, constituyéndose en el marco de referencia para el desarrollo de nuevos programas de atención.

El modelo biomédico y rehabilitador está dando paso a un nuevo modelo que complementa a los anteriores de manera sustancial, colocando en el centro a la persona como objeto de atención, pasando de esta manera a formar parte activa de su proceso de atención, cuidados y planificación de vida (Martínez, 2015; Vila-Miravent et al., 2012).

En esta línea, el Modelo de Atención Centrado en la Persona (ACP) es la traducción del término *Person-Centred Care* (PCC), acuñado desde hace ya varias décadas y que ha venido siendo utilizado en los campos de la salud, gerontología, y de manera posterior en el ámbito de la diversidad funcional, si bien en este último ámbito también es utilizado el concepto de “*planning-centred person*.”

Además, tal y como recoge Martínez-Rodríguez (2013), este nuevo enfoque en la atención a las personas en el ámbito social es señalado como elemento clave para la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores por los países más avanzados en políticas sociosanitarias.

1.2.1. El modelo de ACP y su relación con el *counselling*

Este modelo llegó a España en los años 90, y, si bien en los últimos años está empezando a ser implementado en organizaciones dedicadas a la atención a personas dependientes, fundamentalmente personas mayores en ámbitos residenciales, no obstante, las investigaciones que se han realizado en España son escasas (Martínez-Rodríguez, 2015).

Entre ellas, cabe destacar la realizada en el ámbito de las personas mayores, donde, además de validar dos instrumentos para medir el nivel de implementación de la ACP, se lleva a cabo una profusa revisión científica en cuanto al abordaje del concepto, y sus diferentes acepciones (Martínez-Rodríguez, 2015).

Además, es necesario resaltar también, por cuanto novedosa en relación a su ámbito de aplicación, la investigación realizada por Benito (2017) en la que aplica la metodología de atención centrada en la persona al colectivo de personas sin techo.

Por otra parte, parece que el concepto sigue sin estar lo suficientemente definido y acotado, revelando una falta de claridad. Ante esta visión de falta de claridad, se llevó a cabo una revisión de la literatura para identificar las dimensiones de la atención centrada en el paciente, siendo el objetivo de esta revisión sistemática identificar las diferentes dimensiones del concepto centrado en el paciente descritas en la literatura y proponer un modelo integrador (Scholl et al., 2014 ; Sharma et al., 2015).

Los resultados del estudio permitieron concluir que existían seis componentes en el concepto de atención centrada en la persona (en adelante ACP): establecimiento de una relación terapéutica; poder compartido y responsabilidad; conocimiento de la persona; empoderamiento de la persona; confianza, respeto y comunicación (Sharma et al, 2015).

Siguiendo esta misma línea, a nivel social, en el ámbito de gerontología se realizó una revisión de la literatura, Kogan et al. (2016) exploraron los conocimientos existentes en ACP para adultos mayores, evaluar las definiciones correspondientes e identificar los elementos importantes. Por otra parte, cabe señalar que en los últimos años ha habido un incremento notable en el número de investigaciones relacionadas con la atención centrada en la persona en el ámbito de los cuidados de las personas mayores, no siendo así en el ámbito de la diversidad funcional.

En Suecia, se ha llevado a cabo, una investigación (Sjögren et al., 2015) de corte cuantitativo transversal en la que participaron 151 unidades residenciales de cuidado de ancianos. En este estudio se ha evidenciado que los niveles más altos de satisfacción del personal y de clima de apoyo, así como los niveles más bajos de tensión laboral, se asociaron con niveles más altos de atención centrada en la persona.

Así mismo, una investigación llevada a cabo en la que se revisaron un importante número de investigaciones mostró que existe evidencia suficiente para determinar que existe un impacto positivo en la autoestima, el autocontrol, la autoeficacia, las transiciones a la edad adulta, el empoderamiento del paciente y los resultados del tratamiento como la depresión, la calidad de vida y la satisfacción en los profesionales (Gondek et al., 2017).

Resulta alentador conocer resultados tan altamente satisfactorios que tienen su origen en la aplicación del modelo de atención centrado en la persona. De la lectura y análisis de estos, valoramos y recogemos el sentimiento de satisfacción del que hablábamos anteriormente.

También, hilando con la reflexión anterior, consideramos que estos resultados deberían ser estímulo suficiente para que este modelo contara con una aplicación sistemática en los centros de atención a personas con diversidad funcional, y, además, con una clara articulación de su implementación liderada desde la Administración que animara a dicha aplicación a las diversas entidades de atención social.

En la misma línea, otras investigaciones (Hafskjold et al., 2015) apuntan que, en relación con la atención a las personas mayores, el nivel de comunicación centrada en la persona es esencial para el bienestar y la participación de las mismas.

Edvardsson (2015) describe de manera clara y rotunda el significado que para él tiene la atención centrada en la persona:

He llegado a entender la atención centrada en la persona como algo más que un conjunto de técnicas, habilidades o procedimientos. A mi entender, significa una forma personal de acercarse, conectarse y relacionarse con pacientes y familias que se basa en la ética y las habilidades sociales e interpersonales en tanto que habilidades profesionales. (p.65)

Por otra parte, existe acuerdo unánime en señalar que el origen de la ACP se encuentra en la psicología humanista, y concretamente en Carl Rogers, autor del desarrollo de la Terapia centrada en la persona (Fazio et al., 2018; Hafskjold et al., 2015; Mitchell & Agnelli, 2015; Martínez, 2015).

Asimismo, es cierto que numerosas investigaciones recogidas en el estudio de Gondek et al. (2017) identifican la importancia de la calidad de la relación entre los profesionales y los usuarios, aportando un buen número de trabajos de investigación que corroboraban este extremo.

De la misma manera, cuando las relaciones y el apoyo eran deficientes, identificaba este hecho como barrera, aportando una serie de trabajos científicos que concluían de esta manera (Buckley et al., 2015; Oruche et al., 2014; Tam-Seto & Versnel, 2015) .

En esta línea, Sharma et al. (2015) realizaron una síntesis de las revisiones de literatura científica publicada entre junio de 2005 y abril de 2014 con el fin de definir los componentes de la atención centrada en la persona, identificando seis componentes, siendo uno de ellos la calidad de la relación terapéutica.

Finalmente, cabe señalar que una investigación reciente de McKenzie & Brown (2021) parte de la premisa de que establecer una relación es la base para ofrecer atención centrada en la persona (PCC) cuando se trabaja con personas que cuentan con un diagnóstico de demencia.

En las conclusiones de su estudio, de corte cualitativo, sobre una muestra de profesionales dedicados a la atención a personas con demencia identificaron cinco herramientas a través de las cuales se establecen mejores relaciones con los pacientes, que posibilitan la aplicación real del modelo de atención centrada en la persona: empatía, consideración positiva incondicional, congruencia, flexibilidad psicológica y comunicación. Sin embargo, también coinciden al plantear que todavía no se ha definido de manera operativa cómo desarrollar esta relación.

Siendo además la psicología humanista, y en concreto Carl Rogers, el espacio donde se encuentran los orígenes de la ACP, y profundizando en lo expuesto anteriormente, resulta llamativo que, dado que se considera la calidad de la relación terapéutica como uno de los componentes clave del Modelo de Atención Centrada en la Persona, no se haya explorado, estudiado y desarrollado en este modelo y de manera sistemática, uno de los temas centrales planteados por Rogers: la importancia del desarrollo de las actitudes básicas en el facilitador

En este sentido, pese a que el modelo de ACP es ampliamente aceptado como un cambio de paradigma con efectos altamente satisfactorios en la atención, y en los profesionales es necesario reconocer, en la misma línea apuntada por McKenzie & Brown (2021) que en muchas ocasiones los principios que lo rigen no cuentan con una réplica real en la atención directa ofrecida.

Por todo ello, consideramos que un real desarrollo de este modelo de ACP, pasa, sin lugar a duda, por la formación en *counselling*, es decir, favoreciendo un aumento de las competencias relacionales de las personas que desarrollan su tarea en estos centros o programas de atención a personas con diversidad funcional.

1.2.2. Qué es el *counselling*: aproximación al concepto

En nuestro país, los constructos de *counselling* y relación de ayuda se han utilizado como conceptos análogos y fácilmente intercambiables, siendo equiparados y utilizados como sinónimos a nivel conceptual.

También nosotros aceptamos esta analogía, entendiendo que ambos conceptos recogen el contenido teórico marcado por Carl Rogers, estableciendo la importancia del desarrollo en el ayudante de las tres actitudes básicas que posibilitan el encuentro con el ayudante y favorecen los procesos de acompañamiento y de introducción de cambios: la empatía, la consideración positiva o consideración positiva y la autenticidad.

Carl Rogers (1986), utilizando la expresión de relación de ayuda dice que podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o de ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos. (p.46)

Se observa que, al definir el concepto, no sólo lo circunscribe a una relación terapéutica, como lo hizo en sus inicios, sino que amplía la visión del término, y abarca a una amplia variedad de relaciones de ayuda en las que se busca posibilitar el desarrollo de la persona ayudada, considerando, por tanto, que este tipo de relación es perfectamente aplicable a todas las profesiones de ayuda.

Además, parte de una visión positiva de la persona ayudada, ya que manifiesta que la tarea del ayudante se traduce en hacer surgir una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos. Al añadir el adjetivo de latentes, parte, por tanto, del convencimiento de que los recursos sanadores existen en el ayudado.

Por nuestra parte, valoramos de vital importancia la convicción por parte del agente de ayuda de que los recursos sanadores existen realmente en el ayudado. Es posible, que su educación, las oportunidades que la vida le ha ofrecido, las personas que le han acompañado... hayan sido barreras para el desarrollo de esa parte sana y fuerte, si bien, existe de manera latente, como señala Rogers.

Siguiendo en esta línea argumentativa, tal y como recoge Trettin (2021), Rogers restó importancia a la patología y se centró en las fortalezas, los recursos y la posibilidad de desarrollo del individuo.

Se puede observar que estas definiciones sitúan al *counselling* como herramienta para cualquier profesional de la ayuda, ya sean maestros, enfermeros, médicos o trabajadores sociales. De este modo, se emplaza el concepto fuera del ámbito de la psicología clínica y se presenta como instrumento a desarrollar por los profesionales de la ayuda con el fin de posibilitar el crecimiento de la persona ayudada.

Observamos, de esta manera, que Rogers extiende la aplicación del *counselling*, separándolo del campo de la psicoterapia y trasladándolo a cualquier campo de ayuda.

Consideramos que la posibilidad de aplicación del *counselling* a las diferentes profesiones de ayuda, las dota de una mayor calidad y también de recursos en sus posibilidades de intervención.

Por otra parte, Dietrich (1986) define el *counselling* de la siguiente manera:

Counselling es en su núcleo sustancial, esa forma de relación auxiliante, interventiva y preventiva, en la que un consejero, sirviéndose de la comunicación lingüística y sobre la base de métodos estimulantes y corroborantes intenta en un lapso de tiempo relativamente corto provocar en un sujeto desorientado, sobrecargado o descargado inadecuadamente, un proceso activo de aprendizaje de tipo cognitivo emocional, en el curso del cual se puedan mejorar su disposición a la autoayuda, su capacidad de autodirección y su competencia operativa.(p.14)

En esta definición se observa el matiz que señala al hablar del sujeto a quien se dirige el *counselling*. Dietrich habla de personas desorientadas, sobrecargadas o descargadas de manera inadecuada, aspecto que nos ayuda a establecer los límites en el *counselling*. Por tanto, siguiendo la definición anterior, el *counselling* puede ser utilizado en procesos de acompañamiento de situaciones cotidianas que pueden producir estrés, desorientación o

sobrecarga, dejando fuera del ámbito de intervención para el *counselling* situaciones de personas con patologías diagnosticadas. Si bien, en personas que cuentan con esta clínica, el *counselling*, en tanto que marco relacional, puede ser utilizado como herramienta complementaria a intervenciones psicológicas o psiquiátricas.

Desde otro punto de vista, Madrid Soriano (1986), recoge que “la idea fundamental que subyace a todo proceso de relación de ayuda, especialmente dentro de la corriente humanista, es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto”. (pp.195-196)

Sigue exponiendo en el desarrollo de su definición que el fundamento que sustenta toda la relación de ayuda debe ser una visión positiva de las capacidades de la persona para crecer y afrontar positivamente sus conflictos.

Resulta interesante ver como Madrid Soriano desarrolla la definición poniendo el foco en la visión positiva de las personas, deseando enfatizar que ésta es condición fundamental para el ejercicio del *counselling*. Así pues, señala que el fundamento que sustenta la relación de ayuda es la visión positiva de las capacidades de la persona.

Desde otro ángulo, Okun (2001) define el *counselling* de la siguiente manera:

Una relación de ayuda centrada en el cliente y orientada a la resolución de problemas en la que los cambios conductuales pueden tener su origen en 1) la exploración y comprensión por parte del cliente de sus sentimientos, pensamientos y acciones, o en 2) la comprensión por parte del cliente de las variables ambientales y sistémicas que intervienen en sus dificultades y su decisión de cambiarlas. En este tipo de terapia se utilizan estrategias cognitivas, afectivas y conductuales por separado o de manera conjunta cuando la persona que proporciona la ayuda y la que la recibe deciden que son necesarias y es el momento adecuado. Así algunas estrategias combinan varios aspectos de diferentes teorías formales de la ayuda. (pp.33-34)

En el desarrollo de esta definición, se recoge la visión ecléctica del *counselling*, al señalar que utiliza estrategias cognitivas, afectivas y conductuales pudiendo ser combinadas diversas teorías formales. Consideramos que esta visión ecléctica aporta riqueza y frescura al concepto, posibilitando un crecimiento constante en cuanto a su desarrollo teórico y práctico.

Asimismo, Arranz et al. (2003), que han desarrollado la práctica del *counselling* y realizados trabajos de investigación sobre el mismo de manera más específica en el ámbito de la salud, definen el *counselling* como:

Un proceso interactivo, en el que, rescatando el principio de autonomía de la persona, se ayuda a ésta a tomar las decisiones que considere más adecuadas para ella en función de sus valores e intereses. En otras palabras: es el arte de hacer reflexionar a una persona, empatizando y confrontando, por medio de distintas estrategias comunicativas, de tal

modo que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para ella y siempre teniendo en cuenta su estado emocional. No es hacer algo por alguien; sino hacerlo con él. (p. 36)

Observamos cómo estos autores recogen también la importancia del principio de autonomía de la persona, principio del que ya hemos hablado con anterioridad, y por otra parte establecen la idea de que *counselling* es el arte de hacer reflexionar a una persona. De hecho, en la formación en *counselling*, se incide en la idea de que lo importante en el diálogo no es lo que el ayudante pueda decir, sino que la tarea del ayudante pasa por posibilitar que el ayudado se diga, desde la construcción de un diálogo de tipo socrático.

Siguiendo con la búsqueda de otras definiciones, Costa & López (2003) subrayan que se trata de:

Una alianza estratégica entre consultores o consejeros y consultantes que está comprometida con las experiencias difíciles de la vida y que se acerca a ella con la responsabilidad compartida de ofrecer apoyo, potenciación y orientación para el aprendizaje y el cambio cuando los consultantes están haciendo frente a la adversidad, a decisiones difíciles o a problemas personales, interpersonales y grupales que les ocasionan sufrimiento y daño emocional a ellos y a otras personas o grupos de su entorno habitual. (pp. 19-20)

En este desarrollo del significado, de nuevo, Costa & López (2003) nos ayudan a circunscribir el ámbito de intervención del *counselling*, situándolo como útil para el acompañamiento en experiencias difíciles de la vida.

Podemos inferir que esta conceptualización de “experiencias difíciles” huye de una patologización de la vida, tendencia recurrente en los últimos años. Es cierto que la vida nos ofrece momentos vitales difíciles, complejos y duros, pero que, en definitiva, se trata de “experiencias difíciles”, propias del devenir de la vida, que en principio, no requerirían de psicoterapia, a no ser que esa experiencia difícil pudiera hacer debutar una patología, en cuyo caso sí que se requeriría la psicoterapia.

Un año después, Barreto & Soler (2004) definen el *counselling* de la siguiente manera

Es un proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayuda a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional. (p. 144)

En esta definición, sintetizan la definición formulada por Arranz et al. (2003), poniendo el énfasis en los elementos claves que ya se recogían en esta definición.

Observamos cómo, para Barreto (2004), en las diferentes definiciones que aporta con otros compañeros, siempre aparece el verbo reflexionar. Podríamos deducir que, para ella, posibilitar la reflexión en el otro, es una de las piezas claves del *counselling*

En otro orden de cosas, además, la práctica del *counselling* facilita el establecimiento de una relación de confianza significativa que permite y facilita la promoción futura del bienestar en la otra persona (Barreto et al., 2010). El concepto de relación de confianza significativa nos parece de vital importancia para llegar a entender el alcance profundo del *counselling* y las repercusiones que pueden sobrevenir en la vida futura del otro.

Por otra parte, Bermejo (2011) con el fin de definir el constructo, recoge una serie de claves que, a su juicio, definirían el concepto de *counselling*:

- se produce una relación entre el *counsellor* y la persona que sufre, el ayudado necesitado y dispuesto a dejarse ayudar,
- esta relación pretende ejercer un influjo saludable sobre la otra persona para afrontar dificultades, tomar decisiones, emprender cambios, crecer personalmente, modificar actitudes, aprender a vivir sanamente lo que no se puede cambiar,
- el ayudado sufre, pero cuenta con recursos y el *counsellor* apuesta por el protagonismo del ayudado en el proceso de afrontamiento de las dificultades,
- el mundo de los sentimientos ejerce un influjo importante en la persona, tanto en el ayudado como en el *counsellor*, de tal manera que el cambio de conducta no es el único referente, puesto que sentirse comprendido en el corazón tiene un gran poder terapéutico,
- se utilizan técnicas de relación, y además se apuesta por el valor terapéutico de las actitudes que el *counsellor* es capaz de desplegar y actualizar en el encuentro,
- no sólo se cree en el potencial de cambio del ayudado, sino en el proceso de potenciación posible, de refuerzo y confrontación fruto de la interacción; en las posibilidades de aprender nuevas estrategias y valorar nuevas alternativas para afrontar la situación de sufrimiento,
- se considera fundamental la autonomía del ayudado, aun en el caso de situaciones en las que sea necesaria la persuasión directa ante posibles conductas desadaptativas o que generen mal sobre sí mismo o sobre terceros. (pp. 21-22)

De entre las claves señaladas por Bermejo (2013), querríamos subrayar la importancia del valor terapéutico de las actitudes en el *counsellor*, ya que uno de los posibles riesgos en el ejercicio del *counselling*, se traduce en que el ayudante adquiera un conocimiento teórico de las actitudes y se adiestre en la adquisición de una serie de herramientas.

Con posterioridad, Bermejo (2013) define el concepto como “brindar un proceso que ayuda y facilitar al consultante clarificar su situación vital y las metas y valores que orienten su vida, particularmente en situaciones de dificultad”(p.28). En este planteamiento, más sencillo en cuanto a formulación y profundización, resultan como elementos claves la idea de proceso y el contenido del *counselling* centrado en ayudar y acompañar en situaciones de dificultad.

En conclusión, tomando en cuenta las diferentes aportaciones de los autores que han reflexionado e investigado sobre esta herramienta relacional se puede concluir que *counselling* es:

Tabla 1*Definiciones de Counselling*

Año	Autores	Definición	Elementos
1986	Rogers, C.	Es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o de ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos.	- Visión positiva del ayudado, Cualquier campo de ayuda
1986	Dietrich, G.	Forma de relación auxiliante, interventiva y preventiva, en la que un consejero, sirviéndose de la comunicación lingüística y sobre la base de métodos estimulantes y corroborantes intenta en un lapso de tiempo relativamente corto provocar en un sujeto desorientado, sobrecargado o descargado inadecuadamente un proceso activo de aprendizaje de tipo cognitivo emocional, en el curso del cual se puedan mejorar su disposición a la autoayuda, su capacidad de autodirección y su competencia operatoria.	-Limitación del objeto: personas desorientadas, temporalidad, proceso de aprendizaje cognitivo y emocional, mejorar disposición a la autoayuda
1986	Madrid Soriano, J.	La idea fundamental que subyace a todo proceso de relación de ayuda, especialmente dentro de la corriente humanista, es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto. El fundamento que sustenta toda la relación de ayuda debe ser una visión positiva de las capacidades de la persona para crecer y afrontar positivamente sus conflictos.	- Visión positiva del ayudado
2001	Okun, B.	Una relación de ayuda centrada en el cliente y orientada a la resolución de problemas en la que los cambios conductuales pueden tener su origen en 1) la exploración y comprensión por parte del cliente de sus sentimientos, pensamientos y acciones, o en 2) la comprensión por parte del cliente de las variables ambientales y sistémicas que intervienen en sus dificultades y su decisión de cambiarlas. En este tipo de terapia se utilizan estrategias cognitivas, afectivas y conductuales por separado o de manera conjunta cuando la persona que proporciona la ayuda y la que la recibe decide que son necesarias y es el momento adecuado. Y algunas estrategias combinan varios aspectos de varias teorías formales de la ayuda.	- orientada a la resolución de problemas, exploración de sentimientos, visión ecléctica
2003	Arranz et al.,	Un proceso interactivo, en el que, rescatando el principio de autonomía de la persona, se ayuda a ésta a tomar las decisiones que considere más adecuadas para ella en función de sus valores e intereses. Es el arte de hacer reflexionar a una persona, empatizando y confrontando, por medio de distintas estrategias comunicativas, de tal modo que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para ella y siempre teniendo en cuenta su estado emocional. No es hacer algo por alguien; sino hacerlo con él.	-Proceso interactivo, autonomía del ayudado, arte de hacer reflexionar, importancia del estado emocional del ayudado
2003	Costa, M.& Lopez, E	Una alianza estratégica entre consultores o consejeros y consultantes que está comprometida con las experiencias difíciles de la vida y que se acerca a ella con la responsabilidad compartida de ofrecer apoyo, potenciación y orientación para el aprendizaje y el cambio cuando los consultantes están haciendo frente a la adversidad, a situaciones que les ocasionan sufrimiento y daño emocional a ellos y a otras personas.	- Alianza, el campo del <i>counselling</i> son experiencias difíciles de la vida, proceso de aprendizaje,

2004	Barreto, P., & Soler, M.C.	<p>Proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayuda a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional.</p>	<p>-Ayudar a reflexionar, autonomía del ayudado, importancia del estado emocional del ayudado</p>
2013	Bermejo, J.C.	<p>Claves que, a su juicio, definirían el concepto de <i>counselling</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se produce una relación entre el <i>counsellor</i> y la persona que sufre, el ayudado necesitado y dispuesto a dejarse ayudar, además esta relación pretende ejercer un influjo saludable sobre la otra persona para afrontar dificultades, tomar decisiones, emprender cambios, crecer personalmente, modificar actitudes, aprender a vivir sanamente lo que no se puede cambiar, – el ayudado sufre, pero cuenta con recursos y el <i>counsellor</i> apuesta por el protagonismo del ayudado en el proceso de afrontamiento de las dificultades, – el mundo de los sentimientos ejerce un influjo importante en la persona, tanto en el ayudado como en el <i>counsellor</i>, de tal manera que el cambio de conducta no es el único referente, puesto que sentirse comprendido en el corazón tiene un gran poder terapéutico, – se utilizan técnicas de relación, y además se apuesta por el valor terapéutico de las actitudes que el <i>counsellor</i> es capaz de desplegar y actualizar en el encuentro, – no sólo se cree en el potencial de cambio del ayudado, sino en el proceso de potenciación posible, de refuerzo y confrontación fruto de la interacción; en las posibilidades de aprender nuevas estrategias y valorar nuevas alternativas para afrontar la situación de sufrimiento, -se considera fundamental la autonomía del ayudado, aun en el caso de situaciones en las que sea necesaria la persuasión directa ante posibles conductas desadaptativas o que generen mal sobre sí mismo o sobre terceros 	<p>- campos del <i>counselling</i>: afrontar dificultades, tomar decisiones, emprender cambios, crecer personalmente, modificar actitudes, aprender a vivir sanamente lo que no se puede cambiar</p> <p>- Protagonismo del ayudado, importancia del mundo emotivo, relevancia de las actitudes en ayudante, visión positiva del ayudado, autonomía del ayudado</p>

Fuente: Elaboración propia

En general, existe poca formación en *counselling*, habilidades comunicativas y gestión de las emociones, (Alba, 2015; Ballester-Arnal et al., 2016; Cazalla-Luna & Molero, 2016; Sharbafshaaer, 2019). Sin embargo, es importante señalar que San-Martín et al., (2017) afirman que estudios recientes han demostrado que profesionales sanitarios con un alto desarrollo de habilidades sociales en el trato con sus pacientes, cuentan con más recursos para afrontar el desgaste emocional. Por todo ello, es importante remarcar que para una práctica eficaz es imprescindible una buena comunicación y el desarrollo de habilidades de relación (Cancio & Serrano, 2007; Castillo et al., 2019) y el *counselling* cuenta con los contenidos necesarios en estas materias.

Ya para finalizar este apartado, dado que los profesionales que trabajan con personas con discapacidad deben ser conscientes del riesgo profesional de agotamiento cerramos con remarcar la importancia que se otorga a la necesidad de minimizar su aparición, proveyendo de formación en competencias relacionales para afrontar las situaciones difíciles y de mayor complejidad (Kowalski et al., 2010).

1.2.3 Aproximación al concepto de consideración positiva

Un número importante de palabras aglutinan el constructo de consideración positiva presentado por Rogers (1957). De hecho, diversos autores (Bozarth, 2012; Farber & Lane, 2016; Suzuki & Farber, 2016) para aludir a esta actitud han empleado conceptos como: Consideración positiva, respeto, consideración positiva incondicional, consideración positiva y cálida...

También Farber et al. (2018) coinciden al afirmar que existe una variedad de términos que pueden inducir a una falta de claridad en el concepto, ya que, entre los conceptos análogos a consideración positiva, ellos incluyen los términos de afirmación, respeto, calidez no posesiva, apoyo, validación y valoración.

Entrando ya en la búsqueda de definiciones conceptuales, en su artículo de 1957, Rogers dibuja el concepto de consideración positiva incondicional de la siguiente manera:

En la medida en que el terapeuta se encuentre experimentando una cálida aceptación de cada aspecto de la experiencia del cliente como parte de ese cliente, está experimentando una consideración positiva incondicional. Esto significa que no hay condiciones de aceptación, ningún sentimiento de "Me gustas solo si eres así o no". Implica tanto sentimiento de aceptación por la expresión del cliente de sentimientos negativos, "malos", dolorosos, temerosos, defensivos, anormales en cuanto a su expresión de "buenos", positivos, maduros, confiados, sentimientos sociales, tanto la aceptación de las formas en que es inconsistente como de las formas en que es consistente.

Significa un cuidado por el cliente, pero no de una manera posesiva o simplemente para satisfacer las propias necesidades del terapeuta. Significa cuidar al cliente como una persona separada, con permiso para tener sus propios sentimientos, sus propias experiencias. (p. 829)

Con el deseo de clarificar el concepto, Giordani (1997) señala que la consideración positiva no se refiere sólo al contenido de la comunicación del cliente, sino a la entera personalidad del mismo, es decir que no sólo se acepta lo que la persona dice, sino la globalidad de la misma.

Con esta clarificación de Giordani, entendemos que el concepto de aceptación debe ser entendido desde una perspectiva amplia e integral.

Por otra parte, tal y como recoge Madrid Soriano (2005), la consideración positiva o permite confiar en las capacidades del otro para afrontar positivamente sus dificultades. En esta línea de argumentación, Madrid Soriano (2005) identifica como elemento básico de esta actitud la capacidad de ver los aspectos positivos del otro, más allá de lo que observamos a primera vista, y en definitiva, y si cabe, más importante, más allá de sus dificultades y sus límites.

Con la definición anterior, se amplía el concepto de consideración positiva, ya que Madrid Soriano entiende que esta actitud posibilita ver en el otro su parte sana, visión que, a través del encuentro, permitirá que también el ayudado descubra ese otro yo lleno de recursos y posibilidades que también habita en él. Finalmente, Barreto et al. (2010) en el artículo que describía como el *counselling* era un elemento facilitador que posibilitaba un mejor acercamiento y acompañamiento a personas que sufren, recogían la idea de que la consideración positiva era la actitud a través de la cual se acepta sin juicios de valor y sin reservas la biografía de la otra persona, su estilo de vida y sus comportamientos.

Por otra parte, Brooks & Cochran (2016) apuntan que el respeto positivo incondicional describe la capacidad del consejero de cuidar a su cliente con una cálida aceptación, sin condiciones para esa aceptación, sin ninguna agenda, evitando de esta manera las condiciones de valor.

Tabla 2*Definiciones de consideración positiva*

Año	Autor/es	Definición	Palabras clave
1957	Rogers, C.	En la medida en que el terapeuta se encuentre experimentando una cálida aceptación de cada aspecto de la experiencia del cliente como parte de ese cliente, está experimentando una consideración positiva incondicional. Esto significa que no hay condiciones de aceptación, ningún sentimiento de "Me gustas solo si eres así o no". Implica tanto sentimiento de aceptación por la expresión del cliente de sentimientos negativos, "malos", dolorosos, temerosos, defensivos, anormales en cuanto a su expresión de "buenos", positivos, maduros, confiados, sentimientos sociales, tanta aceptación de las formas en que es inconsistente como de las formas en que es consistente. Significa un cuidado por el cliente, pero no de una manera posesiva o simplemente para satisfacer las propias necesidades del terapeuta. Significa cuidar al cliente como una persona separada, con permiso para tener sus propios sentimientos, sus propias experiencias	-Incondicionalidad -Cuidado con el cliente
1997	Giordani, B.	La consideración positiva de la que se habla aquí, no se refiere solo al contenido de la comunicación del cliente, sino a la entera personalidad del mismo.	- Incondicionalidad
2005	Madrid Soriano, J.	La consideración positiva o consideración positiva permite confiar en las capacidades del otro para afrontar positivamente sus dificultades.	-Confianza en las capacidades del ayudado
2016	Brooks, T.P & Cochran, J.L	El respeto positivo incondicional describe la capacidad del consejero de cuidar a su cliente con una cálida aceptación, sin condiciones para esa aceptación, sin ninguna agenda.	- Cuidado por el cliente - Incondicionalidad

Fuente: Elaboración propia

Finalizado este apartado, entendemos la consideración positiva como una de las actitudes que permite el despliegue real del Modelo de ACP, ya que el despliegue real pasa por relacionarse con pacientes y familias contando con las habilidades sociales e interpersonales, entendiéndolas como habilidades profesionales (Edvardsson, 2015).

1.3. LA REALIDAD DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Es necesario reconocer que el nacimiento de la gran mayoría de estos centros de atención a personas con discapacidad intelectual, de manera frecuente fueron creados y auspiciados por el movimiento asociativo conformado en gran parte por los padres de personas con discapacidad intelectual que veían cómo el sistema de bienestar no proveía a sus hijos de los apoyos y recursos necesarios para su atención. De esta manera, las familias se organizan creando asociaciones de padres que buscaban mayor protección de sus hijos/as frente a una sociedad que no ofrecía alternativa alguna ante sus necesidades y las de sus hijos (Díaz, 2018; Rodríguez, 2012)

De hecho, Ayuso (2005) habla de las asociaciones familiares como “ actores de bienestar en los procesos de transformación de la sociedad.” (p.63)

Tal y como recoge Fantova (2007) en España, y nosotros añadiríamos que de manera más concreta en la Comunitat Valenciana, gran parte de los servicios de atención especializada a personas con discapacidad han sido impulsados y creados por asociaciones de familiares, que han sido sufragados mediante subvenciones de la Administración Pública, aportaciones propias y otras fuentes privadas.

En la práctica, las familias iniciaron un proceso asociativo para hacer frente de forma colectiva a varias situaciones adversas: la soledad vivida ante la realidad del hijo con discapacidad intelectual; el desconcierto que ello generaba en la propia familia y el rechazo que rápidamente se apreciaba en el plano social.

En este sentido, la primera asociación que surge en España, es creada en Valencia en el año 1959 como ASPRONA, Asociación Pro Niños Anormales, y a partir de ahí van surgiendo asociaciones similares en distintas provincias (Díaz, 2018). Las familias se agrupan con el fin de tener más fortaleza en sus reivindicaciones y se organizan porque no pueden por sí solas y la Administración Pública no respondía de la manera que consideraban necesaria.

Con el paso de los años, y de manera más concreta, con la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia estos centros fueron entrando a formar parte de una Sistema estructurado en el que la Administración ha iniciado un camino cuyo objetivo es, en la actualidad, establecer un Decreto que defina la tipología de centros, definiendo así el tipo de atención que debe recibir una persona con Diversidad Funcional y estableciendo los recursos y ratios que posibiliten a los trabajadores de los Centros ofrecer la cartera de servicios exigida.

Esta nueva definición de las tipologías deberá posibilitar una atención de calidad en todos los centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

1.3.1. Tipología de Centros de Atención

La Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas establece un marco de atención amparado en el Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD). La tipología de centros que se establece en la actualidad para proveer de atención y apoyos a las personas con diversidad funcional en la Comunitat Valenciana queda recogida en la Orden 1/2010, de 18 de febrero, de la Conselleria de Bienestar Social, de modificación de la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunitat Valenciana, son los siguientes.

Por otra parte, los profesionales necesarios en función de la tipología de centro están regulados por una normativa antigua, y en estos momentos desde la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas se está elaborando una nueva normativa que regule entre otras cosas los perfiles y ratios en función del tipo de centro.

1.3.1.1. Centros de Atención Temprana (CAT)

Los Centros de estimulación precoz son centros destinados al tratamiento asistencial y/o preventivo de niños con problemas de desarrollo o riesgo de padecerlos por causas de origen prenatal, perinatal o postnatal, con edades comprendidas entre 0 a 3 años.

Los beneficiarios son niños de 0 a 3 años, con discapacidad o riesgo de padecerla, que hayan sido valorados de riesgo por los equipos correspondientes de los equipos de pediatría de los centros hospitalarios y de atención primaria de la Conselleria de Sanidad y por el equipo de valoración del Centro de Valoración y Orientación Provincial.

Según lo regulado en la Orden de 21 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Bienestar Social estos centros dispondrán de profesionales con especialización en el desarrollo infantil y atención precoz, formado, al menos, por las figuras de: psicólogo, o pedagogo, fisioterapeuta y estimuladores.

1.3.1.2. Centros ocupacionales

Son centros dirigidos a proporcionar a personas con discapacidad ocupación terapéutica para su ajuste personal, técnicas profesionales para su integración laboral y actividades convivenciales para su integración social.

Los beneficiarios son personas con discapacidad en edad laboral que no pueden integrarse en un centro especial de empleo o empresa ordinaria.

Los profesionales que establece la normativa son: psicólogo y monitores, según lo regulado en la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social por la que se

desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre Registro, Autorización y Acreditación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.

Si bien, en la actualidad muchos centros ocupacionales cuentan con figuras como la de trabajador social, integrador laboral, monitor de taller y auxiliar ocupacional.

1.3.1.3. Centros de día

Son centros destinados a personas con discapacidad con gran deterioro de sus capacidades funcionales, que ofrecen servicios específicos de apoyo preventivo, oferta especializada de recursos y actividades rehabilitadoras.

Los beneficiarios son personas con discapacidad gravemente afectados, con edad comprendida entre 16 y 65 años y residentes en la Comunitat Valenciana.

Los profesionales que establece la normativa son: psicólogo, fisioterapeuta y cuidadores según lo regulado en la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre Registro, Autorización y Acreditación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.

1.3.1.4. Centros de atención residencial

Son centros destinados a servir de vivienda común a personas con discapacidad que tengan reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados, a las que sus necesidades de apoyos, su situación intelectual o mental, añadida a su situación socio familiar, dificulta su integración y permanencia en su ambiente familiar y comunitario, ofreciéndole los apoyos precisos y asistencia integral en todas las actividades básicas de la vida diaria.

Los beneficiarios son personas con discapacidad que tengan reconocida la situación de dependencia, en cualquiera de sus grados con autonomía limitada que por sus dificultades de integración y permanencia en su entorno familiar y comunitario, precisan de una alternativa al hogar.

La Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre Registro, Autorización y Acreditación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana sólo dice que para residencia de válidos la ratio será de: 0'25 por residente; para residencia de asistidos, 0'35 por residente, para residencia mixta, 0'30 por residente. El 70% corresponderá a personal cualificado y de atención directa y el 30% a personal de servicios en residencias asistidas. En la práctica, los profesionales que desarrollan su labor en estos centros son: psicólogo, trabajador social, monitor, cuidador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y personal de enfermería.

1.3.1.5. Viviendas Tuteladas

Las Viviendas Tuteladas son viviendas configuradas como hogares funcionales de dimensiones reducidas, adecuadas al número y características de los usuarios e insertadas en el entorno comunitario, en las que conviven, de forma estable en el tiempo, un grupo homogéneo de personas con discapacidad física o intelectual, con necesidades de apoyo intermitente o limitado, en régimen de funcionamiento parcialmente autogestionado.

Podrán ser usuarios de las Viviendas Tuteladas las personas con discapacidad física o intelectual, mayores de 18 años, necesitadas de protección y de alojamiento social alternativo a las residencias, que tengan reconocido en el certificado de discapacidad un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

Los profesionales que desarrollan su labor en estos centros son educadores, según lo regulado en el Decreto 182/2006, de 1 de diciembre, del Consell, por el que se establecen las condiciones y los requisitos específicos para la autorización de las Viviendas Tuteladas para personas con discapacidad.

Para finalizar este apartado, es importante señalar el importante volumen de centros existentes en la Comunitat Valenciana. Según informe proporcionado por la Dirección General de Diversidad Funcional de la Generalitat Valenciana en fecha 16 de diciembre de 2022 la red de centros acreditados por la Generalitat Valenciana para la atención a personas con discapacidad intelectual en la Comunitat Valenciana en el año 2022 asciende a 370 centros, segregados por provincias y tipologías en la *Tabla 3*.

Tabla 3

Número de centros en la Comunitat Valenciana

	Valencia	Castellón	Alicante
Centros de Atención Temprana	36	13	26
Centros Ocupacionales	60	12	22
Centros de día	30	11	15
Residencia	28	13	19
Vivienda Tutelada	54	11	20
Totales	208	60	102

Fuente: Elaboración propia

1.3.2. El valor de los profesionales que trabajan en estos centros

El cambio de paradigma respecto a la discapacidad intelectual que hemos desarrollado anteriormente atañe e involucra de manera directa a los profesionales del ámbito, quienes iniciaron un proceso de cambio para adaptarse a estos nuevos conceptos y modelos de atención.

De esta manera, los profesionales que atienden de forma directa a las personas con discapacidad intelectual prestan los apoyos necesarios para, en el día a día de los procesos de intervención, ofrecer las herramientas que necesita cada persona atendida para poder participar en su Plan Individual de Atención, con la intención de contar con una vida plena.

En este sentido, Hastings (2010) señalaba que la calidad del trabajo que desarrolla el personal de apoyo remunerado en los servicios de atención a personas con discapacidad intelectual es terminantemente decisivo para alcanzar resultados positivos en la calidad de vida de los usuarios del servicio.

Así mismo, trabajos como el del grupo de Gracia (Gracia et al., 2017) que persiguen el objetivo de analizar la calidad de los centros en los que participaban desde el punto de vista de las personas con discapacidad intelectual. Esta investigación se realizó con una muestra de 786 personas con discapacidad intelectual que contaban con plaza en diferentes tipos de centros (centros de día, centros ocupacionales y residencias) asociados en Plena Inclusión.

Los resultados indicaron que, más allá de los equipamientos y las infraestructuras, la relación con los profesionales se presentaba como el factor fundamental para favorecer un contexto satisfactorio que mejorara la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Estos resultados nos llevan a considerar el papel fundamental que estos profesionales juegan en el desarrollo y en el bienestar de las personas con discapacidad.

Finalmente, y como apoyo argumentativo al planteamiento anterior, cabe mencionar que también Rose & Rose (2005) afirmaban que “el personal es un activo importante y fundamental para la prestación de servicios de alta calidad a las personas con discapacidad intelectual” (p.827).

De hecho, el personal que atiende a personas con discapacidad intelectual en ocasiones se enfrenta a personas agitadas, y la relación diaria con personas con necesidades complejas y diversas precisa un alto nivel de dedicación y empatía por parte del personal (Kozak et al., 2013; Rose & Rose, 2005).

Todo lo anterior, nos lleva a la necesidad de poner en el centro a los profesionales, otorgándoles el valor y reconocimiento necesario, dado que son ellos los principales hacedores en la implantación real del Modelo de Atención Centrado en la Persona, basado en relaciones de confianza, respeto y reconocimiento.

1.3.3. Perfiles y funciones de los profesionales

La resolución de 2 de agosto de 2021, de la Subdirección General de Relaciones Laborales, publica el texto del VIII Convenio colectivo laboral autonómico de centros, entidades y servicios de atención a personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana. En este VIII Convenio se describen y clasifican cada uno de los perfiles profesionales para centros y servicios de atención a personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana.

1.3.3.1. Personal titulado de grado superior o postgrado

Como titulados de grado superior o postgrado aparecen: Psicólogo/a-Pedagogo/a-Psicopedagogo/a-Médico/a. Estos perfiles realizan las funciones propias de su especialidad de acuerdo con los conocimientos y técnicas propias de la titulación por la que han sido contratados. Es responsable de la orientación y el asesoramiento profesional del personal que interviene con las personas atendidas y colabora con estos en la orientación y asesoramiento a las familias y/o responsables legales de los mismos.

1.3.3.2. Personal titulado de grado medio o grado

Como titulados de grado medio aparecen las siguientes profesiones: Logopeda-Maestro/a de audición y lenguaje-Trabajador/a Social-Diplomado/a universitario/a de enfermería-educador/a Social-Técnico/a Integración Laboral-Terapeuta Ocupacional-Fisioterapeuta-Terapeuta de Ayuda a Domicilio-Técnico/a en Atención Temprana-Responsable de Actividades de Ocio y Vida Social-Profesor Titular. Estos perfiles realizan las funciones propias de su especialidad de acuerdo con los conocimientos y técnicas propias de la titulación por la que han sido contratados.

Logopeda.

Es el/la profesional que con la titulación adecuada, tiene la función de detectar, explorar, atender a los trastornos de voz, audición, habla y lenguaje y otras técnicas de comunicación alternativas.

Evalúa y programa los tratamientos específicos de la materia. Dota de sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación. Elabora los tratamientos individuales y/o grupales relacionados con la alimentación y con la comunicación funcional.

Maestro/a de audición y lenguaje.

Es el/la profesional que con la titulación adecuada, tiene la función de detectar, explorar, atender a los trastornos de voz, audición, habla y lenguaje y otras técnicas de comunicación alternativas. Evalúa y programa los tratamientos específicos de la materia. Dota de sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación. Elabora los tratamientos individuales y/o grupales relacionados con la alimentación y con la comunicación funcional.

Trabajador/a Social.

Es aquel profesional que con la titulación adecuada realiza las funciones propias de su especialidad.

Diplomado/a universitario/a de enfermería.

Es el profesional que, en virtud de su titulación, es contratado para ejercer las funciones sanitarias propias de su especialidad.

Educador/a Social.

Es quien, con la titulación adecuada, realiza tareas de intervención directa con las personas con discapacidad y familias. Participa con los técnicos en el estudio y elaboración del plan de intervención de cada una de las personas con discapacidad.

Técnico Integración Laboral.

Es la persona, con la titulación adecuada, responsable de la integración laboral de las personas con discapacidad, a través del contacto con empresas para la captación de ofertas de trabajo, así como empleo protegido.

Terapeuta Ocupacional.

Es el profesional que, estando en posesión de la titulación adecuada, evalúa y programa los tratamientos específicos de la materia. Realiza tratamientos de terapia física con la provisión de ayudas técnicas necesarias para las actividades de la vida diaria. Realiza tratamientos para la integración sociolaboral, todo ello en colaboración con el equipo.

Fisioterapeuta

Es el profesional que, estando en posesión de la titulación adecuada, se encarga de la prevención y/o mejora de las alteraciones referentes al aparato locomotor-neurológico. Coordina, asesora, participa y evalúa los tratamientos fisioterapéuticos. Asesora sobre temas de ergonomía y aplicación de ayudas técnicas a los usuarios de los servicios.

Técnico en Atención Temprana.

Es el profesional de grado medio (maestro de educación especial, educación infantil, logopeda, maestro de audición y lenguaje) con formación específica en atención temprana o capacitado para ejercer las funciones correspondientes de tratamiento, según las indicaciones del psicólogo o pedagogo que tutoriza la intervención de los niños y las familias.

Responsable de Actividades de Ocio y Vida Social.

Es el profesional que, estando en posesión de la titulación adecuada, organiza y coordina estas actividades.

1.3.3.3. Personal cualificado

Como personal cualificado aparecen las siguientes profesiones: Monitor/a Ocupacional-Maestro de Taller-Educador o Monitor Técnico en Integración Social-Monitor/a de ocio y tiempo libre-Cuidador /Auxiliar Ocupacional-Intérprete de lengua de signos. Realiza las funciones de atención física, psíquica y sensorial en la vida diaria de la persona con discapacidad o enfermedad mental mediante estrategias y procedimientos más adecuados para mantener y mejorar la autonomía personal y la relación con el entorno. Se incluirán dentro de este grupo los siguientes puestos de trabajo.

Monitor/a Ocupacional /Maestro de Taller.

Es aquel profesional que, con la titulación adecuada o cualquier otra que le habilite para esta función, es responsable de un taller y un grupo de usuarios especialmente, en la aplicación de los programas del área ocupacional y de formación laboral, así como en los de autonomía personal e integración social, en colaboración con el resto del equipo técnico. Es responsable de los recursos instrumentales, en cuanto al control, mantenimiento y transformación de su taller y grupo de trabajo. Participa en la elaboración y ejecución de los programas, registros, evaluaciones correspondientes a los usuarios de su grupo. Es el responsable directo de un grupo de personas con discapacidad en la realización de programas del centro ocupacional, tanto si se desarrollan en la sede del centro como en cualquier otro lugar.

Maestro de Taller.

Es aquel profesional que, con la titulación adecuada o cualquier otra que le habilite para esta función, es responsable de un taller y un grupo de usuarios especialmente, en la aplicación de los programas del área ocupacional y de formación laboral, así como en los de autonomía personal e integración social, en colaboración con el resto del equipo técnico. Es responsable de los recursos instrumentales, en cuanto al control, mantenimiento y transformación de su taller y grupo de trabajo. Participa en la elaboración y ejecución de los programas, registros y evaluaciones correspondientes a los usuarios de su grupo. Es el responsable directo de un grupo de personas con discapacidad en la realización de programas del centro ocupacional, tanto si se desarrollan en la sede del centro como en cualquier otro lugar.

Educador/a o Monitor/a de Residencias, Centros de Día, Viviendas Tuteladas y Centros de Atención a Enfermos Mentales.

Es aquel profesional, que con la titulación adecuada o cualquier otra que le habilite, se dedica a realizar junto con el personal técnico las actividades educativas sociales y culturales que se realicen en el Centro, tanto si se desarrollan en la sede del centro como en cualquier otro lugar.

Aplica bajo la supervisión del personal técnico inmediato superior los programas de aprendizaje de hábitos de autonomía, de habilidades e integración sociales.

Técnico/a en Integración Social.

Es aquel profesional que programa, organiza, desarrolla y evalúa proyectos y actividades tanto si se desarrollan en la sede del centro como en cualquier otro lugar, de entrenamiento de habilidades de autonomía personal y social que tengan por objeto la integración social, valorando la información obtenida sobre cada caso y aplicando las estrategias y técnicas adecuadas.

Monitor/a de ocio y tiempo libre.

Es quien con la titulación adecuada u cualquier otra que le habilite, colabora directamente con el responsable de actividades, si lo hubiere, en la organización y realización de las actividades de ocio y vida social, tanto si se desarrollan en la sede del centro como en cualquier otro lugar.

Intérprete de lengua de signos.

Es el profesional que interpreta la lengua de signos española y/o de otras lenguas de signos del Estado Español y realiza las actividades de estrategias y procedimientos más adecuados para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno.

Cuidador/a / Auxiliar Ocupacional.

Es el/la trabajador/a que, poseyendo la capacidad para desarrollar funciones polivalentes en la asistencia y atención directa de las personas con discapacidad, cuidan del orden y ejecución de las actividades en todos los actos del día y de la noche, colaborando en programas de adquisición de hábitos e, incluso de modificación de conducta, pudiendo tener la responsabilidad de un grupo en actividades de aseo personal, habitaciones, cuidados higiénicos, alimentación, ocio y tiempo libre, excursiones, etc., y demás funciones asistenciales y de integración que le sean encomendadas, tanto si se desarrollan en la sede del centro como en cualquier otro lugar. Estos perfiles profesionales se encuentran fundamentalmente en los centros de día, y en mayor medida en los centros de atención residencial.

Cabe destacar que ha sido en los últimos años cuando se ha realizado una apuesta seria por dotar de mayor nivel de profesionalización a este grupo. Ya que en años no tan lejanos no era necesario acreditar ninguna formación específica para ocupar estos puestos.

Por ello, y entre otras cuestiones, la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establece la formación mínima que debe acreditarse en estos perfiles.

De esta manera, es a partir de 2008 la fecha en la que los cuidadores y cuidadoras, gerocultores y gerocultoras o categorías profesionales similares deberán acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, creada por el Real Decreto 1368/2007, de 19 de octubre (BOE de 25 de octubre), estableciéndose un periodo de transitoriedad en cada Comunidad Autónoma.

1.4. EL ESTRÉS EN LAS RELACIONES DE AYUDA

El término estrés es utilizado por la gran mayoría de las personas de manera frecuente, llegando a ser descrito en ocasiones como término habitual para definir nuestro día a día.

De la misma manera, en el ámbito de las profesiones de ayuda: enfermería, trabajo social, magisterio, medicina, psicología. Es frecuente la necesidad de hacer frente en el trabajo a multitud de estímulos potencialmente estresantes tales como: el contacto constante con el sufrimiento, la intensidad emocional de las situaciones vividas de manera habitual, las tomas de decisiones delicadas que afectan a terceros, la sobrecarga asistencial, elementos todos ellos que pueden convertir a estos profesionales en víctimas potenciales del estrés.

Además, consideramos necesario conseguir identificar el papel que juega el estrés en las relaciones de ayuda, conectándolo también con otros conceptos tales como consideración positiva, nivel de satisfacción con la vida, apoyo social, bienestar psicológico y empatía.

Este análisis nos permitirá determinar posibles relaciones causales, explorar potenciales efectos moduladores entre estas diferentes variables, así como identificar posibles factores de riesgo y protección.

1.4.1. Una aproximación al concepto de estrés

El estrés es un concepto amplio que incluye diferentes componentes y que ha evolucionado a lo largo de la historia. Fue Hans Selye quien inició los estudios sobre esta materia en 1930, introduciendo y describiendo el concepto de “estrés biológico”, identificándolo como tal en un primer momento en situaciones de enfermedad física, pero pasando más adelante a comprobar que no sólo la enfermedad física producía estrés en el ser humano.

A partir de este momento, han sido muchos los estudiosos que han intentado definir y explicar este concepto, partiendo de un marco de comprensión diferente, en función del cual, es recogido como un conjunto de estímulos (Holmes & Rahe, 1967), como respuesta (Selye, 1970) o como proceso de relación individuo-entorno (Lazarus & Folkman, 1986).

Describimos a continuación algunas definiciones del concepto, identificadas a través de los años, y recogiendo de manera cronológica.

Tabla 4*Definiciones de estrés*

Año	Autor	Definición de estrés	Elementos que destacar
1960	Selye, H.	Es del organismo un estado que se manifiesta por el Síndrome General de Adaptación (SGA), formado por las fases de alarma, resistencia y agotamiento.	Tres fases: alarma, resistencia y agotamiento.
1967	Holmes, T.H. & Rahe, R.	El estrés se puede entender como un estímulo o situación que provoca en el individuo un proceso de adaptación, el cual puede llevarlo a comportarse de manera diferente a la habitual	Estímulo que provoca proceso de adaptación
1986	Lazarus, R.S & Folkman, S.	El estrés psicológico es el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno, evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar	Relación particular individuo-entorno
2003	Martínez-Otero, V.	Designa una elevada tensión psíquica producida por situaciones de esfuerzo excesivo, preocupación extrema o grave sufrimiento.	Elevada tensión psíquica.
2003	Fernández-Abascal, E.G.	Considera estrés cualquier estímulo externo o interno (ya sea físico, químico, acústico, somático o sociocultural) que directa o indirectamente, propicia la desestabilización en el equilibrio del organismo, temporal o permanentemente	Estímulo que provoca la desestabilización
2006	Ivancevich, J.M.	El estrés se entiende como una respuesta de adaptación modulada por las características propias del individuo y por procesos psicológicos, y aparece como consecuencia de la percepción de una acción, situación o evento que exige a la persona unas demandas físicas y psicológicas que no son las habitual	Respuesta de adaptación modulada por características del individuo
2006	Serón Cabezas, N.	El estrés es considerado como un conjunto de reacciones que el individuo desarrolla frente a una situación, donde aparece un estímulo que exige un esfuerzo desadaptación, de modo que un factor estresante es aquel estímulo que va a provocar un estado de cambio en el individuo	Conjunto de reacciones ante estímulo
2007	Martínez Díaz, E.S. & Díaz Gómez, D.A.	Es una amplia gama de experiencias, entre las que figuran el nerviosismo, la tensión, el cansancio, el agobio, la inquietud y otras sensaciones similares, como la desmesurada presión escolar, laboral o de otra índole. Igualmente, se lo atribuye a situaciones de miedo, temor, angustia, pánico, afán por cumplir, vacío existencial, celeridad por cumplir metas y propósitos, incapacidad de afrontamiento o incompetencia interrelacional en la socialización.	Amplia gama de experiencias y situaciones.
2008	Inga Espinoza, J.M.	El estrés implica cualquier factor que actúe interna o externamente al cual se hace difícil adaptarse y que induce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de ella misma y con su ambiente externo.	Esfuerzo para mantener equilibrio
2011	García Guerrero, A.	Es un término complejo y a la vez de uso común en la sociedad actual, no existiendo aún consenso en su definición, ya que se puede abordar indistintamente como estímulo, como respuesta o como consecuencia	Abordable como estímulo, respuesta o consecuencia
2019	Juárez, A.	Conjunto de respuestas fisiológicas, psicológicas y conductuales que ocurren en presencia de una amenaza, la cual puede ser real o imaginaria, y que puede ser modificada mediante el reconocimiento, el aprendizaje y la práctica de técnicas de control”	Conjunto de respuestas fisiológicas, psicológicas y conductuales que ocurren en presencia de una amenaza

Fuente: Elaboración propia

De manera conclusiva, podríamos señalar que el estrés puede ser entendido como estímulo que provoca la reacción de estrés, como reacción o respuesta de la persona y como resultado de interacción entre las características del individuo y los recursos con los que cuenta la persona ante un entorno evaluado como amenazante.

Ya para finalizar, hay que apuntar que el estrés no está conformado por una variable única, sino que está compuesto por un conjunto de variables y procesos relacionados entre sí, entre los que cabe destacar los siguientes: las características personales, el entorno, los acontecimientos vitales anteriores y sus resultados (Lazarus et al., 1985). En nuestro caso, somos conscientes de que el entorno puede resultar amenazador en ocasiones por diversas circunstancias, entre las que cabría citar: la realidad en ocasiones compleja y la discapacidad como condición no homogénea que hace necesaria distintos tipos de intervención en personas con el mismo diagnóstico, las demandas y altas expectativas de las familias en relación a lo que los servicios deben ofrecerles y que superan, en ocasiones, la carta de servicios real y, en último lugar, y no por ello de menor calado, el alto nivel de carga asistencial por el hecho de contar con ratios bajas para la atención directa (Ineland et al., 2018; Mutkins et al., 2011; Rose & Rose, 2005; Ryan et al., 2021).

1.4.2. Tipos de estrés y modelos explicativos

De la lectura de la literatura científica en este campo (Duval et al., 2010; Labrador & Crespo 1993), se desprende de manera clara el planteamiento de que el estrés no es algo negativo ya que describe el proceso adaptativo del ser humano, y que en determinados momentos se presenta como necesario al poner en marcha diferentes mecanismos para hacer frente a diferentes situaciones, que podemos identificar como hostiles. Al respecto, Selye señaló que el estrés es ineludible porque forma parte de la naturaleza del ser humano, al estar asociado a estímulos o experiencias agradables y desagradables, mencionando que "Cuando se afirma que un individuo sufre de estrés significa que éste es excesivo y que implica un sobreesfuerzo del organismo al tratar de sobreponerse al nivel de resistencia de éste" (Selye, 1974, citado en Sandín, 1995, p. 5).

Sin embargo, es bien cierto también que, este estrés puede transformarse en disfuncional por diferentes causas, entre las que podemos señalar como las más significativas: la frecuencia, la dilatación en el tiempo o la intensidad del mismo (Cozzo & Reich, 2016; Merín-Reig et al., 1995).

Por otra parte, existen diferentes modelos explicativos que han ido siendo desarrollados a lo largo del tiempo, quedando aglutinados en tres grandes enfoques.

Teorías basadas en la respuesta de Selye

El estrés se entiende como la respuesta, partiendo de la idea que estima que el organismo responde de manera automática ante las circunstancias ambientales, es decir, se considera como una reacción adaptativa.

Fue Selye (1936) quien señaló que el organismo desencadena un conjunto de respuestas fisiológicas ante estímulos adversos, conceptualizándolo en un principio como síndrome general de adaptación.

Selye (1963) partía del supuesto de la existencia de estresores casi universales, de ahí que hablara de ciertas condiciones ambientales que contaban con la capacidad para llegar a consumir la resistencia de cualquier organismo.

Teoría basada en el estímulo de Holmes y Rahe

Fueron Holmes & Rahe (1967) quienes entendieron el estrés como un estímulo o situación que provoca en el individuo un proceso de adaptación, el cual puede encaminarlo a comportarse de manera diferente a la habitual.

Teoría basada en la interacción de Lazarus y Folkman

Lazarus & Folkman (1986) proponen el modelo transaccional del estrés como una interacción entre el ambiente y el individuo, en la que se conjugan la manera del individuo de percibir la demanda y los recursos de los que dispone para dar respuesta a la misma.

Desde este modelo (Folkman et al, 1987), el estrés no es concebido sólo como estímulo o respuesta, sino que también se tiene en cuenta la interacción entre las características de la situación y los recursos del individuo.

Además, se identifica como relevante la valoración que la persona hace de la situación, de tal manera que las características personales condicionan la percepción de amenaza y también, disponen la respuesta a seguir ante el estresor percibido (Lazarus & Folkman, 1984). Es decir, que, los rasgos de personalidad y los diferentes estilos de afrontamiento pueden aclarar la considerable diferencia individual con que los trabajadores perciben las demandas laborales (Montero-Marin et al., 2014)

Como hemos comentado anteriormente, el estrés afecta a cada persona de manera distinta, ya que se requiere tanto de la situación estresante como de una persona vulnerable para generar la reacción de estrés (García-Guerrero, 2011; Lazarus, 2000; Peiró, 1993).

Este modelo es el que cuenta con mayor base empírica y fuerza teórica (Cox, 1978; Endler & Parker, 1990, 1994; Merín-Reig et al., 1995). Desde este encuadre, se acepta que los diferentes estímulos pueden conducir a respuestas emocionales diferentes en base a las evaluaciones cognitivas realizadas por la persona sobre la situación que le acontece y los recursos de los que

dispone, reconociéndose además la existencia de diferencias individuales en lo que a la capacidad percibida para hacer frente a esos estímulos se refiere.

Teorías específicas aplicadas en el ámbito de la discapacidad intelectual

Por otra parte, existen trabajos de investigación donde se identificaron cinco teorías del estrés que se habían aplicado en la investigación de la discapacidad intelectual (Devereux et al, 2009): persona-entorno, demanda-apoyo-control, cognitivo-conductual, sobrecarga emocional y teoría de la equidad.

A continuación, presentamos de manera esquematizada las variables clave y los procesos clave que conducen al estrés en cada una de estas teorías.

Tabla 5

Características clave de cinco teorías del estrés laboral

Teoría	Variables clave	Procesos clave que conducen al estrés
Persona-ambiente	características del trabajo características del trabajador	Una interacción entre la persona y el ambiente de trabajo. Un desajuste entre la persona y el entorno puede conducir a la tensión experimentada a través de la sobrecarga de roles, la ambigüedad de roles y el conflicto de roles.
Demanda-apoyo-control	El trabajo exige apoyo de latitud de decisión	Una interacción entre demanda, apoyos y control en el trabajo. Donde la demanda es alta y el control bajo y el apoyo bajo, entonces mayor riesgo de estrés
Cognitivo-conductual	Evaluación de las exigencias del trabajo recursos de afrontamiento	Evaluación primaria de las demandas del trabajo y evaluación secundaria de los recursos de afrontamiento
Sobrecarga emocional	demandas interpersonales	Las demandas interpersonales en los servicios humanos agotan los recursos emocionales y conducen al estrés/agotamiento
Teoría de la equidad	Resultados e insumos en las relaciones	La percepción sobre la inequidad en una relación conduce a la angustia

Fuente: (Devereux et al., 2009)

Como resultado del análisis de estas cinco teorías aplicadas en la investigación en el ámbito específico del estrés y la discapacidad intelectual, Devereux et al. (2009) concluye que, si bien hay puntos en común, estas teorías dibujan diferentes procesos a través de los cuales se despliega el estrés:

El modelo persona-entorno ve el estrés como resultado del desajuste entre la persona y el entorno; el modelo demanda-control-apoyo postula un papel importante para los conceptos de control y apoyo en el trabajo para moderar las demandas del trabajo; el modelo cognitivo-conductual pone énfasis en la evaluación y las habilidades de afrontamiento; el modelo de sobrecarga emocional pone el foco en la relación cliente-trabajador; y la teoría de la equidad también se enfoca en la percepción de las relaciones que el personal tiene con los clientes pero también con la organización. (p.569)

Estas cinco teorías cuentan con elementos que pueden ayudar a entender las causas de este fenómeno e introducir acciones que mitiguen el efecto negativo del estrés en estos profesionales.

1.4.3. El estrés en el ámbito de la discapacidad intelectual

Como ya hemos recogido anteriormente, los profesionales que trabajan en el ámbito de la diversidad funcional tienen que hacer frente en su trabajo a multitud de estímulos que cabrían ser considerados potencialmente estresantes, pudiendo identificar algunos de ellos, tales como: sobrecarga asistencial, acompañamiento de situaciones de fragilidad y sufrimiento, toma de decisiones delicadas que afectan a terceros (Devereux et al., 2009; Hatton et al., 1999; Kowalski et al., 2010; Mutkins et al., 2011; Outar & Rose, 2017; Robertson et al., 2005; Rose & Rose, 2005). En esta línea, Outar & Rose (2017) ponen de manifiesto que el estrés psicológico se presenta como un problema entre el personal que trabaja con personas con discapacidad intelectual, añadiendo que se ha demostrado que el estrés en los servicios de discapacidad intelectual afecta entre el 25% y el 32% del personal. De hecho, el estrés psicológico se valora como un problema relevante entre quienes trabajan con adultos con discapacidad intelectual, tanto por su alta tasa de incidencia percibida como por sus implicaciones para brindar servicios de calidad (Alexander & Hegarty, 2000; Skirrow & Hatton, 2007).

En un buen número de investigaciones se recoge que las profesiones de ayuda, en el ámbito sanitario, docente y social cuentan con un alto nivel de estrés (Amutio et al., 2008; Ballester-Arnal et al., 2016; Blanco-Donoso et al., 2021; Castañeda & García, 2022; Danet, 2021; Munsuri, 2018; Peisah et al., 2009).

Sin embargo, resulta llamativo que en algunas investigaciones llevadas a cabo en este ámbito, los datos no arrojan un nivel de estrés elevado (Guerrero-Barona, 2020; Hickey, 2014), si bien, entendemos que es posible que este dato sea el resultado, tal y como recogió Hickey (2014) del efecto amortiguador que tiene la motivación prosocial en la moderación en relación al nivel de estrés. La motivación prosocial se define como el deseo de participar en un trabajo que pueda reportar beneficios a los demás (Batson, 1987; Grant, 2007).

Tal y como decíamos el estudio de Hickey (2014) exploró si la voluntad de colaborar en un trabajo que era beneficioso para los demás moderaba los efectos del estrés, encontrando una respuesta positiva a esta hipótesis.

Por otra parte, en estos momentos, el concepto de estrés laboral se entremezcla con otros de máxima actualidad, entre los que cabe destacar los conceptos de fatiga por compasión, *burnout*, desgaste laboral... Si bien, siendo conscientes de la existencia de estos conceptos y de las diferencias y puntos en común que pudieran existir entre todos ellos, no vamos a profundizar en esta cuestión.

En este sentido, Montalbán et al. (1996) reconocen el *burnout* como una modalidad de estrés laboral específica, el estrés laboral asistencial, y por otra parte, (Llorent & Ruiz-Calzado, 2016; Moreto et al., 2018) consideran el *burnout* una consecuencia prolongada a situaciones estresantes. Esta teoría fue desarrollada y sustentada por Maslach & Jackson, (1981) quienes formularon que el estrés laboral asistencial es un síndrome de desgaste de profesionales que de manera específica se puede dar en aquellos profesionales que desarrollan su labor ofreciendo ayuda directa a otras personas y lo presentaban conformado por tres dimensiones básicas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Este enfoque, conceptualizado también como agotamiento, señala que cuenta con un atractivo particular en el marco de las discapacidades intelectuales (Hastings et al., 2004). El agotamiento (*burnout*) se ha definido normalmente como un estado de agotamiento físico, emocional y mental que se produce cuando los trabajadores se sienten sobrecargados por las exigencias de una participación a largo plazo en situaciones emocionalmente exigentes (Innstrand et al., 2002).

Estos autores siguen señalando que, la construcción del agotamiento tiene ventajas particulares sobre las conceptualizaciones más tradicionales del estrés, ya que, tiene en consideración las consecuencias a largo plazo en la actitud, las emociones y el comportamiento de la exposición prolongada al estrés.

Se entiende, por tanto, como un proceso dinámico en el que los sentimientos iniciales de estrés pueden conducir a medio/largo plazo al agotamiento y finalmente a un cambio de actitud y comportamiento hacia los usuarios del servicio.

A continuación, presentamos una recopilación de diferentes conceptos de estrés laboral presentados por diferentes autores:

Tabla 6

Definiciones de estrés laboral

Año	Autor	Definición de estrés laboral
2001	Buendía, J. & Ramos, F.	Estado de tensión nerviosa excesiva o sobreesfuerzo físico y mental que surge como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas que se presentan a nivel organizacional y las capacidades de cada profesional cuando éstas están sobre o infrautilizadas, es decir, de una mala adecuación entre las capacidades personales y las demandas laborales
2004	Pines, A.M.	Estado caracterizado por baja autoestima, fatiga emocional y física, impotencia, desesperanza, pérdida de entusiasmo en el trabajo y en la vida en general.
2005	Gil-Monte, P.	Respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización
2008	Peiro, J. & Rodríguez, I.	Experiencia subjetiva de una persona, producida por la percepción de que existen demandas excesivas (estresores) difíciles de controlar pudiendo tener consecuencias negativas (strain) para ella
2008	Stavroula, L.	Reacción que puede tener el individuo frente a las exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, pocas oportunidades para tomar decisiones o ejercer control poniendo a prueba su capacidad para afrontar la situación
2012	Dargahi, A., & Alirezaie, S.	Factor físico, químico o emocional que causa tensión corporal o mental y puede ser un factor en la causa de la enfermedad
2015	Llapa, E.O., Goes Da Silva, G., Lopes Neto, D., López, M.J., Seva, A.M. & Lisboa, C.F.	Resultado de demandas que exceden la capacidad de control laboral del trabajador.
2016	Navinés, R., Martín-Santos, R., Olivé, V. & Valdés, M.	Respuesta que se produce cuando las demandas y las presiones laborales no se corresponden con los conocimientos y habilidades del trabajador, y sobrepasan su capacidad para hacerles frente

Fuente: Elaboración propia

En resumen, tal como apuntan Osorio & Cárdenas (2017), las definiciones de estrés giran en torno a tres elementos claves: la adaptación del ser humano a las demandas externas que recibe, a las posibilidades con que cuenta el organismo para hacerles frente y al estado del organismo.

Por otra parte, resulta necesario señalar que, si bien, en los últimos años ha habido una proliferación de artículos científicos relacionados con el estrés laboral y burnout en el ámbito docente y sanitario, sin embargo, existen pocas evidencias de investigaciones centradas en el ámbito de atención social y, más en concreto, en el sector de la discapacidad intelectual.

Es importante señalar que en el sector de los servicios sociales, y de manera más concreta en los servicios de atención a personas con discapacidad intelectual se está trabajando en ocasiones, con recursos humanos insuficientes, asignando a los profesionales, en muchos momentos mayores responsabilidades y mayor carga de trabajo, situaciones todas ellas susceptibles de generar estrés laboral (Mutkins et al., 2011).

En este sentido, el trabajo con personas con discapacidad ha sido estimado por diferentes autores como un sector en el que se reconoce un alto nivel potencial de estrés ocupacional y burnout (Devereux et al., 2009; Serrano & Payá, 2015).

En la misma línea argumentativa, Cobos (2017) expone que

Las ocupaciones cuyo objetivo es asistir a otras personas se encuentran muy relacionadas con situaciones potencialmente estresantes, desarrollándose en muchas ocasiones en un contexto en el que el contacto con la marginalidad, la insensibilidad, la injusticia, la falta de voluntariedad por parte del asistido, las problemáticas de difícil solución y el alto nivel de exigencia suelen estar muy presentes. (p.144)

Además, estudios importantes (Heliz et al, 2015) aunque sitúan su investigación en el ámbito de centros residenciales que trabajan con menores en situaciones de riesgo, recogen estresores laborales que pueden ser aplicados claramente a todo el sector de atención de servicios sociales y, en concreto, al ámbito de la discapacidad intelectual. Señalan que habría que sumar estresores laborales tales como: la sobrecarga laboral, poca autonomía en el desarrollo de la tarea, turnos de trabajo, bajos salarios, escasez de recursos, etc.

Por otra parte, Lázaro (2004) sitúa la realidad actual de los espacios de intervención social de una manera que invita poco a la esperanza, ya que considera que estos espacios están condicionados por la disminución del Estado de Bienestar y que esto implica un incremento en la presión que se ejerce sobre los/as profesionales que se ven envueltos entre las exigencias de las organizaciones, los requerimientos de los/as ciudadanos/as y sus principios profesionales.

Así mismo Gavín et al. (2020) fundamentando su aportación en diferentes autores, reconocen que las profesiones de atención directa a colectivos en situación de vulnerabilidad, como las personas con discapacidad intelectual, fundamentan su actividad en la mejora y bienestar de éstos, prestando los apoyos necesarios para el desarrollo de aspectos cotidianos de una manera lo más normalizada posible. Sin embargo, el agotamiento derivado del contacto prolongado y estrecha relación establecida con las

personas a su cargo, la actual tendencia y debilitamiento del Estado del Bienestar, junto a la escasez de servicios y recursos prestados, están incidiendo en las condiciones socio-laborales de estos profesionales, dando lugar a situaciones de desgaste, ansiedad y estrés laboral. (p.428)

Ante esta afirmación tan clara y contundente, es importante recordar, que los efectos del estrés no sólo repercuten de manera negativa en el trabajador, sino que además tienen efectos directos e indirectos en las organizaciones (Rey et al, 1997; Robertson et al., 2005).

De hecho, el estrés y la moral del personal se han identificado como los principales problemas que afectan la calidad de los servicios para las personas con discapacidad intelectual (Durán et al., 2001; Hatton et al., 1999) .

Por tanto, si bien no existe abundante evidencia científica que nos permita conocer el nivel de estrés en el colectivo de profesionales que trabajan con personas con diversidad funcional, sí que se podría concluir que del análisis de los artículos científicos publicados, todos apuntan al hecho de que la realidad de estos servicios presenta un entorno que puede identificarse como potencialmente estresante (Devereux et al., 2009; Ryan et al., 2021; Skirrow & Hatton, 2007; Vassos & Nankervis, 2012).

Avanzando en el análisis, Hatton et al. (1999) concluyen que si las organizaciones quieren limitar con éxito el estrés del personal, es necesario identificar los factores que influyen en el estrés. Por ello, después de un estudio sobre la materia, sintetizan los factores que se asocian con un alto nivel de estrés y una baja moral del personal en los servicios comunitarios para personas con discapacidad intelectual.

1. Factores internos del personal. Estos incluyen la edad del personal más joven, la salud personal, las creencias del personal y las reacciones emocionales al comportamiento desafiante del usuario, y las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal para lidiar con los problemas del lugar de trabajo, particularmente estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, como las ilusiones
2. Características de los usuarios del servicio. Estos se centran en los comportamientos desafiantes que en ocasiones muestran los usuarios del servicio y las habilidades deficientes de los usuarios.
3. Factores intrínsecos al puesto de trabajo. Los factores aquí incluyen sobrecarga de trabajo, falta de variedad de trabajos, bajos ingresos y el impacto emocional de trabajar con personas con discapacidad intelectual.
4. Apoyo social. Estos incluyen retroalimentación sobre el desempeño laboral, y apoyo tanto práctico como emocional de colegas, supervisores y gerentes.

5. Desarrollo de carrera. Los factores en esta área incluyen la falta de seguridad laboral, la falta de perspectivas de promoción y la falta de capacitación adicional y desarrollo de habilidades.
6. Rol en la organización. Los factores en esta área incluyen la ambigüedad de roles, es decir, no tener claro lo que implica el trabajo y el conflicto de roles.
7. Estructura y clima organizacional. Los factores en esta área incluyen estructuras organizacionales jerárquicas, falta de participación en la toma de decisiones organizacionales, compromiso con la organización, particularmente en términos de alienación de la organización y falta de 'ajuste' persona-organización.
8. Interfaz de trabajo en casa. Algunos trabajos han sugerido un vínculo entre el alto nivel de estrés del personal y las demandas conflictivas entre el trabajo y el hogar.

Por otra parte, Maslach & Jackson (1981), proponen los siguientes factores estresantes que pueden llegar a producir el estrés laboral asistencial:

1. Factores individuales, que corresponden a las características de la personalidad.
2. Factores de interacción, que tiene que ver con la comunicación entre iguales y con y los superiores.
3. Factores del sistema: cultura organizacional, apoyo social y tecnología.

También Kozak et al.(2013) desarrollaron un estudio para identificar estos factores en el ámbito específico de la discapacidad intelectual, concluyendo con los siguientes:

1. Los conflictos de roles, que surgen cuando no hay información adecuada sobre el desempeño laboral, o cuando se deben cumplir demandas contradictorias en el trabajo
2. Las demandas laborales, entendidas como las altas demandas emocionales de la interacción con las personas con discapacidad intelectual
3. La precariedad laboral

Finalmente, existen estudios (Maslach & Leiter, 1997, citado en Innstrand et al, 2002) que identifican seis fuentes de agotamiento o factores estresantes también circunscrito al ámbito de la discapacidad intelectual: sobrecarga de trabajo, falta de control, recompensa insuficiente, pérdida de seguridad laboral, falta de equidad y conflicto de valores.

En último lugar, cabe señalar que Ryan et al. (2021) afirman que son tres factores los que están relacionados con niveles más altos de estrés y agotamiento entre los trabajadores del cuidado de personas con discapacidad intelectual: las demandas excesivas en el lugar de trabajo, un bajo nivel de control y la falta de apoyo. También, Vassos et al. (2019) llevaron a cabo una investigación en Australia, contando con una muestra de 325 profesionales que trabajaban en servicios de apoyo para para personas con discapacidad.

En dicha investigación, hallaron que la alta carga de trabajo, el bajo control sobre la carga del trabajo y el bajo apoyo de los colegas correlacionaron con un mayor agotamiento y un menor compromiso laboral, y el alto apoyo de los colegas o el control del trabajo limitaron el efecto de la carga de trabajo en estos resultados.

A continuación, realizamos, de manera conclusiva, la síntesis en relación con los factores que, según diferentes autores influyen en el aumento del nivel de estrés.

Tabla 7

Factores que influyen en el aumento del estrés

Año	Autores	Factores influyentes
1999	Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Swarbrick, R., Alborz, A.	Factores internos del personal, características de los usuarios del servicio, factores intrínsecos al puesto de trabajo, apoyo social, desarrollo de carrera, rol en la organización, estructura y clima organizacional, interfaz de trabajo en casa.
1981	Maslach, C., & Jackson, S.	Factores individuales, factores de interacción, factores del sistema.
2013	Kozak, A., Kersten, M., Schillmöller, Z., & Nienhaus, A.	Conflictos de roles, demandas laborales, precariedad laboral
2002	Maslach, C. & Leiter, M.P citado en Innstrand et al.	Sobrecarga de trabajo, falta de control, recompensa insuficiente, pérdida de seguridad laboral, falta de equidad y conflicto de valores.
2021	Ryan, C., Bergin, M. & Wells, J.S G.	Demandas excesivas en el lugar de trabajo, un bajo nivel de control y la falta de apoyo.

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, también resulta necesario definir conceptualmente el estrés percibido y el estrés relacional.

El estrés percibido es un concepto psicológico que ha sido muy estudiado en las últimas dos décadas (Lee et al., 2013). Se define como la relación que se da entre la persona y el entorno que se evalúa como superior a los recursos disponibles, la *evaluación* (la percepción y evaluación propias del apoyo social en la situación) y el *afrentamiento* (pensamientos y acciones esforzados o decididos para manejar o superar situaciones estresantes (Lazarus & Folkman, 1984). Es decir, el estrés percibido busca medir el grado en el cual los individuos valoran como estresantes las situaciones que viven. En este sentido, la evaluación cognitiva del estrés de una persona es el factor fundamental en la evaluación de eventos estresantes (Cohen et al. 1983).

Por tanto, diríamos que la evaluación cognitiva es una variable clave en las respuestas frente al estrés (Lazarus & Folkman, 1984). Esta respuesta se desarrolla a través de dos procesos: la evaluación primaria y secundaria. La valoración primaria se refiere a la evaluación de un

individuo acerca de la importancia de un evento como estresante, positivo, controlable, desafiante o irrelevante (Lazarus & Folkman, 1984). La evaluación secundaria alude a la evaluación del individuo sobre sus propios recursos y las diferentes opciones con las que cuenta para hacer frente a la situación estresante.

Ampliando la visión, Kamarck & Mermelstein (1983) conceptualizan el “estrés Percibido como una variable de resultado que mide el nivel de Estrés experimentado en función de eventos estresores objetivos, procesos de afrontamiento, factores de personalidad, etc.”. Por su parte, Remor (2006) plantea que el nivel de estrés percibido correspondería al grado en el que una persona considera que su vida es impredecible, incontrolable o agotadora.

En definitiva, el estrés percibido se puede conceptualizar como el grado en que una situación en la vida de uno se evalúa como estresante (Cohen et al., 1983) y, en consecuencia, como apuntábamos anteriormente, como resultado de evaluaciones primarias y secundarias (Lazarus, 1999). En otras palabras, el estrés percibido es el resultado del estado que revela la evaluación global acerca de la importancia y la dificultad para enfrentar los desafíos personales y ambientales (Spada et al., 2008). En este sentido, (Bardeen et al, 2013) señala que las valoraciones subjetivas que el sujeto realiza, cuentan con mayor peso e importancia, más que los eventos estresantes en sí mismos.

Uno de los elementos que pueden contribuir en la evaluación y respuesta al estrés es la personalidad. Ciertos rasgos de personalidad como el neuroticismo, la escrupulosidad y la extroversión tienen asociaciones particularmente fuertes con el estrés percibido (Afshar et al., 2015). De manera concreta, las personas con niveles más altos de neuroticismo tienen tendencia a experimentar mayores niveles de estrés percibido que las personas con niveles más altos de escrupulosidad y extroversión (Lecic-Tosevski et al., 2011).

Además, el estrés percibido debilita el bienestar emocional, y, a su vez, un bienestar emocional más pobre puede acrecentar el nivel de estrés percibido (Chang, 2022). En este sentido, una gran cantidad de estudios han concluido con la idea de que el estrés percibido está fuertemente relacionado con emociones negativas como la ansiedad, la ira y la depresión (Spada et al., 2008).

En una investigación con una muestra de 1196 estudiantes de secundaria, los resultados indicaron que el estrés percibido se asoció negativamente con la satisfacción con la vida (Zheng et al., 2019).

En otra investigación cuyo objetivo fue examinar los fenómenos de *burnout* y estrés percibido en docentes de Instituciones de Educación Superior (Teles et al., 2020), los resultados indicaron que los docentes mayores de 60 años presentaron menores niveles de estrés percibido, al igual

que los docentes con más experiencia docente. También las mujeres exhibieron niveles más altos de estrés percibido que los hombres.

Dentro de una determinada organización laboral podemos considerar distintos aspectos vinculados al estrés. Por un lado, podríamos considerar el estrés desde un punto de vista estructural que surge como consecuencia de una mala organización del trabajo en cuanto a la relación entre la carga de tareas a realizar y los recursos humanos y técnicos para llevarlas a cabo. Por otro lado, tendríamos el estrés ligado a las competencias personales, estrés competencial que aparece cuando no estamos lo suficientemente preparados para realizar una determinada función o tarea. Por último, siendo el más complejo de paliar, tendríamos el estrés relacional estaría causado no por un problema estructural o de competencias del trabajador, sino que es fruto de un clima organizacional tóxico en general o de malas relaciones inter-personales en particular. El estrés relacional hace referencia a la frecuencia con la que ciertas situaciones identificadas como estresantes (Gray-Toft & Anderson, 1981), se dan en el ámbito laboral, en nuestro caso. El estrés relacional se refiere a las experiencias con otros que causan agitación o angustia, pero no al estrés extremo que provoca una excitación que excede ampliamente los límites reguladores de la ventana de tolerancia (Ogden et al., 2006). En concreto, en nuestro ámbito de estudio, cuando deseamos poder medir el nivel de estrés relacional, buscamos poder identificar situaciones relacionales que pueden darse en el trabajo de atención a personas con discapacidad, situaciones generadoras de estrés tales como; recibir amenazas o insultos de usuarios, familiares demasiado exigentes, tener que realizar contenciones...

Estas situaciones relacionales calificadas de estresantes han sido identificadas por Gray-Toft & Anderson (1981) a partir de la literatura revisada y de entrevistas realizadas a diversos profesionales que describen distintas situaciones potencialmente causantes de estrés en el trabajo desempeñado.

Hablamos de eventos estresantes para referirnos a aquellas situaciones frustrantes, demandas y contrariedades que ocasiona la relación cotidiana con el medio, que son de alta frecuencia, baja intensidad y alta predictibilidad (Trianes et al., 2009). Diversas investigaciones señalan que el estrés relacional crónico aumenta los síntomas de la enfermedad crónica (Wheeler et al., 2020).

Relacionado con situaciones que generan estrés relacional, el comportamiento desafiante y la desigualdad en las relaciones entre el personal y sus clientes, sus colegas y su organización parecen tener un impacto significativo en el estrés y el bienestar de los trabajadores de este sector de atención a personas con discapacidad intelectual (Ryan et al., 2021).

Sin embargo, en el ámbito de la atención a personas con discapacidad intelectual, cabe señalar que tal y como recoge (Carver et al., 2022) muchas personas en roles de cuidado de primera línea están empujadas por un firme deseo de compromiso, lo que puede actuar como un fuerte

motivador para su trabajo, con independencia de los desafíos que afrente en el puesto de trabajo (Bakker et al, 2011).

1.4.4. Repercusiones del estrés en el desarrollo del modelo de ACP

La Atención Centrada en la Persona (ACP) se presenta como un encuadre que favorece la personalización de los cuidados y, por tanto, con grandes posibilidades para encaminar el modo de diseñar los servicios y la buena práctica profesional (Martínez-Rodríguez, 2013).

Asimismo, Van der Cingel et al. (2016) señala que según la literatura científica las intervenciones desarrolladas desde el modelo ACP en centros de atención a personas mayores repercute, en los profesionales en la aparición de una serie de factores positivos, entre los que recoge la reducción del estrés.

Por otra parte, Pines (2004) recoge que los trabajadores con mayor probabilidad de sufrir estrés son los que cuentan con altas expectativas y altos objetivos. En definitiva, señala que son personas altamente motivadas y comprometidas que cuando no encuentran o pierden el significado de su trabajo son más vulnerables a sufrir estrés. Es decir, que, siguiendo el discurso de Pines (2004) podemos concluir que aquellos con mayores capacidades actitudinales por contar con un alto nivel de compromiso, y, por tanto, aquellos que cuentan con un mayor nivel competencial para el desarrollo del modelo de ACP pudieran ser identificados como colectivo que podría desarrollar mayor nivel de riesgo ante el estrés.

Ante esta realidad, sería necesario establecer medidas en las organizaciones que ayuden a prevenir el estrés y a favorecer un mejor manejo de este en los profesionales, con el fin de que los que cuentan con mayores capacidades actitudinales por contar con un alto nivel de compromiso puedan seguir desarrollando su tarea de la misma manera. De hecho, diversas investigaciones afirman la importancia de la formación en habilidades relacionales para un mejor manejo del estrés (Alba, 2015; Guerrero-Barona et al., 2020; Lázaro, 2004; Lázaro et al., 2021; Martínez et al., 2015; Ryan et al., 2021), considerando que una de las bases del Modelo de ACP parte de una relación y vinculación adecuada entre profesionales y usuarios, y que una buen desarrollo de la misma requiere de formación específica.

Además, investigaciones recientes han evidenciado que profesionales sanitarios que presentan un alto desarrollo de habilidades sociales en el trato con sus pacientes, cuentan con más recursos para hacer frente al desgaste emocional (San-Martín et al., 2017).

Por otra parte, se define el estrés de conciencia indicando que aparece cuando los profesionales de la salud se sienten incapaces de ofrecer la calidad de atención que creen que se requiere (Glasberg et al., 2006) .

Por ello, un profesional con estrés de conciencia y que, por tanto, considera que no está desarrollando su tarea de atención y cuidado con la calidad mínima, difícilmente puede estar

desarrollando un modelo de atención centrado en la persona, aunque la organización en la que se encuentra cuenta con un Plan de Atención Centrada en la Persona, dado que el estrés puede estar relacionado con prácticas abusivas (White *et al.* 2003).

Así mismo (Lawson y O'Brien 1994, como se citó en Hastings, et al, 2004) afirman que en el ámbito específico de la atención a personas con discapacidad, se ha encontrado que el personal que se encuentra bajo niveles relativamente altos de estrés se relaciona de manera diferente con los usuarios. En particular, el personal bajo estrés interactúa con menos asiduidad con los usuarios y se implica en menos encuentros positivos con los clientes. Como consecuencia de esta afirmación, nos resulta difícil pensar en profesionales con un nivel de estrés alto que puedan replicar en su atención diaria el modelo de ACP.

También, diversas investigaciones concluyen que un marco de trabajo centrado en la persona provee a los profesionales sanitarios de un mayor control sobre su trabajo, lo que aminora la tensión laboral y les posibilita prestar una atención más en sintonía con las necesidades de los pacientes, lo que correlaciona con una disminución del estrés (Martínez et al., 2015; Sjögren et al., 2015; Summer et al., 2020; Vassbø et al., 2019).

En esta línea, Van Diepen et al. (2022) realizaron una investigación en Suecia en el ámbito hospitalario, este estudio medía la atención centrada en la persona, la tensión laboral, el estrés de conciencia y la intención de irse. Los análisis de regresión mostraron que un mayor desarrollo de la atención centrada en la persona se asoció con un menor estrés de conciencia y menos intención de irse.

Antes estos planteamientos, cabría considerar que el modelo de atención centrado en la persona se presenta como un elemento protector ante el estrés y sus consecuencias negativas.

Asimismo, partimos de la consideración de que la aplicabilidad del modelo de ACP requiere de profesionales comprometidos, capaces de establecer relaciones terapéuticas a través de las que ir construyendo el proyecto vital de las personas a las que acompañan.

En este sentido, los profesionales con niveles altos de estrés mantenido veían mermada su capacidad asistencial, derivando esta circunstancia en claras implicaciones en la calidad de la intervención (Kearney et al., 2009; Schröder et al., 1996).

En la misma línea, Arce et al. (1998) señalaron que si se mantenía en el tiempo el balance negativo entre las demandas, que eran recibidas como amenazas y el nivel de recursos para afrontarlas, las energías del profesional se veían minadas y como consecuencia la asistencia se cubría de apatía.

Es por lo anterior, y partiendo de la literatura que establece que el estrés y el agotamiento afectarán el comportamiento de ayuda del personal, con evidencia que apunta a que los niveles más altos de estrés pueden estar asociados con una interacción reducida con los clientes (Rose et

al. 1998) que podemos inferir de manera clara que los profesionales que cuentan con un alto nivel de estrés difícilmente pueden desarrollar e implementar de manera real y cotidiana el modelo de ACP.

De hecho, las consecuencias que generan un alto nivel de estrés entre los profesionales, consecuencias que afectan a la calidad asistencial y entre las que destacan: baja implicación laboral menor esfuerzo e interés profesional, bajo interés por las actividades laborales, aumento de los conflictos interpersonales con superiores, compañeros y usuarios (Arranz et al, 1999) .

Diversos autores afirman que la formación en *counselling* y en habilidades relacionales, es un claro factor de protección frente al estrés y por tanto una de las estrategias fundamentales para maximizar el nivel de competencia al menor costo emocional posible. (Arranz et al., 1999; Arranz et al., 2005; García-Llana et al., 2011; Guerrero-Barona et al., 2020). Al hilo de esta aseveración, y en el marco del modelo de estrés presentado por Lazarus & Folkman (1984), es posible reconocer que un mayor nivel de competencia relacional correlaciona a la inversa con un mejor manejo del estrés, dado que la persona cuenta con un mayor número de herramientas personales que le dotan de recursos frente a esos posibles estresores (Arranz et al., 1996; Arranz et al, 1997).

1.4.5. Estrés laboral durante la COVID-19

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública derivada del COVID-19 como pandemia internacional. Sin duda, la coyuntura ocasionada por esta realidad ha generado una crisis social y sanitaria sin precedentes y de enormes dimensiones.

Es bien cierto que la pandemia actual producida por la COVID-19 ha generado un gran impacto en toda la sociedad, y en el ámbito laboral también ha ocasionado nuevos riesgos que afectan a la salud y el bienestar de los profesionales de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual (Courtenay, 2020; Embregts et al, 2021). De hecho, todas las situaciones que acompañan a esta crisis sanitaria están produciendo un impacto emocional también en el ámbito laboral (Espada et al., 2020). Existe un buen número de investigaciones científicas que han estudiado el estrés laboral y el burnout durante la actual pandemia COVID-19 (Bellido et al., 2021; Chen et al., 2020; Danet, 2021; Fattori et al., 2021; García-Iglesias et al., 2020; García-Torres.et al. 2021; Rodríguez-Rodríguez et al., 2021).

Entre ellos, Quiranza (2020) realizó una revisión sistemática cualitativa de búsqueda de artículos científicos, concluyendo, que, el 70% de las investigaciones que abordaron el estrés laboral durante la COVID-19 se centran en profesionales de la salud y/o personal docente.

En este sentido, es bien cierto que en el marco de atención a personas con diversidad funcional existen pocas investigaciones que hayan estudiado el impacto de la pandemia en estos servicios

y en el nivel de estrés de los profesionales de este sector, encontrando que el mayor volumen de estudios científicos relacionados con estrés laboral durante la pandemia se centran en los profesionales sanitarios y docentes (Quiranza, 2020).

Sin embargo, durante la pandemia, los centros de atención a personas con diversidad funcional tuvieron que realizar grandes esfuerzos para seguir interviniendo desde la distancia con este colectivo, en proceso de adaptación constante y ante esta realidad y reconociendo las graves consecuencias que tenía el aislamiento en estas personas que necesitan de apoyos profesionales para mantener sus niveles de autonomía (Courtenay & Perera, 2020; Goulding et al., 2018; Pinazo-Hernandis et al., 2022).

Resulta necesario reconocer el desafío al que se enfrentaron los centros de atención que por definición son centros presenciales, que tuvieron que reinventar los modos de atención: utilizando la tecnología con personas que en ocasiones no contaban con un lenguaje verbal convencional y con familias conformadas en su mayoría por personas ya de edad avanzada y con falta de equipamientos tecnológicos y con falta de alfabetización digital. Fue necesario redefinir qué hacer, cómo llevarlo a cabo y contando también con la incertidumbre de durante cuánto tiempo (Doody & Keenan, 2021).

Asimismo, en los centros de atención residencial, podemos atisbar las serias dificultades que conllevaba mantener las medidas sanitarias en las personas con discapacidad: aislamiento, imposibilidad de salir del centro residencial e interrupción de rutinas diarias, entre otras limitaciones, produciendo todo ello un fuerte impacto en los residentes y en los profesionales de atención (Hussein, 2020).

Además, McMichael et al. (2020) apuntan a este respecto que las medidas restrictivas que llevaron a cabo para evitar la transmisión del virus en las residencias tuvieron como resultado la interrupción de las rutinas diarias, la limitación de la interacción social y del acceso a las redes de apoyo y en la anulación de las actividades estimulantes que se realizaban tanto nivel individual como grupal en estos centros.

Entre los profesionales esenciales, se encontraban los profesionales que desarrollaban su trabajo en centros de atención residencial, profesionales que continuaron con sus tareas de cuidado y atención de manera diaria. Cabe tener en cuenta que, las personas atendidas en este tipo de recursos son personas dependientes en su gran mayoría que se caracterizan en ocasiones por poseer también patologías importantes previas. Estas características evidenciaban un factor de riesgo importante a la hora de contraer el virus debido a su débil sistema inmunitario (Sheerin et al., 2022).

Ante esta realidad, esta situación de pandemia en muchos momentos se ha vivido desde la amenaza y el miedo ante la incertidumbre, elementos que sin duda, alteran sus competencias para brindar una atención compasiva y centrada en la persona (Stacey, 2020).

En definitiva, Hussein (2020) concluye diciendo que la entrada de la COVID-19 en las residencias comporta efectos para la salud y bienestar de personas mayores, familiares y profesionales, deduciendo que la situación generada por la crisis del coronavirus está teniendo un fuerte impacto en la labor realizada por los cuidadores de personas dependientes, así como en los niveles de estrés experimentados por los mismos.

Lázaro et al. (2021) analizaron la experiencia vivida por profesionales sociosanitarios que trabajaban en residencias de personas con demencia durante la crisis de la COVID-19. En este estudio participaron 146 profesionales que aplican el enfoque de atención centrada en la persona en residencias de personas mayores. De entre las conclusiones extraídas señalan lo siguiente:

El análisis del discurso de las personas entrevistadas ha contribuido a comprender cómo un cambio brusco, que pone en juego la supervivencia, afecta a todas las personas que configuran el sistema de cuidados en los centros residenciales, poniendo en el centro a las personas. A las profesionales se les ha exigido afrontar la carga emocional provocada por el miedo a lo desconocido, la pérdida de percepción de control y autonomía, la tensión del conflicto interno derivado de la fricción entre la atención deseada y la impuesta, así como la pérdida de rutinas. Contactar con el sentido y el propósito del cuidado se revela como un punto de anclaje y de autoestima. (p.41)

Resulta de especial interés las conclusiones con las que cierran su estudio, señalando que resulta necesaria la creación de espacios de encuentro y capacitación para trabajar los bloqueos en la comunicación y las pérdidas de energía motivacional. Añadiendo que, si bien, estos espacios son necesarios en situaciones de crisis como la producida por el COVID-19, deberían ser estructurados como espacios formales en organizaciones comprometidas con los cuidados centrados en las personas.

Por otra parte Chen et al. (2020) analizaron la influencia de la identidad profesional en el agotamiento laboral durante la pandemia. En esta investigación se identificaron varios factores que repercuten en un mayor nivel de estrés laboral, entre las cuales, recoge las nuevas formas de empleo (teletrabajo), confinamiento, exceso de noticias sobre pandemia y reducción de ingresos económicos.

Ya para concluir, Huete García (2020) reconoce que resulta razonable pensar que las personas con discapacidad, sus familias y las organizaciones que les prestan apoyo, han sufrido las consecuencias de la COVID 19 de manera extraordinaria.

Y esta realidad vivida en pandemia, ante la situación de cómo los profesionales de atención a las personas con discapacidad intelectual vieron como todos los apoyos profesionales que ofrecían y rutinas diarias que posibilitaban desaparecieron de repente, se evidenció la existencia de realidades de difícil manejo. La necesidad de gestionar la escasez (escasez de medios tecnológicos y de protocolos adaptados a la nueva realidad) así como la necesidad de manejar la incertidumbre, intentando, además, seguir ofreciendo apoyo a las personas con discapacidad intelectual y sus familias.

1.5. FACTORES PROTECTORES DEL ESTRÉS

Los factores protectores del estrés (Toro et al., 2010) son aquellos aspectos o elementos que reducen el riesgo o que permiten mitigar la aparición del estrés patológico, es decir, son factores que aumentan la probabilidad de un mejor manejo de situaciones potencialmente estresantes, y que, por tanto, permiten equilibrar los efectos dañinos de los riesgos (Gil-Monte, 2012) a los que están expuestos los profesionales en el desarrollo de sus tareas, cumpliendo por tanto una función beneficiosa en el estado de salud de los profesionales.

Por otra parte, en este mismo sentido, Backman et al. (2020) señalan que el Modelo de Atención centrado en la persona se fundamenta en la confianza, el reconocimiento y la comprensión mutua entre profesionales, residentes y sus familiares.

Establecer relaciones en las que poder confiar, reconocer y comprender, requiere de profesionales que cuenten con fortalezas que les posibiliten construir este tipo de relaciones sanas.

Además, en un estudio sueco realizado en un contexto hospitalario, el trabajo en equipo ha sido referido como un factor clave para una implementación exitosa de la atención centrada en la persona, lo que nos lleva a la conclusión de la necesidad de maximizar el potencial de los equipos centrados en la persona (Rosengren, 2016) .

Por todo ello, contar con profesionales y equipos de trabajo que implementen y operativicen este modelo, requiere también de la necesidad de identificar los factores protectores, fortalezas, que les posibilitan un mejor manejo del estrés y por tanto de la capacidad de tejer relaciones basadas en la confianza, el reconocimiento y la comprensión mutua.

En base a la literatura científica, (Avendaño et al., 2009; Arrogante, 2014; Barrera-Herrera, 2019; Blanco-Donoso, 2021; Caravaca-Sánchez et al., 2022; Chao, 2012; García-Torres et al., 2021; Guerrero-Barona et al., 2020; Hojat et al., 2002; Jang et al., 2019; Klaver et al., 2021; Marilaf et al., 2017; Paris et al., 2021; Qu & Wang, 2015; Quispe & Mallma, 2022 ; Ramos, 2021; Vassos et al., 2019; Velando-Soriano et al., 2020; Velosky et al., 2006; Yuguero et al., 2017) a continuación, identificamos cuatro factores protectores, definiéndolos a nivel conceptual y desarrollando un análisis bibliográfico que nos permita conocer los resultados que arrojan diferentes investigaciones en relación a estos.

1.5.1. El apoyo social

House (1981) define el apoyo social como una transacción real entre dos o más personas en las que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información o valoración.

Por otra parte, Hobfoll & Stokes (1988) presentan una definición más amplia e integradora definiéndolo como “aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada” (p.499).

También el apoyo social es considerado como un conjunto de relaciones de ayuda, que puede ser de tipo emocional o material, dirigida hacia el sujeto o grupo de individuos, y que, además, son percibidas como conductas de ayuda satisfactorias (Arias & Barron, 2008).

Más recientemente, se define el apoyo social como las transacciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo, las que se brindan ayuda entre sí y satisfacen sus necesidades básicas, y añaden que el peso que el apoyo social tiene sobre la salud es el de prevenir o reducir las respuestas ante el estrés, ya sea de forma directa, y convirtiéndose de esta manera en factor o protector o como variable moduladora, y además, finalizan aseverando que su ausencia puede ser considerada como un estresor laboral (Beltrán et al, 2004) .

También (Berkman & Glass, 2000, como se citó en Brito Ortiz et al, 2015) señalan que el apoyo social es un factor de protección psicosocial ya que tiene un efecto positivo en las personas y en la salud (Matud et al , 2002). En este sentido, Vidotti et al., (2019) realizaron un estudio transversal entre 502 profesionales de enfermería informando que el poco apoyo social recibido en el trabajo relacionaba con menores percepciones de la calidad de vida física y psicológica.

La teoría que considera el apoyo social como una variable con efectos positivos potenciales frente al estrés y también frente al burnout nace en la sociología y en la psicología social (Barrón, 1996; Rodríguez, 1995). Pines (1997), a su vez, reconoce seis formas diferentes de ofrecer apoyo social en el trabajo:

- 1) Escuchar al profesional de forma activa, pero sin darle consejos ni juzgar sus acciones
- 2) Dar apoyo teórico
- 3) Crear en el profesional necesidades y pensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo
- 4) Ofrecer apoyo emocional, entendido como apoyo incondicional.
- 5) Dar apoyo emocional desafiante, es decir, que haga reflexionar al profesional
- 6) Participar en la realidad social del profesional, confirmando o cuestionando las creencias sobre sí mismo, sobre su autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

Nos parece de especial relevancia el análisis realizado por Pines (1997), ya que operativiza e identifica a nivel conductual las diferentes formas de ofrecer apoyo social, marcando de esta manera, líneas de acción a través de las cuales poder brindar apoyo social a los profesionales.

Tabla 8

Consecuencias beneficiosas de los diferentes tipos de Apoyo Social

Tipo de Apoyo Social	Consecuencias beneficiosas
Emocional	De todos los tipos de apoyo, éste es el que suele estar más relacionado con la salud y el bienestar por ser menos específico. Las expresiones de afecto y cariño pueden tener efectos beneficiosos sobre cualquier tipo de factor estresante.
Instrumental	Para ser efectivo, tiene que estar estrechamente relacionado con el factor estresante.
Informativo	Puede influir en las conductas relacionadas con la salud de las personas o puede ayudarles a evitar situaciones estresantes o arriesgadas. Sin embargo, el apoyo informativo no es igual a la información general que recibe la persona, sino más bien la información procedente de las personas con quienes se mantienen vínculos estrechos.
Valorativo o empático	Proporciona validez y seguridad a las creencias, capacidades y otras características de la persona. Incrementa la probabilidad de que ésta afronte con realismo las demandas del medio. Sin embargo, muchos fracasos se deben a una sobrevaloración de sus propias capacidades.

Fuente: (Stroebe & Stroebe, 1996)

Avanzando en el concepto, el apoyo social ha sido una variable utilizada en numerosas investigaciones (Arrogante, 2014; Avendaño et al., 2009; Barrera-Herrera et al., 2019; Blanco-Donoso, 2021; Caravaca-Sánchez et al., 2022; Guerrero-Barona et al., 2020; Klaver et al., 2021; Paris et al., 2021; Vassos et al., 2019; Velando-Soriano et al., 2020) que buscaban determinar en qué medida esta variable actuaba como factor protector o modulador ante el estrés laboral y el *burnout* de los profesionales, centrándose principalmente todas estas investigaciones en el ámbito sanitario y de la docencia, y con resultados en todas ellas que concluyen presentando el apoyo social como elementos protector frente al estrés.

Brito Ortiz et al (2015) realizaron un trabajo de investigación con diseño no experimental de tipo transversal con una muestra constituida por 181 profesionales de enfermería, en la que utilizaron la escala de estrés percibido (PSS 14) de Cohen et al. (1983), concluyendo que un elevado nivel de apoyo social disminuye el estrés psicológico.

En el ámbito de la educación, y de manera más concreta, en el profesorado, diversas investigaciones ponen de manifiesto la relevancia del apoyo de la organización en el desgaste emocional al identificar una correlación negativa altamente significativa entre ambos factores (Camacho & Arias, 2012).

También en este ámbito, Ortiz Méndez (2018) realizó un estudio correlacional donde se delimitó la relación entre el apoyo social y el estrés percibido. Para esta investigación contó con una muestra de 160 docentes de primaria, que desarrollaban su labor educativa en colegios públicos y privados de Lima Metropolitana. Entre sus conclusiones, señala que existe una relación significativa entre el apoyo social y el estrés percibido. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en los promedios del apoyo social y estrés percibido con respecto a las variables sexo, y antigüedad en el centro.

Asimismo, Avendaño et al (2009) presentan resultados de un estudio descriptivo correlacional que tuvo como objetivos identificar la presencia de burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal de un servicio de psiquiatría de un hospital público. Este estudio se realizó con un diseño transversal de tipo descriptivo y correlacional, que contó con una muestra de 98 personas, (71%) de un total de 137 que trabajan a tiempo completo o parcial en el Servicio de Psiquiatría. En esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos de medida: para medir el apoyo social apoyo social recibido en el trabajo: se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo ISTAS21 (CoPsoQ), que es la adaptación para el Estado español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ), y para medir el *burnout* se evaluó mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Entre sus conclusiones, afirman que la influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando este apoyo social proviene de los superiores.

En la misma línea, pero ya en el ámbito específico de profesionales de atención a personas con discapacidad intelectual, Gray & Muramatsu (2013) realizaron una investigación con una muestra de 323 profesionales de atención a personas con discapacidad intelectual. En dicho estudio, realizaron análisis de regresión múltiple para examinar los efectos principales y de interacción entre el estrés laboral y apoyo social. Los resultados que arrojan este estudio identifican la sobrecarga de trabajo como un factor estresante significativo y el apoyo social laboral (el apoyo de la supervisión) se asoció con bajas intenciones de abandonar el trabajo. Con los datos analizados, concluyen que el apoyo de supervisión puede ayudar a los profesionales a manejar su estrés.

También Ryan et al. (2021) realizaron una revisión de alcance de la literatura publicada. Esta revisión pretendía dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿qué se sabe en la actualidad sobre el estrés, el agotamiento y el bienestar relacionados con la labor de los trabajadores de atención directa en los servicios de discapacidad intelectual? Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática desde el 1 de enero de 1990 hasta el 1 de febrero de 2018.

Los resultados de esta revisión de alcance refieren que se ha demostrado que las demandas excesivas en el lugar de trabajo, un bajo nivel de control y la falta de apoyo están relacionados con niveles más altos de estrés y agotamiento entre los trabajadores del cuidado de personas con discapacidad intelectual.

Finalmente, y en consonancia con las investigaciones anteriormente descritas, cabe señalar que el apoyo de los supervisores y compañeros puede ejercer un impacto significativo sobre el estrés y el agotamiento que experimenta el personal de atención directa en el sector de la discapacidad intelectual (Howard & Rose, 2009; Lahana et al., 2017; Leyin & Wakerly, 2007; Robertson et al., 2005).

Como resultado del análisis de la literatura científica y de las conclusiones en ella referidas, podemos concluir señalando que el apoyo social es un claro factor protector o modulador frente al estrés laboral.

Estos datos, señalan a las organizaciones una línea de acción clara en relación con el desarrollo de estrategias que persigan como objetivo la prevención del estrés. La potenciación del apoyo social, con mandos intermedios que desarrollen esta habilidad junto con la creación de diferentes estructuras de apoyo que mitiguen la aparición del estrés laboral, aspecto que, sin duda, redundará en una mejor calidad de la atención.

1.5.2. El bienestar psicológico

Parece indiscutible pensar que el bienestar psicológico y la salud de los profesionales de atención a personas con discapacidad intelectual son elementos necesarios para un adecuado desempeño de su práctica profesional.

Es por ello que, resulta preocupante advertir que en diversas investigaciones desarrolladas en organizaciones relacionadas con la atención a personas, los datos que arrojan en relación al bienestar psicológico de los profesionales son datos que hablan de niveles moderados (Amutio et al, 2008; Véliz et al, 2018; Yáñez-Ramos & Moreta Herrera, 2020).

Existen dos paradigmas o perspectivas en el estudio del bienestar psicológico. Así, los estudios clásicos del bienestar psicológico entendían el bienestar como ausencia de malestar o de trastornos psicológicos (perspectiva hedónica). Se entendía el bienestar como el experimentar experiencias placenteras minimizando el dolor, sin tener en consideración conceptos como la autorrealización, el significado vital y el funcionamiento mental óptimo.

Mientras que la perspectiva eudaimónica, defiende que el bienestar se basa en el desarrollo de las capacidades de la persona, partiendo de la premisa que las personas tienen un mejor bienestar si experimentan propósitos en la vida, desafíos y un crecimiento personal. Si bien, el bienestar es un constructo mucho más complejo que la simple estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo, definido de manera coloquial como felicidad (Chávez, 2006).

Para Lawton (1972), el bienestar es considerado como una valoración cognitiva, como la valoración realizada de la coherencia entre las metas deseadas y las alcanzadas en la vida, mientras que Diener et al. (1997) presentan una visión más integradora del bienestar, entendiéndolo como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incorpora tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas.

Del mismo modo, Ryff & Keyes (1995) mencionan que el bienestar psicológico es un concepto extenso que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas. Además, incluye conductas que están relacionadas con la salud del individuo que le incentiva a vivir de manera positiva y está estrechamente relacionado con la actitud de la persona ante situaciones del diario vivir.

Además, Ryan & Deci (2001) han formulado una clasificación de los diferentes estudios en dos grandes apartados: una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico), y otra ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico).

Por su parte, Ryff & Keyes (1995), desde una definición ligada en mayor medida a la tradición eudaimónica, señalan que el bienestar psicológico se define como el esfuerzo para que el ser humano se perfeccione y logre su potencial, tiene relación, por tanto, con establecer propósitos de vida con significados que le permitan asumir retos y esforzarse para alcanzar las metas propuestas.

En el ámbito de la psicología moderna, el concepto preeminente entre los psicólogos hedónicos ha sido el de bienestar subjetivo, que incorpora dos elementos: el balance afectivo (que se consigue restando a la frecuencia de emociones positivas con la frecuencia de emociones negativas) y la satisfacción vital percibida, más estable y con un mayor componente cognitivo (Lucas et al. 1996).

En este sentido, Keyes et al. (2002) concluyen que a pesar de que estos dos elementos (balance afectivo y satisfacción vital) cuentan con distintos marcos temporales del bienestar subjetivo, ya que la satisfacción vital es una valoración global de la propia vida, en tanto que el balance afectivo alude a la frecuencia relativa de afectos placenteros o displacenteros en la propia experiencia, pueden considerarse como conceptos anclados en una perspectiva más hedónica.

Por otra parte, Carol Ryff, exponiendo el término de bienestar psicológico para diferenciar su concepción del bienestar subjetivo más cercano a la concepción hedonista, ha tratado de salvar esas limitaciones definiendo el bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo (Ryff, 1989, 1995).

También Keyes et al. (2002) han ampliado los límites de esta organización y han utilizado el constructo bienestar subjetivo como representante de la tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico como representante de la tradición eudaimónica.

Al respecto, cabe mencionar un estudio realizado por Vázquez et al. (2009) en el que ponen de manifiesto una moderada correlación entre el bienestar hedonista y el eudaimónico.

En la misma línea, también Kashdan et al. (2008) concluyen que el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico *“se solapan conceptualmente y pueden incluir mecanismos psicológicos que operan conjuntamente”* (p. 219). Añaden que, a la vista de los resultados alcanzados en dicha investigación, ambos constructos *“no sólo se solapan conceptualmente”* sino *“empíricamente también”*. Por lo tanto, cabría concluir que no es necesario distinguir entre dos tipos de bienestar percibido. En definitiva, existiría solamente un tipo de bienestar o de felicidad conformado por diferentes componentes que englobarían el bienestar Subjetivo y el bienestar Psicológico.

Resulta interesante la afirmación realizada por Benatuil (2003), quien manifiesta que el bienestar psicológico contempla la inclusión de dos aspectos: los cognitivos y los afectivos. Estos dos aspectos correlacionan entre ellos, ya que un individuo que siente emociones y estados de ánimo placenteros cuenta con mayores posibilidades de percibir su vida de manera positiva.

Profundizando en el concepto, Ryff (1995) refiere que el concepto del bienestar psicológico está conformado por seis dimensiones:

- **Autoaceptación:** grado en que el que la persona se siente bien consigo, está fundamentada sobre el autoconocimiento reconoce tanto los aspectos positivos como los negativos.
- **Relaciones positivas:** valora la capacidad de contar con relaciones sociales estables y de calidad.
- **Propósito en la vida:** capacidad de definir los objetivos vitales hacia el futuro, que la vida tenga un sentido y un propósito.
- **Crecimiento personal:** evalúa la capacidad de la persona al generar las condiciones idóneas para el desarrollo de sus potencialidades y seguir creciendo como individuo.
- **Autonomía:** tener la sensación de elegir por sí mismo, tomar las propias decisiones para la vida, mantener la independencia personal y las convicciones.

- **Dominio del entorno:** hace referencia al manejo de las exigencias y oportunidades del ambiente para satisfacer sus necesidades y capacidades, destreza individual para dar origen a ambientes positivos.

Consideramos de especial interés el modelo que presentan Pressman & Cohen (2005), estos autores proponen que la influencia del afecto positivo en la salud puede explicarse mediante dos modelos. El primero de ellos destaca el efecto directo que el afecto positivo tiene sobre el sistema fisiológico. El segundo modelo enfatiza la influencia que el estrés tiene sobre el sistema fisiológico. En este caso, el afecto positivo actúa como amortiguador del estrés, minimizando los efectos dañinos del estrés sobre el organismo. Según este segundo modelo, el afecto positivo influye de varias maneras en la respuesta ante el estrés. Por una parte, las personas que cuentan con mayor afecto positivo no viven tantos conflictos sociales, con lo que el número de estresores que tienen que manejar es menor. Además, cuando deben afrontar situaciones potencialmente estresantes, las personas con más afecto positivo cuentan con mejores redes sociales en las que poder apoyarse, así como estrategias de afrontamiento más efectivas, que les llevan además a una mayor sensación de sentirse capaces para afrontar los problemas. De igual manera, el afecto positivo facilita la normalización de las respuestas fisiológicas tras un suceso estresante (Fredrickson & Levenson, 1998).

Por otra parte, Lyubomirsky et al. (2005, p. 804) sintetizan las características relacionadas con el afecto positivo incorporando las siguientes: “confianza, optimismo y autoeficacia, simpatía y valoración positiva de otros; sociabilidad, actividad y energía; conducta prosocial; bienestar inmune y físico; afrontamiento efectivo con desafíos y estrés, y originalidad y flexibilidad”.

A partir de la premisa de que el estrés psicológico provoca respuestas conductuales y fisiológicas que perjudican a la salud, estos autores proponen que el afecto positivo podría influir en la salud reduciendo o amortiguando el potencial efecto negativo que tiene la experiencia de acontecimientos vitales estresantes. Específicamente, estos autores señalan que el afecto positivo hace que la persona tenga un menor número de experiencias estresantes en su actividad y en sus relaciones sociales cotidianas, a la vez que le genera más recursos sociales que aumentan la percepción respecto a su capacidad para enfrentarse con éxito a las demandas de la situación.

En la literatura científica, el bienestar a menudo se investiga como resultado o variable dependiente en un buen número de investigaciones, si bien, cada vez más, también se considera como una influencia moderadora -factor protector-(Ryff, 2013).

Avanzando en el concepto, el bienestar psicológico ha sido una variable utilizada en numerosas investigaciones que buscaban determinar en qué medida este elemento actuaba como factor protector o modulador ante el estrés laboral y el burnout de los profesionales (Arrogante, 2014; Chao, 2012; García-Torres et al., 2021; Jang et al, 2019; Qu & Wang, 2015; Ramos, 2021).

Ordoñez (2018) realizó un estudio descriptivo-correlacional, en el que contó una muestra de estudiantes conformada por 200 alumnos, estudiantes de primer y segundo ciclo de la Universidad María Auxiliadora. El objetivo de esta investigación era determinar si existía relación significativa entre el bienestar psicológico y el estrés académico. Los resultados presentados concluyeron que existe una relación negativa estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico y el estrés académico.

También Luna et al. (2020) realizaron una investigación con estudiantes de odontología de la facultad de México, en la que participaron 146 estudiantes, 104 mujeres y 42 hombres. El objetivo de esta era determinar el nivel de estrés académico e identificar su relación con el apoyo social, pensamiento positivo y bienestar psicológico, determinando si el apoyo social, pensamiento positivo y bienestar psicológico son predictores del estrés académico en esta población. Los resultados de esta investigación arrojaron que el estrés académico correlacionó negativamente con el bienestar psicológico y el apoyo social pero solo en mujeres. Una regresión lineal múltiple indicó que el bienestar psicológico y el sexo femenino fueron predictores del nivel de estrés académico.

Al respecto, se han realizado diferentes investigaciones acerca de la relación entre el bienestar psicológico y el estrés, en el ámbito de jóvenes estudiantes universitarios. En ellas, se pone de manifiesto que los jóvenes que percibieron mayores niveles de estrés, tenían un menor nivel de bienestar psicológico por Gustems & Calderón (citados en Calvarro, 2016).

En el ámbito del trabajo, Saldaña et al. (2020) realizaron un estudio cuantitativo no experimental con diseño correlacional. Se evaluaron los factores de riesgo psicosocial, el bienestar psicológico y el estrés en 121 trabajadores de una institución gubernamental ubicada en Ciudad Guzmán, Jalisco, y fueron examinadas las relaciones entre estas tres variables. El bienestar psicológico fue medido a través de la escala de Ryff (1989). Los resultados mostraron que, los factores de riesgo psicosociales con mayor presencia fueron la falta de control y autonomía sobre el trabajo, la carga de trabajo, las condiciones en el ambiente de trabajo y una limitada o inexistente capacitación; y, que los factores de riesgo psicosociales se relacionaron tanto con el estrés como con el bienestar psicológico, sin embargo, no se determinó una relación entre el estrés y el bienestar psicológico.

Siguiendo en el ámbito de las organizaciones, Salgado et al. (2019) llevaron a término un estudio de seguimiento de cuatro años sobre la relación entre los componentes cognitivos y emocionales del bienestar subjetivo (BS) y el desempeño laboral. La hipótesis de partida

planteaba una relación positiva entre estas variables y el desempeño laboral. La muestra estuvo compuesta por 170 directivos de una empresa española del sector de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). El componente cognitivo se evaluó con la Escala de Satisfacción con la Vida (SWL) (Diener et al, 1985) y el componente emocional con la escala SPANE (Diener et al., 2008).

Los resultados mostraron que los dos componentes del bienestar subjetivo predijeron un mejor desempeño laboral durante los cuatro años. Además, cuando los dos componentes se introducen en una ecuación de regresión, la validez aumenta con el tiempo como consecuencia de un efecto supresor sobre el componente cognitivo de SWB.

Por otra parte, Gur et al. (2022) realizaron una investigación en Israel, contando con una muestra de 478 trabajadores sociales israelíes de que desarrollaban su trabajo en diverso ámbitos. En esta investigación, para medir el nivel de estrés percibido se utilizó la escala de estrés percibido (Cohen et al, 1983) y el apoyo social percibido se midió utilizando la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet et al.,1988). El modelo de regresión múltiple halló que el 45,8 % de la varianza en el bienestar se explicaba por el estrés percibido, el apoyo social, la autoestima profesional y un sentido de trabajo significativo. Es decir, que niveles más bajos de estrés percibido y niveles más altos de apoyo social, junto con la autoestima profesional y un sentido de trabajo significativo los únicos predictores individuales que contribuyeron significativamente a un mayor bienestar. Profundizando en los contenidos de la psicología positiva, la felicidad se define como una mezcla de afecto positivo frecuente, alta satisfacción vital y afecto negativo infrecuente (Lyubomirsky et al., 2005).

Para Seligman (2002), la felicidad también es el conjunto de emociones positivas y de actividades positivas. En este aspecto, la felicidad sería el resultado de la integración de los aspectos genéticos y de personalidad y de los demográficos y circunstanciales. Si bien, la novedad de este enfoque radica en incorporar los factores motivacionales y actitudinales de la persona (ver revisión de Extremera & Fernández-Berrocal, 2009).

Lyubomirsky et al. (2005) sugieren que existen tres factores que contribuyen específicamente a la felicidad:

- Los genes: son el punto de partida. Supondrían aproximadamente un 50 por 100 de la varianza y reflejan características personales, afectivas y de temperamento muy estables.
- Las circunstancias: variables sociodemográficas como raza, sexo, edad, ocupación y nivel socioeconómico suponen un 10 por 100 de la varianza.
- La actividad intencional: es una categoría muy amplia, ya que incorpora las acciones concretas y prácticas en las que las personas eligen voluntariamente implicarse. Este factor cuenta con el

40 por 100 de la varianza restante y permite, por tanto, un despejado margen para la mejora del bienestar personal.

Por todo ello, la actividad intencional se erige en el factor más importante a la hora de sentirse feliz, ya que es el que se puede corregir y mejorar.

De esta manera, es sobre la actividad intencional sobre la que trabajaríamos para desplegar nuestras virtudes y fortalezas.

En definitiva, como conclusión, al análisis realizado sobre el concepto de bienestar psicológico y las investigaciones presentadas, se dibuja un camino formativo que incidiría en la posibilidad de dotar a los profesionales para un mejor manejo del estrés patológico, así como en la prevención de este, mediante la mejora de su bienestar psicológico.

Por tanto, la formación en elementos que potencien el bienestar psicológico se convierte de esta manera en un itinerario protector frente al estrés. Además, querríamos subrayar que la formación en *counselling*, recoge y contempla muchos de estos contenidos y dimensiones, que según los autores estudiados (Palomera, 2009; Ryff, 1995) contribuyen a mejorar el bienestar psicológico.

Tabla 9

Factores determinantes de una felicidad estable

Rango fijo (40-50%)	Circunstancias externas (10-15%)	Factores personales adquiridos (20-40%)
Disposición afectiva propia	Relaciones sociales significativas	Vida guiada por valores
	Red social amplia	Proposición de metas
	Matrimonio	Participación activa
	Fe, creencias	Locus de control interno
	Oportunidad de experiencias para fluir	Autoestima
	Cultura individualista	Optimismo
	Cultura con visión benevolente de la vida	Sociabilidad
		Habilidades sociales
		Inteligencia emocional
		Utilización de fortalezas personales
		Altruismo
		Gratitud

Fuente: Palomera (2009)

En este sentido, Barreto (2014) en una conferencia inaugural en el marco de unas Jornadas de Humanización celebradas en Valencia, señalaba que “un estado emocional equilibrado permite transmitir confianza y serenidad a las personas que se cuida”. Y, además, incorporaba un nuevo concepto como opuesto al *burnout*, el compromiso en el trabajo, que se caracteriza por eficacia, compromiso y energía en el lugar de trabajo. Añadía finalmente algunos elementos que posibilitaban este compromiso en los profesionales: volumen de trabajo sostenible, sentimientos de elección y control, reconocimiento adecuado y recompensa, trabajo comunitario de apoyo y trabajo valorado y con significado.

Para finalizar este apartado, cabe señalar que es interesante la conclusión a la que llegan Huamaní & Arias (2018), quienes después de realizar un estudio con una muestra de 357 jóvenes, afirman que el bienestar psicológico depende más de la subjetividad individual y de los proyectos de vida. Es decir, que, si una persona tiene metas, se plantea proyectos a futuro, ello aportará elementos positivos a su bienestar psicológico; independientemente de su edad, sexo, situación laboral, grado de instrucción, estado civil o personas con quienes viva.

1.5.3. La satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida es la evaluación general que un sujeto realiza sobre su vida, teniendo en cuenta múltiples valoraciones sobre los diferentes elementos que la componen, en base a sus propios criterios y de manera global (Diener et al., 1997; Pavot & Diener, 1993; Pavot et al., 1991).

Demir et al. (2021) la definen como la consecuencia de la diferencia entre lo que una persona tiene en su vida y lo que quiere. La persona realiza una valoración incorporando la satisfacción de la persona con su vida pasada, su vida presente y su posible futuro.

De manera sencilla, podría definirse como una 'evaluación cognitiva de la propia vida' (Diener, 1984, p. 550).

Para Pavot & Diener (1993) el bienestar subjetivo cuenta con dos componentes claramente diferenciados: un componente afectivo que se divide en afecto positivo (alegría, euforia, orgullo, cariño, optimismo) y negativo (tristeza, ansiedad, preocupación, enfado, envidia), y un componente cognitivo que se refiere a la satisfacción con la vida (Arrogante, 2014).

Estos componentes están relacionados entre sí, de manera que la satisfacción con la vida correlaciona positivamente con afecto positivo y de manera negativa con afecto negativo (Diener et al., 1985).

Es por ello, que el componente cognitivo, es decir, la satisfacción general con la vida, es un constructo ampliamente utilizado en la investigación del bienestar (Pavot & Diener, 2008). De esta manera, la investigación contemporánea ha asumido una estructura de tres componentes

para el concepto de bienestar subjetivo: afecto positivo, afecto negativo y satisfacción con la vida (Arthaud-Day et al, 2005; Diener, 1984).

Las personas que puntúan alto en la satisfacción con la vida consideran que su vida tiene sentido y desarrollan objetivos y valores que son importantes para ellos. Un buen nivel de satisfacción vital podría implicar buenas actuaciones en el ámbito laboral así como buenas influencias sobre los demás (Cazalla-Luna & Molero, 2018).

Existen numerosas investigaciones que buscan explorar la correlación existente entre la satisfacción con la vida y el nivel de estrés (Doğan et al., 2015; Duarte et al., 2022; Gavín et al., 2020; Kozak et al., 2013; Montaner et al., 2021; Vidotti et al., 2019) encontrando todas ellas una correlación negativa entre la satisfacción con la vida y el nivel de estrés. (Yeşiltepe et al., 2022) realizaron un estudio en Turquía, con 264 estudiantes de enfermería, que fue diseñado como un estudio descriptivo y transversal. Este estudio se planteaba el objetivo de examinar el efecto de la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico de los estudiantes de enfermería en sus niveles de felicidad percibida. Para medir la satisfacción con la vida se utilizó la escala de satisfacción con la vida (SWLS) desarrollada por (Diener et al, 1985). El bienestar psicológico PWBS fue evaluado con la escala PWBS, desarrollada por Diener et al. (2010) como complemento a las medidas de bienestar existentes. Entre las diferentes conclusiones alcanzadas, se reveló que existe una relación positiva y altamente significativa entre las variables felicidad, satisfacción con la vida y bienestar psicológico.

También un estudio reciente realizado en Turquía reveló que los niveles de bienestar psicológico de los estudiantes de enfermería afectan positivamente su satisfacción con la vida (Kuscu et al., 2009).

En la misma línea, Urquijo et al. (2016) encontraron una alta correlación positiva entre la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en su estudio realizado con estudiantes de ciencias de la salud.

1.5.4. La empatía

Diferentes profesionales participan en el cuidado de las personas, desarrollando los cuidados con bandazos emocionales que exigen de ellos ciertas habilidades (Bermejo et al., 2011; Bermejo, 2012, 2018) con el fin de poder establecer relaciones de ayuda saludables.

La empatía ha sido un constructo teórico trabajado desde corrientes muy diversas. Ha existido un importante debate teórico sobre su naturaleza, planteándose si se trataba de un fenómeno cognitivo o emocional. Esta disyuntiva se superó tras el enfoque integrador de Davis (1980, 1983), quien plantea que tanto los aspectos cognitivos como emocionales son parte del mismo fenómeno (Muñoz & Chaves, 2013).

Titchener (1909) acuñó el término empatía, definiéndola como un sentimiento o una proyección de uno mismo en un objeto.

Mead (1934) definió la empatía como la capacidad para tomar el rol de otro y adoptar perspectivas alternativas a las nuestras, subrayando el componente cognitivo.

Rogers (1959) comenzó definiendo la empatía como, “percibir el marco de referencia interior de otra persona con precisión y con los componentes emocionales que le pertenecen, como si uno mismo fuera esa persona pero sin perder nunca la condición de “como si” (p. 210).

Tras largos años de silencio, Rogers (1975) amplió la definición de la empatía subrayando que no se trataba de un constructo unitario, se trataba más bien de un proceso que implicaba

“... penetrar en el mundo perceptual privado de la otra persona y familiarizarse completamente con él. Implica ser sensible... a las intencionalidades cambiantes que fluyen en esa otra persona... Significa vivir temporalmente en la vida del otro, moviéndose por ella con delicadeza, sin enjuiciarla, captando detalles de los que el otro apenas tiene conciencia... Significa, a menudo, verificar con el otro la corrección de tales percepciones y sentirse guiado por las respuestas que se recibe de él ... significa que el terapeuta abandona temporalmente sus opiniones y valores propios para penetrar sin prejuicios en el mundo de la otra persona” (p.4)

Hojat et al. (2002) definieron la empatía como la capacidad de comprender los sentimientos y pensamientos de otra persona y transmitir esta comprensión a la persona.

Por otra parte, Hojat & Tj. (2001) señalaron que el dominio cognitivo de la empatía conlleva la competencia de entender las experiencias y sentimientos internos de otra persona y la capacidad de poder observar el mundo exterior desde la perspectiva de la otra persona. Asimismo, el dominio afectivo abarca la capacidad de entrar o unirse a las experiencias y sentimientos de otra persona.

San-Martín et al. (2017) subrayan la importancia de la empatía como competencia profesional, donde las emociones son importantes, pero más aún lo es el control que sobre ellas se tiene en el manejo de la relación con el paciente. De hecho, la empatía es un atributo necesario para todos los profesionales de la salud y es esencial en la comunicación terapéutica (Dziopa & Ahern, 2009 ; Richardson et al., 2015).

Buceta et al. (2019) señalan que la empatía es calidez en la relación, proximidad afectiva que debe modularse para no perder la distancia terapéutica (Bermejo, 2012; García & Rodríguez, 2005) que además se estima como positiva, siempre y cuando no dé lugar a un enfriamiento en la relación con el enfermo, o derive, por un mal manejo de la distancia en la implicación emocional, en burnout (Bermejo et al., 2011).

Entre los investigadores hay un amplio consenso sobre el valor que aporta el despliegue de la empatía en la formación de los profesionales sanitarios (Hojat et al., 2016; Martínez et al., 2015; San-Martín et al., 2017; Yuguero et al., 2017; Yuguero et al., 2019). En la misma línea, Grau et al. (2017) afirman que una mayor empatía entre los profesionales podría ser un elemento potenciador de la salud y el bienestar de los pacientes y de los propios profesionales.

Por otra parte, diversas investigaciones coinciden al afirmar que la empatía es un factor protector frente al desgaste y el estrés (Hojat et al., 2002; Marilaf et al., 2017; Quispe & Mallma, 2022; Velosky et al., 2006; Yuguero et al., 2017).

1.6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general de esta investigación es analizar los factores psicosociales, de nivel de estrés y de mejora del bienestar psicológico de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual. Para ello, elaboraremos los perfiles de adaptación que favorecen la salud mental de estos profesionales analizando los factores de riesgo y protección que influyen en ella.

Los objetivos específicos que posibilitan dar respuesta a los interrogantes de la presente investigación, junto con las hipótesis de partida son los siguientes:

Objetivos específicos

Objetivo 1. Estudiar las principales características psicológicas, sociolaborales y el nivel de estrés de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Hipótesis 1.1. Los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentarán alto estrés percibido y relacional.

Hipótesis 1.2. Los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentarán niveles intermedios de satisfacción con la vida y de bienestar.

Hipótesis 1.3. Los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentarán niveles intermedios de apoyo social.

Hipótesis 1.4. Los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentarán alta empatía.

Hipótesis 1.5. Los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentarán bajos niveles en formación en herramientas terapéuticas tipo *counselling*.

Hipótesis 1.6. La COVID tendrá un impacto negativo en la salud psicológica (nivel de estrés, satisfacción con la vida, bienestar emocional) de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Objetivo 2. Analizar el papel que las variables sociodemográficas (sexo, edad, estudios) tienen sobre las variables psicológicas y el nivel de estrés de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Hipótesis 2.1. Se espera encontrar diferencias significativas en función del sexo. En concreto, se espera que las mujeres presenten puntuaciones más altas en el nivel de estrés percibido y relacional, en empatía y apoyo social. Por otra parte, los hombres presentarán puntuaciones más altas en bienestar. No se esperan diferencias en función del sexo en la satisfacción con la vida.

Hipótesis 2.2. Se espera encontrar relaciones negativas entre la edad y el bienestar y el estrés relacional y percibido. No esperamos encontrar una asociación entre la edad y la satisfacción con la vida y la empatía.

Hipótesis 2.3. No se espera diferencias significativas entre la edad y el apoyo social.

Hipótesis 2.4. Se espera encontrar diferencias significativas en función del nivel de estudios, en concreto, esperamos que los profesionales con mayor nivel de estudios presenten mayor satisfacción con la vida, mayor bienestar, mayor apoyo social, así como menores niveles de estrés relacional y percibido. Por otra parte, no se espera encontrar diferencias significativas en función del nivel de estudios en relación con la empatía.

Objetivos 3: Analizar el papel que las variables sociolaborales (tipo de centro, rol, tipo de contrato...) y de formación (en *counselling*...) tienen sobre las variables psicológicas y el nivel de estrés de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Hipótesis 3.1. Se espera que una mayor antigüedad en el puesto de trabajo conlleve menos niveles de estrés percibido y relacional.

Hipótesis 3.2. Se espera encontrar diferencias significativas en función del rol profesional. En concreto, esperamos que los roles de cuidadores/monitores presenten mayor puntuación en los niveles de estrés que los profesionales técnicos (psicólogos, trabajadores sociales...).

Hipótesis 3.3. Se espera encontrar diferencias significativas en función de la formación recibida en habilidades relacionales y en *counselling*. En concreto, esperamos que los profesionales con más formación en habilidades relacionales y en *counselling* presenten menor nivel de estrés.

Hipótesis 3.4. Se espera encontrar diferencias significativas en función de la tipología de centro. En concreto, esperamos que los profesionales que trabajan en los centros de atención residencial presenten puntuaciones más altas en el nivel de estrés.

Objetivo 4. Analizar las asociaciones entre las variables psicológicas a estudio en los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Hipótesis 4.1. Se espera que el estrés relacional y percibido se asociará positivamente con los afectos negativos, así como negativamente con los afectos positivos, la empatía, el bienestar, la satisfacción con la vida y el apoyo social.

Objetivo 5. Identificar los principales predictores de la salud mental de los profesionales sociosanitarios analizando la influencia sobre ella de los factores de riesgo y protección abordados en este estudio.

Hipótesis 5.1. Los perfiles de riesgo en salud mental (altos niveles de estrés) vendrán explicados por: bajos afectos positivos, altos afectos negativos, baja satisfacción con la vida, bajo apoyo social y baja empatía.

Hipótesis 5.2. Se espera que el apoyo social y la satisfacción con la vida sean variables mediadoras en la relación entre el estrés y el balance emocional.

PARTE II: METODO

En este capítulo se describen los elementos del diseño de la investigación y la metodología de estudio.

2.1. Ámbito de estudio

El Catálogo del SAAD -Sistema de Atención a la Dependencia- de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, recuperado el 5 de diciembre de 2022, de <https://inclusio.gva.es/es/web/diversidadfuncional/personas-con-discapacidad>, recoge las diferentes tipologías de centros y servicios de atención a personas en situación de dependencia de la Comunitat Valenciana acreditados por la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, siendo la titularidad de estos centros pública o privada.

La investigación está centrada en el ámbito sociosanitario, y amparados bajo el marco del Catálogo del SAAD, nos centramos, de manera más específica, en los centros de atención a personas con discapacidad intelectual ubicados en la provincia de Valencia.

2.2. Población y muestra

Se ha realizado una investigación aplicada, que aborda un sector específico en el ámbito de la atención a la dependencia. Para la obtención de la muestra se instó a la participación de las entidades con servicios de atención a personas con discapacidad intelectual acreditados por la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Provincia de Valencia. Son entidades de reconocido prestigio en el ámbito de la atención a personas con diversidad funcional en la Comunidad Valenciana, y participan en esta investigación los profesionales de estos centros de atención.

En relación con los criterios de inclusión, se identificaron los siguientes: adultos en activo (mayores de 18 años hasta los 65 años); trabajadores de la rama sociosanitaria que desempeñan su labor profesional en los centros de diversidad funcional de la Comunidad Valenciana desde hace al menos 1 año.

Respecto a los criterios de exclusión: Presencia de trastorno mental previamente diagnosticado al pase de pruebas de evaluación del estudio.

La muestra está formada por profesionales de la rama sociosanitaria que trabajan en Centros de atención a personas con discapacidad intelectual de la provincia de Valencia, contando con un total de 756 personas encuestadas:

- Profesionales de Centros de Atención Temprana: 67
- Profesionales de Centros de día: 114
- Profesionales de centros ocupacionales: 260
- Profesionales de Centros de Atención Residencial: 210
- Profesionales de viviendas tuteladas: 45

2.3. Diseño y Procedimiento

Se trata de un estudio multicéntrico, transversal y descriptivo, con medida en un único momento temporal, sobre profesionales de centros de atención a personas con diversidad funcional.

Las tareas ligadas a la ejecución del proyecto para alcanzar sus objetivos, junto con los hitos y entregables, están detallados como sigue:

Tarea 1: Análisis del estado del arte: El estudio de la bibliografía se realizará a lo largo de toda la investigación con el fin de que la información esté actualizada en todo momento.

Hito 1: Estar permanentemente al corriente de los avances en los campos afines al tema propuesto (T1 a T8); Entregable 1: Emisión de informes y artículos de revisión teórica.

Tarea 2: Definición de las características de la población diana y justificación teórica y empírica de la adecuación del beneficio educativo, clínico y social del proyecto.

Hito 2: Selección de la población diana y justificación (T1, T2); Entregable 2: Documento de trabajo con la definición específica de la muestra de estudio a evaluar (T2)

Tarea 3: Selección definitiva de los centros diana y gestión de documentación de colaboración. Contactar con los centros, acuerdos de colaboración y renovación de los existentes.

Hito 3: Realizar una selección representativa de la población estudiada (muestra de estudio), realizar y renovar acuerdos de colaboración, Entregable 3: Acuerdos de colaboración nuevos y renovación de los ya existentes

Tarea 4: Pase piloto: Dossier de evaluación y administración de pruebas. Elaboración del protocolo de evaluación y pase piloto de pruebas.

Hito 4: Elaborar el dossier de evaluación piloto, Hito 5: Administrar las pruebas en los centros seleccionados en una muestra piloto, Entregable 4: Dossier con el Protocolo de evaluación piloto; Entregable 5: Base de datos piloto,

Tarea 5. Análisis de datos en la muestra piloto y diseño del protocolo definitivo.

Hito 6: Análisis estadísticos y análisis de los resultados obtenidos; Hito 7: Ajustes necesarios en el protocolo de evaluación y en el diseño del estudio; Entregable 6: Informe de resultados muestra piloto; Entregable 7: Dossier con el Protocolo de evaluación definitivo

Tarea 6. Pase definitivo de pruebas de evaluación en la muestra definitiva de estudio: Identificar los perfiles de riesgo y protección socio-emocional de estos profesionales sociosanitarios, en base a las variables objeto de estudio y las relaciones entre estas.

Hito 8: Administrar las pruebas en los centros seleccionados en la muestra definitiva; Entregable 8: Base de datos definitiva

Tarea 7. Análisis estadístico de datos definitivo: Los objetivos en los análisis serán: estudiar los descriptivos, las agrupaciones, las correlaciones y las comparaciones de medias entre las variables evaluadas, predecir las características asociadas a los perfiles saludables y en riesgo.

Hito 9: Estudios de los resultados obtenidos y establecimiento de los perfiles en la población estudiada (T8); Entregable 9: Informe de resultados muestra definitivos

Tarea 8. Estudio de los resultados obtenidos, difusión de resultados y elaboración del Informe Final. Conclusiones y elaboración de documentos para la difusión científica y divulgación de los resultados.

Hito 10: A lo largo de la investigación pero, especialmente durante la última anualidad, se realizarán publicaciones científicas, se presentarán comunicaciones y ponencias a congresos para difundir los resultados y se informará de los resultados tanto a las entidades que han apoyado el proyecto como a aquellas que puedan beneficiarse de los resultados del proyecto; Entregable 10: Presentaciones en congresos, artículos científicos, informes para los centros educativos y sociosanitarios de referencia.

Con el fin de desarrollar la fase de diseño, administración y análisis de los instrumentos de medida, se seleccionaron durante el proceso de la investigación una batería de pruebas, cuestionarios estandarizados y registros ad-hoc para la evaluación de las variables a estudio.

La selección de las pruebas de evaluación fue el resultado de la revisión de la literatura realizada. Tras recoger la información mediante los cuestionarios y las medidas objetivas se realizaron los pertinentes análisis estadísticos para poder dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados.

El proceso de recogida de datos se realizó en los centros atención a personas con discapacidad intelectual de referencia de la Comunidad Valenciana que participan en el proyecto. La recogida de muestra fue realizada entre el 7 de junio de 2021 y el 15 de julio de 2021.

El procedimiento de recogida de datos se llevó a cabo por componentes del equipo de investigación. Cuando se identificaba un profesional que cumplía los criterios de inclusión anteriormente expuestos, el investigador que lo entrevistaba le planteaba la posibilidad voluntaria de participar en el presente proyecto.

El psicólogo del equipo comunicó a los participantes las características del estudio, asegurando el compromiso de la confidencialidad e informando sobre el registro de datos de carácter personal. Asimismo, se solicitó el consentimiento informado. Tras la firma del consentimiento, se entregaba un dossier con los cuestionarios y se explicaban los aspectos que pudieran generar dudas a la hora de cumplimentarlo.

Mientras, el profesional sociosanitario completaba los cuestionarios por cuenta propia en la sede de su centro de trabajo, bajo la supervisión del investigador. Una vez finalizado el encuentro con el participante, se procedió a recopilar el dossier de evaluación. La evaluación diagnóstica se realizó en un único pase y momento temporal, por lo que este objetivo de nuestro estudio tiene un diseño transversal de único momento temporal.

Para el pase de pruebas se solicitaron los permisos pertinentes a los centros participantes. Miembros del equipo investigador (psicólogos) acudieron a los centros con la intención de explicar nuestra investigación y solicitar su colaboración en dicho proyecto. Tras su aceptación, se facilitó a los centros la propuesta junto con los consentimientos informados y los compromisos de confidencialidad a los trabajadores.

En todo momento se respetó el anonimato y la voluntad del profesional respecto a su participación en el estudio, así como la confidencialidad de los datos obtenidos a través de ellos. El pase duró aproximadamente treinta minutos y se realizó en el horario de trabajo de los centros, en formato grupal aunque autoadministrado y en presencia de los miembros del equipo de investigación con tal de resolver las dudas que pudieran surgir a los participantes.

En los consentimientos informados especificamos claramente que se funcionaría por códigos, además en la parte de procedimiento del proyecto incluimos que para conseguir mantener la confidencialidad de los datos, el proceso de seudonimización que se llevaría adelante implicaba asignar de manera aleatoria un número, siguiendo un orden secuencial de manera ordinal junto con la fecha del momento de evaluación. En todos estos casos, este número aleatorio impediría la oportunidad de enlazar los datos con la información original.

2.4. Aspectos éticos

Respecto a las implicaciones éticas de la investigación propuesta, el grupo investigador se comprometió a firmar el compromiso de seguridad/confidencialidad e informar en detalle a los participantes, que el proyecto sigue la normativa de la Declaración de Helsinki de 1964 y de sus posteriores actualizaciones (la más reciente hecha en Brasil, octubre de 2013), de los objetivos del proyecto y de cuál será su participación, así como de los beneficios que supondrán los resultados.

Así mismo el grupo investigador se comprometió a establecer los requisitos y condiciones indicados en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos para el tratamiento totalmente confidencialidad de sus datos personales, así como la normativa europea vigente.

Para ello, se informará a las personas, solicitando el consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad.

Se cuenta con el aval del Comité de Ética de la UV con el código UV-INV_ETICA-24773412.5.

2.5. Variables e instrumentos de medida

Con el fin de cumplir con los objetivos planteados y poder ofrecer respuesta a las hipótesis planteadas, se recopiló una serie de instrumentos que permitiesen medir las diferentes variables contempladas en la investigación.

2.5.1. Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas de los profesionales de los centros se midieron a través de un registro *ad hoc* que el mismo tenía que cumplimentar. Estos registros *ad hoc* permitieron sistematizar la recogida de información relativa a las siguientes variables: edad, estado civil, situación familiar, apoyo doméstico, nivel de estudios, rol profesional, antigüedad en la empresa y en el puesto de trabajo, relación contractual, tipología de centro en que trabaja, deseo de abandono del trabajo y formación en recursos humanos y en *counselling*.

2.5.2. Variables psicológicas

- Para evaluar el **Escala de Estrés Percibido**, se ha utilizado la escala estrés percibido- *Perceived Stress Scale* (PSS) de Cohen et al. (1983), adaptada a población española por Remor (Remor, 2006).

Este instrumento evalúa, en su versión completa de 14 ítems, la percepción del estrés en el último mes y se diseñó con el objetivo de conocer las situaciones que perciben como estresantes en la vida diaria (Cohen et al., 1983).

La escala original presenta 14 ítems, que piden a los participantes que califiquen la frecuencia de eventos estresantes que ocurrieron en el último mes (p. ej., ¿Con qué frecuencia se ha sentido molesto por algo que sucedió inesperadamente?) y el formato de respuesta es de tipo Likert que puntúa desde "nunca" (puntuación de 0) hasta siempre (puntuación de 4). Asimismo, el nivel de estrés percibido oscila entre las puntuaciones 0 hasta 56, el cual es el máximo puntaje de estrés percibido. De tal modo que la puntuación total indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés (Cohen et al., 1983).

La validez interna de la escala original varía de .78 a .91 (Cohen & Janicki-Deverts, 2010). La fiabilidad test-retest de la escala en muestra española, según el alpha de Cronbach, es de .77 y .78 (Remor, 2006). En nuestra última investigación, el alpha de Cronbach obtenido ha sido .64.

Así mismo, se han llevado a cabo estudios psicométricos y de adaptación de una versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) (Remor, 2006). En ellos, partiendo de una

muestra heterogénea de 440 adultos españoles, la versión PSS en español (14 ítems) demostró una fiabilidad adecuada (consistencia interna, $\alpha = .81$ y prueba-reprueba, $r = .73$) así como un buenavalidez (concurrente). Para más información sobre las propiedades psicométricas consultar Anexo I.). En nuestra investigación, el α de Cronbach obtenido ha sido $.64$.

- Para medir **el estrés relacional** se la utilizado la escala “*The nurse Stress Scale*” elaborada por Gray-Toft & Anderson (1981), adaptada al castellano y validada en personal de enfermería por Más & Escrivá (1998). En nuestro estudio se han seleccionado y adaptados ítems de la escala original, siguiendo la aplicación de la escala realizada por Ballester-Arias (2019).

Esta escala busca identificar en qué porcentaje ciertos componentes son notados como estresantes para el personal de enfermería o personal asistencial (Más & Escrivà, 1998). Consta de 34 ítems que describen que componentes poseen el potencial de ser estresores, esta se conforma con 7 componentes que obedecen al grado físico y psicológico. El formato de respuesta es de tipo Likert que puntúa desde "nunca o casi nunca" (puntuación de 0) hasta siempre o casi siempre (puntuación de 4).

En población española, la fiabilidad de la escala se evaluó después de asignar 30 enfermeras a la submuestra durante un período de 15 días. La distribución de los resultados obtenidos entre el primer uso de la escala y después de quince días no fue estadísticamente diferente. El α de Cronbach para la escala completa es de $0,92$ y oscila entre $0,83$ y $0,49$ en cada subescala Tiene una alta consistencia interna y validez de constructo (Más & Escrivà, 1998).

En nuestro estudio, los resultados respecto a fiabilidad indicaron puntuaciones aceptables, obteniendo $,75$ en α de Cronbach. Para más información sobre las propiedades psicométricas consultar Anexo I.

- Para medir **la empatía** se ha utilizado la escala *Empathy Quotient* (EQ), de Baron-Cohen & Wheelwright (2004).

La escala completa se compone de tres factores que miden la “Empatía Cognitiva”, la “Reactividad Emocional” (RE) y las “Habilidades Sociales” (HS).

En nuestro caso, hemos utilizado únicamente la subescala relativa al factor de Empatía Cognitiva” (EC), que incluye ítems que miden la captación de estados afectivos tales como “*puedo darme cuenta si alguien enmascara sus verdaderos sentimientos*”, estados epistémicos “*me resulta fácil ponerme en el lugar de otra persona*” y estados basados en el deseo “*enseguida me doy cuenta de qué quiere hablar la otra persona*”. Esta subescala está compuesta por 8 ítems y las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de 4 puntos, que oscila desde desacuerdo total (1) hasta acuerdo total (5).

Fue validada en población española por Herrero-Fernández (2018). En la validación española, los análisis psicométricos mostraron un buen ajuste para una estructura factorial de 23 ítems en tres dimensiones, similar a la propuesta por otros autores. El EQ mostró valores correctos para la fiabilidad de constructo (FC), especialmente en lo referido a la escala Empatía Cognitiva (EC) Además se encontraron valores adecuados de consistencia interna, así como correlaciones con otras medidas de empatía y de desempeño emocional. Los estudios previos indican buenos índices de consistencia interna.

En nuestro estudio, los resultados respecto a fiabilidad indicaron puntuaciones bajas en cuanto a fiabilidad, obteniendo ,55 en Alpha de Cronbach.

- Para evaluar **el Apoyo social**, se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social de Duke-UNC de Broadhead et al. (1988); versión de Bellón et al. (1996). Adaptado a la población española (De la Revilla et al.1991)

Es un instrumento autoadministrado que consta de 11 ítems. Se utiliza para detectar el grado de apoyo social en su dimensión afectiva (expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a un grupo) y confidencial (posibilidad de contar con personas con las que poder compartir preocupaciones y problemas y de las que pueden recibir información, consejo o guía). Utiliza una escala tipo Likert, puntuando de 1 (“mucho menos de los que deseo”) a 5 (“tanto como lo deseo”). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo social percibido. En el estudio de la validación española se describe un alfa de Cronbach para la escala total de 0,90, para la subescala de apoyo afectivo un alfa de 0,79 y de 0,88 para la subescala de apoyo confidencial (Bellón et al., 1996).

En el presente estudio, la fiabilidad de esta escala fue de ,85, de ,79 para apoyo confidencial y ,70 para apoyo afectivo. Para consultar el resto de las propiedades psicométricas consultar Anexo I.

- Para evaluar **el bienestar** se ha utilizado la *Scale of Positive and Negative Experience* (SPANE), de Diener & Biswas-Diener, (2009), escala traducida por León-Pinilla et al. (2015). Diener, (2010) desarrolló la Escala de Experiencias Positivas y Negativas (SPANE, por sus siglas en inglés).

La escala SPANE está constituida por dos sub-escalas. Cada una consta de 6 ítems que denotan sentimientos positivos (sub-escala SPANE-P), y 6 que refieren a sentimientos negativos (sub-escala SPANE-N). El cuestionario pregunta qué tipo de sentimientos ha experimentado, por ejemplo, indica si en las últimas cuatro semanas la persona ha experimentado felices, tristes, positivos...: Cada ítem es respondido mediante una escala tipo likert, que va desde el 1: “rara vez o nunca” al 5: “muy a menudo o siempre”.

Ambas subescalas son parcialmente independientes y se califican por separado. Para obtener el balance final (SPANE-B) se restan los resultados de SPANE-N al puntaje de SPANE-P. En el estudio original del SPANE, se obtuvieron índices de fiabilidad adecuados. Las puntuaciones

sobre consistencia interna para este estudio fueron ,89 para afectos positivos y ,81 para afectos negativos. Para consultar el resto de las propiedades psicométricas y análisis factorial confirmatorio consultar Anexo I.

- Para evaluar **la satisfacción con la vida** se ha utilizado la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al.(1985).El modelo usado para la medición es la versión en castellano traducida y validada por Núñez et al. (2010).

La Escala de satisfacción con la vida mide en qué medida una persona se siente satisfecha con su vida. Se utiliza para medir el bienestar eudaimónico.

La SWLS es un instrumento compuesto por 5 ítems y las respuestas se recogen en una escala tipo Likert de 5 puntos, que oscila desde muy en desacuerdo (1) hasta muy de acuerdo (5). Cuenta con ítems del tipo: “en la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea”.

La consistencia interna de este instrumento en su versión original fue de alpha de Cronbach =.84 (Diener et al., 1985). La validación al castellano de la escala presenta propiedades psicométricas similares a la versión anglosajona (Atienza et al., 2000; Atienza, et al., 2003).

En relación con las propiedades psicométricas del instrumento en muestra española, hay que señalar que en cuanto a la validez factorial, el análisis factorial de la SWLS concluye la existencia de una estructura monofactorial (Atienza et al., 2000), y su análisis de consistencia interna ofrece un coeficiente Alpha de Cronbach con un valor de $\alpha = 0.84$, presentando también una estructura unidimensional.

Por otra parte, el análisis de la consistencia interna en nuestra muestra ofrece un alpha de Cronbach que indica que la escala tiene una muy buena consistencia interna ($\alpha = .84$). Para consultar el resto de las propiedades psicométricas y análisis factorial confirmatorio consultar Anexo I.

2.6. Análisis estadísticos

En esta investigación para los análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 28.0 para Windows, el programa EQS 6.4, el programa fsQCA y la extensión macro PROCESS para SPSS. Para dar respuesta a los objetivos se hizo uso de las siguientes pruebas:

Estadísticos descriptivos: se ha hecho uso de frecuencias (Fr) y porcentajes (%), para facilitar la información que contienen los datos; Medias (*M*), para informar de la tendencia central de los datos; Desviaciones típicas (*DT*) para indicar el grado de dispersión de los datos.

Pruebas de fiabilidad: para valorar la consistencia interna de cada una de las escalas mediante el α de Cronbach.

Pruebas t student para muestras independientes: se utilizó para comparar las medias de las variables psicológicas cuya variable independiente solo constaba de dos categorías (por ejemplo, sexo). La prueba t para dos muestras independiente permite contrastar hipótesis

referidas a la diferencia entre dos medias independientes y el cálculo del tamaño del efecto mediante d de Cohen. Se considera que valores inferiores a 0,2 indican un efecto de pequeño tamaño, 0,5 de magnitud media y 0,8 indica un efecto de alta magnitud (Frías-Navarro et al., 2000).

Prueba Anova de un factor: se utilizó para realizar comparaciones de medias en el caso de que la variable independiente constara de más de dos categorías (por ejemplo, tipo de contrato etc.). Mediante esta prueba se contrastan las hipótesis de medias surgidas por la relación entre dos variables, la dependiente (que es cuantitativa) y la independiente (que es cualitativa). Se utilizaron como pruebas *posthoc*: Bonferroni y Games-Hawell. Para calcular el tamaño del efecto se utilizó η^2 cuadrado parcial. Suele considerarse que una η^2 cuadrada en torno a 0,01 es poco efecto, que una η^2 cuadrada en torno a 0,06 indica un efecto medio y que una η^2 cuadrada superior a 0,14 es ya un efecto grande (Frías-Navarro et al., 2000).

Coefficiente de correlación de Pearson: se ha utilizado para estudiar la posible relación entre las variables. Este coeficiente se interpreta de forma que se puede encontrar una covariación entre variables positiva (ambas variables se relacionan en el mismo sentido), una covariación negativa (relación entre las variables en sentido inverso) o una ausencia de covariación (las variables no están relacionadas).

Modelo de ecuación estructural (*Structural Equation Modeling, SEM*): Los modelos de ecuación estructural son una familia de modelos estadísticos multivariantes que permite estimar el efecto y las relaciones entre múltiples variables. La presente técnica combina tanto la regresión múltiple como el análisis factorial. Permite evaluar las interrelaciones de dependencia, al mismo tiempo que incorpora los errores de medida sobre los coeficientes estructurales. En todos los análisis se utilizó la estimación de máxima verosimilitud (ML) con la corrección robusta de Satorra-Bentler (Hu & Bentler, 1995), ya que es el método más robusto de estimación con datos no normales. En cuanto al significado de chi-cuadrado (χ^2) (<,01), en ningún caso se puede garantizar una fiabilidad adecuada. Sin embargo, como este estadístico está estrechamente relacionado con el tamaño de la muestra, se analizaron otros indicadores, como la relación entre chi-cuadrado (χ^2) y sus grados de libertad (valores por debajo de cinco son considerados aceptables) (Brynnne, 2009; Carmines & McIver, 1981); índices de bondad de ajuste como el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de ajuste incremental (IFI) (valores por encima de ,90 indican un ajuste adecuado) (MacCallum & Austin, 2000); y la raíz cuadrada del error medio cuadrático (RMSEA) donde los valores por debajo de 0,08 son indicadores de un ajuste adecuado, siendo los valores óptimos los que se acercan a 0,05 (Browne & Cudeck, 1993).

Análisis cuali-cuantitativo comparado de datos difusos (fsQCA): constituyen una técnica analítica que permite analizar en profundidad como una serie de condiciones causales

contribuyen a un resultado determinado. Los modelos QCA se basan en una lógica booleana o de intersección, y asumen la influencia de un atributo o atributos particulares en un resultado específico. Depende en mayor medida de cómo se combinan dichos atributos (variables), más que en el aporte individual de cada uno de ellos, como sí sucede en los modelos lineales. Este tipo de técnicas también permiten observar diferentes caminos o combinaciones que pueden dar lugar al mismo resultado (equifinalidad). En el análisis se establecen las denominadas causas necesarias, aquellas que siempre deben estar presentes para que se dé un resultado determinado, y las condiciones suficientes, que, si bien no siempre tienen que estar presentes para que se dé un resultado, pueden dar lugar a un resultado determinado. Los modelos QCA permiten identificar el porcentaje de varianza explicada, o casos en los que se cumple el modelo, la denominada cobertura, así como indicadores de bondad de ajuste, la denominada consistencia (Eng & Woodside, 2012; Ragin, 2008). Por otra parte, para realizar el análisis comparativo cualitativo de conjuntos difusos, los datos brutos de las respuestas de los participantes se transformaron en respuestas de conjuntos difusos. En primer lugar, como se sugiere en la literatura, se eliminaron todos los datos que faltaban y todos los constructos (variables) se calcularon multiplicando sus puntuaciones de elementos. Antes de realizar el análisis, los valores del análisis deben recalibrarse entre 0 y 1. La recalibración es muy importante porque puede afectar al resultado final, indicando más o menos observaciones o participantes que lograron un determinado resultado. Cuando consideramos solo dos valores, procedemos con 0 (sin la característica, totalmente fuera del conjunto) y 1 (con la característica, totalmente en el conjunto). Sin embargo, para realizar la recalibración con más de dos valores, debemos considerar los tres umbrales siguientes: el primero (0) considera que una observación con este valor está totalmente fuera del conjunto (acuerdo bajo); el segundo (0,5) considera un punto medio, ni dentro ni fuera del conjunto (nivel de acuerdo intermedio); y el último valor (1) considera que la observación está totalmente en el conjunto (nivel de acuerdo alto). Este proceso fue el método directo de calibración propuesto por el autor de la metodología, Ragin (Ragin, 2008), y es el más utilizado en la literatura (Barton & Beynon, 2015; Felício et al., 2016; Rey-Martí et al., 2016; Schneider & Wagemann, 2012; Woodside, 2013). Con variables continuas o con factores de una encuesta (formadas por diferentes ítems), debemos introducir estos tres valores para proceder a una recalibración automática de los valores entre 0 y 1. En estos casos, la literatura sugiere que con variables continuas o con factores, los tres umbrales deben ser los percentiles 10, 50 y 90: (Woodside, 2013). 10% (acuerdo bajo o totalmente fuera del conjunto), 50% (nivel de acuerdo intermedio, ni dentro ni fuera del conjunto) y 90% (acuerdo alto o totalmente en el conjunto). Una vez transformadas las respuestas, como se sugiere en la literatura, se utilizarán las pruebas de condición necesarias y suficientes. Una condición suficiente expresa una combinación de condiciones que pueden producir un resultado particular, aunque ese resultado particular pueda lograrse mediante otras combinaciones de condiciones. A

la inversa, una condición es necesaria cuando debe estar siempre presente para que se produzca un resultado particular. Según Eng y Woodside (2012), para calcular las condiciones suficientes, el análisis fsQCA implica dos etapas (Eng & Woodside, 2012) primero, un algoritmo de tabla de verdad transforma las puntuaciones de pertenencia de los conjuntos difusos en una tabla de verdad que enumera todas las combinaciones lógicamente posibles de condiciones causales y el resultado empírico de cada configuración. En segundo lugar, el análisis fsQCA genera tres soluciones posibles: compleja, parsimoniosa e intermedia. La solución compleja es la más restrictiva, y la solución parsimoniosa es la menos restrictiva. Estudios previos (Ragin, 2008) sugieren incluir la solución intermedia (la solución que se presentará aquí). Cuando se considera un análisis suficiente, tal y como se ha expuesto con anterioridad, la cobertura de la solución considera la varianza explicada (número de observaciones que pueden ser explicadas por una combinación particular de condiciones) mientras que la consistencia de la solución expresa la posible fiabilidad del modelo. Además, cuando consideramos cada condición, la cobertura cruda indica cuántos casos u observaciones pueden explicarse por las condiciones (varianza explicada). A la inversa, la cobertura única expresa el número de observaciones (varianza) que pueden explicarse por una combinación particular de condiciones, pero no por otra combinación de condiciones. Para elegir la condición más importante, debemos considerar la cobertura bruta. En cuanto al análisis necesario y similar al análisis suficiente, la consistencia indica la idoneidad de la condición para predecir un resultado particular (≥ 0.90), mientras que la cobertura considera la varianza explicada por una condición (Ragin, 2008).

PROCESS: Para analizar el efecto moderador y mediador de una variable en la relación que se produce entre otras dos variables, se utilizó el macro PROCESS (Hayes, 2013), una de las extensiones del programa SPSS con mayor uso para realizar análisis estadísticos en el campo de las ciencias sociales. El macro PROCESS permite llevar a cabo análisis de mediación sencillo, siendo capaz de incorporar procedimientos más sofisticados, como el análisis de mediación moderada o la mediación múltiple (Fernández-Muñoz & García-González, 2017). Fue diseñado para probar la moderación y mediación mediante la evaluación directa de la significación del efecto indirecto de la variable independiente.

PARTE III: RESULTADOS

Con el propósito de proporcionar una mayor claridad a los resultados y sus conclusiones, éstos han sido organizados siguiendo criterios estadísticos. En primer lugar, se presentan los resultados a nivel descriptivo referidos al perfil de las características generales de los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual donde se tratan las variables sociodemográficas, los aspectos laborales y las variables psicológicas. Seguidamente, se presenta la relación entre las variables clínicas de estos profesionales sociosanitarios y las variables sociodemográficas y laborales.

Posteriormente se aborda la relación entre el estrés y las variables psicológicas y en último lugar se presenta el modelo de predicción del estrés en los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

3.1 Perfil de las características generales y clínicas de los profesionales

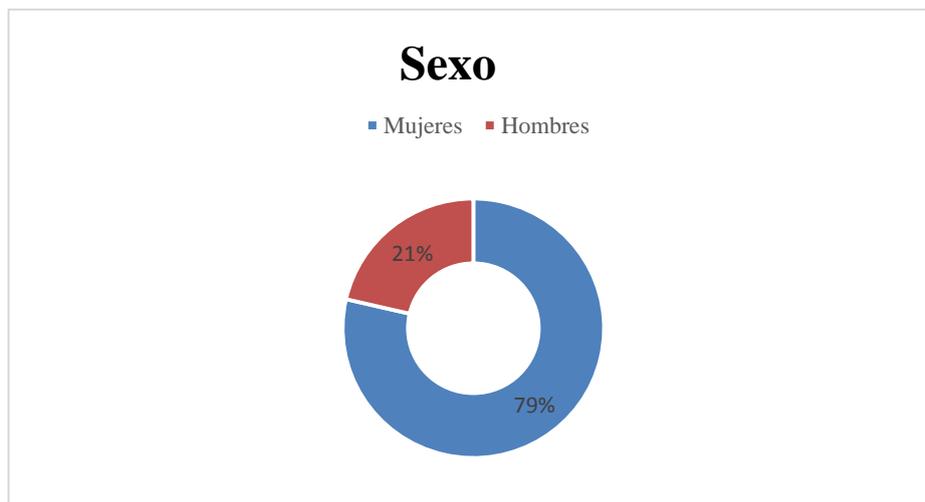
Iniciamos la presentación de resultados con un análisis descriptivo de las características generales de los profesionales.

3.1.1. Variables sociodemográficas de los profesionales

Contamos con una muestra de 756 profesionales sociosanitarios encuestados con una edad media de 43,35 años y desviación típica de 11,19 de las cuales el 78,6% (n=576) eran mujeres y el 21,4. % (n=157) eran hombres (*Figura 1*).

Figura 1

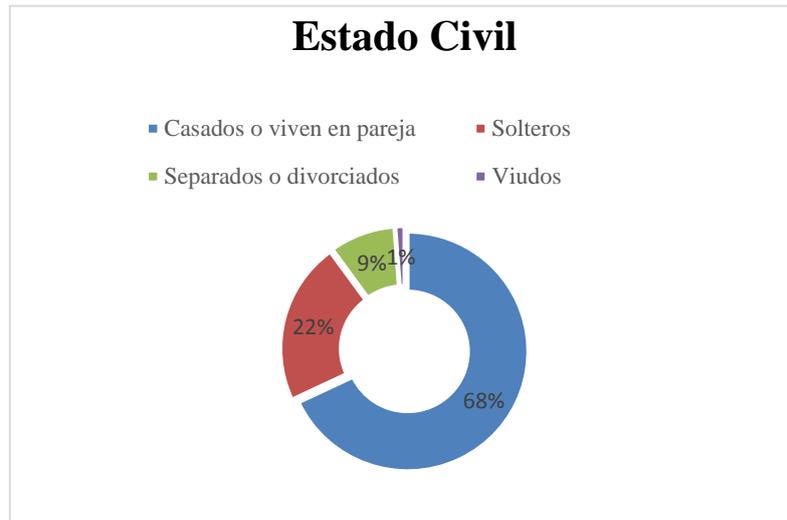
Distribución de la muestra por sexo



Los participantes analizados un 15,1% (n=113) poseían ayuda doméstica en sus hogares mientras que el 85% restante no disponía de ningún tipo de ayuda doméstica. Respecto a su estado civil, se encontró que un porcentaje del 68% (n=501) estaban casados o vivían en pareja, estaban solteros o sin vivir en pareja el 22,0%, (n=162), estaban separados o divorciados el 8,8% (n=65) de los participantes entrevistados y eran viudos el 1,2% (n=9) restante. (*Figura 2*)

Figura 2

Distribución de la muestra por estado civil

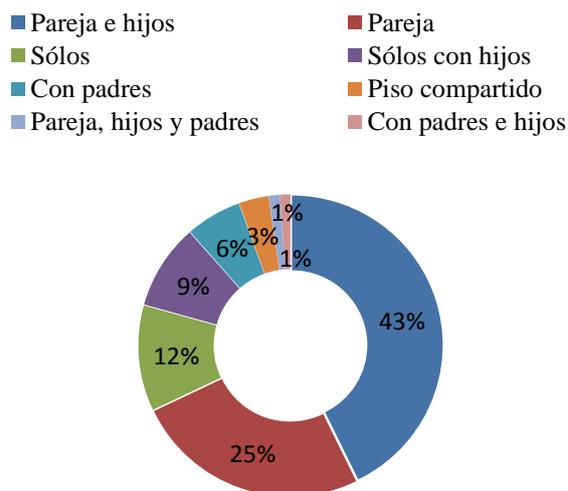


Respecto a la variable con quién convivían, el 42,8% (n=316) de los participantes vivían en pareja y con hijos, el 25,2% (n=186) vivían en pareja, el 11,4% (n=84) vivían solos, el 9,2% (n=68) vivían solos con hijos, el 6,0% (n=44) vivían con sus padres, el 3,2% (n=24) en piso compartido, el 1,2% (n=9) en pareja con hijos y padres y un 1,1% (n=8) con sus padres y con hijos.(Figura 3)

Figura 3

Distribución de la muestra por situación convivencial

Situación convivencial

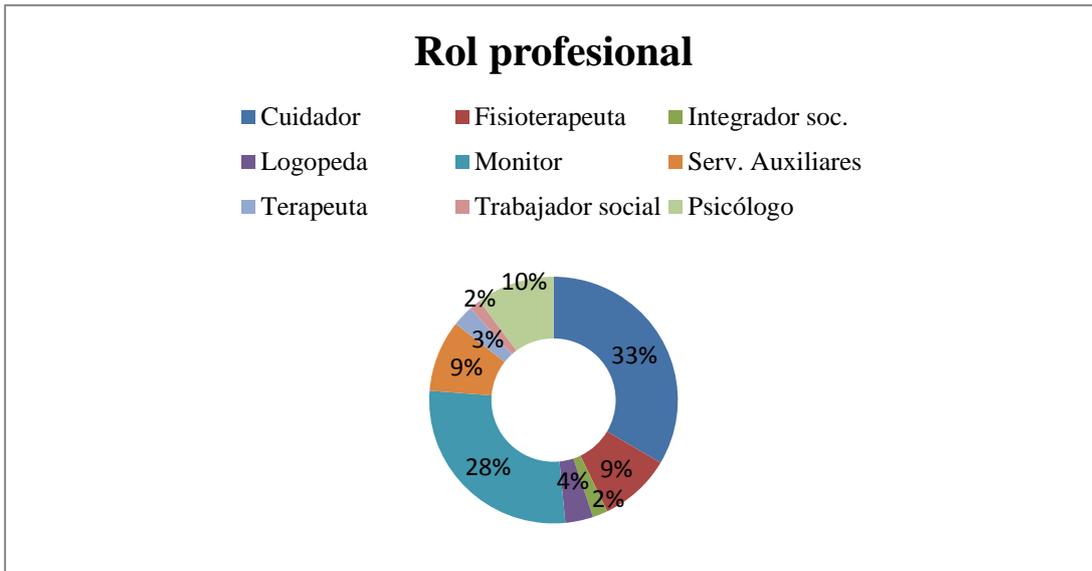


3.1.2. Aspectos laborales de los profesionales

La información relacionada con el ámbito laboral refleja que la mayor proporción de participantes desempeñaban un rol profesional de cuidadores con una proporción del 33,5% (n=221) y de monitores con una proporción del 27,7% (n=183), los trabajadores sociales representaron el 1,5% (n=10) de los casos y los psicólogos un 10,2% (n=67) (Figura 4).

Figura 4

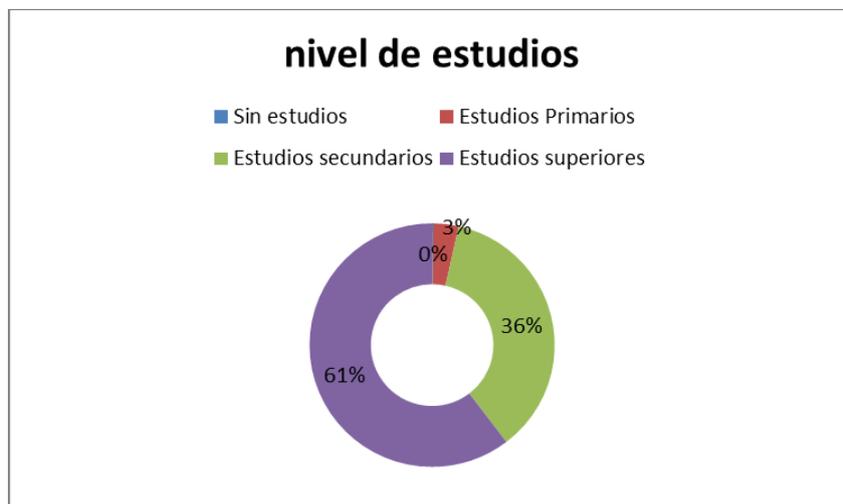
Distribución de la muestra por rol profesional



En relación al nivel de estudios de la muestra, el 60% había cursado estudios superiores (n=448), el 36% había cursado estudios secundarios (n=268), el 3,5 contaba con estudios primarios, y tan solo un 1% no contaba con estudios (n=1) (Figura 5).

Figura 5

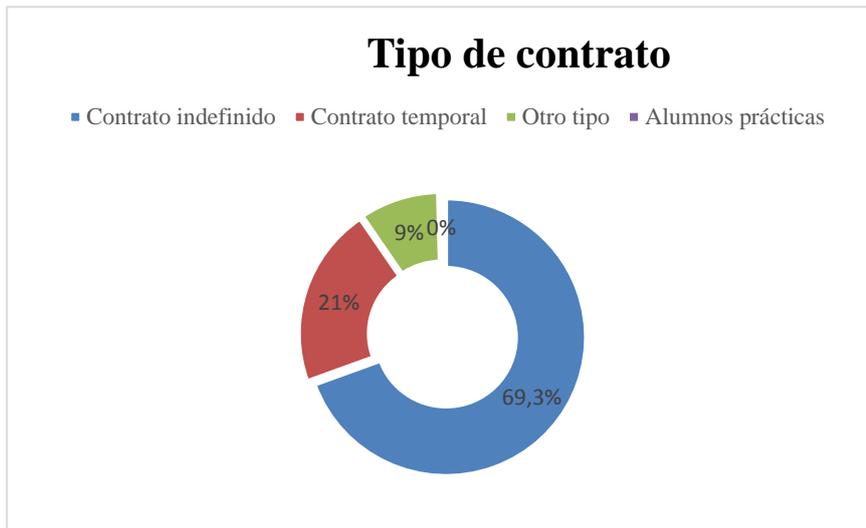
Distribución de la muestra por nivel de estudio



En función del tipo de contrato, el 69,3% (n=511) de los individuos encuestados poseían contrato indefinido, un 21,0% (n=155) contrato temporal, un 9,1% (n=67) otro tipo de contratos, un 0,4% (n=3) eran alumnos en prácticas y un 0,1% (n=1) eran voluntarios (*Figura 6*).

Figura 6

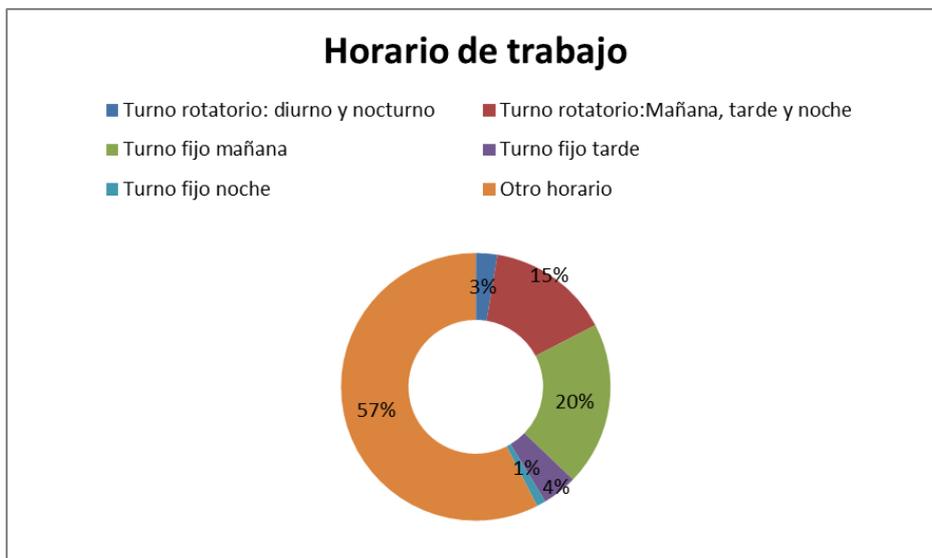
Distribución de la muestra por tipo de contrato



En función del horario de trabajo, un 3% tenía turno rotatorio: diurno y nocturno, un 15% (n=109) tenía turno rotatorio: Mañana, tarde y noche, un 20% tenía turno fijo de mañana (n=146), un 4% (n=31) tenía turno fijo tarde, un 1% (n=8) tenía turno fijo de noche, y en otros horarios se encontraba el 57% (n=424) (*Figura 7*).

Figura 7

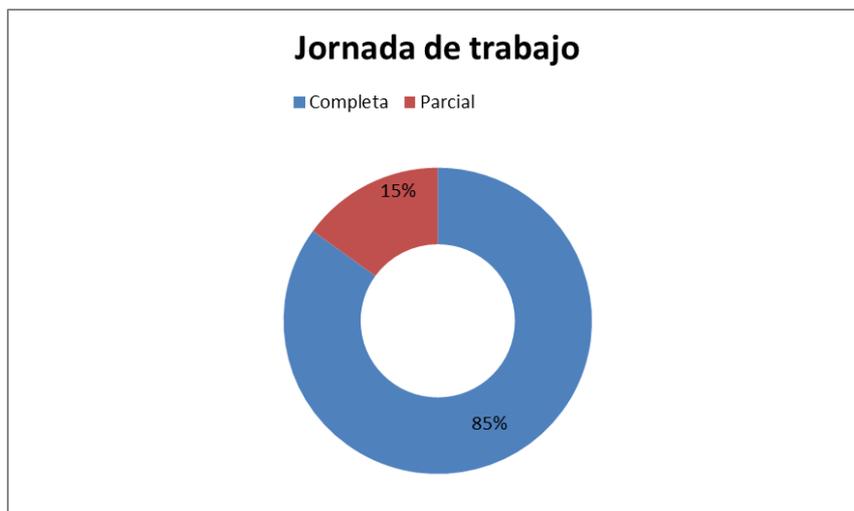
Distribución de la muestra en función del horario de trabajo



Respecto a la jornada de trabajo de los profesionales, el 85% (n=628) contaba con una jornada de trabajo completa(n=628) frente al 15% que tenían una jornada de trabajo parcial (n=111) (Figura 8).

Figura 8

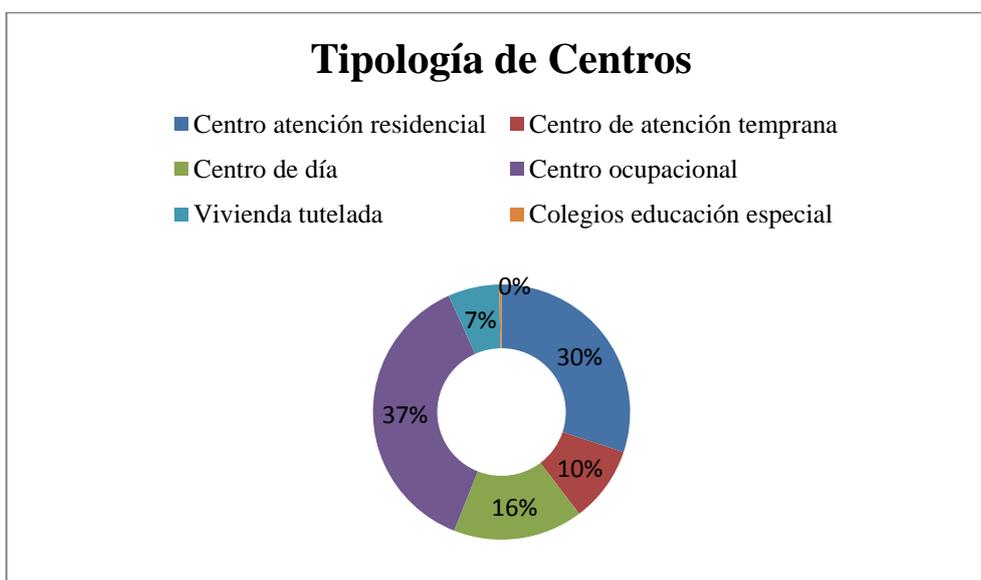
Distribución de la muestra en función de la jornada de trabajo



Por otra parte, se identificó la tipología de centros en los que los profesionales desarrollaban su trabajo, contando con un 30,2% (n=210) de profesionales que desarrollaban su trabajo en centros de atención residencial, un 9,6% (n=67) de profesionales en centros de atención temprana, un 16,4% (n=114) de profesionales en centros de día, un 37,4% (n=260) en centros ocupacionales y una 6,5 (n=45) de profesionales en viviendas tuteladas (Figura 9)

Figura 9

Distribución de la muestra por tipología de centros



Respecto al grado de formación relacionada con el *counselling*, de los participantes encuestados el 84,4% (n=605) indicaban que no habían tenido ninguna experiencia en formación de *counselling*, un 12,3% (n=88) que habían recibido algún curso o asistido a alguna sesión y únicamente un 3,3% (n=24) indicaba que ha recibido bastante formación o entrenamiento al respecto (*Figura 10*).

Figura 10

Formación en counselling



En cuanto a la formación en habilidades de relación con personas con diversidad funcional (HHRRD) un 35,6% (n=243) indicaban que habían recibido bastante formación al respecto, un 34,9% (n=238) de los participantes no habían recibido ningún curso y un 29,5% (n=201) habían recibido algún curso (poca formación) (*Figura 11*).

Figura 11

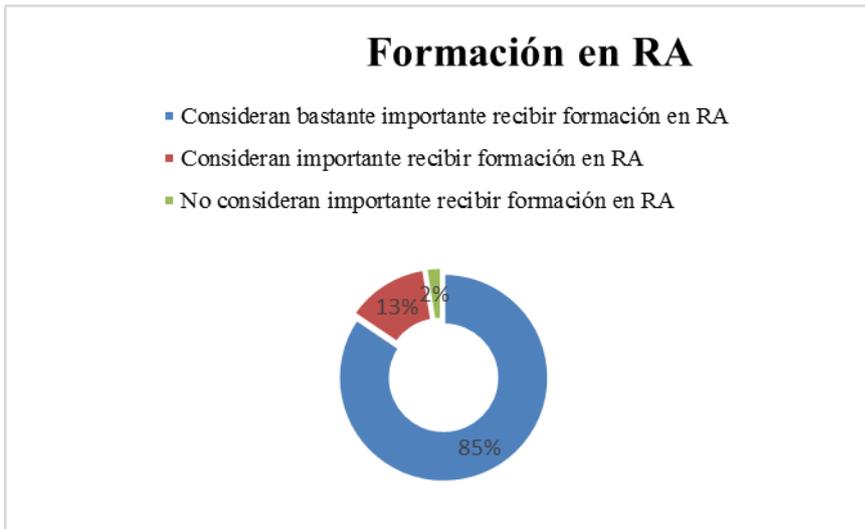
Formación en HHRRD



Por último, respecto a la necesidad en formación en Relación de Ayuda (RA) el 84,6% (n=620) de los participantes consideraban bastante importante recibir información al respecto, el 13,0% (n=95) consideraba importante recibir algún curso y un 2,5% (n=18) no lo consideraba importante (*Figura 12*).

Figura 12

Formación en RA

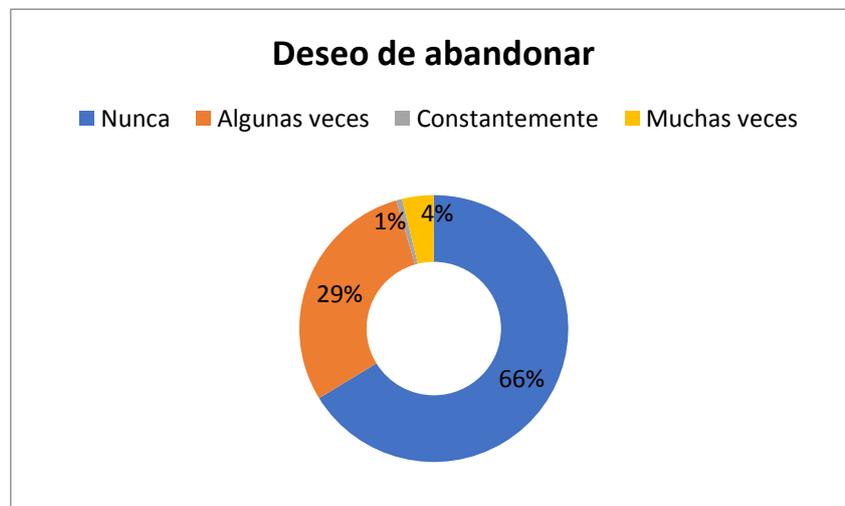


Además, las personas tenían una antigüedad media en la empresa de 12,91 años (DT=9,44) (Rango 0-42) y en el mismo puesto de trabajo de 11,11 años (DT=8,8) (Rango 0-45).

Por otra parte, de las personas encuestadas, el 66,2% (n=488) nunca había pensado marcharse de su trabajo, el 29,3% (n=216) lo había pensado algunas veces, un 3,80% (n=28) indicaron que habían pensado muchas veces abandonar su trabajo (*Figura 13*).

Figura 13

Deseo de abandonar



3.1.3. Variables psicológicas de los profesionales

A continuación, se presentan las puntuaciones medias de todas las dimensiones relacionadas con el presente trabajo.

El valor medio de los afectos positivos fue de 18,71 ($DT=2,91$) (Rango 6-30), puntuaciones moderadas en afectos positivos. Esto parece indicar que los profesionales sociosanitarios experimentaban emociones positivas asociadas como por ejemplo alegría o felicidad.

Respecto a los afectos negativos, los resultados indicaron que se obtuvo una media de 14,66 ($DT=3,36$) (Rango 6-30), lo que parece indicar que también experimentaban a su vez emociones negativas. Al realizar el cálculo del balance emocional las puntuaciones medias obtenidas fueron de 4,06 ($DT=5,24$), por tanto, el balance nos indicó que los profesionales mostraban cierto equilibrio emocional, donde predominaba un mayor bienestar asociado a los afectos positivos.

El apoyo social mostró un valor medio de 45,02 ($DT=7,78$) (Rango 12-60). Entendemos que tal apoyo es percibido de forma desigual por los profesionales. En relación con el apoyo afectivo, la media obtenida fue de 15,53 ($DT=3,13$) (Rango 6-30) y el apoyo confidencial fue de 29,43 ($DT=5,31$) (Rango 6-30). Estos datos indicaron un nivel de apoyo social moderado, si bien, la puntuación es menor en el caso del apoyo afectivo.

La empatía mostró un valor medio-alto de 26,3 ($DT=3,02$) (Rango 8-32). Observamos que entre los profesionales existía un nivel de empatía alto, actitud que permite una mejor comprensión en cuanto a la realidad de las personas con discapacidad intelectual.

La satisfacción con la vida tuvo un valor medio de 18,41 ($DT=3,68$) (Rango 5-25). Esta puntuación indicaba un nivel alto de satisfacción con la vida. El resultado nos muestra que a pesar de la dificultad que conlleva el trabajo de nuestros profesionales, parece que indicaban encontrarse satisfechos con diferentes aspectos de su vida.

En cuanto al estrés relacional el valor medio fue de 33,83 ($DT=6,24$) (Rango 20-80) y el estrés percibido presentó un valor medio de 22,61 ($DT=4,11$) (Rango 14-56). Observamos como la puntuación en relación con el estrés apuntó a la existencia de un estrés moderado-bajo en los profesionales de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Por último, con el fin de aproximarnos al concepto de consideración positiva, utilizamos una serie de preguntas ad hoc, dividiéndolas en dos categorías: refuerzo y consideración. En el caso de refuerzo se obtuvo una puntuación medio alta, 12,79 ($DT=1,65$) (Rango 4-16) aspecto que apuntó a la capacidad de reconocimiento de los profesionales.

Por otra parte, en la consideración aparecía una puntuación moderada 4,90 ($DT=1,31$) (Rango 2-8) que nos indicó cierto déficit en el despliegue de elementos propios de la consideración positiva.

Se recogen en la siguiente tabla las medias, desviaciones típicas y rangos de las variables psicológicas (Tabla 10).

Tabla 10
Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas

Variabes	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Afectos negativos	14,66	3,36	6	30
Afectos positivos	18,71	2,91	6	30
Apoyo social	45,02	7,78	11	55
Empatía	26,3	3,02	8	32
Satisfacción	18,41	3,68	5	25
Estrés relacional	33,83	6,24	20	80
Estrés percibido	22,61	4,11	14	56
Consideración	4,90	1,31	2	8
Refuerzo	12,79	1,65	4	16

Nota. *M*=media; *DT*=desviación típica

3.2. Relación entre las variables clínicas del profesional sociosanitario y las variables sociodemográficas y laborales

3.2.1. Diferencias de medias por variables sociodemográficas

En primer lugar, se estudiarán las diferencias de medias entre las variables psicológicas anteriormente comentadas teniendo en cuenta las diferencias en función del sexo de los participantes. Solo se comentarán las diferencias estadísticamente significativas, pero para poder consultar el resto de las variables, toda la información se encuentra en la *Tabla 11*.

El valor medio de los afectos negativos en el grupo de los hombres fue de 14,01, mientras que en el grupo de las mujeres fue de 14,82 ($p=,008$) que nos indicaban diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo más elevada la media de afectos negativos en el caso de las mujeres. Es decir, parece que las mujeres percibían un mayor número de afectos negativos en comparación con su grupo de iguales hombres.

En el caso del apoyo social el valor medio entre los hombres resultó ser de 43,85, mientras que entre las mujeres este valor es de 45,42. Al analizar la comparación de medias, se encontró que existían diferencias estadísticamente significativas ($p =,023$) que nos indicaban que los valores

medio de apoyo social entre las mujeres y los hombres eran diferentes, siendo más elevada la media en el caso de las mujeres.

Por otro lado, en el caso del apoyo confidencial el valor medio que encontramos entre los hombres fue de 28,66, mientras que entre las mujeres fue de 29,69. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p = ,023$) entre los valores medios de apoyo confidencial para los hombres y mujeres estudiados, siendo la media superior en el caso de las mujeres.

Por otro lado, la empatía presentó un valor medio de 26,83 entre los hombres y de 26,17 entre las mujeres. En este caso, se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p = ,024$) que nos indicaban que las medias de ambos grupos divergen entre sí, siendo el valor medio del grupo de los hombres más elevado respecto del de las mujeres.

Tabla 11

Diferencias de medias por sexo

Variable	Hombres		Mujeres		Estadísticos		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Afectos negativos	14,01	3,18	14,83	3,34	-2,68	,008	0,25
Afectos positivos	18,53	2,69	18,81	2,91	-1,08	,282	0,10
Apoyo Social	43,85	7,27	45,42	7,75	-2,29	,023	0,21
Apoyo afectivo	15,30	3,02	15,61	3,12	-1,11	,270	0,10
Apoyo confidencial	28,66	4,78	29,69	5,34	-2,29	,023	0,20
Balance emocional	4,63	4,76	3,95	5,22	1,46,	,147	0,13
Consideración	4,88	1,46	4,90	1,28	-0,18	,855	0,02
Empatía	26,83	3,15	26,17	2,99	2,27	,024	0,22
Estrés relacional	32,91	6,55	34,05	6,13	-1,81	,071	0,18
Estrés percibido	22,13	6,11	22,77	6,24	-1,11	,270	0,10
Refuerzo positivo	12,72	1,77	12,81	1,61	-0,61	,540	0,06
Satisfacción	18,21	3,55	18,51	3,70	-0,93	,355	0,08

Nota. M=media; DT=desviación típica; Nota. d de Cohen = TE pequeño \approx 0,20; TE moderado \approx 0,50; TE grande \approx 0,80

Estado civil

En este apartado, se han estudiado las posibles diferencias de medias de las diferentes variables evaluadas en función del estado civil de los participantes. Solo se han comentado las diferencias estadísticamente significativas, pero para poder consultar el resto de las variables, toda la información se encuentra en la *Tabla 12*.

En primer lugar, se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias de medias en cada una de las variables de estudio en función del estado civil. Los resultados nos indicaron la existencia de diferencias de medias para esta variable.

En el caso del estrés percibido el valor medio entre los casados o que vivían con sus parejas fue de 22,31, entre los separados que no vivían con sus parejas fue de 22,11, entre los solteros que no vivían con sus parejas fue de 23,77 y entre los viudos que no vivían con sus parejas fue de 19,14. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p = ,036$) que nos indicaron que las medias de estrés percibido eran diferentes según el estado civil de los participantes.

Al realizar las pruebas *posthoc*, en el caso del estrés percibido, se puede observar que únicamente existían diferencias estadísticas significativas ($p = ,04$) entre los solteros que no vivían en pareja actualmente y los casados que vivían en pareja, obteniendo una puntuación media mayor los solteros que no vivían en pareja.

Por último, en cuanto a la satisfacción, el valor medio entre los casados o que vivían con sus parejas fue de 18,88, de los separados que no vivían con sus parejas de 16,90, de los solteros que no vivían con sus parejas de 17,53 y de los viudos que no vivían con sus parejas de 17,56. Existían diferencias estadísticamente relevantes ($p <,001$) que nos indicaron que los valores medios de satisfacción eran diferentes según el estado civil de los participantes. Al realizar las pruebas *posthoc*, en el caso de la satisfacción, se pudo observar que existían diferencias estadísticamente relevantes ($p <,001$) entre los grupos de separado o solteros sin vivir en pareja y los casados o viviendo en pareja, obteniendo una puntuación media mayor los casos que vivían en parejas.

Tabla 12*Diferencias medias en función del estado civil*

Variable	Casado/vive en pareja		Separado/no vive en pareja		Soltero/no vive en pareja		Viudo/no vive en pareja		Estadísticos		
	<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>F</i>	<i>p</i>	η^2
Afectos negativos	14,53	3,30	14,85	3,72	15,01	3,44	13,78	2,73	0,99	,395	0,00
Afectos positivos	18,90	2,70	18,46	3,29	18,24	3,37	19,44	3,13	2,30	,077	0,01
Apoyo Social	45,20	7,23	44,40	8,75	44,37	9,32	47,33	3,81	0,80	,493	0,00
Apoyo afectivo	15,61	2,93	14,97	4,14	15,42	3,40	16,00	1,87	0,85	,469	0,00
Apoyo confidencial	29,57	4,87	28,89	5,31	28,94	6,66	31,33	2,96	1,11	,346	0,00
Balance emocional	4,35	4,80	3,48	6,50	3,29	6,04	5,67	4,97	1,94	,123	0,01
Consideración	4,90	1,29	4,59	1,23	4,97	1,44	5,00	0,71	1,31	,271	0,01
Empatía	26,31	3,02	26,17	3,09	26,29	3,08	26,22	2,22	0,04	,988	0,00
Estrés relacional	33,71	6,28	34,04	5,53	34,15	6,49	34,00	8,19	0,18	,909	0,00
Estrés percibido	22,31	6,02	22,11	6,70	23,77	6,56	19,14	4,95	2,86	,036	0,01
Refuerzo positivo	12,85	1,60	12,38	2,22	12,78	1,55	13,00	1,87	1,54,	,204	0,01
Satisfacción	18,88	3,38	16,90	4,43	17,53	4,04	17,56	2,01	9,55	,001	0,04

Nota. M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño \approx 0,02; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto \approx 0,3

3.2.2. Diferencia de medias por variables familiares

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función de las variables familiares, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 13*.

Situación convivencial

En primer lugar, se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias de medias en cada una de las variables de estudio en función de la situación convivencial. Los resultados nos indicaron la existencia de diferencias de medias para esta variable.

En el caso del apoyo social el valor medio de las puntuaciones en el grupo de padres e hijos fue de 47,21, en el caso de los que convivían con pareja, padres e hijos de 45,17, entre los que vivían en un piso compartido el valor medio fue de 44,71 y entre los que vivían solo o con hijos el valor medio es de 43,80. En las pruebas *posthoc*, se hallaron diferencias, se puede observar que las diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,03$) se dieron entre las personas que vivían solas o con sus padres, obteniendo una puntuación media mayor los casos que vivían con sus padres.

En el apoyo confidencial el valor medio que otorgaron los participantes que vivían con sus padres e hijos es de 30,92, los que vivían en pareja, padres e hijos presentaron un valor medio de 29,53, los que vivían en un piso compartido presentaron un valor medio de 29,45 y los que vivían solos o con hijos presentaron un valor de 28,58. En las pruebas *posthoc* se encontraron diferencias estadísticas en el apoyo confidencial presentando diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,04$) entre las personas que vivían solas con las que vivían con sus padres o en pareja, obteniendo una puntuación media más elevada en los casos de profesionales que vivían con padres e hijos.

En el caso del estrés percibido el valor medio entre los participantes que vivían con padres e hijos fue de 24,63, los que vivían en pareja, padres e hijos presentaron un valor medio de 22,38, los que vivían en un piso compartido presentaron un valor medio de 25,36 y los que vivían solos o con hijos presentaron un valor medio de 22,54, siendo la puntuación media más elevada en los casos de personas que vivían en piso compartido. En las pruebas *posthoc* no se hallaron diferencias estadísticamente relevantes.

Finalmente, en el caso de la satisfacción, el valor medio entre los participantes que vivían con sus padres e hijos fue de 16,73, los que vivían en pareja, con sus padres e hijos presentaron un valor medio de 18,90, los que vivían en un piso compartido presentaron un valor medio de 17,57 y los que vivían solos o con hijos un valor medio de 17,50. En las pruebas *posthoc*, se hallaron diferencias estadísticamente relevantes que nos indicaron que los valores medios de satisfacción más elevados se dan entre los participantes que vivían con su pareja, padres e hijos, mientras que los valores más bajos se dan entre los que vivían con sus padres e hijos.

Tabla 13*Diferencias de medias en función de situación convivencial*

Variable	Padres e hijos		Pareja, padres e hijos		Piso compartido		Solo con hijos		Estadísticos		
	<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>F</i>	<i>p</i>	η^2
Afectos negativos	15,14	4,29	14,51	3,30	15,32	2,70	15,07	3,41	1,0	,418	0,25
Afectos positivos	18,29	3,53	18,87	2,71	18,10	2,00	18,32	3,30	1,2	,289	0,10
Apoyo Social	47,21	7,18	45,17	7,27	44,71	6,79	43,80	9,59	2,3	,027	0,21
Apoyo afectivo	16,08	3,51	15,62	2,92	15,45	2,96	15,03	3,67	-1,9	,066	0,10
Apoyo confidencial	30,92	4,56	29,53	4,93	29,45	4,00	28,58	6,75	-2,2	,033	0,20
Balance emocional	3,07	7,30	4,35	4,84	2,85	4,20	3,31	5,85	1,2	,283	0,13
Consideración	5,04	1,61	4,91	1,30	4,54	1,18	4,92	1,28	0,8	,630	0,01
Empatía	25,96	3,29	26,36	2,98	25,73	3,60	26,27	3,02	0,8	,309	0,22
Estrés relacional	35,47	6,85	33,69	6,31	35,73	5,51	33,53	5,92	1,2	,310	0,18
Estrés percibido	24,63	7,18	22,38	5,94	25,36	5,51	22,54	6,84	2,5	,016	0,10
Refuerzo positivo	12,88	1,68	12,84	1,62	12,83	1,15	12,59	1,83	2,15	,365	0,06
Satisfacción	16,73	4,00	18,90	3,43	17,57	3,76	17,50	3,98	5,1	,001	0,08

Nota. M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño \approx 0,02; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto \approx 0,3

Situación convivencial con menores

En este apartado, no se encontraron diferencias de medias de las diferentes variables evaluadas en función de la situación convivencial con menores de los participantes, como se puede consultar la *Tabla 14*.

Tabla 14*Diferencias de medias por situación convivencial*

Variable	Casa sin menores		Casa con menores		Estadísticos		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Afectos negativos	14,73	3,42	14,63	3,34	0,38	,703	0,03
Afectos positivos	19,02	2,95	18,60	2,89	1,70	,088	0,14
Apoyo Social	44,67	7,49	45,14	7,90	-0,65	,513	0,05
Apoyo afectivo	15,38	3,15	15,58	3,12	-0,70	,485	0,06
Apoyo confidencial	29,17	5,00	29,52	5,42	-0,75	,451	0,06
Balance emocional	4,32	5,27	3,96	5,23	0,79	,429	0,07
Consideración	4,82	1,32	4,93	1,31	-1,00	,301	0,08
Empatía	26,41	3,18	26,24	2,96	-1,40	,177	0,25
Estrés relacional	33,62	6,41	33,93	6,18	-0,64	,525	0,06
Estrés percibido	22,53	6,43	22,66	6,15	-0,33	,740	0,03
Refuerzo positivo	12,60	1,75	12,86	1,60	-1,70	,083	0,15
Satisfacción	18,83	3,87	18,23	3,59	2,00	,051	0,17

Nota. M=media; DT=desviación típica; d de Cohen = TE pequeño \approx 0,20; TE moderado \approx 0,50; TE grande \approx 0,80

Situación convivencial con personas dependientes

En este apartado, se estudiarán las posibles diferencias de medias de las diferentes variables evaluadas en función de la situación convivencial con personas dependientes de los participantes. Solo se comentarán las diferencias, para el resto se puede consultar la *Tabla 15*.

Los afectos negativos presentaron un valor medio de 15,86 entre los participantes en cuyas casas no había personas que necesiten cuidados o atención especial, mientras que en las casas en las que sí había presencia de personas con estas características el valor medio es de 14,63. Existían diferencias estadísticamente relevantes ($p=,035$) que nos indicaron que las medias de ambos grupos eran diferentes, siendo superior la media de afectos negativos en los hogares en los que no había personas dependientes.

El estrés relacional presentó un valor medio de 36,37 entre los participantes con hogares sin personas dependientes y de 33,66 entre los participantes con personas dependientes en sus hogares. Existían diferencias estadísticamente relevantes ($p=,013$) que nos indicaron que los valores medios de estrés relacional en los hogares con personas dependientes y sin personas dependientes eran diferentes, siendo más elevado el valor medio en los hogares que convivían con personas dependientes.

Tabla 15

Diferencias de medias por situación convivencia con personas dependientes

Variable	Convivencia sin personas dependientes		Convivencia con personas dependientes		Estadísticos		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Afectos negativos	15,86	3,29	14,63	3,36	2,10	,035	0,37
Afectos positivos	18,49	2,76	18,69	2,91	-0,44	,674	0,07
Apoyo Social	43,74	8,02	45,05	7,82	-0,99	,314	0,17
Apoyo afectivo	15,19	3,56	15,52	3,10	-0,59	,504	0,11
Apoyo confidencial	28,41	5,36	29,46	5,34	-1,20	,235	0,20
Balance emocional	2,61	5,70	4,08	5,21	-1,50	,117	0,28
Consideración	4,58	1,37	4,93	1,31	-1,60	,091	0,27
Empatía	25,57	3,21	26,34	3,01	-1,40	,145	0,25
Estrés relacional	36,37	6,83	33,66	6,20	2,30	,013	0,43
Estrés percibido	24,34	5,42	22,57	6,27	1,90	,103	0,28
Refuerzo positivo	12,84	1,49	12,79	1,67	0,20	,858	0,03
Satisfacción	17,56	4,56	18,40	3,61	-1,20	,154	0,23

Nota. M=media; DT=desviación típica. Nota. d de Cohen = TE pequeño \approx 0,20; TE moderado \approx 0,50; TE grande \approx 0,80

Apoyo doméstico

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en del apoyo doméstico, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 16*.

La empatía presentó un valor medio de 26,82 entre las personas que no tenían a una persona contratada para realizar tareas domésticas y de 26,20 entre las personas que sí que tenían contratada a alguna persona encargada de estas tareas. Se hallaron evidencias estadísticas ($p=,048$) que nos indicaron que los valores medios de los dos grupos de hogares eran diferentes, siendo más elevada la media de empatía en los participantes cuyos hogares no tenían contratos para la realización de tareas domésticas.

El estrés percibido presentó un valor medio de 21,45 en los hogares sin contratos para la realización de tareas domésticas y de 22,85 entre las personas con este tipo de contratos en sus hogares. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p=,036$) que nos indicaron que las medias de ambos grupos eran diferentes, siendo más elevada la media en el grupo de participantes con contratos domésticos en sus hogares.

El valor medio de la satisfacción es de 19,42 entre las personas en cuyos hogares no había contratos domésticos y de 18,21 entre los que sí tenían estos contratos en sus hogares. Se hallaron diferencias estadísticamente suficientes ($p<,001$) que nos indicaron que los valores medios de ambos tipos de hogares (con o sin contratos domésticos) eran diferentes, siendo más elevada la media en el grupo de los que no tenían contratos domésticos en sus hogares.

Tabla 16*Diferencias de medias en función del apoyo doméstico*

Variable	Sin contrato doméstico		Con contrato doméstico		Estadísticos		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Afectos negativos	14,15	3,22	14,76	3,38	-1,70	,099	0,18
Afectos positivos	18,74	2,91	18,69	2,90	0,17	,867	0,02
Apoyo Social	44,87	7,80	45,01	7,80	-0,17	,861	0,02
Apoyo afectivo	15,42	3,26	15,53	3,11	-0,35	,720	0,04
Apoyo confidencial	29,41	4,99	29,41	5,38	0,01	,996	0,00
Balance emocional	4,43	4,95	3,96	5,29	0,84	,421	0,09
Consideración	4,86	1,30	4,90	1,32	-0,31	,763	0,03
Empatía	26,82	2,81	26,20	3,06	2,10	,048	0,21
Estrés relacional	33,65	5,68	33,84	6,35	-0,28	,794	0,03
Estrés percibido	21,45	6,41	22,85	6,19	-2,00	,036	0,22
Refuerzo positivo	12,97	1,69	12,76	1,65	1,20	,220	0,13
Satisfacción	19,42	3,60	18,21	3,66	3,20	,001	0,33

Nota, M=media; DT=desviación típica. Nota. *d* de Cohen = TE pequeño ≈ 0,20; TE moderado ≈ 0,50; TE grande ≈ 0,80

Tareas domésticas

En este apartado no se han encontrado diferencias de medias significativas para ninguna de las variables incluidas en el estudio en función de la realización de las tareas domésticas, como se puede observar en la *Tabla 17*

Tabla 17*Diferencias de medias en función de tareas domésticas*

Variable	Sin ayuda en tareas domésticas		Con ayuda en tareas domésticas		Estadísticos		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Afectos negativos	14,71	3,38	13,96	3,53	1,10	,257	0,22
Afectos positivos	18,73	2,87	18,39	3,86	0,49	,522	0,12
Apoyo Social	44,91	7,81	46,35	7,20	-1,10	,312	0,19
Apoyo afectivo	15,48	3,13	16,42	2,50	-2,00	,101	0,30
Apoyo confidencial	29,37	5,33	29,94	5,03	-0,61	,561	0,11
Balance emocional	4,05	5,19	4,07	6,91	-0,02	,981	0,00
Consideración	4,91	1,32	4,87	1,18	0,18	,869	0,03
Empatía	26,35	3,00	26,52	3,33	-0,28	,760	0,06
Estrés relacional	33,86	6,17	32,63	7,22	0,87	,315	0,20
Estrés percibido	22,73	6,19	20,62	7,54	1,40	,092	0,34
Refuerzo positivo	12,80	1,66	12,72	1,44	0,28	,806	0,05
Satisfacción	18,37	3,64	19,48	3,58	-1,70	,095	0,31

Nota, M=media; DT=desviación típica Nota. d de Cohen = TE pequeño \approx 0,20; TE moderado \approx 0,50; TE grande \approx 0,80

Ayuda doméstica

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función de contar con la ayuda doméstica, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 18*.

La empatía presentó un valor medio de 26,20 entre las personas que no recibían ayuda doméstica en sus hogares y de 26,82 entre las personas que sí recibían ayuda doméstica. Existían diferencias estadísticamente importantes ($p=,048$) que nos indicaron que los valores medios de ambos tipos de hogares eran diferentes, siendo más elevados los niveles de empatía en los hogares que recibían algún tipo de ayuda doméstica.

El estrés percibido presentó un valor medio de 22,85 entre las personas que no recibían ayuda doméstica en sus hogares y de 21,45 entre las personas que sí recibían ayuda doméstica en sus hogares. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p=,037$) que nos indicaron que los valores de las personas que no recibían ayuda doméstica en sus hogares eran superiores a los de las personas que sí recibían ayuda doméstica.

La satisfacción presentó un valor medio de 18,21 entre las personas que no recibían ayuda doméstica en sus hogares y de 19,42 entre las personas que sí recibían ayuda doméstica. Se hallaron diferencias estadísticamente importantes ($p<,001$) que nos indicaron que los niveles de satisfacción eran superiores entre las personas que recibían ayuda doméstica en sus hogares.

Tabla 18

Diferencias de medias en función de ayuda doméstica

Variable	Con ayuda doméstica		Sin ayuda doméstica		Estadísticos		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Afectos negativos	14,76	3,38	14,15	3,22	1,70	,099	0,18
Afectos positivos	18,69	2,90	18,74	2,91	-0,17	,867	0,02
Apoyo Social	45,01	7,80	44,87	7,80	0,17	,861	0,02
Apoyo afectivo	15,53	3,11	15,42	3,26	0,35	,720	0,04
Apoyo confidencial	29,41	5,38	29,41	4,99	-0,01	,996	0,00
Balance emocional	3,96	5,29	4,43	4,95	-0,84	,421	0,09
Consideración	4,90	1,32	4,86	1,30	0,31	,762	0,03
Empatía	26,20	3,06	26,82	2,81	-2,10	,048	0,21
Estrés relacional	33,84	6,35	33,65	5,68	0,28	,794	0,03
Estrés percibido	22,85	6,19	21,45	6,41	2,00	,037	0,22
Refuerzo positivo	12,76	1,65	12,97	1,69	-1,20	,220	0,13
Satisfacción	18,21	3,66	19,42	3,60	-3,20	,001	0,33

Nota..M=media; DT=desviación típica; d de Cohen = TE pequeño \approx 0,20; TE moderado \approx 0,50; TE grande \approx 0,80

3.2.3. Diferencias de medias en función de aspectos laborales

Jornada

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función de la jornada, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 19*. Respecto a las variables estudiadas en relación con el tipo de jornada (completa o parcial) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 19*Diferencias de medias en función de la jornada*

Variable	Completa		Parcial		Estadísticos		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Afectos negativos	14,72	3,35	14,36	3,44	0,95	,332	0,11
Afectos positivos	18,65	2,90	19,10	2,89	-1,50	,148	0,15
Apoyo Social	44,90	7,91	45,59	7,30	-0,88	,407	0,09
Apoyo afectivo	15,47	3,16	15,86	3,01	-1,20	,232,	0,13
Apoyo confidencial	29,38	5,39	29,57	5,00	-0,36	,732	0,04
Balance emocional	3,98	5,24	4,51	5,30	-0,91	,360	0,10
Consideración	4,90	1,32	4,85	1,29	0,41	,683	0,04
Empatía	26,24	3,05	26,61	2,98	-1,20	,254	0,12
Estrés relacional	33,91	6,36	33,43	5,71	0,71	,511	0,08
Estrés percibido	22,77	6,22	21,88	6,35	1,30	,191	0,14
Refuerzo positivo	12,80	1,66	12,67	1,56	0,81	,439	0,08
Satisfacción	18,35	3,59	18,62	4,04	-0,64	,487	0,07

Nota, M=media; DT=desviación típica; d de Cohen = TE pequeño \approx 0,20; TE moderado \approx 0,50; TE grande \approx 0,80

Deseo de abandonar

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función del deseo de abandonar, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 20*.

En primer lugar, se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias de medias en cada una de las variables de estudio en función del deseo de abandonar. Los resultados nos indicaron la existencia de diferencias de medias para esta variable.

El valor medio de los afectos negativos en las personas que habían pensado en marcharse algunas veces fue de 15,72, en las personas que habían pensado en marcharse constantemente el valor medio es de 17,00, en las personas que lo habían pensado muchas veces fue de 17,48 y en las personas que no lo habían pensado nunca fue de 14,02. Existían diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,001$) que nos indicaron que los valores medios de los afectos negativos eran diferentes en función del deseo de abandonar de las personas: el valor más elevado lo encontramos en las personas que habían pensado en abandonar muchas veces y el más bajo lo encontramos en las personas que no habían pensado en abandonar nunca.

Se realizaron pruebas *posthoc* para analizar entre que grupos existían diferencias y se encontró que en el caso de los afectos negativos las diferencias estadísticamente relevantes ($p < .001$) se dieron entre las personas que no habían pensado nunca en abandonar y las que habían pensado en hacerlo algunas o muchas, dando una media mayor en afectos negativos las personas que habían pensado abandonar alguna o muchas veces.

En el caso de los afectos positivos el valor medio entre las personas que habían pensado en abandonar algunas veces fue de 18,01, entre las que lo habían pensado constantemente de 16,75, entre las que lo pensado muchas veces 17,11 y entre las que no lo habían pensado nunca 19,10. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p < .001$) que nos indicaron que los valores medios de afectos positivos eran diferentes en función del deseo de abandonar de los participantes, siendo el valor más elevado el de las personas que no habían pensado nunca en abandonar y el más bajo el de las personas que lo habían pensado constantemente.

Al realizar las pruebas *posthoc* se encontró que en el caso de los afectos positivos las principales diferencias ($p < .001$) se dieron entre las personas que no habían pensado en abandonar nunca y las que habían pensado en abandonar algunas o muchas veces, obteniendo una media más alta las personas que no habían pensado en abandonar nunca.

El apoyo social presentó un valor medio de 43,34 entre las personas que habían pensado en abandonar algunas veces, de 46,00 entre las que lo habían pensado constantemente, de 41,88 entre las que lo habían pensado muchas veces y de 45,99 entre las que no lo habían pensado nunca. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p < .001$) que nos indicaron que los valores medios de apoyo social eran diferentes entre las personas según su deseo de abandonar el trabajo: el valor más elevado lo encontramos entre las personas que lo habían pensado constantemente y el más bajo lo encontramos entre las que lo habían pensado muchas veces.

Al realizar las pruebas *posthoc* se encontró que en el caso del apoyo social, las diferencias estadísticamente importantes se dieron entre las personas que no habían pensado en abandonar nunca y las que lo habían pensado algunas veces ($p < .001$) o muchas ($p = .04$), siendo la puntuación media más alta entre las personas que nunca habían pensado abandonar.

El apoyo afectivo presentó un valor medio de 14,77 entre las personas que habían pensado en abandonar su trabajo muchas veces, de 16,20 entre las que lo habían pensado constantemente, de 13,92 entre las que lo habían pensado algunas veces y de 15,94 entre las que no lo habían pensado nunca. Existían diferencias estadísticas ($p < .001$) entre los valores medios de apoyo afectivo según su deseo de abandonar, encontramos el valor más elevado entre las personas que quieren abandonar su trabajo constantemente y el valor más bajo entre las que lo habían pensado muchas veces.

Al realizar las pruebas *posthoc* se encontró que en el AS apoyo afectivo las diferencias estadísticamente relevantes se dan entre las personas que nunca habían deseado abandonar en comparación con las que lo habían deseado algunas ($p < ,001$) o muchas veces ($p < ,01$), obteniendo una puntuación media más elevada en el caso de las que nunca habían pensado abandonar.

En el caso del apoyo confidencial el valor entre las personas que habían pensado en abandonar algunas veces fue de 28,46, entre las personas que lo habían pensado constantemente es de 29,80, entre las que lo habían pensado muchas veces es de 27,96 y entre las que no lo habían pensado nunca el valor medio es de 29,96. Se hallaron diferencias estadísticamente importantes ($p = ,004$) que nos indicó que el valor medio de apoyo confidencial era diferente según el deseo de abandonar de las personas: más elevado entre las personas que no habían pensado en abandonar nunca y más bajo entre las que lo habían pensado muchas veces.

Al realizar las pruebas *posthoc* se encontró que en cuanto al apoyo confidencial, las diferencias estadísticamente importantes ($p < ,001$) se dieron entre los participantes que nunca habían pensado en abandonar su trabajo y los que lo habían pensado algunas veces, obteniendo una puntuación media más elevada en el caso de las que nunca habían pensado abandonar.

El valor medio de balance emocional entre las personas que tuvo deseo de abandonar algunas veces fue de 2,26, entre las personas que lo habían pensado constantemente de -0,25, entre las personas que lo habían pensado muchas veces de -0,4 y entre las que no lo habían pensado nunca de 5,1. Existían diferencias estadísticamente importantes ($p < ,001$) que nos indicaron que los valores medios de balance emocional eran diferentes según el deseo de abandonar, siendo más elevado entre las personas que no habían pensado en abandonar nunca su trabajo y más bajo entre las personas que lo habían pensado muchas veces.

Al realizar las pruebas *posthoc* se encontró que el balance emocional presentaba diferencias estadísticamente significativas ($p < ,001$) entre las personas que nunca habían pensado en abandonar y las que lo habían pensado algunas y muchas veces, obteniendo una puntuación media más elevada en el caso de las que nunca habían pensado abandonar.

El estrés relacional presentó valores estadísticamente diferentes ($p = ,01$), con un valor medio de 34,99 entre las personas que habían pensado en abandonar algunas veces, de 37,33 entre las que habían pensado en abandonar constantemente, de 34,04 entre las que habían pensado en abandonar muchas veces y de 33,18 entre las que no lo habían pensado nunca.

Al realizar las pruebas *posthoc*, el estrés relacional tuvo valores estadísticamente diferentes ($p < ,01$) en los grupos de personas que nunca se habían planteado dejar su trabajo y los que se lo plantearon algunas veces, obteniendo una puntuación media mayor los que se habían planteado alguna vez abandonar.

El estrés percibido tuvo un valor medio de 24,39 entre las personas que habían pensado en abandonar algunas veces, de 27,20 entre las que lo habían pensado constantemente, de 26,91 entre las que lo habían pensado muchas veces y de 21,51 entre las que no lo habían pensado nunca.

En el caso del estrés percibido también se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,01$) que nos indicaron que los valores medios de estrés entre los diferentes deseos de abandonar de las personas eran diferentes: el más elevado lo encontramos entre las personas que habían pensado en abandonar constantemente y el más bajo lo encontramos entre las personas que nunca habían pensado en abandonar su trabajo.

Al realizar las pruebas *posthoc* se encontró que las diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,00$) que se dan en el estrés percibido se encontraron en la comparación de las personas que nunca se habían planteado dejar su trabajo y las que se lo plantearon alguna o muchas veces, obteniendo una puntuación media mayor los que se habían planteado alguna o muchas veces abandonar.

La satisfacción presentó un valor medio de 17,45 entre las personas que habían pensado en abandonar algunas veces, de 16,80 entre las que lo habían pensado constantemente, de 17,56 entre las que lo habían pensado muchas veces y de 18,87 entre las que no habían pensado nunca en abandonar su trabajo. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,001$) que nos indicaron que los valores medios de satisfacción eran diferentes según el deseo de abandonar de los participantes: el valor más elevado se da entre las personas que no habían pensado nunca en abandonar su trabajo y el más bajo entre los que lo habían pensado algunas veces.

Al realizar las pruebas *posthoc* se encontró que la satisfacción presentó valores estadísticamente diferentes ($p < ,001$) entre las personas que nunca habían pensado en dejar su trabajo y las que lo habían pensado algunas veces, obteniendo una puntuación media mayor los que se habían planteado alguna vez abandonar.

Tabla 20*Diferencia de medias en función del deseo de abandonar*

Variable	Algunas veces		Constantemente		Muchas veces		Nunca		Significación		
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F	p	η^2
Afectos negativos	15,72	3,33	17,00	5,35	17,48	3,72	14,02	3,14	19,70	,001	0,08
Afectos positivos	18,01	3,05	16,75	2,06	17,11	4,21	19,10	2,67	10,30	,001	0,04
Apoyo social	43,34	8,18	46,00	5,24	41,88	9,11	45,99	7,35	7,10	001	0,03
Apoyo afectivo	14,77	3,23	16,20	1,79	13,92	3,16	15,94	2,99	9,61	,001	0,04
Apoyo confidencial	28,46	5,60	29,80	3,77	27,96	6,53	29,96	5,04	4,57	004	0,02
Balance emocional	2,26	5,27	-0,25	7,37	-0,40	6,32	5,10	4,78	21,90	001	0,09
Consideración	4,81	1,46	5,40	1,14	5,07	0,98	4,92	1,27	0,77	,513	0,00
Empatía	26,21	3,19	26,50	2,08	25,83	3,62	26,36	2,94	0,32	,814	0,00
Estrés relacional	34,99	6,13	37,33	16,44	34,04	6,31	33,18	6,17	3,81	,010	0,02
Estrés percibido	24,39	6,46	27,20	6,69	26,91	7,30	21,51	5,75	15,20,	,001	0,07
Refuerzo positivo	12,82	1,89	12,40	0,55	12,19	2,34	12,80	1,49	1,33	,262	0,00
Satisfacción	17,45	3,80	16,80	6,42	17,56	4,59	18,87	3,40	8,32	,001	0,03

Nota, M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño \approx 0,02; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto \approx 0,3

Tipo de contrato

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función del tipo de contrato, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 21*.

En el caso del apoyo social, el valor medio entre las personas con un contrato indefinido fue de 45,47, en las personas con un contrato temporal de 44,32 y en las que poseían otros tipos de contrato de 43,46. Existen evidencias estadísticas suficientes ($p=,045$) que nos indicaron que los valores medios de apoyo social en los diferentes tipos de contrato fueron diferentes, siendo más elevados los valores en las personas con contrato indefinido y más bajos los valores entre las personas que poseían otros tipos de contrato. Por otra parte, el estrés relacional posee un valor medio de 33.42 en las personas con contratos indefinidos, de 34.98 entre las personas con un contrato temporal y de 34.03 entre las personas con otros tipos de contrato. Se hallan diferencias

casi significativas ($p=,050$) que nos indican que hay una tendencia donde los valores de estrés relacional son más elevados en las personas con contratos temporales y más bajos en las personas con otro tipo de contratos.

Tabla 21

Diferencias de medias en función del contrato

Variable	Indefinido		Temporal		Otros		Significación		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Afectos negativos	14,61	3,44	14,72	3,19	14,60	3,18	0,30	,939	0,00
Afectos positivos	18,72	2,91	18,84	2,85	18,69	2,90	0,46	,899	0,00
Apoyo Social	45,57	6,92	44,32	9,50	43,46	8,22	3,75	,045	0,02
Apoyo afectivo	15,73	2,84	15,20	3,72	15,03	3,31	3,46	,065	0,02
Apoyo confidencial	29,78	4,83	29,02	6,25	28,45	5,62	3,26	,075	0,02
Balance emocional	4,07	5,19	4,10	5,28	4,32	5,44	0,89	,943	0,00
Consideración	4,93	1,31	4,90	1,44	4,79	1,03	0,32	,703	0,00
Empatía	26,42	2,96	26,19	3,11	25,87	3,25	0,82	,326	0,00
Estrés relacional	33,42	6,04	34,98	6,36	34,03	6,98	2,04	,050	0,01
Estrés percibido	22,47	6,04	23,33	6,51	22,31	6,39	0,98	,344	0,00
Refuerzo positivo	12,84	1,64	12,83	1,54	12,34	1,89	2,24	,060	0,01
Satisfacción	18,58	3,47	17,95	3,59	18,45	4,53	3,18	,172	0,02

Nota, M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño $\approx 0,02$; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto $\approx 0,3$

Rol

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función del rol, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 22*.

En primer lugar, se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias de medias en cada una de las variables de estudio en función del rol. Los resultados nos indicaron la existencia de diferencias de medias para esta variable.

En el caso del apoyo social el valor medio entre los cuidadores fue de 43,82, entre los monitores de 45,73, entre los roles técnicos de 46,25 y entre los servicios auxiliares de 41,93. Existían evidencias estadísticas suficientes ($p<,001$) que nos indicaron que los valores medios de apoyo social eran diferentes en función del rol de las personas, siendo más elevado en el caso de las personas con roles técnicos y más bajos en el caso de los servicios auxiliares.

Al realizar las pruebas *posthoc*, el apoyo social presentó diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,01$) entre los valores medios de los roles técnicos y los cuidadores, obteniendo puntuación media más elevada los roles técnicos. Además, también se hallaron diferencias entre los servicios auxiliares y los monitores ($p < ,01$) y servicios auxiliares y roles técnicos ($p < ,00$), siendo la puntuación media más elevada en el caso de los monitores y de los roles técnicos.

El apoyo afectivo presentó un valor medio de 14,89 en el caso de los cuidadores, de 15,87 en el caso de los monitores, de 16,07 entre los roles técnicos y de 14,57 entre los servicios auxiliares. En el caso del apoyo confidencial el valor medio entre los cuidadores fue de 28,91, entre los monitores de 29,80, entre los roles técnicos de 30,12 y entre los servicios auxiliares de 27,18. Existían diferencias estadísticamente importantes ($p < ,001$) que nos indicaron que, en ambos casos, los valores más elevados los encontramos entre los roles técnicos y los valores más bajos entre los servicios auxiliares.

Al realizar las pruebas *posthoc*, en el caso del AS apoyo afectivo, se hallaron diferencias estadísticamente relevantes entre los valores medios de los cuidadores y servicios auxiliares comparados con los monitores ($p < ,01$) y los roles técnicos ($p < ,00$), siendo la puntuación media más elevada en el caso de monitores y roles técnicos. El apoyo confidencial presentó valores estadísticamente diferentes entre los servicios auxiliares comparados con los monitores ($p < ,01$) y los roles técnicos ($p < ,00$), siendo más elevado en monitores y roles técnicos.

La empatía presentó un valor medio de 25,55 entre las personas que ejercen un rol de cuidadores, de 26,86 entre los que ejercen un rol de monitores, de 26,95 entre los que ejercen roles técnicos y de 25,09 entre los que ejercen servicios auxiliares. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,001$) que nos indicaron que los valores medios de empatía varían según el rol de los trabajadores, siendo más elevada la media entre los roles técnicos y más baja entre los servicios auxiliares.

Al realizarse las pruebas *posthoc*, la empatía presentó valores estadísticamente diferentes entre los cuidadores comparados con los monitores y los roles técnicos, además de los servicios auxiliares comparados con los monitores y roles técnicos ($p < ,001$), obteniendo puntuaciones más elevadas en el caso de monitores y roles técnicos.

El estrés relacional presentó un valor medio de 35,84 entre las personas que ejercen como cuidadores, de 32,95 entre las que ejercen de monitores, de 33,99 entre las que ejercen roles técnicos y de 29,50 entre las que ejercen servicios auxiliares. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,001$) que nos indicaron que los valores medios de los diferentes grupos de roles eran diferentes, siendo más elevado en el caso de los cuidadores y más bajo entre los servicios auxiliares.

Al realizar las pruebas *posthoc*, el estrés relacional presentó valores diferentes entre el rol de cuidador comparado con los monitores ($p<,001$), cuidador con los roles técnicos ($p=,03$) y cuidador con los servicios auxiliares ($p<,001$), siendo en todos los casos los cuidadores quienes presentaban un valor medio más elevado. Además, también se hallaron diferencias entre los valores de los servicios auxiliares con los monitores y los roles técnicos con servicios auxiliares ($p<,001$), siendo en todos los casos los servicios auxiliares quienes presentaban un valor medio más bajo.

El refuerzo positivo presentó un valor de 12,79 entre los cuidadores, de 12,98 entre los monitores, de 12,77 entre los roles técnicos y de 12,12 entre los servicios auxiliares. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p=,011$) que nos indicaron que los valores medios de los grupos eran diferentes según el rol, siendo más elevado entre los monitores y más bajo entre los servicios auxiliares.

Al realizar las pruebas *posthoc* el refuerzo positivo presentó valores estadísticamente diferentes ($p<,011$) entre los servicios auxiliares comparados con los cuidadores ($p<,04$) y los monitores ($p<,00$), siendo la puntuación media más elevada en el caso de los monitores y cuidadores.

En el caso de la satisfacción el valor medio fue de 17,77 entre las personas que ejercían de cuidadores, de 18,24 entre los monitores, de 19,49 entre los roles técnicos y de 17,63 entre los servicios auxiliares. Existían diferencias estadísticamente relevantes ($p<,001$) que nos indicaron que los valores medios eran diferentes según el rol al que pertenecían los profesionales, siendo más elevado en el caso de los roles técnicos y más bajo entre los servicios auxiliares.

Al realizar las pruebas *posthoc* la satisfacción presentó sus valores estadísticamente diferentes en los grupos de roles técnicos y cuidadores ($p<,001$); así como entre los monitores y los roles técnicos ($p<,01$). Contando con una puntuación media más elevada en ambos casos los roles técnicos

Tabla 22*Diferencias de medias en función del rol*

Variable	Cuidador		Monitor		Roles técnicos		Serv. auxiliares		Significación		
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F	p	η^2
Afectos negativos	14,90	3,50	14,66	3,34	14,47	2,91	14,11	3,78	1,03	,377	0,00
Afectos positivos	18,51	3,30	18,67	2,47	19,11	2,63	18,17	3,43	2,20	,087	0,01
Apoyo Social	43,82	7,73	45,73	6,23	46,25	7,84	41,93	10,42	6,57	,001	0,03
Apoyo afectivo	14,89	3,25	15,87	2,58	16,07	3,02	14,57	4,37	7,25	,001	0,03
Apoyo confidencial	28,91	5,11	29,80	4,28	30,12	5,26	27,18	6,84	5,67	,001	0,03
Balance emocional	3,68	5,65	4,02	4,85	4,59	4,59	4,04	6,62	0,92	,431	0,00
Consideración	4,86	1,32	4,97	1,36	4,88	1,26	4,89	1,33	0,25	,859	0,00
Empatía	25,55	3,27	26,86	2,80	26,95	2,67	25,09	3,27	12,40	,001	0,06
Estrés relacional	35,84	7,34	32,95	5,40	33,99	5,58	29,50	4,90	14,70	,001	0,08
Estrés percibido	23,10	6,64	22,98	6,10	21,83	5,91	22,04	6,04	1,65	,177	0,00
Refuerzo positivo	12,79	1,61	12,98	1,45	12,77	1,66	12,12	2,54	3,73	,011	0,02
Satisfacción	17,77	3,66	18,24	3,25	19,49	3,56	17,63	4,61	8,91	,001	0,04

Nota, M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño \approx 0,02; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto \approx 0,3

Nivel de estudios

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función del nivel de estudios, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 23*.

En primer lugar, se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias de medias en cada una de las variables de estudio en función del nivel de estudios. Los resultados nos indicaron la existencia de diferencias de medias para esta variable.

El apoyo social presenta un valor medio de 40,57 para los sujetos con estudios primarios, de 43,99 para los que poseen estudios secundarios y de 45,87 para los que poseen estudios

superiores. Se encuentran evidencias estadísticas suficientes ($p < ,001$) que nos indican que los valores medios de apoyo social varían según el nivel de estudios de los sujetos.

Al realizarse las pruebas *posthoc*, las diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,01$) en función del apoyo social se dan entre los grupos de niveles superiores con los sujetos de estudios primarios y secundarios, obteniendo puntuaciones más altas en el caso de aquellos que cuentan con nivel de estudios superiores.

El apoyo afectivo presenta un valor medio de 14,33 entre los sujetos con un nivel de estudios primarios, de 14,93 entre los que poseen estudios secundarios y de 15,97 entre los que poseen estudios superiores. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < ,001$) que nos indican que el apoyo afectivo es diferente según los estudios que posea el sujeto.

Al realizarse las pruebas *posthoc*, las diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,01$) en función del apoyo social se dan entre los grupos de niveles primarios con los sujetos de estudios superiores, obteniendo puntuaciones más altas en el caso de aquellos que cuentan con nivel de estudios superiores

En cuanto al apoyo confidencial, el valor medio de los sujetos con estudios primarios es de 26,59, con estudios secundarios de 28,92 y con estudios superiores de 29,88. Se hallan evidencias estadísticas ($p < ,001$) que nos indican que estos valores son diferentes entre sí según el nivel de estudios que posea el sujeto.

Al realizarse las pruebas *posthoc*, las diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,01$) en función del apoyo social se dan entre los grupos de niveles primarios con los sujetos de estudios superiores, obteniendo puntuaciones más altas en el caso de aquellos que cuentan con nivel de estudios superiores

El valor de la empatía entre los sujetos con estudios primarios es de 24,84, de los que poseen estudios secundarios es de 25,60 y de los que poseen estudios superiores es de 26,79. Se encuentran diferencias estadísticamente importantes ($p < ,001$) que nos reflejan que los valores medios de los tres grupos son diferentes en función del nivel de estudios de los sujetos.

Al realizarse las pruebas *posthoc*, las diferencias estadísticamente relevantes se dan entre los grupos de niveles superiores con los sujetos de estudios primarios ($p < ,01$) y secundarios ($p < ,00$), obteniendo puntuaciones más altas en el caso de aquellos que cuentan con nivel de estudios superiores.

El refuerzo positivo presenta un valor medio de 5,28 entre los sujetos con estudios primarios, de 6,23 entre los sujetos con estudios secundarios y de 6,46 entre los sujetos con estudios superiores. Se hallan evidencias estadísticas suficientes ($p < ,001$) que nos indican que hay diferencias entre los valores medios de los tres grupos de estudios analizados.

Al realizarse las pruebas *posthoc*, las diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,00$) se dan entre los grupos de niveles primarios con los sujetos de estudios secundarios y superiores, obteniendo puntuaciones más altas en el caso de aquellos que cuentan con nivel de estudios superiores.

Por último, en cuanto a la satisfacción el valor medio entre los sujetos con estudios primarios es de 17,61, entre los que poseen estudios secundarios es de 17,82 y entre los que poseen estudios superiores es de 18,86. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < ,001$) que nos indican que los valores medios de los tres grupos de estudios son diferentes.

Al realizarse las pruebas *posthoc*, Las diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,001$) se dan entre los grupos de niveles superiores con los sujetos de estudios secundarios, obteniendo puntuaciones más altas en el caso de aquellos que cuentan con nivel de estudios superiores.

Tabla 23

Diferencia de medias en función del nivel de estudios

Variable	Primarios		Secundarios		Superiores		Estadísticos		
	M	DT	M	DT	M	DT	F	p	η^2
Afectos negativos	13,38	3,80	14,55	3,39	14,81	3,30	3,0	,085	0,00
Afectos positivos	18,48	3,44	18,51	3,23	18,89	2,67	2,6	,106	0,00
Apoyo Social	40,57	10,44	43,99	8,13	45,87	7,32	15,7	,001	0,02
Apoyo Afectivo	14,33	4,13	14,93	3,35	15,97	2,86	21,2	,001	0,03
Apoyo Confidencial	26,59	6,99	28,92	5,39	29,88	5,12	10,8	,001	0,02
Balance emocional	5,15	6,30	3,95	5,85	4,09	4,81	,0	,841	0,00
Consideración	9,28	3,76	10,63	2,25	10,53	2,09	,9	,332	0,00
Empatía	24,84	3,78	25,60	3,19	26,79	2,77	29,3	,001	0,04
Estrés relacional	28,94	4,91	34,23	7,17	33,74	5,61	0,6	,449	0,00
Estrés percibido	21,78	5,33	23,06	6,42	22,35	6,17	0,7	,413	0,00
Refuerzo positivo	5,28	2,13	6,23	1,17	6,46	0,96	23,9	,001	0,03
Satisfacción	17,61	4,98	17,82	3,78	18,86	3,42	14,1	,001	0,02

Nota, M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño \approx 0,02; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto \approx 0,3

Horario

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función de la jornada, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 24*.

En primer lugar, se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias de medias en cada una de las variables de estudio en función del horario. Los resultados nos indicaron la existencia de diferencias de medias para esta variable.

Los afectos positivos presentaron un valor medio de 18,90 entre las personas con otros horarios, de 18,84 entre las personas con horario fijo, de 17,74 entre las que tenían horario diurno y nocturno y de 17,88 entre las que tenían horario de mañana, tarde y noche. Existían diferencias estadísticamente importantes ($p < ,007$) entre los valores medios de los diferentes horarios de trabajo, siendo más elevados los valores entre las personas con otros horarios y más bajos los que tenían horario diurno y nocturno.

Se realizaron pruebas *posthoc* para determinar entre cuáles existían estas diferencias. Los afectos positivos presentaron valores estadísticamente diferentes ($p < ,001$) entre los turnos rotatorios de mañana, tarde y noche en comparación con otros horarios y las personas que tenían turnos fijos ($p = ,04$), obteniendo una puntuación más baja en ambos casos los que tenían turno rotatorio de mañana, tarde y noche.

En el caso del apoyo social el valor entre las personas con otros horarios fue de 45,93, entre los que tenían horario fijo de 44,63, entre los que tenían horario diurno y nocturno de 40,56 y entre los que tenían horario de mañana, tarde y noche de 42,22. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,001$) que nos indicaron que los valores medios diferían según el horario de los trabajadores, siendo más elevado el valor medio entre las personas que tenían otros horarios y más bajo entre las personas con horario rotatorio diurno y nocturno.

Se realizaron pruebas *posthoc* para determinar entre cuáles existían estas diferencias. El apoyo social presentó valores estadísticamente diferentes ($p = ,03$) entre los grupos de las personas otros horarios en comparación con las personas con turnos rotatorios diurnos y nocturnos, así como los que tenían turnos rotatorios de mañana, tarde y noche ($p < ,001$), en ambos casos obtenían una puntuación media mayor los que tenían otros horarios.

En el caso del apoyo afectivo el valor medio entre las personas con otros horarios fue de 15,92, entre las personas con horario fijo de 15,52, entre las que tenían horario diurno y nocturno de 13,44 y entre los que tenían de mañana, tarde y noche de 14,18.

En el caso del apoyo confidencial el valor medio entre las personas con otros horarios fue de 29,97, entre las que tenían horario fijo de 29,06, entre los que tenían horario diurno y nocturno de 26,75 y entre las que tenían horario de mañana, tarde y noche de 28,00.

En ambos casos, se hallaron evidencias estadísticas importantes ($p < ,001$) que nos indicaron que los valores medios eran diferentes en función del horario de los trabajadores. Se realizaron pruebas *posthoc* para determinar entre cuáles existían estas diferencias. En el caso del apoyo afectivo se encontraron diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,001$) entre las personas que tenían turno rotatorio diurno y nocturno, así como los que tenían turno de mañana, tarde y noche en comparación con otros horarios y turno fijo. En el apoyo social confidencial las diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,01$) se dieron entre los valores medios de las personas que tenían turno rotatorio de mañana, tarde y noche en comparación con los que tenían otros horarios.

La empatía presentó un valor medio de 26,67 entre las personas con otros horarios, de 26,41 entre las que tenían horario fijo, de 25,72 entre las que tenían horario diurno y nocturno y de 24,77 entre las que tenían horario de mañana, tarde y noche. Las evidencias estadísticas ($p < ,001$) indicaron que los valores medios eran diferentes según el horario de los trabajadores, siendo más elevados entre las personas con otros horarios y más bajos entre las personas con horarios de mañana, tarde y noche.

Al realizar las pruebas *posthoc*, la empatía presentó valores estadísticamente diferentes ($p < ,001$) entre las personas con turno rotatorio de mañana tarde y noche en comparación con las que tenían otros horarios y las que tenían turno fijo, obteniendo una puntuación media más elevada en ambos casos las personas con otros horarios.

El estrés relacional presentó un valor medio de 33,21 entre los trabajadores con otros horarios, de 33,18 entre los que tenían horario fijo, de 35,50 entre los que tenían horario diurno y nocturno y de 37,70 entre los que tenían horario de mañana, tarde y noche. Se hallaron evidencias estadísticas suficientes ($p < ,001$) que nos indicaron que los valores medios de los grupos eran diferentes, siendo más elevados entre las personas con turnos rotatorios de mañana, tarde y noche y más bajos entre las personas con turnos fijos.

Al realizar las pruebas *posthoc*, el estrés relacional presentó valores diferentes ($p < ,001$) entre las personas con turno rotatorio de mañana, tarde y noche en comparación con las que tenían otros horarios y las que tenían turno fijo, obteniendo una puntuación media más elevada en ambos casos las personas con turno rotatorio de mañana, tarde y noche.

Por último, en el caso de la satisfacción el valor medio entre las personas con otros horarios fue de 18,77, entre las personas con turno fijo de 18,28, entre los que tenían turno diurno y nocturno de 16,84 y entre los que tenían turno de mañana, tarde y noche de 17,28. Existían diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,001$) que nos indicaron que los valores medios de satisfacción varían según el horario de las personas, siendo más elevado entre las personas con otros horarios y más bajo entre las personas con turno diurno y nocturno.

Al realizar las pruebas *posthoc*, el grado de satisfacción presentó diferencias ($p<,001$) entre las personas que tenían turno rotatorio de mañana, tarde y noche en comparación con las personas que tenían otros horarios, obteniendo puntuación media más elevada en el caso de las personas con otros horarios.

Tabla 24

Diferencia de medias en función del horario

Variable	Otro horario		Fijo		Diurno y nocturno		Mañana, tarde y noche		Estadísticos		
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	F	p	η^2
Afectos negativos	14,50	3,21	14,87	3,42	15,28	3,06	14,88	3,95	0,86	,463	0,00
Afectos positivos	18,90	2,66	18,84	2,80	17,74	3,71	17,88	3,78	4,06	,007	0,02
Apoyo Social	45,93	6,88	44,63	8,12	40,56	10,99	42,22	9,45	7,87	,001	0,03
Apoyo afectivo	15,92	2,78	15,52	3,21	13,44	4,09	14,18	3,68	11,40	,001	0,05
Apoyo confidencial	29,97	4,84	29,06	5,47	26,75	7,45	28,00	6,29	5,41	,001	0,02
Balance emocional	4,40	4,91	3,87	5,23	2,33	6,11	3,19	6,41	2,08	,102	0,00
Consideración	4,86	1,29	4,99	1,39	5,58	1,35	4,80	1,29	2,30	,077	0,00
Empatía	26,67	2,88	26,41	2,74	25,72	3,75	24,77	3,44	10,70	,001	0,05
Estrés relacional	33,21	5,60	33,18	6,13	35,50	7,41	37,70	7,51	12,50	,001	0,06
Estrés percibido	22,29	6,32	22,64	5,85	25,31	6,04	23,85	6,36	2,50	,059	0,01
Refuerzo positivo	12,82	1,53	12,86	1,62	12,89	1,63	12,55	2,16	0,890,00	,447	0,00
Satisfacción	18,77	3,45	18,28	4,03	16,84	3,22	17,28	3,89	5,83	,001	0,02

Nota. M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño \approx 0,02; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto \approx 0,3

Tipo de centro

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función del tipo de centro, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 25*.

En primer lugar, se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias de medias en cada una de las variables de estudio en función del tipo de centro.

El apoyo social presentó un valor medio de 42,71 entre los participantes de los centros de atención residencial, de 46,87 entre los de atención temprana, de 45,75 entre los centros de día, de 46,00 entre los centros ocupacionales y de 45,52 entre las viviendas tuteladas. Se hallaron

evidencias estadísticamente importantes ($p<,001$) que nos indicaron que los valores medios entre los diferentes centros eran diferentes, siendo más elevados en los casos de los centros de atención temprana y más bajos entre los centros de atención residencial.

Al realizar las pruebas *posthoc* para determinar entre cuáles existían estas diferencias. En el caso del apoyo social se hallaron diferencias relevantes entre los centros de atención residencial al compararlos con los centros de atención temprana ($p<,001$), los centros de día ($p<,01$) y los centros ocupacionales ($p<,001$), obteniendo una puntuación media más baja en todos los casos los centros de atención residencial.

El apoyo afectivo presentó un valor de 14,43 entre los individuos de centros de atención residencial, de 16,45 entre los centros de atención temprana, de 15,92 entre los centros de día, de 16,01 entre los centros ocupacionales y de 15,43 entre las viviendas tuteladas. Se hallaron diferencias estadísticamente importantes ($p<,001$) que nos indicaron que los valores medios eran diferentes en función del tipo de centro: encontramos valores más elevados en los centros de atención temprana y valores más bajos en los centros de atención residencial.

Al realizar las pruebas *posthoc* para determinar entre cuáles existían estas diferencias. El AS apoyo afectivo es estadísticamente diferente ($p<,001$) entre los centros de atención residencial comparados con los centros de atención temprana, los centros de día y los centros ocupacionales), obteniendo una puntuación media más baja en todos los casos en los centros de atención residencial.

En el caso de apoyo confidencial el valor medio entre los centros de atención residencial fue de 28,22, entre los centros de atención temprana de 30,40, entre los centros de día de 29,68, entre los centros ocupacionales de 29,90 y en las viviendas tuteladas de 30,09. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p=,003$) que nos indicaron que los valores medios del apoyo confidencial dependen del tipo de centro: eran más elevados en los centros de atención primaria y más bajos en los centros de atención residencial.

Al realizar las pruebas *posthoc* para determinar entre cuáles existían estas diferencias. El apoyo confidencial resulta diferente entre los centros de atención residencial comparados con los centros de atención temprana ($p=,03$) y los centros ocupacionales ($p<,01$), obteniendo una puntuación media más baja en todos los casos en los centros de atención residencial.

En cuanto a la consideración, el valor medio entre los centros de atención residencial fue de 4,82, entre los centros de atención temprana de 5,08, entre los centros de día de 4,78, entre los centros ocupacionales de 4,88 y entre las viviendas tuteladas de 5,47. Se hallaron evidencias estadísticas suficientes ($p=,027$) que nos indicaron que los valores medios eran diferentes según el tipo de centro, siendo más elevados entre las viviendas tuteladas y más bajos en los centros de atención residencial.

Al realizar las pruebas *posthoc* para determinar entre cuáles existían estas diferencias. La consideración presentó valores diferentes ($p=,03$) en las viviendas tuteladas comparadas con los centros de atención residencial y los centros de día), obteniendo una puntuación media más alta en ambos casos las viviendas tuteladas.

Por otro lado, la empatía arrojó un valor medio de 25,57 entre los participantes de los centros de atención residencial, de 27,05 entre los centros de atención temprana, de 26,42 entre los centros de día, de 26,83 entre los centros ocupacionales y de 26,17 entre las viviendas tuteladas. Se hallaron diferencias estadísticamente importantes ($p<,001$) que nos indicaron que las medias de los grupos resultan diferentes entre sí: eran más altas en los centros de atención temprana y más bajas en los centros de atención residencial.

Al realizar las pruebas *posthoc* para determinar entre cuáles existían estas diferencias. La empatía presentó valores diferentes entre los centros de atención residencial en comparación con los centros de atención temprana ($p<,01$) y los centros ocupacionales ($p<,001$), obteniendo una puntuación media más alta los centros de atención temprana y centros de atención residencial.

El estrés relacional contó con una media de 36,20 entre las personas de los centros de atención residencial, de 33,71 entre los centros de atención temprana, de 32,64 entre los centros de día, de 32,68 entre los centros ocupacionales y de 35,08 entre las viviendas tuteladas. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p<,001$) que nos indicaron que las medias de los diferentes tipos de centros resultan diferentes, siendo más elevadas entre los centros de atención residencial y más bajas entre los centros de día y los centros ocupacionales.

Al realizar las pruebas *posthoc* para determinar entre cuáles existían estas diferencias. El estrés relacional resultó diferente ($p<,001$) entre los centros de atención residencial en comparación con los centros ocupacionales y los centros de día, obteniendo una puntuación media más alta en ambos casos los centros de atención residencial

Por último, la satisfacción dio un valor medio de 17,61 entre las personas de los centros de atención residencial, de 19,38 entre las personas de los centros de atención temprana, de 18,79 entre los centros de día, de 18,83 entre los centros ocupacionales y de 17,16 entre las viviendas tuteladas. Se encontraron diferencias estadísticas ($p<,001$) que nos indicaron que los valores medios eran diferentes según el tipo de centro, siendo más elevados los valores entre los centros de atención temprana y más bajos entre las viviendas tuteladas.

Al realizar las pruebas *posthoc* para determinar entre cuáles existían estas diferencias. La satisfacción presentó valores diferentes entre los centros de atención residencial al compararlos con los centros de atención temprana ($p<,01$) y los centros ocupacionales ($p<,001$). Además, también se encontraron diferencias entre las viviendas tuteladas en comparación con los centros de atención temprana y los centros ocupacionales.

Tabla 25*Diferencia de medias en función del tipo de centro*

Variable	Atención residencial		Atención temprana		Centro De día		Centro Ocupacional		Vivienda tutelada		Estadísticos		
	<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>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Afectos negativos	15,13	3,72	14,47	3,69	15,00	2,86	14,28	3,15	14,74	3,13	2,01	,09	0,01
Afectos positivos	18,41	3,48	18,81	2,80	18,75	2,66	18,95	2,60	18,60	2,52	0,98	,420	0,00
Apoyo Social	42,71	9,44	46,87	8,19	45,75	6,44	46,00	6,28	45,42	7,67	6,43	,001	0,04
Apoyo afectivo	14,43	3,68	16,45	3,04	15,92	2,79	16,02	2,59	15,43	3,39	9,77	,001	0,06
Apoyo confidencial	28,22	6,26	30,40	5,56	29,68	4,42	29,90	4,35	30,09	4,71	3,93	,003	0,02
Balance emocional	3,20	6,29	4,16	5,30	3,83	4,62	4,75	4,78	4,08	4,16	2,29	,059	0,01
Consideración	4,82	1,33	5,08	1,41	4,78	1,27	4,88	1,30	5,47	1,49	2,75	,027	0,02
Empatía	25,57	3,04	27,05	2,57	26,42	3,33	26,83	2,69	26,17	3,09	5,88	,001	0,04
Estrés relacional	36,20	7,15	33,71	5,57	32,64	5,43	32,68	5,12	35,08	7,25	9,39	,001	0,06
Estrés percibido	23,37	6,22	22,25	6,47	22,66	5,79	22,17	6,28	23,80	6,19	1,35	,250	0,00
Refuerzo positivo	12,91	1,60	12,79	1,51	12,74	1,64	12,92	1,58	12,20	2,50	2,01	,091	0,01
Satisfacción	17,61	3,99	19,38	3,73	18,79	3,63	18,83	3,32	17,16	3,46	6,05	,001	0,03

Nota, M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño \approx 0,02; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto \approx 0,3

3.2.4. Diferencia de medias en función de aspectos de formación

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función de aspectos relacionados con la formación, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 26*.

En primer lugar, se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias de medias en cada una de las variables de estudio en función de la formación en HHRRD. La satisfacción presentó un valor medio de 17,75 entre las personas que habían recibido poca formación en HHRRD, de 19,14 entre las que habían recibido bastante formación y de 18,31 entre las que habían recibido una formación nula. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p < ,001$) entre los valores medios de satisfacción de las personas según la formación en HHRRD recibida, siendo la media más elevada entre los participantes que habían recibido bastante información y más baja entre los que habían recibido poca formación.

Al realizar las pruebas *posthoc*, en el caso de la satisfacción se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el valor medio de los participantes que recibieron bastante formación y los que habían recibido poca ($p < .001$), obteniendo una puntuación media más elevada en el caso de los que han recibido bastante formación. También, en el caso de los que no habían recibido ningún tipo de formación y los que habían recibido bastante ($p = .04$) obteniendo una puntuación media más elevada en el caso de los que han recibido bastante formación.

Tabla 26

Diferencia de medias por formación en RRHHD

Variable	Poca		Bastante		Nula		Estadísticos		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Afectos negativos	14,94	3,78	14,48	3,21	14,63	3,22	0,93	,394	0,00
Afectos positivos	18,72	3,07	19,04	2,77	18,45	3,06	2,18	,114	0,00
Apoyo Social	44,68	7,60	45,60	7,66	44,43	8,42	1,34	,264	0,00
Apoyo afectivo	15,28	3,02	15,81	3,10	15,27	3,35	2,19	,113	0,00
Apoyo confidencial	29,22	5,42	29,82	5,07	29,07	5,72	1,22	,296	0,00
Balance emocional	3,75	5,77	4,58	4,77	3,88	5,45	1,45	,235	0,00
Consideración	4,87	1,27	4,94	1,20	4,90	1,41	0,16	,848	0,00
Empatía	26,20	2,95	26,60	2,92	26,02	3,22	2,14	,118	0,00
Estrés relacional	34,67	6,79	33,82	5,85	33,45	6,09	1,70	,184	0,00
Estrés percibido	23,53	5,85	22,39	6,14	22,18	6,69	2,51	,082	0,00
Refuerzo positivo	12,82	1,61	12,62	1,56	12,78	1,77	0,94	,390	0,00
Satisfacción	17,75	3,66	19,14	3,47	18,31	3,85	8,00	,001	0,02

Nota, M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño $\approx 0,02$; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto $\approx 0,3$

Necesidad de formación en RA

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función la necesidad de formación, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 27*.

En primer lugar, se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias de medias en cada una de las variables de estudio en función de la formación en RA. El valor medio de los afectos positivos en las personas que consideran bastante importante recibir información en RA es de 18,84, el de los que otorgan poca importancia es de 18,26 y el de los que otorgan una importancia nula es de 16,93. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p=,013$) que nos indicaron que los valores medios de afecto positivo eran diferentes según la importancia que los participantes otorgan a la necesidad de formación en RA.

Al realizar las pruebas *posthoc*, en el caso de los afectos positivos se hallaron diferencias estadísticamente importantes ($p=,03$) entre los valores medios de las personas que no lo consideran importante y los que lo consideran bastante importante.

En el caso del apoyo afectivo el valor medio entre las personas que habían pensado que es bastante importante recibir formación en RA fue de 15,68, entre los que habían pensado que es poco importante el valor medio es de 15,17 y entre los que habían pensado que no es nada importante el valor medio es de 13,69. Se hallaron diferencias estadísticamente relevantes ($p=,017$) que nos indicaron que los valores varían según la importancia que se le otorga a la formación en RA: lo valores eran mayores entre los que otorgan bastante importancia y bajos entre los que otorgan una importancia nula.

En las pruebas *posthoc*, en el caso del apoyo afectivo se encontraron diferencias estadísticamente importantes ($p=,03$) entre los valores medios de las personas que no consideran importante recibir formación en RA y los que lo consideran bastante importante.

En el caso de la satisfacción, el valor medio entre las personas que otorgan bastante importante a la necesidad de formación en RA fue de 18,56, a los que otorgan poca importancia de 18,12 y a los que otorgan una importancia nula de 15,24. Existían diferencias estadísticamente relevantes ($p<,001$) entre los valores medios de los diferentes grados de importancia que los participantes otorgan a la necesidad de formación en RA: los valores más elevados los encontramos entre los que otorgan una importancia alta y los bajos entre los que otorgan una importancia nula.

Respecto de la satisfacción, se hallan diferencias estadísticamente importantes en las comparaciones de las personas que no consideraban importante recibir formación en RA y los que consideraban importante recibir formación ($p<,01$) o bastante importante recibir

información al respecto ($p < .001$), obteniendo una puntuación media más alta en lo casos que consideran bastante importante recibir formación

Tabla 27

Diferencia de medias en función de la necesidad de formación

Variable	Bastante		Poca		Nula		Significación		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Afectos negativos	14,65	3,37	14,76	3,22	15,40	3,89	0,39	,675	0,00
Afectos positivos	18,84	2,78	18,26	3,57	16,93	3,75	4,40	,013	0,01
Apoyo Social	45,29	7,51	44,86	7,60	40,80	11,48	2,60	,075	0,00
Apoyo afectivo	15,68	2,99	15,17	3,36	13,69	4,57	4,12	,017	0,01
Apoyo confidencial	29,58	5,16	29,31	5,21	27,27	7,38	1,49	,226	0,00
Balance emocional	4,17	5,09	3,59	5,88	1,46	7,53	2,04	,131	0,00
Consideración	4,94	1,31	4,72	1,40	4,41	1,06	2,33	,098	0,00
Empatía	26,31	2,98	26,51	3,17	24,82	3,75	2,23	,108	0,00
Estrés relacional	33,97	6,19	33,22	6,44	34,33	6,67	0,50	,606	0,00
Estrés percibido	22,68	6,16	22,12	6,63	23,56	6,05	0,48	,619	0,00
Refuerzo positivo	12,81	1,53	12,79	2,09	12,61	2,64	0,12	,884	0,00
Satisfacción	18,56	3,55	18,12	3,93	15,24	5,66	7,17	,001	0,02

Nota. M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño \approx 0,02; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto \approx 0,3

Formación en *counselling*

En este apartado se van a estudiar la diferencia de medias en función de la formación en *counselling*, solo se comentarán aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para el resto se puede consultar la *Tabla 28*.

En primer lugar, se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias de medias en cada una de las variables de estudio en función de la formación en *counselling*. Los afectos positivos presentaron un valor medio de 19,28 entre las personas que habían tenido alguna experiencia previa con el *counselling*, un valor de 19,96 entre los que habían tenido bastante formación o entrenamiento y de 18,58 entre los que no habían tenido ninguna formación, existiendo diferencias significativas ($p = .014$).

El estrés percibido adquirió un valor medio de 22,771 entre las personas que recibían alguna formación en *counselling*, 19,19 entre los que recibían bastante formación y de 22,73 entre los que no recibían ninguna formación. Existían diferencias estadísticas significativas ($p = .038$) que nos indicaron que los valores medios de los grupos eran diferentes según la formación en

counselling recibida: el valor más alto lo encontramos entre las personas que no habían recibido ninguna información y el más bajo entre los que habían recibido bastante formación.

Al realizar las pruebas *posthoc*, en el caso del estrés percibido, se hallaron diferencias estadísticamente importantes ($p=,03$) entre la comparación de las personas que no habían tenido ninguna experiencia de *counselling* y los que habían tenido bastante formación, obteniendo una puntuación media más alta en el caso de los que no habían recibido ninguna formación en *counselling*.

La satisfacción presentó un valor medio de 18,45 entre las personas que habían recibido alguna formación en *counselling*, de 20,58 entre los que habían recibido bastante formación y de 18,32 entre los que no habían recibido ninguna formación. Existían diferencias estadísticamente relevantes ($p=,013$) que nos indicaron que los valores medios de los diferentes grados de formación en *counselling* presentaron valores de satisfacción diferentes, siendo más elevados entre los que habían recibido bastante formación y más bajos entre los que no habían recibido ninguna.

Existían diferencias estadísticamente importantes entre los valores medios de satisfacción de las personas que habían recibido bastante formación o entrenamiento y los que habían recibido algún curso ($p=,03$) o no habían tenido ninguna experiencia ($p<,01$) obteniendo una puntuación más elevada en los casos en que habían recibido bastante formación o entrenamiento.

Tabla 28*Diferencia de medias en función de la formación en counselling*

Variable	Alguna		Bastante		Ninguna		Estadísticos		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Afectos negativos	14,33	3,76	14,14	2,70	14,76	3,31	0,39	,428	0,00
Afectos positivos	19,28	2,95	19,96	2,03	18,58	2,87	4,40	,014	0,01
Apoyo Social	45,67	7,18	47,73	6,21	44,76	8,07	2,60	,159	0,00
Apoyo afectivo	16,03	2,74	16,57	3,16	15,40	3,22	4,12	,061	0,01
Apoyo confidencial	29,72	4,96	31,26	3,35	29,26	5,50	1,49	,184	0,00
Balance emocional	4,90	5,61	5,67	3,45	3,84	5,14	2,04	,086	0,00
Consideración	4,83	1,34	4,70	1,22	4,93	1,31	2,33	,581	0,00
Empatía	26,40	3,08	26,39	3,24	26,31	3,00	2,23	,961	0,00
Estrés relacional	34,42	6,31	33,89	5,28	33,77	6,28	0,50	,729	0,00
Estrés percibido	22,71	6,21	19,19	5,71	22,73	6,24	0,48	,038	0,00
Refuerzo positivo	12,87	1,89	12,36	0,95	12,80	1,62	0,12	,425	0,00
Satisfacción	18,45	3,95	20,58	3,78	18,32	3,65	7,17	,013	0,02

Nota, M=media; DT=desviación típica; η^2 : Eta cuadrado parcial: TE pequeño \approx 0,02; TE medios \approx entre 0,15 y 0,3; TE alto \approx 0,3

3.3. Relación entre las variables psicológicas del profesional sociosanitario

3.3.1. Asociación entre edad y variables psicológicas

La edad se encontró asociada con el estrés relacional y con el estrés percibido de manera negativa de tal modo que a mayor edad disminuye el nivel de estrés relacional y de estrés percibido.

También la edad se encontró relacionada con los afectos negativos, de modo que a mayor edad, disminuyen los afectos negativos.

No se observaron relaciones o asociaciones con el resto de las variables, pudiéndose consultar en la *Tabla 29*.

Tabla 29*Asociación entre la edad y las variables psicológicas estudiadas*

	Edad	Apoyo Social	Satisfacción	Estrés percibido	Estrés relacional	Empatía	Afectos positivos	Afectos negativos	Balance emocional
Edad	1								
Apoyo Social	-,060	1							
Satisfacción	,059	,484**	1						
Estrés percibido	-,144**	-,378**	-,583**	1					
Estrés relacional	-,193**	-,079	-,130**	,267**	1				
Empatía	-,028	,207**	,207**	-,285**	-,119**	1			
Afectos positivos	-,067	,417**	,514**	-,471**	,001	,184**	1		
Afectos negativos	-,105**	-,267**	-,432**	,581**	,291**	-,177**	-,410**	1	
Balance emocional	,022	,387**	,554**	-,632**	-,194**	,207**	,810**	-,867**	1

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

3.3.2. Asociación entre variables laborales con variables psicológicas

En relación con la asociación entre variables laborales y variables psicológicas, se encontró una asociación negativa entre el estrés relacional y la antigüedad en la empresa y en el puesto, de manera que a mayor antigüedad en la empresa o en el puesto, disminuye de manera significativa el nivel de estrés relacional.

Tabla 30*Asociación entre variables laborales con variables psicológicas*

	Antigüedad empresa años	Antigüedad empresa meses	Antigüedad puesto años	Antigüedad puesto meses	Apoyo Social	Satisfacción	Estrés percibido	Estrés relacional	Empatía	Afectos positivos	Afectos negativos	Balance emocional
Antigüedad empresa años	1											
Antigüedad empresa meses	-,019	1										
Antigüedad puesto años	,795**	-,019	1									
Antigüedad puesto meses	-,074	,789**	-,076	1								
Apoyo Social	,036	,028	-,027	,055	1							
Satisfacción	,041	-,026	,032	,027	,484**	1						
Estrés percibido	-,076	,062	,052	,042	-,378**	-,583**	1					
Estrés relacional	-,154**	,033	-,138**	,016	-,079	-,130**	,267**	1				

	Antigüedad de empresa años	Antigüedad de empresa meses	Antigüedad de puesto años	Antigüedad de puesto meses	Apoyo Social	Satisfacción	Estrés percibido	Estrés relacional	Empatía	Afectos positivos	Afectos negativos	Balance emocional
Empatía	-,012	,021	-,030	,037	,207**	,207**	-,285**	-,119**	1			
Afectos positivos	-0,34	,023	-,032	,025	,417**	,514**	-,471**	,001	,184**	1		
Afectos negativos	-,025	,053	,013	,084	-,267**	-,432**	,581**	,291**	-,177**	-,410**	1	
Balance emocional	-,009	-,047	-,031	-,058	,387**	,554**	-,632**	-,194**	,207**	,810**	-,9***	1

p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01; *p ≤ 0,001*

3.3.3. Asociación entre variables psicológicas

El apoyo social se encontró asociado con una intensidad fuerte con la satisfacción el estrés percibido, la empatía, los afectos positivos, los afectos negativos y el balance emocional. En los casos de la satisfacción, la empatía, los afectos positivos y el balance emocional, la relación es positiva: el aumento del apoyo social conlleva un aumento en el resto de las variables. En los casos del estrés percibido y los afectos negativos la relación es inversa, por lo que un aumento del apoyo social conlleva una disminución de estas variables.

La satisfacción se encontró asociada con una intensidad fuerte 1) con el estrés percibido, el estrés relacional, la empatía, los afectos positivos los afectos negativos y el balance emocional. En el caso de los afectos negativos y el estrés percibido y relacional, la relación fue inversa: un aumento de la satisfacción disminuyó el valor de estar variables. En el resto de los casos un aumento de la satisfacción se asociaba con un aumento de las demás variables.

El estrés percibido presentó una relación significativa con el estrés relacional, la empatía, los afectos positivos, los afectos negativos y el balance emocional. En los casos de la empatía, los afectos positivos, el balance emocional, la relación fue inversa: un aumento del estrés percibido conllevaba una disminución de estas variables.

El estrés relacional encontró una fuerte correlación con empatía, los afectos negativos y el balance emocional. En el caso de la empatía y el balance emocional, la relación fue inversa, de tal modo que un aumento del estrés relacional conlleva una disminución en el nivel de estas variables. Sin embargo, con afectos negativos existía una relación positiva, es decir, a más puntuaciones en estrés relacional, mayor número de afectos positivos.

La empatía presentó una relación significativa con los afectos positivos, los afectos negativos y el balance emocional. En todos los casos, salvo en el de los efectos negativos, la relación fue directa.

Los afectos positivos se encontraron relacionados con los negativos y el balance emocional. En el caso de los afectos negativos la relación fue inversa, por lo que el aumento de unos conllevaba la disminución de los otros.

Todas las correlaciones se pueden consultar en la *Tabla 31*.

Tabla 31*Asociación entre variables psicológicas*

	Apoyo Social	Satisfacción	Estrés percibido	Estrés relacional	Empatía	Afectos positivos	Afectos negativos	Balance emocional
Apoyo Social	1							
Satisfacción	,484**	1						
Estrés percibido	-,378**	-,583**	1					
Estrés relacional	-,079	-,130**	,267**	1				
Empatía	,207**	,207**	-,285**	-,119**	1			
Afectos positivos	,417**	,514**	-,471**	,001	,184**	1		
Afectos negativos	-,267**	-,432**	,581**	,291**	-,177**	-,410**	1	
Balance emocional	,387**	,554**	-,632**	-,194**	,207**	,810**	-,867**	1

* $p \leq 05$; ** $p \leq 01$; *** $p \leq 001$

3.4. Modelo de predicción del estrés del profesional sociosanitario

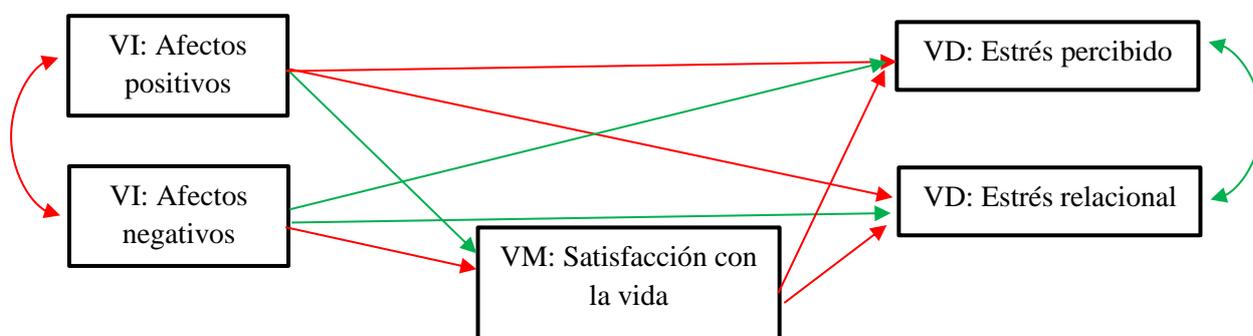
3.4.1. Modelo de Ecuación estructural para el estrés del profesional sociosanitario

Se realizó un modelo de ecuación estructural para analizar qué variables podían explicar mejor la varianza encontrada en los indicadores de ajuste en el profesional sociosanitario para ello las variables dependientes fueron el estrés percibido y el estrés relacional. En el análisis, se incluyó inicialmente las variables del profesional que se consideraron más adecuadas en función de las indicaciones de la literatura científica y los análisis de datos realizados anteriormente. En este caso fueron los afectos positivos y negativos, el apoyo social y la satisfacción vital. Estas dos últimas se utilizaron como variables moduladoras del modelo.

En el análisis se utilizó la estimación de máxima verosimilitud (ML) con la corrección robusta de Satorra-Bentler (Bentler, 1995), ya que es el método más robusto de estimación con datos no normales. En cuanto al significado de chi-cuadrado (χ^2) ($<,01$), en ningún caso se puede garantizar una fiabilidad adecuada. Sin embargo, como este estadístico está estrechamente relacionado con el tamaño de la muestra, se analizaron otros indicadores, como la relación entre chi-cuadrado (χ^2) y sus grados de libertad (valores por debajo de cinco son considerados aceptables) (Byrne, 1989; Carmines & McIver, 1981); índices de bondad de ajuste como el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de ajuste incremental (IFI) (valores por encima de ,90 indican un ajuste adecuado) (Maccallum & Austin, 2000); y la raíz cuadrada del error medio cuadrático (RMSEA), donde los valores por debajo de ,08 son indicadores de un ajuste adecuado, siendo los valores óptimos los que se acercan a ,05 (Browne & Cudeck, 1993). El modelo teórico de predicción del estrés en los profesionales sociosanitarios se presenta en la *figura 14*, aunque se realizó una ecuación estructural (SEM), en la figura solo se representa las variables latentes.

Figura 14

Propuesta de modelo teórico de mediación testado para el estrés en los profesionales sociosanitarios



Nota. Las líneas en verde significan relación positiva y las rojas relación negativa entre las variables estudiadas

Tras probarse este modelo con la muestra de profesionales sociosanitarios, no se obtuvieron unos índices de ajuste adecuados, en concreto, los valores adoptados por el CFI y el IFI (*Tabla 32*), además de que algunas de las relaciones establecidas no fueron estadísticamente significativas. Tras eliminar las relaciones que no fueron estadísticamente significativas, y reespecificar el modelo, se obtuvo en esta ocasión unos índices de ajuste adecuados (*Tabla 32*), decidiendo así retener el modelo que se muestra en la *Figura 15* como el mejor modelo de ajuste. Los índices de bondad de ajuste para los modelos probados se encuentran que el χ^2/gl , RMSEA y SRMR indicaron que el modelo presentaba un ajuste apropiado, pero el CFI y el IFI estaban por debajo del umbral de .90 para considerar el ajuste del modelo como satisfactorio (Kenny & McCoach, 2003) argumentaron que el CFI y la IFI tienden a deteriorarse en los modelos que comprende un gran número de variables e indicadores, especialmente para los (nótese que nuestro modelo comprendía 933 grados de libertad, es decir, un gran número de indicadores y variables latentes). Estos autores sugirieron que los modelos que implican un bajo CFI e IFI, estos valores no son realmente preocupantes en la medida en que la RMSEA presenta un adecuado ajuste. Por esta razón, continuamos analizando el papel moderador de la enfermedad, si analizamos la bondad de ajuste de nuestro modelo SEM fijándonos en el χ^2/gl , RMSEA, y SRMR (que indicaba un ajuste apropiado del modelo probado).

Tabla 32

Indicadores de ajuste del modelo final del estrés en el profesional sociosanitario

Modelo	S-B-χ^2	gl	p	S-B χ^2/gl	CFI	IFI	RMSEA
Modelo predictor	2681,0 4	933	<,001	2,87	,84	,84	,05 (,048- ,052)

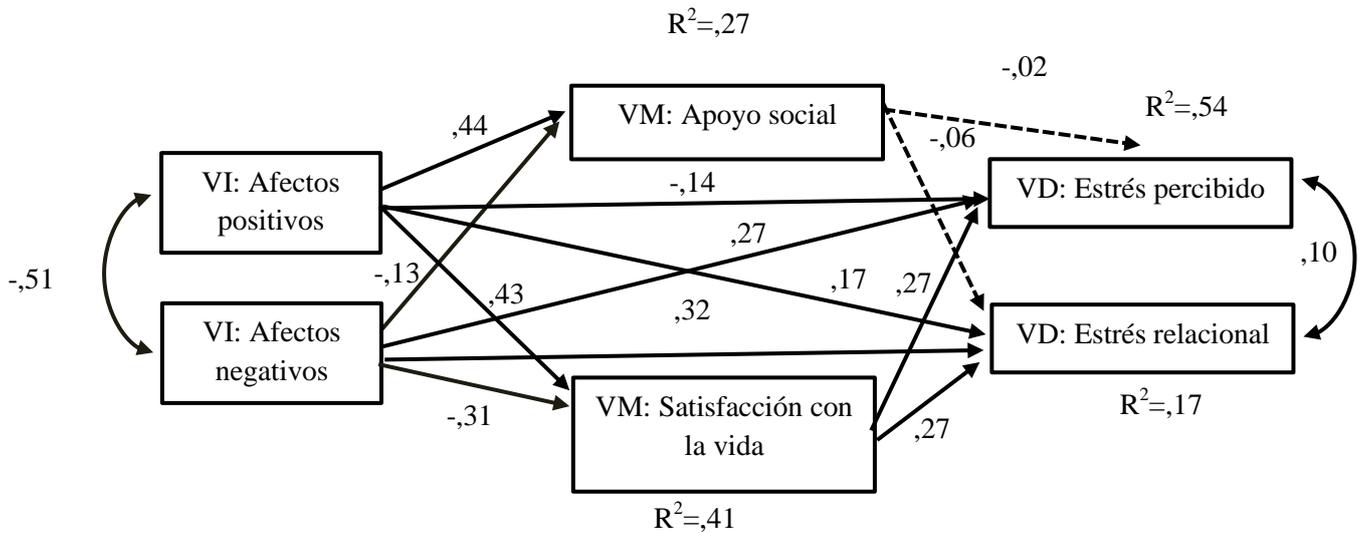
Nota. S-B- χ^2 : Escala Satorra-Bentler chi-cuadrado; gl: grados de libertad; S-B χ^2/gl : *ratio* entre S-B- χ^2 y df; CFI: índice comparativo de ajuste; IFI: índice de ajuste de Bollet; RMSEA: error cuadrático de aproximación.

En la *figura 15* se presentan las estimaciones de parámetros normalizados, los afectos negativos tuvieron un efecto negativo directo en apoyo social ($\beta = -.13$) y en satisfacción vital ($\beta = -.31$). En cambio, los afectos positivos tuvieron un efecto positivo en apoyo social ($\beta = .44$) y satisfacción vital ($\beta = .43$) explicando el 27% del apoyo social y el 41% de la varianza de la satisfacción con la vida. Por otra parte, los afectos negativos ($\beta = .27$) tuvieron un efecto positivo en el estrés percibido y los afectos positivos ($\beta = .14$) y la satisfacción vital ($\beta = -.46$) explicando un 54% de la varianza del estrés percibido. A su vez, se encontraron unos resultados similares para predecir el estrés relacional, la dimensión de los afectos negativos mostró un efecto positivo ($\beta = .32$) y afectos positivos ($\beta = .17$) en cambio la satisfacción vital ($\beta = -.24$) un efecto negativo, explicando el 17% de la varianza del estrés relacional.

Los efectos indirectos de la satisfacción sobre el estrés percibido (efecto=-7,97; LLCI=-6,85 ULCI=0,03) y los efectos indirectos apoyo social sobre el estrés percibido (efecto= -0,43; LLCI=-0,41; ULCI=0,03). Los efectos indirectos de la satisfacción vital (efecto= -,3,70; LLCI=-3,16; ULCI=-0,03) sobre el estrés relacional y el apoyo social (efecto= -1,11; LLCI=-0,41; ULCI=0,03) indicaron que la única variable mediadora entre la relación entre el balance emocional con el estrés era la satisfacción vital.

Figura 15

Modelo reespecificado de mediación para el estrés percibido del profesional sociosanitario



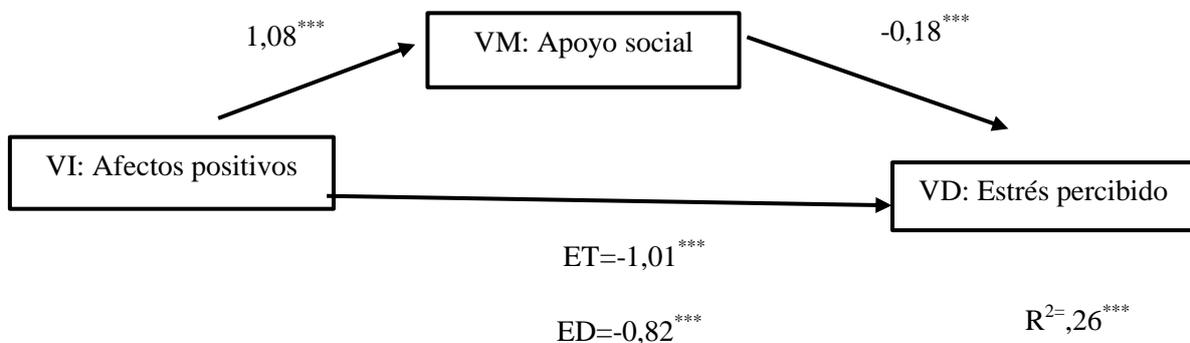
3.4.2. Análisis de mediación del apoyo social en las relaciones entre el balance emocional y el estrés

Debido a que no se pudo comprobar si el apoyo social tenía un papel mediador en el modelo de estrés del profesional sociosanitario, se realizaron análisis también con el programa PROCCESS (Hayes, 2013) con la intención de observar si el apoyo social ejerce un efecto mediador en la predicción del estrés percibido y relacional del profesional sociosanitario. Para el siguiente apartado, se tuvieron en cuenta las variables relacionadas con el balance emocional (afectos positivos y negativos) utilizadas en el modelo SEM porque eran las que más se relacionaban con el estrés percibido y relacional. Se realizaron dos modelos de mediación: en el modelo A, la variable dependiente fue los afectos positivos, y en el modelo B, los afectos negativos. En ambos modelos, la variable independiente fue el estrés percibido y la variable mediadora el apoyo social. Se repitieron estos mismos modelos, siendo la variable independiente el estrés relacional.

Como se observa en el modelo A (Figura 16), los afectos positivos explicaban parte del apoyo social ($B=1,08$; $t= 10,85$; $p\leq ,001$; $SE=,10$; $LLCI= ,88$; $ULCI= ,1,28$), y el apoyo social explicaba el estrés percibido ($B= -0,18$; $t= -5,49$; $p\leq ,001$; $SE= ,03$; $LLCI= -,24$; $ULCI=-,11$). Como indica el efecto total, los afectos positivos explicaban negativamente el estrés percibido de forma individual ($B= -1,01$; $t= -12,92$; $p\leq ,001$; $SE= ,08$; $LLCI= -1,16$; $ULCI= -,86$). Como indica el efecto directo, al introducirse el apoyo social, esta relación no dejaba de ser significativa pero se reducía por tanto se podría una mediación parcial ($B= -0,82$; $t= -9,83$; $SE= ,08$; $LLCI= -,99$; $ULCI= -,66$). Este modelo de mediación explicaba un 26% ($R^2= .26$) de la varianza del estrés percibido.

Figura 16.

Modelo de mediación del apoyo social entre afectos positivos y estrés percibido

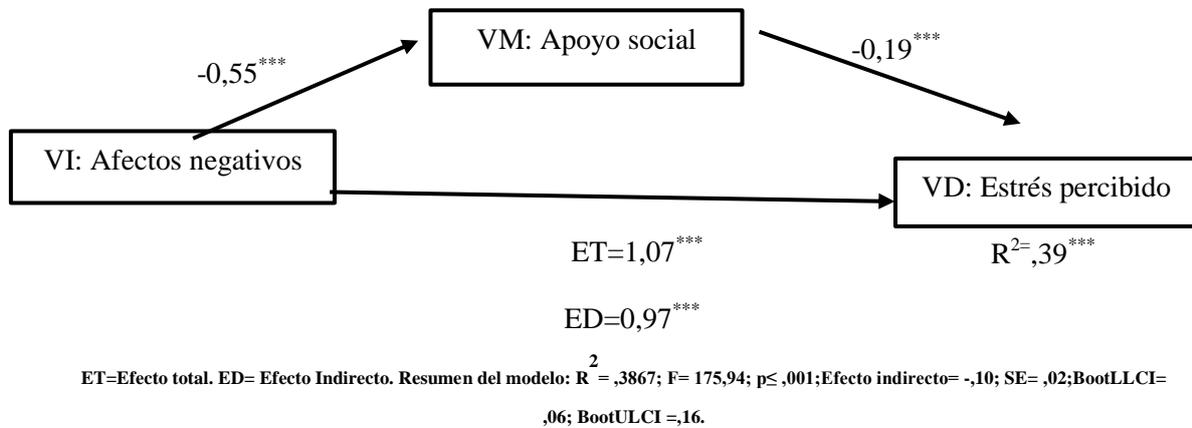


ET=Efecto total. ED= Efecto Indirecto. Resumen del modelo: $R^2 = ,2604$; $F= 102,62$; $p\leq ,001$; Efecto indirecto= $-,18$; $SE= ,02$; $BootLLCI= -,13$; $BootULCI = -,05$.

Como se observa en el modelo B (Figura 17), los afectos negativos explicaban parte del apoyo social ($B=-0,55$; $t= -5,86$; $p\leq ,001$; $SE=,09$; $LLCI= -,74$; $ULCI= -,37$), y el apoyo social explicaba el estrés percibido ($B= -0,19$; $t= -6,87$; $p\leq ,001$; $SE= ,03$; $LLCI= -,24$; $ULCI=-,13$). Como indica el efecto total, los afectos negativos explicaban positivamente el estrés percibido de forma individual ($B= 1,07$; $t= 16,78$; $p\leq ,001$; $SE= ,06$; $LLCI= ,94$; $ULCI= 1,19$). Como indica el efecto directo, al introducirse el apoyo social, esta relación no dejaba de ser significativa pero se reducía por tanto se podría una mediación parcial ($B= ,97$; $t= 15,29$; $SE= ,06$; $p\leq ,001$; $LLCI= ,84$; $ULCI= 1,09$). Este modelo de mediación explicaba un 39% ($R^2= .39$) de la varianza del estrés percibido.

Figura 17.

Modelo de mediación del apoyo social entre afectos negativos y estrés percibido



Al repetir el modelo A y el modelo B pero esta vez para predecir el estrés relacional, los resultados indicaron que no se pudieron comprobar porque el apoyo social no se relacionaba con el estrés relacional, por tanto no se pudo evaluar su papel mediador sobre este.

3.4.3. Modelos de predicción del estrés percibido y relacional en el profesional sociosanitario

Mediante el Qualitative and Comparative Analysis (QCA) se puede examinar las variables causales e independientes, y como la combinación entre ellas causa el mismo resultado respecto a una variable dependiente. En el presente análisis, se ha utilizado la variable “estrés percibido” y “estrés relacional” del profesional sociosanitario como variables dependientes. El primer análisis que se presenta se ha incluido como variables independientes el apoyo social, el balance emocional (afectos positivos y negativos), satisfacción vital, empatía y la experiencia en counselling. Se seleccionaron estas variables independientes (escogidas entre las variables estudiadas del profesional teniendo en cuenta la literatura científica y los análisis de datos realizados anteriormente).

Para realizar el análisis comparativo cualitativo de conjuntos difusos, los datos brutos de las respuestas de los participantes se tuvieron que transformar. En primer lugar, tal y como se sugiere en la literatura (Claude & Christopher, 2014) se eliminaron todos los datos perdidos y todas las condiciones (variables) se calculan multiplicando las puntuaciones de sus ítems (Navarro-Mateu et al., 2019; Valero-Moreno et al., 2020; Villanueva et al., 2019). Antes de realizar el análisis, los valores deben ser recalibrados entre 0 y 1, cuando consideramos solo dos valores, procedemos con 0 (que no tiene la característica) y 1 (que tiene la característica): por ejemplo en el caso de la experiencia en *counselling* (ningún tipo de experiencia o formación=0; he recibido algún curso=0,49; he recibido bastante formación=1). En el caso del resto de variables como los ítems eran pertenecientes a una encuesta, se multiplicaron los ítems y se

consideró los tres umbrales siguientes: 10% (nivel bajo o totalmente fuera del conjunto), 50% (nivel intermedio, ni dentro ni fuera del conjunto), y 90% (nivel alto o totalmente dentro del conjunto). Entonces, se procedió a una recalibración automática de valores entre 0 y 1. A continuación, se procedió a realizar los análisis de necesidad y suficiencia para evaluar el efecto de las condiciones causales (variables psicológicas) en las condiciones de resultado (estrés percibido y estrés relacional). A continuación, se muestran los valores de calibración para todas las variables cuantitativas.

Tabla 33

Valores de calibración para el modelo QCA prediciendo estrés percibido y estrés relacional

	Estrés percibido	Estrés relacional	Afectos negativos	Afectos positivos	Satisfacción vital	Empatía	Apoyo social
<i>M</i>	20913,53	1014979,61	399,45	884,03	893,73	15731,16	45,02
<i>DT</i>	109638,15	7956856,10	1047,73	640,27	783,60	13658,30	7,78
<i>Mín.</i>	0	1	1	1	1	32	11
<i>Máx.</i>	1572864	1590994944	15625	3125	3125	65536	77
Valores de calibración							
P10	0	48	18	243	8	1728	34
P50	48	4608	162	768	768	11664	47
P90	20736	373248	729	1600	2500	36864	53

Nota. M=media; DT= desviación típica; Mín.=mínimo; Máx=máximo; P10=percentil 10; P50=Percentil 50; p90=percentil 90

Predicción del estrés percibido

En el análisis de necesidad tanto para la presencia como la ausencia (altos y bajos niveles) de la variable dependiente, si se observa los resultados obtenidos (*Tabla 34*), parece que hubo tres condiciones para la ocurrencia o no de la variable “estrés percibido” del profesional sociosanitario, ya que, en este caso, la consistencia fue $> ,90$ (Ragin, 2008), la empatía, la satisfacción vital y la experiencia del *counselling*.

Tabla 34*Análisis de necesidad para los altos y bajos niveles de estrés percibido*

	Altos niveles de estrés percibido		Bajos niveles de estrés percibido	
	Consistencia	Cobertura	Consistencia	Cobertura
Alto apoyo social	,53	,41	,58	,85
Bajo apoyo social	,81	,51	,59	,70
Altos afectos positivos	,57	,43	,63	,89
Bajos afectos positivos	,85	,55	,59	,72
Altos afectos negativos	,78	,63	,45	,69
Bajos afectos negativos	,62	,37	,76	,87
Alta satisfacción vital	,49	,39	,62	,92
Baja satisfacción vital	,90	,56	,59	,68
Alta empatía	,178	,84	,11	,95
Baja empatía	,99	,37	,98	,69
Alta experiencia de counselling	,13	,46	,13	,87
Baja experiencia de counselling	,97	,37	,92	,67

Basándonos en la premisa de que en fsQCA un modelo es informativo cuando la consistencia está alrededor o por encima de ,74 (Eng & Woodside, 2012). En el análisis de Suficiencia, los modelos resultantes para la dimensión “estrés percibido” del profesional sociosanitario ofrecieron los resultados que aparecen referidos en la *Tabla 30*. Se utilizó la notación empleada por Fiss (Fiss, 2011) para presentar los resultados. Los círculos negros indican la presencia de una condición, y los círculos blancos indican la ausencia de una condición.

En la predicción de altos niveles de estrés percibido, se observaron tres vías que explicaban el 58% de los casos con niveles altos de estrés percibido (Consistencia Total = ,76; Cobertura Total = ,58). Los 3 caminos más relevantes para predecir los altos niveles de estrés percibido fueron: la combinación entre bajo apoyo social, altos afectos negativos, baja satisfacción vital y

baja experiencia en *counselling* explicando el 51% de los altos niveles (Consistencia=,78; Cobertura=,51). El segundo camino más relevante fue la interacción entre alto apoyo social, altos afectos negativos, baja satisfacción vital y baja empatía, explicando un 26% de los altos niveles (Consistencia=,78; Cobertura=,26). Por último, la tercera combinación explicaba el 4% de los altos niveles de estrés percibido, resultando la combinación de alto apoyo social, altos afectos negativos, baja satisfacción vital y tener formación en *counselling* (Consistencia=,75; Cobertura=,04).

En la predicción de bajos niveles de estrés percibido, se observaron 7 vías que explicaban el 51% de los casos con niveles bajos de estrés percibido (Consistencia Total = ,90; Cobertura Total = ,51). Los 3 caminos para predecir los bajos niveles de estrés percibido fueron: la combinación de alto apoyo social, bajos afectos negativos, alta satisfacción vital y baja experiencia en *counselling* explicando el 35% de los bajos niveles (Consistencia=,91; Cobertura=,35). El segundo camino más relevante fue la interacción entre alto apoyo social, altos afectos positivos, alta satisfacción vital y baja experiencia en *counselling* explicando un 35% de los bajos niveles (Consistencia=,91; Cobertura=,35). Por último, la tercera combinación explicaba el 33% de los bajos niveles de estrés percibido, resultando la combinación de bajos afectos negativos, alta satisfacción vital y empatía y baja experiencia en *counselling* (Consistencia=,92; Cobertura=,33).

Tabla 35*Análisis de suficiencia para los altos y bajos niveles de estrés percibido*

<i>Frecuencia punto de corte 1</i>	Altos niveles de estrés percibido			Bajos niveles de estrés percibido		
	Consistencia punto de corte ,78			Consistencia punto de corte ,90		
	1	2	3	1	2	3
Apoyo social	○	●	●	●	●	
Afectos positivos					●	
Afectos negativos	●	●	●	○		○
Satisfacción vital	○	○	○	●	●	●
Empatía		○				●
Experiencia <i>counselling</i>	○		●	○	○	○
Cobertura bruta	,51	,26	,04	,35	,35	,33
Cobertura única	,31	,05	,01	,02	,04	,02
Consistencia	,78	,78	,75	,91	,91	,92
Consistencia total			,76			,90
Cobertura total			,58			,51

Nota. ●= presencia o altos niveles; ○= ausencia o bajos niveles. Todos los caminos son consistentes porque la consistencia se encuentra por encima de ,74. Vector esperado para altos niveles de estrés percibido (Fiss, 2011): 0,0,1,0,0,0 Vector esperado para bajos niveles de estrés percibido

1,1,0,1,1,1

a) Predicción del estrés relacional

En el análisis de necesidad tanto para la presencia como la ausencia (altos y bajos niveles) de la variable dependiente, si se observa los resultados obtenidos (*Tabla 36*), parece que hubo tres condiciones para la ocurrencia o no de la variable “estrés relacional” del profesional sociosanitario, ya que, en este caso, la consistencia fue $> ,90$ (Ragin, 2008), la empatía y la experiencia del *counselling*.

Tabla 36*Análisis de necesidad para los altos y bajos niveles de estrés relacional*

	Altos niveles de estrés relacional		Bajos niveles de estrés relacional	
	Consistencia	Cobertura	Consistencia	Cobertura
Alto apoyo social	,61	,48	,55	,80
Bajo apoyo social	,75	,47	,64	,75
Altos afectos positivos	,69	,52	,58	,83
Bajos afectos positivos	,77	,50	,66	,80
Altos afectos negativos	,70	,57	,50	,76
Bajos afectos negativos	,70	,43	,71	,82
Alta satisfacción vital	,62	,49	,55	,81
Baja satisfacción vital	,76	,48	,66	,76
Alta empatía	,18	,90	,11	,96
Baja empatía	,99	,37	,98	,69
Alta experiencia de <i>counselling</i>	,14	,52	,12	,80
Baja experiencia de <i>counselling</i>	,94	,37	,93	,67

Basándonos en la premisa de que en fsQCA un modelo es informativo cuando la consistencia está alrededor o por encima de ,74 (Eng & Woodside, 2012). En el análisis de Suficiencia, los modelos resultantes para la dimensión “estrés relacional” del profesional sociosanitario ofrecieron los resultados que aparecen referidos en la *Tabla 32*. Se utilizó la notación empleada por Fiss (Fiss, 2011) para presentar los resultados. Los círculos negros indican la presencia de una condición, y los círculos blancos indican la ausencia de una condición.

En la predicción de altos niveles de estrés relacional, se observaron 6 vías que explicaban el 31% de los casos con niveles altos de estrés relacional (Consistencia Total = ,76; Cobertura Total = ,31). Los 3 caminos más relevantes para predecir los altos niveles de estrés relacional fueron: la combinación entre alto apoyo social, altos afectos positivos y negativos, baja satisfacción vital y baja experiencia en *counselling* explicando el 20% de los altos niveles (Consistencia=,79; Cobertura=,20). El segundo camino más relevante fue la interacción entre

bajo apoyo social, altos afectos negativos y positivos, alta empatía y baja experiencia en *counselling*, explicando un 20% de los altos niveles (Consistencia=,79; Cobertura=,20). Por último, la tercera combinación explicaba el 18% de los altos niveles de estrés relacional, resultando la combinación de bajo apoyo social, altos afectos negativos y positivos, baja satisfacción vital y alta empatía (Consistencia=,81; Cobertura=,18).

En la predicción de bajos niveles de estrés relacional, se observaron cinco vías que explicaban el 35% de los casos con niveles bajos de estrés relacional (Consistencia Total = ,77; Cobertura Total = ,35). Los 3 caminos para predecir los bajos niveles de estrés relacional fueron: la combinación de alto apoyo social, bajos afectos negativos y positivos, alta satisfacción vital y baja experiencia en *counselling* explicando el 21% de los bajos niveles (Consistencia=,82; Cobertura=,21). El segundo camino más relevante fue la interacción entre alto apoyo social, bajos afectos positivos, alta satisfacción vital y alta empatía explicando un 21% de los bajos niveles (Consistencia=,82; Cobertura=,21). Por último, la tercera combinación explicaba el 20% de los bajos niveles de estrés relacional, resultando la combinación de altos afectos negativos, alta satisfacción vital y empatía y baja experiencia en *counselling* (Consistencia=,82; Cobertura=,20). (Tabla 37)

Tabla 37*Análisis de suficiencia para los altos y bajos niveles de estrés relacional*

<i>Frecuencia punto de corte 1</i>	Altos niveles de estrés relacional Consistencia punto de corte ,80			Bajos niveles de estrés relacional Consistencia punto de corte ,83		
	1	2	3	1	2	3
Apoyo social	●	●	○	●	●	
Afectos positivos	●	●	●	○	○	
Afectos negativos	●	●	●	○		●
Satisfacción vital	○		○	●	●	●
Empatía		●	●		●	●
Experiencia <i>counselling</i>	○	○		○	○	○
Cobertura bruta	,20	,20	,18	,21	,21	,20
Cobertura única	,06	,02	,01	,03	,01	,03
Consistencia	,79	,79	,81	,82	,82	,78
Consistencia total			,76			,77
Cobertura total			,31			,35

Nota. ●= presencia o altos niveles; ○= ausencia o bajos niveles. Todos los caminos son consistentes porque la consistencia se encuentra por encima de ,74. Vector esperado para altos niveles de estrés relacional (Fiss, 2011): 0,0,1,0,0,0 Vector esperado para bajos niveles de estrés relacional

PARTE IV: DISCUSIÓN

En este apartado, en primer lugar, se analizarán y discutirán los resultados obtenidos, atendiendo tanto a la literatura previa presentada en el marco teórico, como a los objetivos e hipótesis propuestas. La discusión se organizará en función de los objetivos propuestos, presentando las hipótesis planteadas y en qué medida han obtenido evidencia. Además, se expondrán las limitaciones de la presente investigación, así como sus implicaciones prácticas y las futuras líneas de investigación que se deriven de este trabajo.

Recordemos que el objetivo general de la investigación ha sido analizar los factores psicosociales, de nivel de estrés y de mejora del bienestar psicológico de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual. Atendiendo a los objetivos específicos que han guiado esta investigación, así como las hipótesis planteadas, vamos a ir señalando las relaciones existentes con los resultados de otras investigaciones.

Objetivo 1. Estudiar las principales características psicológicas, sociolaborales y el nivel de estrés de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Hipótesis 1.1 Los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentarán alto estrés percibido y relacional.

Nuestros datos señalan que los profesionales de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentan un nivel de estrés moderado. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Alexander & Hegarty, 2000; Aitken & Schloss, 1994; Guerrero-Barona et al., 2020). Sin embargo, se esperaba encontrar niveles de estrés aún más elevados a los encontrados. Una posible explicación del resultado obtenido, niveles de estrés moderados, puede tener que ver con el hecho de que en el ámbito laboral de la atención a personas con discapacidad, el aspecto vocacional está muy presente, y este elemento puede tener un efecto amortiguador en relación al estrés (Bakker et al., 2011; Carver et al, 2022; Hickey, 2014).

Investigaciones previas (Devereux et al., 1999; Munsuri, 2018; Robertson et al., 2005; Rose & Rose, 2005; Véliz et al, 2018) ya habían señalado que este tipo de profesionales solía reportar altos niveles de estrés y agotamiento, encontrando en encuestas a profesionales de los servicios de discapacidad intelectual que, entre el 32,5% y el 25% de este personal, experimentaba niveles significativos de estrés. Centrándonos en el ámbito español y en el sector de la discapacidad (Gil-Monte & Carretero, 2005) en una investigación en la que contaron con una muestra de monitores y educadores de centros para personas con discapacidad, concluyeron que el síndrome de quemarse por el trabajo afectaba al 11,70 % de los participantes de la muestra.

Por otra parte, investigaciones más recientes desarrolladas en el ámbito de la discapacidad señalan que los profesionales de este sector son un grupo con altos niveles de agotamiento, entendiendo el agotamiento como una respuesta psicológica al estrés (Harries et al., 2015)

Hipótesis 1.2. Los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentarán niveles intermedios de satisfacción con la vida y de bienestar.

Nuestros datos señalan que los profesionales de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentan un alto nivel de satisfacción con la vida. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Gavín et al., 2020; Montaner et al., 2021; Śliwinski et al., 2014; Wang et al., 2019; Yáñez-Ramos & Moreta Herrera, 2020). La evidencia aportada por nuestro estudio permite señalar una fortaleza en estos profesionales, ya que la satisfacción con la vida se ha identificado en nuestra investigación como un elemento protector frente al estrés. Por otra parte, esta alta satisfacción con la vida podría explicarse por el aspecto vocacional que parece envolver a estas profesiones (Bakker et al., 2011), de tal manera que es posible que el hecho de ejercer una profesión que se encuentra alineada con sus principios y valores pueda generar alta satisfacción con la vida.

Por otra parte, en relación con el bienestar, los resultados muestran que los profesionales de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentaban niveles moderados de bienestar. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Amutio et al., 2008). Los profesionales de nuestra muestra referían cierto equilibrio emocional, donde predominaba un mayor bienestar asociado a los afectos positivos. Sin embargo, la investigación llevada a cabo por Veliz et al. (2018) recogía que el 21% presentaba un nivel de bienestar bajo, lo que suponía que 1 de cada 5 trabajadores presentaba un nivel bajo de bienestar psicológico.

Con respecto a la investigación realizada por Yáñez-Ramos & Moreta (2020), mostró que el nivel de bienestar era alto en el personal analizado. En relación con nuestra investigación, de nuevo, aparece en ellos el bienestar como un posible factor protector frente al estrés asociado al desempeño profesional. Este resultado podría entenderse desde la perspectiva de que desarrollan una profesión en la que también viven muchas situaciones positivas y satisfactorias, relacionadas, por ejemplo, con los avances que puedan observar en el desarrollo de los usuarios con los que trabajan.

Hipótesis 1.3. Los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentarán niveles intermedios de apoyo social.

Los resultados señalan que los profesionales de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentan un nivel de apoyo social moderado, si bien en la subescala de apoyo social afectivo el valor es bajo. Cabe recordar que el apoyo afectivo se traduce en contar con personas de las que recibes demostraciones de amor, cariño y empatía. La evidencia obtenida en nuestro estudio va en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Avendaño et al., 2009; Caravaca-Sánchez et al., 2022; Vassos et al., 2019; Vinaccia & Alvaran, 2004). Una posible explicación de lo encontrado en nuestra investigación puede tener que ver con el hecho de que una alto porcentaje de profesionales (70%) desarrollan su trabajo en centros conformados por equipos pequeños, en los que las dinámicas de trabajo que pueden generarse en este tipo de equipos, con reuniones de equipo estructuradas y sistematizadas, junto con una dinámica de trabajo multidisciplinar puede facilitar que se sientan más apoyados y perciban que cuentan con personas de confianza.

Por otra parte, es significativo que esta variable cuente con niveles más bajos en los centros de atención residencial, pues es justo en estos centros donde los profesionales puntúan más alto en el nivel de estrés. Este dato nos ofrece un camino de acción que pudiera posibilitar una disminución en el nivel de estrés en los centros de atención residencial, a través de facilitar un mayor apoyo social, generando estructuras de apoyo, con mandos intermedios que cuenten con las habilidades necesarias para ofrecer apoyo social. De hecho, tal y como recogen los estudios (Jolly et al., 2021), el apoyo social puede llevar a relaciones de mayor calidad, reacciones afectivas positivas y un mayor rendimiento individual, pudiendo además atenuar los efectos negativos de las demandas estresantes.

Hipótesis 1.4. Los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentarán alta empatía.

Se esperaba encontrar que los profesionales de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentaran alta empatía, aportando nuestros datos evidencia a este respecto, yendo también en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Arnold, 2002; Hojat, 2016; Marilaf-Caro et al., 2017; San-Martín et al., 2017).

El hecho de que este tipo de profesionales obtengan puntuaciones elevadas en empatía, puede resultar un factor protector para reducir la sobrecarga que pueden experimentar. Así, la empatía suele ser una de las habilidades necesarias para aquellas profesiones dedicadas al cuidado tal como indica el modelo de atención centrado en la persona. Por tanto, altas puntuaciones en empatía pueden facilitar la comunicación y la relación terapéutica entre los usuarios de estos centros y los profesionales que están a su cargo.

Hipótesis 1.5. Los profesionales sociosanitarios de los centros de atención a personas con discapacidad intelectual presentarán bajos niveles en formación en herramientas terapéuticas tipo *counselling*.

Nuestros datos van en la línea de lo formulado en la hipótesis, aportando evidencia a lo señalado por los estudio sobre el tema la literatura sobre este tema (Ballester-Arnal et al., 2016; Cancio & Serrano, 2007). Este dato resulta especialmente inquietante, ya que para poder ofrecer una atención adecuada es imprescindible una buena comunicación y el desarrollo de habilidades de relación (Cancio & Serrano, 2007), elementos de los que según nuestros datos, en gran medida adolecen los profesionales. Por tanto, y dado que la relación terapéutica y la comunicación son elementos clave del Modelo de Atención centrada en la persona (Sharma et al., 2015), parece necesario y relevante poner en marcha programas de formación donde se promuevan y enseñen habilidades de relación basadas en el *counselling*, formación que permita a este tipo de profesionales, una mejor atención y que les posibilite responder de manera más adecuada ante las demandas que el contexto les puede exigir.

Hipótesis 1.6. COVID-19 tendrá un impacto negativo en la salud psicológica (nivel de estrés, satisfacción con la vida, bienestar emocional) de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual

En relación con esta hipótesis, nuestros datos señalan que el hecho de haber tenido que enfrentarse a una pandemia como ha sido la COVID-19, ha tenido un impacto negativo en los diferentes indicadores de la salud mental de estos profesionales, así parece que ha repercutido de manera negativa en su satisfacción vital y en sus niveles de bienestar, incrementando a su vez el nivel de sobrecarga y estrés percibido. Los resultados de nuestro estudio muestran evidencia relacionada con lo reflejado en la literatura sobre este tema (Blanco-Donoso, 2021; Bellido et al., 2021; Courtenay, 2020; Chen et al., 2020; Danet, 2021; Doody & Keenan, 2021; Embregts et al. 2021; García-Iglesias et al., 2020; García-Torres et al. 2021; Huete García, 2020; Lázaro et al., 2021; Pinazo-Hernandis et al., 2022; Quiranza, 2020; Sheerin et al., 2022).

Este dato refleja el esfuerzo que los profesionales han tenido que realizar para seguir aportando una atención adecuada. El hecho de que la pandemia pueda haber reducido los indicadores de salud mental en estos profesionales, puede ser indicador de la necesidad de seguir evaluando estos factores para analizar el efecto a largo plazo que esta situación ha podido generar en los profesionales de personas con discapacidad intelectual.

Objetivo 2. Analizar el papel que las variables sociodemográficas (sexo, edad, estudios) tienen sobre las variables psicológicas y el nivel de estrés de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Hipótesis 2.1. Se espera encontrar diferencias significativas en función del sexo. En concreto, se espera que las mujeres presenten puntuaciones más altas en el nivel de estrés percibido y relacional, en empatía y apoyo social. Por otra parte, los hombres presentarán puntuaciones más altas en bienestar. No se esperan diferencias en función del sexo en la satisfacción con la vida.

Nuestros resultados señalan diferencias significativas en función del sexo en relación con el estrés, siendo las mujeres quienes presentan puntuaciones más altas en el nivel de estrés. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Ballester-Arnal et al., 2016; Buceta et al., 2019; Castañeda & García, 2022; Kozak et al., 2013; Marty et al., 2005; Teles et al., 2020), las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad ante el estrés.

Las investigaciones, no obstante, no son del todo concluyentes en este aspecto. Por un lado, hay estudios anteriores (Kowalski et al., 2010; Paris et al., 2021; Vassos & Nankervis, 2012) que informaron que los hombres presentaban niveles más elevados de estrés. Por otro lado, otras investigaciones informan que no se puede concluir relaciones o diferencias significativas entre la variable estrés y el sexo (Ancer et al., 2011; Avendaño et al., 2009; Cozzo & Reich, 2016; Peisah et al., 2009).

Así, parece que sería necesario un mayor número de trabajos para conocer el papel real del sexo sobre el estrés. Uno de los aspectos a valorar en las futuras investigaciones sería tener en cuenta el tipo de muestra seleccionada, ya que muchas veces este tipo de profesiones sociosanitarias suelen estar ocupada por mujeres, lo que puede sesgar los resultados. Sin embargo, en el caso de encontrarse más evidencia consistente con la existencia de diferencias (parece que las mujeres son un grupo más vulnerable a padecer sobrecarga en estas profesiones), esto pondría de relieve la necesidad de desarrollar programas de intervención que contemplen la perspectiva de género, buscando mitigar o reducir la percepción de sobrecarga o la fatiga del cuidador de una manera óptima y ajustada.

En segundo lugar, con respecto a la empatía, nuestros datos señalan que existe un mayor nivel de empatía entre los hombres. La evidencia aportada por nuestro estudio no está en línea con lo reflejado en la literatura anterior sobre este tema, ya que esta viene señalando una mayor nivel

de empatía en mujeres (Castillo et al., 2019; Frisancho et al., 2020; Grau et al., 2017; Hojat et al., 2002; Litvack et al., 1997; Mestre et al., 2004; Mirón et al., 2019; San-Martín et al., 2017). Sin embargo, otras investigaciones (Bellido et al., 2021; Cozzo & Reich, 2016) al comparar los niveles de estrés en diferentes grupos no encontraron diferencias por género.

Una posible explicación de lo encontrado en nuestra investigación puede tener que ver con el hecho de que solo hemos evaluado la empatía cognitiva. Cabe recordar que la empatía cognitiva tiene que ver con el pensar y entender los intereses de las personas, con la capacidad de entender su conducta y su emotividad (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Sería relevante en futuras investigaciones incluir otras medidas que evalúen el componente emocional de la empatía y permita obtener y analizar las diferencias existentes en función del sexo en esta variable.

Por otro lado, en cuanto al apoyo social, nuestros datos señalan que existe un mayor nivel de apoyo social entre las mujeres. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Arrogante, 2014; Barra, 2011; Feldman et al., 2008; Matud et al., 2002). En este sentido, los trabajos de Vaux (1985) señalan que un mayor nivel de apoyo social entre las mujeres podría ser debido a diferencias en la socialización y a los diferentes papeles entre mujeres y hombres, si bien, es de esperar que los nuevos modelos de educación tiendan a hacer desaparecer estas diferencias en la socialización. Deteniéndonos a observar si existían diferencias en las subescalas de apoyo afectivo y apoyo confidencial, advertimos que se hallaron diferencias relevantes entre los valores medios de apoyo confidencial estudiados para los hombres y mujeres, siendo la media superior en el caso de las mujeres. Sin embargo, en el caso del apoyo afectivo, si bien hubo una pequeña tendencia de mayor apoyo afectivo también entre las mujeres, esta diferencia no fue significativa.

Por otra parte, en relación al bienestar, en nuestro estudio encontramos diferencias significativas, existiendo un mayor bienestar en los hombres de nuestra muestra, al tener un mayor nivel de afectos positivos. Nuestros resultados muestran evidencia a favor de lo reflejado en la literatura de este tema (Cazalla-Luna & Molero, 2018; Fattori et al. 2021; García-Torres et al., 2021; Sharbafshaaer, 2019). Sin embargo, parece ser que las investigaciones no son del todo concluyentes en este punto. Otras señalan que no existen diferencias significativas (Amutio et al., 2008; Arrogante, 2014; Cazalla-Luna & Molero, 2014; Huamaní & Arias, 2018; Rodríguez-Rodríguez et al., 2021), siendo necesarias un mayor número de investigaciones para conocer el papel del sexo en el bienestar. A veces encontramos una mayor proporción de mujeres en este tipo de colectivos profesionales, siendo interesante tener en cuenta en futuras investigaciones plantear estudios con muestras más amplias y más representativas en su distribución por sexo.

Finalmente, en relación con la satisfacción con la vida, nuestros datos señalan que no hay diferencias significativas en función del sexo. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Arrogante, 2014; Cazalla-Luna & Molero, 2016-

2018; Extremera, 2007; Gavín et al., 2020; Rodríguez-Rodríguez et al., 2021). Una posible explicación a este resultado puede ser que, con independencia del sexo, las personas encuentran formas de adaptarse a la vida que le resultan satisfactorias, pudiendo ser otros aspectos (como el estrés, el desarrollo de proyectos de vida, la capacidad resiliente, etc) los que puedan ser más significativos aquí.

Hipótesis 2.2. Se espera encontrar relaciones negativas entre la edad y el bienestar y el estrés relacional y percibido. No esperamos encontrar una asociación entre la edad y la satisfacción con la vida y la empatía.

En relación con el bienestar, nuestros datos indican que existen diferencias significativas en función de la edad en relación con el bienestar, de tal modo que a mayor edad disminuyen los afectos negativos. Los resultados de nuestro estudio novan en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema, ya que en las siguientes investigaciones no se han encontrado diferencias significativas en función de la edad (Chao, 2012; Cruz et al., 2020; Góngora & Castro 2018; Huamaní & Arias, 2018; Rodríguez-Rodríguez et al., 2021). Sin embargo, otros trabajos (Qu & Wang, 2015) mostraron en su estudio que el grupo de menor edad obtuvo una mayor puntuación en afectos negativos, yendo en la línea de nuestros resultados. La razón que aportaba señalaba que podía deberse a que eran jóvenes y no tenían mucha experiencia, y mostraban falta de experiencia o madurez a la hora de realizar ciertas tareas, lo que se relacionaba con falta de habilidades o competencias para abordar las dificultades. Vemos, por tanto, que la literatura científica no es concluyente en este aspecto, por lo que será necesario seguir investigando la relación entre ambas variables.

Por otra parte, los datos revelan que la edad se encontraba asociada con el estrés relacional de manera negativa de tal modo que a mayor edad disminuye el nivel de estrés relacional. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Marty et al. 2005; Peisah et al., 2009; Qu & Wang, 2015; Teles et al. 2020). Esto podría tener que ver con que a medida que aumenta la edad, el personal entra cada vez más en un período de madurez y asentamiento en su puesto de trabajo, acumulando experiencia laboral y conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo. Además, las diferentes demandas y experiencias vividas pueden ayudar a desarrollar estrategias de afrontamiento que pueden promover reacciones más adaptativas, disminuyendo el estrés relacional.

Sin embargo, otras investigaciones no encontraron relación entre la edad y el nivel de estrés (Ballester-Arnal et al., 2016; Bellido et al., 2021; Cozzo & Reich, 2016; Robertson et al., 2005; Tacca & Tacca, 2019). Por todo ello, el papel de la edad parece no estar claro, y por ello sería necesario llevar a cabo más estudios para esclarecer su papel.

Además, nuestros resultados indican que no existen diferencias significativas en función de la edad en relación con la satisfacción con la vida. Los resultados de nuestro estudio ~~no~~ van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Cazalla-Luna & Molero, 2018). De la misma manera (Gavin et al., 2020) en la dimensión de satisfacción vital no encontraron diferencias significativas en relación a la edad, si bien aparecía una tendencia que reflejaba que los más satisfechos con su vida eran los sujetos de menor edad.

Sin embargo (Arrogante, 2014) encontró que la edad correlacionaba de manera negativa con la satisfacción con la vida, de tal modo que, a mayor edad, disminuía el nivel de satisfacción. Un aspecto relevante es que la satisfacción con la vida es un elemento fluctuante a lo largo del ciclo vital, porque en función de las demandas o hitos evolutivos característicos de cada etapa puede ser modificado independientemente de la edad y existir grandes diferencias entre personas del mismo rango de edad.

También, en este tipo de profesionales dedicados al cuidado, el sentido de la tarea puede ayudar a aportarles un significado relacionado con sus propios valores, de tal modo que estos profesionales consideren que su vida tiene sentido y desarrollan objetivos y valores que son importantes para ellos, sintiéndose de esta manera más satisfechos con su vida (Bakker & Demerouti, 2013; Carver et al., 2022). Otra variable que puede afectar en que no se hayan encontrado asociaciones más significativas, es que la edad media de estos profesionales es cercana a los 45 años, por tanto, no hay un rango muy amplio de edades incluido en el estudio que ayudaría a evaluar dichas diferencias.

Finalmente, hay que señalar que nuestros datos revelan que no existen diferencias significativas en función de la edad en relación con la empatía. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Castillo et al., 2019; Hojat et al., 2002; Marilaf-Caro et al., 2017; McKenna et al., 2012; San-Martín et al., 2017; Yuguero et al., 2017). Esto se podría interpretar considerando que la empatía es una cualidad intrínseca del personal no influenciada por la edad, sin embargo, sería interesante potenciar esta habilidad a través de programas de formación con este tipo de profesionales.

Hipótesis 2.3. No se espera encontrar una relación significativa entre la edad y el apoyo social.

Nuestros resultados señalan que no existe una relación significativa entre la edad y el apoyo social existente, yendo en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Avendaño et al., 2009). Si bien la investigación realizada por Gandarillas et al. (2021), diferencian resultados, identificando que, si bien el apoyo emocional laboral e instrumental no correlaciona con la edad, en el apoyo emocional no laboral las personas de mayor edad presentan niveles más altos. Por otra parte, la investigación realizada por Blázquez et al. (2022) sí que encuentra diferencias en

función de la edad. Por tanto, vemos que la literatura científica no es concluyente en este aspecto.

De esta manera, la edad no parece ser un factor concluyente que influya en el hecho de que las personas en el ámbito laboral cuenten con vínculos o relaciones más significativos, esto podría deberse a que el apoyo social tenga que ver más con otros parámetros como puede ser la personalidad del individuo o los mecanismos de afrontamiento. Sería interesante en investigaciones posteriores profundizar en este tema.

Hipótesis 2.4. Se espera encontrar diferencias significativas en función del nivel de estudios, en concreto, esperamos que los profesionales con mayor nivel de estudios presenten mayor satisfacción con la vida, mayor bienestar, mayor apoyo social, así como menores niveles de estrés relacional y percibido. Por otra parte, no se espera encontrar diferencias significativas en función del nivel de estudios en relación con la empatía.

En relación con la satisfacción con la vida, nuestros resultados revelan que los profesionales con mayor nivel de estudios cuentan con mayor puntuación en satisfacción con la vida, yendo en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Qu & Wang, 2015). Esto podría entenderse desde la perspectiva de que una mayor formación podría facilitar el acceso a un mayor número de recursos para manejarse en las circunstancias vitales y desde ahí tener la posibilidad de configurar una vida ligada a una mayor satisfacción. Sin embargo, otros estudios (Huamaní & Arias, 2018) han señalado que con respecto al grado de instrucción no han encontrado diferencias significativas en la variable satisfacción con la vida. Parece ser que las investigaciones no son del todo concluyentes por lo que sería necesario un mayor número de investigaciones en esta materia teniendo en cuenta el tipo de muestra sobre el que se está trabajando.

Por otra parte, nuestros resultados indican que no existen diferencias significativas en función del nivel de estudios en relación con el bienestar. La evidencia aparecida en nuestro estudio no va en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Góngora & Castro, 2018; Karaş et al., 2014; Qu & Wang, 2015). Estos resultados deben ser tomados con cautela, dado que la muestra de profesionales con formación superior es mucho menor que la de personas con menor formación (cuidadores) por lo que tendríamos que en investigaciones posteriores profundizar en este dato, ya que necesitaríamos contar con una muestra mayor de profesionales con formación superior.

En otro orden de cosas, nuestros datos señalan que los profesionales con mayor nivel de estudios cuentan con mayor puntuación en apoyo social. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Matud et al., 2002), aunque como hemos comentado en la hipótesis anterior, sería interesante contrastar contando con una mayor muestra

de personas con formación superior. Quizá, el hecho de contar con un mayor nivel de estudios pueda implicar una mayor posesión de habilidades relacionales que le faciliten un mayor apoyo social.

Nuestros datos señalan que existen diferencias en el nivel de estrés percibido y el nivel de estrés relacional en función del nivel de estudios, siendo los profesionales con mayor nivel de estrés los que cuentan con niveles de estudios secundarios. Los resultados de nuestro estudio no van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Llorent & Ruiz-Calzado, 2016; Martínez et al., 2015; Peisah et al. 2009). Estas investigaciones apuntan que los profesionales con estudios primarios padecen mayor estrés y burnout frente al grupo de estudios medios y superiores.

Una posible explicación a lo obtenido puede tener que ver con el hecho de que las personas con estudios primarios o sin estudios, en los centros de atención a personas con discapacidad intelectual sólo acceden a puestos auxiliares (comedor, cocina, limpieza...). Se trata, por tanto, de puestos de trabajo que no requieren interacción con las personas con discapacidad y/o familiares. Son las personas con estudios secundarios, las que ocupan puestos de monitores o cuidadores y los que mantienen un mayor contacto en el día a día con las personas con discapacidad, incrementando de esta manera sus niveles de estrés, aspecto que está en consonancia con la hipótesis que plantea que los roles de cuidadores/monitores presentan mayor puntuación en los niveles de estrés.

Finalmente, acerca de la empatía, nuestros datos señalan que existen diferencias significativas en función del nivel de estudios, obteniendo puntuaciones más altas en el caso de las personas con estudios superiores. Los resultados de nuestro estudio no van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Castillo et al., 2019; Duñó et al., 2014; Frisancho et al., 2020), En el mismo sentido que hemos comentado anteriormente, estos datos deben ser tomados con cautela. Una posible explicación podría venir dada porque, es posible que, al contar con mayor nivel de estudios, en ellos tal vez pueden haber accedido a conocimientos sobre habilidades interpersonales, de cuidado o incluso formación en *counselling* pudiendo esto ayudar a mostrarse más empático ante las personas con discapacidad intelectual. Por otra parte, la mayor formación en conocimientos teóricos puede facilitar una mayor comprensión del otro y dado que la capacidad de comprender es uno de los elementos de la empatía, este puede ser un camino explicativo de este resultado.

Objetivos 3: Analizar el papel que las variables sociolaborales (tipo de centro, rol, tipo de contrato...) y de formación (en *counselling*...) tienen sobre las variables psicológicas y el nivel de estrés de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Hipótesis 3.1 Se espera que una mayor antigüedad en el puesto de trabajo conlleve menos niveles de estrés percibido y relacional.

Nuestros datos revelan que la relación entre antigüedad y estrés relacional es negativa, así menores puntuaciones en estrés relacional se asociaban con mayor antigüedad. Sin embargo, en relación con el estrés percibido no se aprecia una relación significativa en relación con la antigüedad en el puesto. Encontramos pues en el caso del estrés relacional cierta evidencia en consonancia con nuestra hipótesis, en lo encontrado en la literatura previa, ya que el hecho de tener una mayor experiencia laboral (mayor número de experiencias) se asociaba en la literatura con un afrontamiento más adaptativo ante las demandas del contexto (Casullo & Fernández 2001; Marty et al. 2005; Peisah et al., 2009). Sin embargo, hay otros estudios que indicaban que no se encontrarían asociaciones entre la antigüedad en el puesto y los niveles de estrés percibido (Cozzo & Reich, 2016). En otros casos, se referencian los años de desempeño profesional como elemento que aumenta el nivel de *burnout* y estrés, por lo que mantener contacto prolongado en el tiempo con situaciones de estrés aumentaría su nivel (Medina et al., 2018). Estas investigaciones irían en dirección contraria de lo obtenido en nuestra investigación en cuanto al estrés relacional.

Si bien, la literatura no arroja datos concluyentes, estas investigaciones nos informan de una realidad preocupante, ya que la idea de que la antigüedad en el puesto se traduce en mayores conocimientos para lidiar con esas situaciones estresantes, parece no producirse. Quizá la explicación pueda venir dada por la sobrecarga asistencial, sobrecarga que mantenida en el tiempo, se puede traducir en un aumento en el nivel de estrés, con independencia del conocimiento y habilidades adquiridas. Por otra parte, consideramos que nuestros resultados pueden venir dados por el hecho de que la antigüedad se traduce en mayores conocimientos que ayudan a prevenir las situaciones de estrés relacional, además, entendemos que en nuestro caso, la pandemia puede haber influido tanto en los niveles de estrés como en la competencia para manejarlo dada la novedad y trascendencia de la situación

Hipótesis 3.2. Se espera encontrar diferencias significativas en función del rol profesional. En concreto, esperamos que los roles de cuidadores/monitores presenten mayor puntuación en los niveles de estrés que los profesionales técnicos (psicólogos, trabajadores sociales...).

Nuestros datos indican que existen diferencias significativas en función del rol profesional. El estrés relacional presentó valores diferentes, siendo en todos los casos los cuidadores quienes presentaban un valor medio más elevado. En relación con el estrés percibido, si bien también los cuidadores presentan un nivel mayor, no hallamos diferencias significativas. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema, que apunta a que los cuidadores, por sus funciones específicas, son más propensos a presentar estrés que el resto de profesionales (Ballester-Arnal et al., 2016; Ito et al. 1999; Martínez et al. 2015; Méndez et al., 2011; Robertson et al., 2005). Sin embargo (Alexander & Hegarty, 2000; Edwards & Miltenberger, 1991; Rose et al. 2000) encontraron niveles más altos de estrés entre los responsables superiores en comparación con los trabajadores de cuidado directo. En este sentido iban estudios como el de Alexander & Hegarty (2000), señalando que estos profesionales de nivel superior contaban con mayor nivel de responsabilidad, teniendo que hacer frente a problemas entre los que se incluían la escasez de personal, turnos de trabajo, problemas con el equipo y la sensación de que estaban “siempre disponibles”. Este dato nos lleva a plantear la importancia de que también los profesionales con cargos de responsabilidad cuenten con elementos, estructuras de apoyo y programas formativos que les ayuden a manejar de mejor manera las responsabilidades propias de su puesto, ya que son ellos los que deben transmitir a sus equipos apoyo social.

Hipótesis 3.3. Se espera encontrar diferencias significativas en función de la formación recibida en habilidades relacionales y en *counselling*. En concreto, esperamos que los profesionales con más formación en habilidades relacionales y en *counselling* presenten menor nivel de estrés.

Nuestros resultados señalan no existen diferencias significativas en función de la formación recibida en habilidades relacionales, por lo que no existe evidencia a favor de lo señalado por la hipótesis. Así, se esperaba que la formación en HHRR pudiera funcionar como un factor amortiguador del estrés y la sobrecarga emocional (Alba, 2015; San-Martín et al., 2017), sin embargo, no se han observado diferencias. Además, diversos autores recogen en sus conclusiones la necesidad de formación en HHRR como elemento protector frente al estrés (Guerrero-Barona et al., 2020; Lázaro, 2004; Lázaro et al., 2021; Ryan et al., 2021).

Una posible explicación de lo encontrado en nuestra investigación puede tener que ver con que no se haya entendido este concepto y que se hayan identificado las habilidades relacionales con las habilidades formales. Por otra parte, había pocas personas que habían recibido formación, por tanto, es necesario ampliar en futuras investigaciones el tipo de muestra para observar si realmente la formación es un papel relevante.

También resulta contradictorio el resultado de esta hipótesis en relación con el resultado de lo obtenido en cuanto a cómo repercute sobre el estrés la formación recibida en *counselling*, ya que podríamos entender como conceptos análogos la formación en habilidades relacionales y la formación en *counselling* y, sin embargo, los resultados son contrarios, ya que la formación en *counselling* aparece como minimizado el estrés y la formación en HHRR no lo minimizaría. Esto nos hace plantearnos que tal vez no se ha entendido de manera adecuada el concepto de RRHH.

Como venimos diciendo, nuestros resultados indican que existen diferencias significativas en función de la formación recibida en *counselling*. Si bien, en el estrés relacional no existen diferencias, dado que las situaciones de difícil manejo aparecen con independencia del nivel de formación, es de destacar que en relación con el estrés percibido se obtuvo un mayor nivel en los casos de personas que no habían recibido ninguna formación en *counselling*. Este dato puede tener que ver con el hecho de que las personas con mayor formación en *counselling* tienen una serie de herramientas relacionales y actitudinales que les ayuda a sentir que cuentan con los recursos necesarios para poder hacer frente a este tipo de situaciones potencialmente estresantes. Por tanto, es posible que esta valoración cognitiva ayude a disminuir el nivel de estrés percibido.

Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Arranz et al., 1997; Arranz et al., 1999; Arranz et al., 2005; García-Llana et al., 2011; Guerrero-Barona et al., 2020). En relación con estos datos, se abre un camino formativo que ayude a mitigar el nivel de estrés en los profesionales, por lo que resulta necesario establecer planes formativos en los centros que posibiliten una formación en los profesionales para un mejor manejo de las relaciones y de las situaciones de dificultad. De esta manera evitaremos establecer relaciones paternalista o sustitutorias del otro, relaciones, por otro lado, tan alejadas del modelo de atención centrado en la persona. En este sentido, Bermejo (2018) señala la metodología que considera adecuada para la formación en *counselling*, basada en una combinación sana entre teoría, praxis y desarrollo personal. En el itinerario formativo, además de la adquisición de conocimientos teóricos, será necesario entrenarse y dejarse supervisar para una adecuada adquisición de estas.

Hipótesis 3.4. Se espera encontrar diferencias significativas en función de la tipología de centro. En concreto, esperamos que los profesionales que trabajan en los centros de atención residencial presenten puntuaciones más altas en el nivel de estrés.

Nuestros datos revelan que existen diferencias significativas en función de la tipología de centro, contando con un mayor nivel de estrés los profesionales que desarrollan su tarea en los centros de atención residencial. En relación con el estrés relacional se hallaron diferencias estadísticamente relevantes que nos indicaron que las medias de los diferentes tipos de centros resultan diferentes, siendo más elevadas entre los centros de atención residencial y más bajas entre los centros de día y los centros ocupacionales. Sin embargo, si bien el nivel de estrés percibido era mayor también los centros de atención residencial, esta diferencia no fue significativa. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Martínez et al., 2015; Martínez et al., 2014; Méndez et al., 2011 ; Pinazo-Hernandis et al., 2022; Serrano & Payá, 2014).

Este mayor nivel de estrés en los centros de atención residencial puede venir dado porque en estos centros la atención es de 24 horas y entre los perfiles de residentes hay un número de ellos que por sus dificultades derivadas de la discapacidad son de difícil manejo en el domicilio, hecho que puede suponer una sobrecarga para los profesionales. Este dato nos sirve para centrar la mirada en esta tipología de centros, ya que, además, son centros donde las persona viven de manera continuada, por lo que resulta urgente establecer medidas que ayuden a mitigar el estrés en estos profesionales, con el fin de mejorar su bienestar y el bienestar de las personas con discapacidad, al tiempo que dotar de la calidad necesaria de atención a estas personas.

Objetivo 4. Analizar las asociaciones entre las variables psicológicas a estudio en los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual.

Hipótesis 4.1. Se espera que el estrés se asociará positivamente con los afectos negativos y negativamente con los afectos positivos, la empatía, el bienestar, la satisfacción con la vida y el apoyo social.

Nuestros datos señalan que tanto el estrés relacional como el estrés percibido se asocian positivamente con los afectos negativos. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Arrogante, 2014; Hickey, 2014; Qu & Wang, 2015). Parece ser que las personas que experimentan mayores niveles de estrés se sienten peor afectivamente dado que el estrés es un estado nocivo para la persona que se vive con un elevado nivel de sufrimiento.

En segundo lugar, en relación con los afectos positivos nuestros datos indican que tanto el estrés relacional como el estrés percibido se asocian negativamente a este tipo de afectos. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Arrogante, 2014; Fredrickson & Levenson, 1998; Hickey, 2014; Qu & Wang, 2015). En relación a esta cuestión, podría inferirse que tal y como recogen los trabajos (Ryan et al., 2021), los aspectos positivos del trabajo de cuidado de personas con discapacidad intelectual pueden tener un papel importante al permitir que los trabajadores equilibren la protección frente a los aspectos negativos de su lugar de trabajo, generando en ellos un aumento de afectos positivos.

Por otra parte, nuestros resultados indican que tanto el estrés percibido como el relacional se asocian negativamente con la empatía, si bien el estrés percibido presenta mayor intensidad. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Quispe & Mallma, 2022; San-Martín et al., 2017). A tal efecto, la empatía se presenta como una habilidad relacional que puede facilitar el manejo de situaciones concretas, disminuyendo de esta manera la sensación de estrés al contar con recursos personales adecuados para hacerles frente. Es por ello, que la formación en habilidades relacionales, entre las que incluimos el manejo de la empatía, se presenta como una propuesta clara para las organizaciones.

En otro orden de cosas, nuestros datos señalan que tanto el estrés relacional como el estrés percibido se asocian negativamente con el bienestar. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Amutio et al., 2008; Arrogante, 2014; Chang, 2022; García-Torres et al., 2021; Gur et al. 2022; Jang et al. 2019; Luna et al. 2020; Ordoñez, 2018; Ramos, 2021; Véliz et al. 2018).

En este sentido, cabría apuntar, al hecho de que el bienestar de los profesionales, entre otras cuestiones, puede venir dado por las percepciones que estos tienen en relación a como contribuyen al bienestar de las personas con discapacidad, pudiendo esto mitigar el impacto de los elementos estresantes del trabajo (Hastings, 2010).

También nuestros resultados señalan que tanto el estrés percibido como el relacional se asocian negativamente con la satisfacción con la vida, si bien el estrés percibido presenta una mayor intensidad. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura sobre este tema (Arrogante, 2014; Doğan et al. 2015; Duarte et al., 2022; Gavín et al., 2020; Kozak et al., 2013; Montaner et al. 2021; Qu & Wang, 2015; Vidotti et al., 2019; Zheng et al., 2019). De esta manera, se evidencia que la satisfacción con la vida juega un papel importante como elemento protector frente al estrés, ya que contar con sentimientos positivos derivados de una valoración positiva en relación a la satisfacción con la vida, ayuda a minimizar el estrés percibido.

Finalmente, nuestros datos revelan que el estrés relacional y el estrés percibido se asocian negativamente con el apoyo social, fundamentalmente el apoyo social se relaciona de manera importante con el estrés percibido. Los resultados de nuestro estudio van en la línea de lo reflejado en la literatura de este tema (Arrogante, 2014;; Blanco-Donoso, 2021; Brito et al. 2015;Dyer & Quine, 1998; Gandarillas et al., 2014; Gibson et al, 2009; Goulding et al., 2018; Guerrero-Barona et al., 2020 Gray-Stanley & Muramatsu, 2011; Howard & Rose, 2009; Huang et al. 2015; Judd, et al. 2017; Kozak et al., 2013; Lahana et al., 2017; Mutkins et al . 2011; Paris et al., 2021; Robertson et al., 2005 ; Rose et al 2013; Ryan, et al. 2021; Skirrow & Hatton, 2007; Vidotti et al. 2019). Este resultado, como se puede observar, ha sido revelado en un gran número de investigaciones realizadas y coincide con abundante evidencia que señala que la falta de apoyo aumenta el estrés en las profesiones de atención a las personas. Nos llama especialmente la atención la elevada relación con el estrés percibido. En este sentido, el hecho de contar con este factor protector ayuda a vivir con menor nivel de estrés situaciones que podrían considerarse como potencialmente estresantes. Así, al percibir el profesional que cuenta con otras personas de apoyo puede suponer la presencia de diferentes recursos estructuras y personas que lo posibiliten

<p>Objetivo 5. Identificar los principales predictores de la salud mental de los profesionales sociosanitarios analizando la influencia sobre ella de los factores de riesgo y protección abordados en este estudio</p>

Hipótesis 5.1. Los perfiles de riesgo en salud mental (altos niveles de estrés) vendrán explicados por: bajos afectos positivos, altos afectos negativos, baja satisfacción con la vida, bajo apoyo social y baja empatía.

Tal como reflejan los datos obtenidos a través del modelo SEM y los modelos QCA, los resultados encontrados parecen indicar que la satisfacción vital, el apoyo social y los afectos positivos podrían amortiguar los niveles de estrés porque encontramos asociaciones negativas entre las variables. Sin embargo, los afectos negativos tal como se ha reflejado anteriormente se asocian con niveles más elevados tanto en estrés percibido como en estrés relacional. A pesar de que a través de la ecuación estructural se observa lo comentado anteriormente, no se ha podido comprobar el papel del apoyo social en la relación entre el balance emocional y los niveles de estrés percibido.

Debido a que no se pudo comprobar el papel de la empatía, el apoyo social y la formación en *counselling* a través de modelos lineales, se realizaron los modelos QCA. Los datos obtenidos a través de estos modelos añaden información adicional a lo encontrado previamente. De nuevo encontramos que los profesionales con mayores niveles de estrés percibido y relacional vendrían

explicados principalmente por altos afectos negativos y baja satisfacción vital, como indicaba el modelo SEM. Sin embargo, en estos modelos encontramos que tal como señala la literatura (Blanco-Donoso, 2021; Chang, 2022; Duarte et al., 2022; Goulding et al., 2018; García-Torres et al., 2021; Gavín et al., 2020; Guerrero-Barona et al., 2020; Gur et al. 2022; Harris & Rose, 2002; Hickey, 2014; Howard & Rose, 2009; Huang et al. 2015; Jang et al. 2019; Lahana et al., 2017; Luna et al. 2020; Qu & Wang, 2015; Quispe & Mallma, 2022; Montaner et al. 2021; Mutkins et al. 2011; Ordoñez, 2018; Ramos, 2021; Robertson et al., 2005; Rose et al. 2013; Ryan, et al. 2021; San-Martín et al., 2017; Véliz et al. 2018; Vidotti et al. 2019), la baja empatía podría explicar los altos niveles de estrés percibido y relacional. Sin embargo, en el apoyo social y la experiencia en *counselling* faltaría aún evidencia sobre su papel en el nivel de estrés percibido. Una posible explicación es que la mayoría de estos profesionales no tenían formación en *counselling* lo que dificulta que esta variable puede influir en los altos o bajos de niveles de estrés.

Hay, no obstante, que señalar que lo relevante de esta metodología es que nos permite obtener perfiles de salud en donde la combinación de un adecuado balance emocional combinado con una alta satisfacción vital y una alta empatía, y esto parece asociarse con niveles más bajo en estrés percibido y relacional. De esta manera, los factores protectores vendrían dados por altos afectos positivos, bajos afectos negativos, alta satisfacción con la vida, alto apoyo social y alta empatía. El hecho de haber identificado los perfiles de riesgo en salud mental (altos niveles de estrés) nos permite la posibilidad de diseñar programas de intervención basados en potenciar la mejora de estas variables, con el fin de reducir los niveles de estrés en los profesionales, y posibilitar de esta manera una atención de mayor calidad a la personas on discapacidad intelectual.

Hipótesis 5.2. Se espera que el apoyo social y la satisfacción con la vida sean variables mediadoras en la relación entre el estrés y el balance emocional.

En relación con esta hipótesis, los resultados encontrados a través del análisis de la ecuación estructural parecen mostrar que la satisfacción vital puede ejercer un efecto mediador entre el balance emocional y los niveles de estrés percibido y relacional, tal y como recoge la literatura (Doğan et al. 2015; Duarte et al., 2022; Harris & Rose, 2002; Montaner et al. 2021; Qu & Wang, 2015. Sin embargo, el apoyo social parece no funcionar como variable mediadora, lo que no iría en la línea de lo esperado y comentado por estudios anteriores (Arrogante, 2014; Blanco-Donoso, 2021; Brito et al. 2015; Dyer & Quine, 1998; Frese, 1999; Gandarillas et al., 2014; Goulding et al., 2018; Guerrero-Barona et al., 2020 Gray-Stanley & Muramatsu, 2011; Howard & Rose, 2009; Huang et al. 2015; Kozak et al., 2013; Lahana et al., 2017; Paris et al., 2021; Rose et al. 2013; Ryan, et al. 2021; Vidotti et al. 2019).

Por otra parte, cuando se analiza la relación de manera separada a través de los modelos creados con PROCESS, se encuentra que el apoyo social sí es un factor mediador entre el balance emocional y el estrés percibido pero no para el estrés relacional. Una posible explicación sería que el poder contar con personas a tu alrededor pueden mitigar los efectos del estrés percibido en el día a día o asociadas a las demandas del cuidado. En este sentido, más allá del apoyo social, estarían las situaciones difíciles a las que se encuentran los profesionales en relación con las personas que atienden.

En general, debido a la complementariedad entre las diferentes metodologías utilizadas en el presente estudio, se podría indicar que los resultados van en la línea de la literatura. Esto supone conocer de cerca qué factores funcionan como protectores y pueden amortiguar el efecto de sobrecarga de estos profesionales, además permite detectar las variables más relevantes que se deberían incorporar en los programas de intervención con este tipo de profesionales sociosanitarios.

A pesar de las contribuciones señaladas a través de nuestros resultados, esta investigación no está exenta de limitaciones, así, la primera limitación viene dada por su diseño transversal considerando el nivel de sobrecarga en un solo momento temporal. Por lo que sería interesante en futuras investigaciones realizar un estudio longitudinal que nos permitiera poner a prueba los resultados obtenidos a largo plazo para observar si se han producido cambios a lo largo del tiempo. Otra limitación sería el perfil de los participantes en este estudio, ya que, por ejemplo, la muestra de profesionales de centros de atención temprana es baja, así como la muestra de profesionales con estudios superiores, por lo que en futuros estudios se ampliará la muestra teniendo en cuenta estas características para observar si el papel de estas variables parece influir. Otra limitación viene dada por la manera de evaluar la empatía, únicamente en este estudio se ha tenido en cuenta la dimensión cognitiva, sin embargo, sería conveniente incorporar la evaluación en esta variable de la dimensión emocional. Además, una última limitación viene dada por el hecho de que todos los centros de la muestra son centros de la comunidad Valenciana, por lo que sería necesario ampliar la muestra a otras regiones, para poder generalizar los resultados.

En futuras líneas de investigación sería interesante aumentar el número de participantes en el estudio, sobre todo de profesionales en centros de atención temprana. Otro aspecto interesante relacionado con el aumento de los participantes de estudio sería realizar registros en otros centros de España y de otros países de habla hispana, con el fin de poder comparar los resultados.

También, para futuras investigaciones, tras reflexionar sobre los datos obtenidos, sería interesante ampliar la batería de pruebas, dadas algunas de las conclusiones más destacadas del estudio. La medición de factores como el compromiso o la motivación prosocial, entendida como el deseo de participar en un trabajo que es beneficioso para los demás, podría agregar mayor valor a los hallazgos del estudio, así como estimar la posibilidad de incluir instrumentos para medir la resiliencia de estos sujetos.

Además de ampliar la batería para abarcar más factores que puedan influir en el ajuste del profesional, sería interesante realizar este estudio de forma longitudinal, con el fin de analizar los cambios observados en la calidad de vida o el ajuste a lo largo del tiempo para finalmente poder identificar las diferencias que explicarían la evolución. Por otra parte, dado que la formación en *counselling* se ha relacionado de manera negativa con el nivel de estrés, sería interesante evaluar medidas sobre *counselling* y aceptación incondicional, y desarrollar investigaciones longitudinales que permitan evaluar el impacto de la formación *counselling* en relación con el nivel de estrés.

Finalmente, sería interesante ampliar el alcance de la investigación sobre el apoyo social, identificando, en este ámbito específico, los tipos de apoyo social, las fuentes de apoyo social y el impacto de estas, con el fin de afinar más las estrategias encaminadas a favorecer un mayor nivel de apoyo social.

A pesar de sus limitaciones, el estudio actual proporciona un marco empírico para los investigadores al medir el nivel de estrés percibido y relacional en los centros de atención con discapacidad intelectual, identificando además los roles profesionales más vulnerables por el estrés, así como la tipología de centros donde éste es mayor. Además, este estudio también proporciona evidencia preliminar de elementos protectores frente al estrés, así como una descripción de los perfiles de riesgo en salud mental.

Estos hallazgos pueden proveer a los responsables de una guía valiosa para poner en marcha estrategias y acciones que permitan aminorar el nivel de estrés en los profesionales, mejorando de esta manera su ajuste personal y aumentando, a su vez, la calidad en la atención dada a las personas con discapacidad. Además, desde el punto de vista de la práctica, aquellos con capacidades de decisión en cuanto a las políticas organizacionales de estos centros deben dirigir sus esfuerzos a las mejoras de las redes de apoyo social en el trabajo, así como a la capacitación de supervisores o responsables.

PARTE V: CONCLUSIONES

En este apartado señalaré las principales conclusiones relativas a este estudio. El objetivo de esta sección es integrar la información presentada en la discusión para facilitar un conocimiento general del significado de los resultados de la investigación y aportar una revisión coherente del proceso llevado a cabo. Es un intento de enfatizar las principales implicaciones derivadas del estudio.

En estos momentos, el modelo de Atención centrado en la Persona se plantea como nuevo paradigma para la atención a las personas con diversidad funcional, señalándose, por los países más avanzados en políticas sociosanitarias, como elemento clave para la mejora de la calidad asistencial a las personas. Sin embargo, los principios que lo rigen, en ocasiones no cuentan con una réplica real en la atención directa ofrecida por los profesionales.

En este marco, el presente estudio aporta información relevante sobre el estado psicológico en el que se encuentran los profesionales sociosanitarios de atención a personas con discapacidad intelectual, profesionales que, en definitiva, son los principales hacedores de este modelo y, por tanto, un activo esencial para ofrecer servicios de alta calidad a las personas con discapacidad intelectual.

El tamaño de la muestra (756 profesionales sociosanitarios) es considerable, teniendo en cuenta que en los estudios que se realizan, la tarea de recoger datos es un proceso laborioso dadas las condiciones y los numerosos factores que influyen en su recogida. Una evaluación como la que se realiza en el presente estudio requiere la consecución de diversas circunstancias: permisos éticos, disposición de los profesionales sociosanitarios de tiempo para cumplimentar los cuestionarios, entre otras.

El objetivo general de esta investigación se ha centrado en estudiar los factores psicosociales, de ajuste y de mejora del bienestar psicológico de los profesionales sociosanitarios que trabajan en centros de atención a personas con discapacidad intelectual, elaborando para ello los perfiles de adaptación que favorecen la salud mental de estos profesionales y analizando los factores de riesgo y protección que influyen en ella.

Los resultados obtenidos nos indican la necesidad de proveer a estos profesionales de elementos protectores frente al estrés que les permitan ofrecer una atención y unos cuidados de mayor calidad. Así, estos resultados nos señalan que, en general, los niveles de estrés en los profesionales de atención a personas con discapacidad son moderados. Este dato nos hace pensar que el aspecto vocacional con el que se identifican estas profesiones juega un papel protector que minimiza los efectos ante una multitud de estímulos que cabrían ser considerados como potencialmente estresantes y que viven en su quehacer diario.

Es preocupante, no obstante, la diferencia en el nivel de estrés que aparece reflejado en función de la tipología de centros y del rol que desarrollan los profesionales. Se evidencia un nivel más elevado de estrés en los profesionales que desarrollan su tarea en los centros residenciales y, en particular, en quienes ocupan el rol de cuidador. Es necesario señalar que los cuidadores son los profesionales que pasan más tiempo con las personas con discapacidad, y que los centros de atención residencial son el hogar donde viven las personas con discapacidad. Por ello, es de especial urgencia, focalizar la mirada en esta realidad para proveer a estos profesionales de las herramientas necesarias que mitiguen su nivel de estrés para poder asegurar una atención adecuada, que permita una vida plena para las personas con discapacidad intelectual que viven en estos centros.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio, podemos concluir que nuestros datos evidencian como variables predictoras del estrés en los profesionales sociosanitarios, tanto los afectos positivos como los afectos negativos y, como variables moduladoras, la satisfacción con la vida y el apoyo social. Estos datos señalan a las organizaciones una línea de acción clara en relación con el desarrollo de estrategias que persigan como objetivo la prevención del estrés, de la misma manera que para los profesionales puede convertirse en una invitación a promover en ellos el auto cuidado. De tal manera, que consideramos que un equilibrio en ambas líneas de intervención sería lo adecuado.

Además, resulta significativo que los datos que aparecen en relación con el apoyo social nos informan de niveles moderados en esta variable de apoyo social. Por ello, habiendo sido identificado el apoyo social como elemento modulador frente al estrés, sería recomendable intentar aumentar su presencia en los contextos de trabajo de los profesionales sociosanitarios, para facilitar así también que el afecto positivo se incrementara y el afecto negativo disminuyera. Especialmente, en aquellos centros donde el apoyo social es menor, sería necesario contar con más mandos intermedios que acompañaran en los procesos junto con la creación de estructuras de apoyo que facilitarían el soporte mutuo. Este dato nos anima a seguir trabajando para indagar acerca de los factores que podrían potenciar este apoyo social.

Nuestros datos, también, ayudan a plantear un camino formativo que debería incidir en la posibilidad de dotar a los profesionales de herramientas para un mejor manejo del estrés, así como la prevención de este, creando climas laborales que promuevan su bienestar psicológico. En este sentido, consideramos que la formación en *counselling*, recoge y contempla muchos de los contenidos y dimensiones, que contribuyen a mejorar dicho bienestar psicológico. Por tanto, la formación en elementos que potencien el bienestar psicológico se convierte de esta manera en un itinerario protector frente al estrés.

Por otra parte, los datos evidencian que existe poca formación en *counselling*, habilidades comunicativas y gestión de las emociones. Los profesionales de nuestro estudio presentan solo niveles moderados de bienestar psicológico, por ello, dado que la formación en *counselling* correlaciona de manera inversa con el nivel de estrés, planteamos la necesidad de establecer programas de entrenamiento en *counselling* dirigidos a estos profesionales. Además, los datos recogidos apuntan que los profesionales consideran importante recibir información en Relación de ayuda.

De especial consideración son los niveles altos de satisfacción con la vida que arrojan los datos, resultado que nos hace pensar de nuevo en el aspecto vocacional y de compromiso. El sentido de la tarea aporta a los profesionales un significado relacionado con los valores, de tal modo que estos profesionales consideran que su vida tiene sentido y desarrollan objetivos y valores que son importantes para ellos, convirtiéndose esta variable en un claro elemento protector frente al estrés.

Por último, la empatía, es un atributo necesario para todos los profesionales sociosanitarios y es esencial en la comunicación terapéutica, apareciendo de nuevo como un importante factor protector frente al estrés.

PARTE VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afshar, H., Roohafza, H. R., Keshteli, A. H., Mazaheri, M., Feizi, A., & Adibi, P. (2015). The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20(4), 353–358.
- Aitken, CJ & Schloss, JA. (1994). Estrés laboral y burnout entre el personal que trabaja con personas con discapacidad intelectual. *Intervenciones conductuales*, 9 (4), 225-234.
- Arce C, Chisbert E, Guanter L, et al. (1998) El estrés en el equipo. En: E Lopez Imedio ed. *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Panamericana. pp. 263-65
- Arnold, L. (2002). Evaluación del comportamiento profesional: ayer, hoy y mañana. *Medicina académica*, 77 (6), 502-515.
- Arranz P, Bayés R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. En: M González Barón ed. *Tratado de Medicina Paliativa y de Soporte en el Enfermo con Cáncer*. Madrid :Panamericana. pp.1101-14
- Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. (1997) Soporte emocional desde el equipo interdisciplinario. En: LM Torres ed. *Medicina del dolor*. Masson.
- Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. (2003) Intervención emocional en cuidados paliativos. *Modelo y protocolos*. Ariel.
- Arthaud-Day, M.L., Rode, J.C., Mooney, C.H., & Near, J.P.(2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminant, and factorial validity. *Social Indicators Research*, 74, 445–476
- Afshar, H., Roohafza, H. R., Keshteli, A. H., Mazaheri, M., Feizi, A., & Adibi, P. (2015). The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20(4), 353–358.
- Alba, R. (2015). Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica de La Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 41(1), 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.02.001>
- Alexander, M., & Hegarty, J. R. (2000). Measuring staff burnout in a community home. *British Journal of Developmental Disabilities*, 46(1), 51–62. <https://doi.org/10.1179/096979500799155810>
- Amutio, A., Ayestarana, S., & Smith, C. (2008). Evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País vasco: Dureza emocional, estrategias de afrontamiento y consecuencias. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 24(2), 235–252. <https://doi.org/10.4321/s1576-59622008000200006>
- Ancer, L., Meza, C., Pompa, E., Torres, F., & Landero, R. (2011). Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 16(1), 91–101.
- Arias, A., & Barron, A. (2008). El apoyo social en la predicción a corto y medio plazo de la permanencia del voluntariado socioasistencial. *Psicothema*, 20(1), 97–103.
- Arranz, P., Torres, J., Cancio, H., & Hernandez, F. (1999). Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 6(4), 302–311.
- Arranz, P., Ulla, S. M., Ramos, J. L., Del Rincón, C., & López-Fando, T. (2005). Evaluation of a counseling training program for nursing staff. *Patient Education and Counseling*, 56(2), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.02.017>
- Arrogante, O. (2014). *Estudio del bienestar en personal sanitario: relaciones con resiliencia, apoyo social, estrés laboral y afrontamiento*. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=44107&orden=1&info=link%5Cnhttp://dialn>

- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. y Garcia- Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 72, 314-319.
- Atienza, F., Balaguer, I. y Garcia-Merita, M. (2003). Satisfaction with life scale: analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, 34,1-6.
- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., Garcia, F., & Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *CIENCIA Y ENFERMERIA XV*, (2), 55–68.
- Ayuso, L. M. (2005). *Las asociaciones familiares en España. Un estudio sociológico*.
- Backman, A., Ahnlund, P., Sjögren, K., Lövheim, H., McGilton, K. S., & Edvardsson, D. (2020). Embodying person-centred being and doing: Leading towards person-centred care in nursing homes as narrated by managers. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1–2), 172–183. <https://doi.org/10.1111/jocn.15075>
- Bakker, A. B., Albrecht, S. L., & Leiter, M. P. (2011). Key questions regarding work engagement. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 4–28. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2010.485352>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 29(3), 107–115. <https://doi.org/10.5093/tr2013a16>
- Ballester-Arias, A. (2019) Exposición laboral a factores psicosociales y presencia de daño musculoesquelético en personal sanitario de enfermería y auxiliares de enfermería. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-martínez, S., Gil-juliá, B., Ferrándiz-sellés, M., & Collado-boira, E. J. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos, 21(2), 129–136. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16146>
- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2013). Testing a hierarchical model of distress tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 495–505. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9359-0>
- Baron-Cohen, S. y Wheelwright, S. (2004). An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. The empathy quotient, 34(2), 163–175.
- Barra, E. (2011). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 8(2), 29-38. doi:10.15332/s1794-9998.2012.0001.02
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M. J., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P., & Escobar, B. (2019). Perceived social support and socio-demographic factors in relation to symptoms of anxiety, depression and stress in Chilean university students. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 105–115. <https://doi.org/10.5944/rppc.23676>
- Barreto Martín, M. P., & Soler Sáiz, M. C. (2004). Apoyo Psicológico En El Sufrimiento Causado Por Las Pérdidas : El Duelo. *Dolor y Sufrimiento En La Práctica Clínica*, 139–150.
- Barreto, P., Díaz, J. L., & Saavedra, G. (2010). Acercamiento al sufrimiento a través del counselling, 118(12), 171–176.
- Barrón, A. (1996). Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Siglo XXI.
- Barton, H., & Beynon, M. (2015). Do the citizens of Europe trust their police? In *International Journal of Emergency Services* (4). <https://doi.org/10.1108/IJES-09-2014-0013>

- Batson CD (1987) Motivación prosocial: ¿es alguna vez verdaderamente altruista En: Avances en Psicología Social Experimental vol. 20 (ed. B. Leonard), págs . 65-122 . Prensa Académica, San Diego, CA.
- Bellido, R. S., Gamarra, M. E., Aguilar, J. L., Pastor, K. H., & Morales, B. (2021). Efectos de la Covid-19 en el estrés laboral. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 25(109), 124–130. <https://doi.org/10.47460/uct.v25i109.458>
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Beltrán, C., Pando, M., & Pérez, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud.*, 14(001), 79–87.
- Benatuil, D. (2003). El bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. *Psicodebate*, 3(0), 43. <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.502>
- Benito Herraiz, E. M. (2017). *La planificación centrada en la persona aplicada al colectivo de personas sin hogar: el caso de la ciudad de Lleida*.
- Bermejo, J.C. (1998). Apuntes de relación de ayuda. Sal Terrae.
- Bermejo, J.C., Díaz-Albo, E., & Sánchez, E. (2011). Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos. Centro de Humanización de la Salud, Caritas.
- Bermejo, J.C. (2012). Empatía terapéutica. Desclée de Brouwer.
- Bermejo, J. C. (2013). Counselling y coaching. *Revista Chilena*, 6(1), 28–29.
- Bermejo, J.C. (2013). El arte de sanar a las personas: Entre el counselling y el coaching. Sal Terrae.
- Bermejo, J.C. (2018). Counselling humanista. Cómo humanizar las relaciones de ayuda. San Pablo.
- Bermejo, J.C. (2019). Humanizar el cuidado. Atención centrada en la persona. PPC
- Blanco-Donoso, L. M. (2021). Riesgos psicosociales del personal de residencias geriátricas en el contexto del COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(4), 414–419. <https://doi.org/10.12961/aprl.2021.24.04.08>
- Blázquez Manzano, A., León Mejía, A., Patino Alonso, M. C., & Feu Molina, S. (2022). Síndrome de burnout y apoyo social en maestros de Educación Primaria. ESE. Estudios sobre educación.
- Bozarth, J. (2012). “Nondirectivity” in the theory of Carl R. Rogers: An unprecedented premise. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(4), 262–276. <https://doi.org/10.1080/14779757.2012.740317>
- Brito Ortiz, J. F., Nava Gómez, M. E., & Juárez García, A. (2015). *Un modelo estructural de las relaciones entre apoyo social, estrés percibido y burnout en enfermeras mexicanas*. *Psicología y Salud*.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke- UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Brooks, T. P., & Cochran, J. L. (2016). The core conditions in counseling chronically undecided career decision-makers. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 15(2), 142–155. <https://doi.org/10.1080/14779757.2016.1179216>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. Bollen & J. Long (Eds.), *Testing structural equation models*. SAGE publications
- Brynnne, B. (2009). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and*

- programming (2nd ed.) (Routledge (ed.); 2n edition)
- Buceta, M. I., Bermejo, J. C., & Villacieros, M. (2019). Elementos potenciadores de la satisfacción por compasión en profesionales sociosanitarios. *Anales de Psicología*, 35(2), 323–331. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.345101>
- Buckley, S, Gavin, B., Noctor, C., Devitt C., Guerin, S. (2015). Mental Health - the Way Forward. *St Patrick's University Hospital*, 28(December), 1–2.
- Calvarro, A. (2016). Estrés Percibido, Estrategias de Afrontamiento y Bienestar Psicológico en jóvenes. (Tesis para optar el Grado en Psicología). Universidad de Salamanca, España.
- Camacho, C. y Arias, G. (2012). Salud y agotamiento profesional (Burnout) en profesores veracruzanos. En: G. Arias y A. Juárez (Coords.): Agotamiento profesional y estrés. Hallazgos desde México y otros países latinoamericanos (pp. 125-153). México: Porrúa/Universidad Autónoma del Estado de Morelos
- Cancio, H., & Serrano, R. (2007). El counselling: un arte, una técnica, un modo de vivir la relación con los pacientes. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7(1), 17–31.
- Caravaca-Sánchez F., Pastor-Seller, E., Barrera-Algarína-E., & Sarasola, J. . (2022). Burnout, apoyo social, ansiedad y satisfacción laboral en profesionales del Trabajo Social. *Interdisciplinaria*, 39(1), 179–194.
- Carmines, E. G., & McIver, J. P. (1981). Analyzing models with unobserved variables. In G. Bohrnstedt & Borgatta EF (Eds.), *Social measurement: Current issues*.
- Carver, H., Price, T., Falzon, D., McCulloch, P., & Parkes, T. (2022). Stress and Wellbeing during the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Exploration of Frontline Homelessness Services Staff Experiences in Scotland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph19063659>
- Castañeda, E., & García, J. E. (2022). Prevalence of Burnout Syndrome and Associated Variables in Mexican Medical Specialists. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(1), 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.06.002>
- Castillo, A., Peralta, D., Figueroa, R., Robetto, M. ., & Moraes, D. (2019). Empathy in the Nursing Staff of an Argentine Hospital of High Complexity, 16(101), 1–7.
- Cazalla-Luna, N., & Molero, D. (2016). Inteligencia emocional percibida, disposición al optimismo-pesimismo, satisfacción vital y personalidad de docentes en su formación inicial. *Revista de Investigacion Educativa*, 34(1), 241–258. <https://doi.org/10.6018/rie.34.1.220701>
- Cazalla-Luna, N., & Molero, D. (2018). Emociones, afectos, optimismo y satisfacción vital en la formación inicial del profesorado. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación Del Profesorado*, 22(1), 215–233. <https://doi.org/10.30827/profesorado.v22i1.9926>
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). Una medida global del estrés percibido. *Revista de Salud y Comportamiento Social*, 24 (4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas
- Costa, M., López E., (2003) Consejo psicológico. Síntesis.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Mc Millan.
- Chang, VT, (2022). Biased memories contribute to the links between stress and depressive symptoms. *Emoción*, 22 (2), 227–243. <https://doi.org/10.1037/emo0001027>
- Chao, R. (2012). Managing perceived stress among college students: The roles of social support and dysfunctional coping. *Journal of College Counseling*, 15(1), 5–21. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2012.00002.x>

- Chen, H., Liu, F., Pang, L., Liu, F., Fang, T., Wen, Y., ... Gu, X. (2020). Are you tired of working amid the pandemic? The role of professional identity and job satisfaction against job burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249188>
- Chávez, A. (2006). Bienestar psicológico y su influencia en el rendimiento académico de estudiantes de nivel medio superior. (Tesis doctoral). Universidad de Colima. México.
- Claude, R., & Christopher, R. (2014). Acq [Computer Programme]. Houston, TX: University of Houston-Downtown.
- Cobos, D. (2017). El Paraguas De La Vocación: Apuntes Sobre La Salud Laboral Del/a Educador/a Social, 2–6. Retrieved from <http://www.eduso.net/res/admin/archivo/docdow.php?id=846>
- Courtenay, K. (2020). Covid-19: Challenges for people with intellectual disability. *The BMJ*, 369(April), 32205309. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1609>
- Courtenay, K., & Perera, B. (2020). COVID-19 and people with intellectual disability: Impacts of a pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 231–236. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.45>
- Cozzo, G., & Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8, 1–15. <https://doi.org/10.5872/psiencia/8.1.21>
- Cruz, M. ., Martínez, L., Lorenzo, A., & Fernández, D. (2020). Bienestar psicológico en estudiantes de la Universidad De La Habana. *Wimblu, Rev. Estud. de Psicología UCR*, 15(2)(1659–2107), 65–93. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8079838#>
- Danet, A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Medicina Clinica*, 156(9), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- Dargahi, H., Alirezaie, S., & Shaham, G. (2012). Organizational citizenship behavior among Iranian nurses. *Iranian Journal of Public Health*, 41(5), 85–90.
- Decreto 40/1990 Sobre Registro, Autorización y Acreditación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. 26 de febrero de 1990. Consell de la Generalitat Valenciana
- Decreto 182/2006. Por el que se establecen las condiciones y los requisitos específicos para la autorización de las Viviendas Tuteladas para personas con discapacidad. 1 de diciembre de 2006. Consell de la Generalitat Valenciana
- De la Revilla, L., Bailón, E., De Dios, J., Delgado, A., Prados, M. A. & Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-692.
- Devereux, J., Hastings, R., & Noone, S. (2009). Staff stress and burnout in intellectual disability services: Work stress theory and its application. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(6), 561–573. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00509.x>
- Díaz, R. M. (2018). Evolución del movimiento asociativo de personas con. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 22, 43–70.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1997-43193-002>

- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA: Blackwell.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Dietrich, G. (1986). *Psicología general del counselling*. Herder
- Doody, O., & Keenan, P. M. (2021). The reported effects of the COVID-19 pandemic on people with intellectual disability and their carers: a scoping review. *Annals of Medicine*, 53(1), 786–804. <https://doi.org/10.1080/07853890.2021.1922743>
- Duñó, R., Díaz-Morán, S., Oliva, J. C., Tobeña, A., & Iglesias-Lepine, M. L. (2014). Religiosidad y empatía en profesionales de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias (Sant Vicenç dels Horts)*, 363-366.
- Durán, M. A., Extremera, N., & Rey, L. (2001). El Síndrome de Burnout en el ámbito educativo: un aproximación diferencial. *Apuntes de Psicología*, 19(January 2001), 251–262. Retrieved from https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos_finales/Archivos/tfg_vairo.pdf
- Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés, 48(4), 307–318. Retrieved from www.sonepsyn.cl
- Dziopa, F. y Ahern, K.J. (2009). Lo que hace una relación terapéutica de calidad en enfermería psiquiátrica/salud mental: una revisión de la literatura de investigación. *Internet journal on Advanced Nursing Paractice*, 10 (1), 7-7.
- Edvardsson, D. (2015). Notes on person-centred care: What it is and what it is not. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 65–66. <https://doi.org/10.1177/0107408315582296>
- Embregts, P., Tournier, T., & Frielink, N. (2021). Experiences and needs of direct support staff working with people with intellectual disabilities during the COVID-19 pandemic: A thematic analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(2), 480–490. <https://doi.org/10.1111/jar.12812>
- Endler, N.S. y Parker, J.D.A. (1990) . Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Endler, N.S. y Parker, J (1994). Assessment of Multidimensional Coping: Task, Emotion and Avoidance Strategies. *Psychological Assessment*, Vol 6(1), 50- 60.
- Eng, S., & Woodside, A. G. (2012). Configural analysis of the drinking man: Fuzzy-set qualitative comparative analyses. *Addictive Behaviors*, 37(4), 541–543. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.034>
- Espada, J. ., Orgilés, M., & Piqueras, J. . (2020). Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*, 31, 109–113.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). Inteligencia emocional, afecto positivo y felicidad. En E. G. Fernández-Abascal (Coord.), *Emociones positivas* (pp. 229-246). Ediciones Pirámide
- Fantova, F. (2007). Política pública de servicios sociales y movimiento asociativo de la discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 38(224), 73–106.
- Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. . (2018). Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy*, 55(4), 411–423. <https://doi.org/10.1037/pst0000171>
- Farber, N., & Penney, P. (2020). *Essential and Neglected: Transforming Classroom Learning*

- through Relationship. *Journal of Teaching in Social Work*, 40(2), 95–113. <https://doi.org/10.1080/08841233.2020.1726553>
- Fattori, A., Cantù, F., Comotti, A., Tombola, V., Colombo, E., Nava, C., ... Brambilla, P. (2021). Hospital workers mental health during the COVID-19 pandemic: methods of data collection and characteristics of study sample in a university hospital in Milan (Italy). *BMC Medical Research Methodology*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01355-1>
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals with Dementia. *Gerontologist*, 58, S10–S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Felício, J., Rodrigues, J., & Samagaio, A. (2016). Corporate Governance and the Performance of Commercial Banks: A Fuzzy-set QCA Approach. *Journal of Small Business Strategy*, 26(1), 87–101.
- Fernández-Muñoz, J. J., & García-González, J. M. (2017). L'anàlisi de mediació a través de la macro/interfície Process per a SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 10(2), 79–88
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & Pablo, J. De. (2008). Relationships between academic stress, social support, mental health and academic performance in Venezuelan university students. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739–751.
- Fiss, P. C. (2011). Building Better Causal Theories: A Fuzzy Set Approach to Typologies in Organizational Research. *Academy of Management Journal*, 54(2), 393–420. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2011.60263120>
- Folkman S., Lazarus R. S., Pimley S. & Novacek J. (1987) Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging* 2, 171–84
- Frías-Navarro, M., Llobell, J. P., & Perez, J. F. G. (2000). Effect size and statistical significance. *Psicothema*, 12, 236–240.
- Frisancho, A., Aliaga, J. R., & Peña-Calero, B. N. (2020). Empatía, inteligencia emocional y tolerancia a la diversidad en estudiantes de educación de una universidad pública peruana. *Revista de Investigación En Psicología*, 23(2), 131–147. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i2.19237>
- Gandarillas, M., Vásquez, L., Márquez, H., Santamaría, E., Garaña, O., & Santibáñez, M. (2014). Satisfacción laboral y apoyo social en trabajadores de hospital de tercer nivel, 60(234), 64–89.
- García Guerrero, A. (2011). Efectos del estrés percibido y las estrategias de aprendizaje Cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de Ciencias de la Salud. Tesis Doctoral. Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional de Universidad de Málaga.
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Espanola de Salud Publica*, 94.
- García-Llana, H., Barbero, J., Remor, E., Díaz-Sayas, L., Rodríguez-Rey, R., del Peso, G., & Selgas, R. (2011). Impacto de un curso interdisciplinar de formación en Counselling y apoyo en la toma de decisiones a profesionales de un servicio de nefrología. *Nefrologia*, 31(3), 322–330. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2011.Apr.10833>
- García-Torres, M., Aguilar-Castro, A., & García-Méndez, M. (2021). Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 14(2), 96–106. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13618>

- García, A., & Rodríguez, J. C. (2005). Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXV(96), 29–36. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352005000400003>
- García Morán, M. C., & Gil-Lacruz, M. (2016). Persona revista de la Facultad de Psicología, Universidad de Lima. *Persona: Revista de La Facultad de Psicología*, ISSN 1560-6139, N.º. 19, 2016, Págs. 11-30, (19), 11–30. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6112754>
- Gavín, O., Molero, D., & García-Martínez, I. (2020). Relación entre Satisfacción Vital, Burnout e Inteligencia Emocional de profesionales de atención directa a personas con discapacidad intelectual. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 18(52), 425–446. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v18i52.3080>
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Síntesis.
- Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Pirámide
- Gil-Monte, P. R., & Carretero, N. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo, 21, 107–123.
- Gil-Monte, P. . (2012). Riesgos Psicosociales En El Trabajo Y Salud Ocupacional Psychosocial Risks At Work and Occupational Health Simposio: Salud Ocupacional. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 29(2), 237–278.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, A., ... Norberg, A. (2006). Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, 13(6), 633–648. <https://doi.org/10.1177/0969733006069698>
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Velikonja, T., Chapman, L., Saunders, F., Hayes, D., & Wolpert, M. (2017). Facilitators and Barriers to Person-centred Care in Child and Young People Mental Health Services: A Systematic Review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(4), 870–886. <https://doi.org/10.1002/cpp.2052>
- Góngora, V., & Castro, A. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psicod debate*, 18(1), 72. <https://doi.org/10.18682/pd.v18i1.740>
- Goulding, A., Allerby, K., Ali, L., Gremyr, A., & Waern, M. (2018). Study protocol design and evaluation of a hospital-based multi-professional educational intervention: Person-Centred Psychosis Care (PCPC). *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1852-2>
- Gracia, E., Vidal-Sellés, N., & Martínez-Tur, V. (2017). Service quality from the point of view of people with intellectual disability: Relationships with its satisfaction and wellbeing. *Siglo Cero*, 48(3), 41–53. <https://doi.org/10.14201/scero20174834153>
- Grant, A.M. (2007). Diseño de trabajo relacional y la motivación para hacer una diferencia prosocial . Revisión de la Academia de Gestión 32 , 393 – 417 .
- Grau, A., Toran, P., Zamora, A., Quesada, M., Carrion, C., Vilert, E., ... Cordon, F. (2017). Empathy assessment in medical students. *Educacion Medica*, 18(2), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.04.001>
- Gray-Toft, P. Andersson, J.G. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Science Medical* ,15: 639/ 47.
- Gray, J. A., & Muramatsu, N. (2013). When the job has lost its appeal: Intentions to quit among direct care workers. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(2), 124–133. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.760728>
- Guerrero-Barona, E., Guerrero-Molina, M., García-Gómez, A., Moreno-Manso, J. M. ., & García-Baamonde, M. E. (2020). Quality of working life, psychosocial factors, burnout

- syndrome and emotional intelligence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249550>
- Gur, A., Shenaar-Golan, V., & Cohen, A. (2022). Stress, sense of meaningful work, and well-being among social workers during Covid-19: *European Journal of Social Work*, 0(0), 1–15. <https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2067136>
- Hafskjold, L., Sundler, A., Holmström, I., Sundling, V., Van Dulmen, S., & Eide, H. (2015). A cross-sectional study on person-centred communication in the care of older people: the COMHOME study protocol. *BMJ Open*, 5(4), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007864>
- Harries, J., Ng, K. Y., Wilson, L., Kirby, N., & Ford, J. (2015). Evaluation of the Work Safety and Psychosocial Wellbeing of Disability Support Workers. *Australasian Journal of Organisational Psychology*, 8, 1–13. <https://doi.org/10.1017/orp.2015.9>
- Hastings, R. P., Horne, S., & Mitchell, G. (2004). Burnout in direct care staff in intellectual disability services: A factor analytic study of the Maslach Burnout Inventory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 268–273. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00523.x>
- Hastings, R. P. (2010). Support staff working in intellectual disability services: The importance of relationships and positive experiences. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 35(3), 207–210. <https://doi.org/10.3109/13668250.2010.492710>
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Swarbrick, R., ... Alborz, A. (1999). Factors associated with staff stress and work satisfaction in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(4), 253–267. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1999.00208.x>
- Heliz, J., Navarro, I., Tortosa, N., & Jodra, P. (2015). Análisis de factores de riesgo de la profesión de educador en diferentes contextos residenciales de la provincia de Alicante. *Revista Sobre La Infancia y La Adolescencia*, (9), 47. <https://doi.org/10.4995/reinad.2015.3877>
- Herrero-Fernández, D. (2018). Adaptación del Empathy Quotient (EQ) en una muestra española. *Terapia Psicológica*, 36, 81–89.
- Hickey, R. (2014). Prosocial motivation, stress and burnout among direct support workers. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 134–144. <https://doi.org/10.1111/jar.12058>
- Hobfoll, S. E., & Stokes, J. P. (1988). The process and mechanics of social support. In S. Duck, D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Ickes, & B. M. Montgomery (Eds.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (pp. 497–517). John Wiley & Sons
- Hojat, M., & TJ, M. (2001). Mitchell JM Cohen JS, Gonnella JB. La escala Jefferson de la empatía médica: desarrollo y datos psicométricos preliminares. *Journal Sage Pub*, 61(2), 349-365.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
- Hojat, M., Spandorfer, J., Louis, DZ y Gonnella, JS (2011). 21. Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics *Medicina Académica* , 86 (8), 989-995.
- Hojat M (2016). *Empathy in health professions education and patient care*. Springer.
- Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213 - 218. Descargado de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>

- House, H. S. (1981). *Work, stress and social supports*. Reading, M.A
- Howard, R., & Rose, J. L. (2009). The psychological impact of violence on staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, (22), 538–548.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating Model Fit. In *Structural Equation Modeling. Concepts, Issues, and Application*.
- Huamaní, J. C., & Arias, W. L. (2018). Modelo predictivo del bienestar psicológico a partir de la satisfacción con la vida en jóvenes de la ciudad de Arequipa (Perú). *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 10(2), 1–20. <https://doi.org/10.5872/psiencia/10.2.21>
- Huete García, A. (2020). Pandemia y discapacidad. Lecciones a propósito del confinamiento. *Revista Española de Discapacidad*, 8(1), 203–207. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.08.01.11>
- Hussein, S. (2020): “Report: Impact of COVID-19 on Frontline Long Term Care Workers’ Wellbeing”, 42 LTCcovid.org, LTC covid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, <https://ltccovid.org/2020/03/31/report-impact-of-covid19-on-frontline-long-term-care-workers-wellbeing/>
- Ineland, J., Molin, M., & Sauer, L. (2018). Handling Plurality and Dealing With Difficult Work Experiences. A Comparative Study of Human Service Professionals’ Work With Individuals With Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 15(1), 36–42. <https://doi.org/10.1111/jppi.12227>
- Innstrand, S., Espnes, G. A., & Mykletun, R. (2002). Burnout among people working with intellectually disabled persons: A theory update and an example. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 272–279. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00084.x>
- Jang, M., Gu, S., & Jeong, Y. (2019). Role of Coping Styles in the Relationship Between Nurses’ Work Stress and Well-Being Across Career. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(6), 699–707. <https://doi.org/10.1111/jnu.12523>
- Jolly, P. M., Kong, D. T., & Kim, K. Y. (2021). Social support at work: An integrative review. *Journal of Organizational Behavior*, 42(2), 229–251. <https://doi.org/10.1002/job.2485>
- Judd, M. J., Dorozenko, K. P., & Breen, L. J. (2017). Workplace stress, burnout and coping: a qualitative study of the experiences of Australian disability support workers. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 1109–1117. <https://doi.org/10.1111/hsc.12409>
- Karaś, D., Ciecuch, J., & Keyes, C. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.011>
- Kearney MK, Weininger RB, Vachon MLS, Harrison RL, M. B. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: “being connected... a key to my survival.” *JAMA Internal Medicine*, 301(11), 1155–1164.
- Kenny, D. A., & McCoach, D. B. (2003). Effect of the number of variables on measures of fit in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 10(3), 333–351.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.urvival.” *JAMA Internal Medicine*, 301(11), 1155–1164.
- Klaver, M., van den Hoofdakker, B. J., Wouters, H., de Kuijper, G., Hoekstra, P. J., & de Bildt, A. (2021). Exposure to challenging behaviours and burnout symptoms among care staff: the role of psychological resources. *Journal of Intellectual Disability Research*, 65(2), 173–185. <https://doi.org/10.1111/jir.12800>

- Kogan, A. C., Wilber, K., & Mosqueda, L. (2016). Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, *64*(1), e1–e7. <https://doi.org/10.1111/jgs.13873>
- Kowalski, C., Driller, E., Ernstmann, N., Alich, S., Karbach, U., Ommen, O., ... Pfaff, H. (2010). Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *31*(2), 470–479. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.10.021>
- Kozak, A., Kersten, M., Schillmöller, Z., & Nienhaus, A. (2013). Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burnout among staff working with people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(1), 102–115. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.021>
- Kuscu, M. K., Dural, U., Önen, P., Yaşa, Y., Yayla, M., Basaran, G., ... Bekiroğlu, N. (2009). The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *Psycho-Oncology*, *18*(9), 927–935. <https://doi.org/10.1002/pon.1441>
- Labrador, F.J. & Crespo, M. (1993). Estrés y trastornos psicofisiológicos. Eudema.
- Lahana, E., Papadopoulou, K., Roumeliotou, O., Tsounis, A., Sarafis, P., & Niakas, D. (2017). Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC Nursing*, *16*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0209-3>
- Lawton M.P. The dimension of morale. En: Kent D.F: Research planning and action for the elderly: the power and action of social science. New York: Behavioral Publications: 1972:144-65.
- Lázaro, R., Pinzón, S., Díaz-Veiga, P., Castejón, P., Azurmendi, M., & Uriarte, A. (2021). Conversaciones en centros residenciales de personas mayores durante la covid-19: impacto en las profesionales de los cuidados. *Zerbitzuan*, (73), 25–43. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.73.03>
- Lázaro, S. (2004). El desgaste profesional (síndrome de burnout) en los trabajadores sociales. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, *4*, 499–506. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=860569&orden=89614&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=860569>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Pub Co.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (2000): Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., y Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*. *40*: 770-779.
- Lee, J. S., Joo, E. J., & Choi, K. S. (2013). Perceived stress and self-esteem mediate the effects of work-related stress on depression. *Stress and Health*, *29*(1), 75–81. <https://doi.org/10.1002/smi.2428>
- Lecic-Tosevski, D., Vukovic, O., & Stepanovic, J. (2011). Stress and personality. *Psychiatriki*, *22*(4), 290–297.
- Leon Pinilla, R., Jorda Mathiasen, E., & Javier Prado-Gasco, V. (2015). Refugees and well-being: a qualitative study in Spain. *CALIDAD DE VIDA Y SALUD*, *8*(1), 2-16.
- Leyin, A., & Wakerly, E. (2007). Staff Support, Staff Stress and Job Satisfaction in Working with People with Learning Disabilities and Challenging Behaviours. *Tizard Learning Disability Review*, *12*(4), 31–41. <https://doi.org/10.1108/13595474200700028>

- Litvack, M.W., Mcdougall, D. y Romney, D.M. (1997). The structure of empathy during middle childhood and its relationship to prosocial behavior. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 123 (3), 303-324
- Llapa, E. O., Gomes da Silva, G., Lopes Neto, D., López, M. J., Seva, A. M., & Lisboa, C. F. (2015). Uso de prácticas integradas y complementarias en el tratamiento del estrés ocupacional: una revisión integradora TT - Practical use complementary and integrative no stress occupational treatment: an integrative review. *Enferm. Glob*, 14(39), 291–303. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/revision2.pdf> http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Llorent, V. J., & Ruiz-Calzado, I. (2016). Burnout and its relation to sociodemographic variables among education professionals working with people with disabilities in Córdoba (Spain). *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(10), 3287–3295. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.00732015>
- Lyubomirsky, S., King, L. A. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Luna, D., García-Reyes, S., Soria-González, E. A., Avila-Rojas, M., Ramírez-Molina, V., García-Hernández, B., & Meneses-González, F. (2020). Estrés académico en estudiantes de odontología: asociación con apoyo social, pensamiento positivo y bienestar psicológico. *Investigación En Educación Médica*, (35), 8–17. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20205>
- MacCallum, R. C., & Austin, J. T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201–226. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.201>
- Madrid Soriano, J. (1986). Relación de ayuda y comunicación en Hombre en crisis y relación de ayuda. Asetes.
- Madrid Soriano, J. (2005). Los procesos de relación de ayuda. Desclée de Brouwer.
- Marilaf Caro, M., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., & Vivanco, L. (2017). Empathy, loneliness, burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enfermería Clínica*, 27(6), 379–386. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>
- Martínez-Rodríguez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Revista de Ciencias Sociales*, Junio 2013(41), 209–231.
- Martínez-Rodríguez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: Modelos de atención e instrumentos de evaluación*. Universidad de Oviedo.
- Martínez, J. P., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A., & García Sevilla, J. (2015). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(1), 41. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i1.60>
- Marty M., C., Lavín G., M., Figueroa M., M., & Larraín De La C., D. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de Los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(1), 25–32. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272005000100004>
- Más, R., & Escribà, V. (1998). La versión castellana de la escala “the nursing stress scale”. proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, 72(6), 529–538. <https://doi.org/10.1590/s1135-57271998000600006>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Mental, R. M.-..., & 2002, U. (2002). Apoyo Social Y Salud: Un Analisis De Genero. *Medigraphic.Com*, 25(2), 32–37. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17555>
- McKenna, L., Boyle, M., Brown, T., Williams, B., Molloy, A., Lewis, B., & Molloy, L. (2012). Levels of empathy in undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 18(3), 246–251. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02035.x>
- McKenzie, E. L., & Brown, P. M. (2021). “Just see the person who is still a person (...) they still have feelings”: Qualitative description of the skills required to establish therapeutic alliance with patients with a diagnosis of dementia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 274–285. <https://doi.org/10.1111/inm.12782>
- McMichael, T. M., Currie, D. W., Shauna, R. ., Sargis, M. P. ., Meagan, D. V. ., Noah, M. ., ... Duchin, J. S. (2020). Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 2005–2011. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2005412>
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*. University of Chicago Press.
- Medina, M. L., Medina, M. G., Gauna, N. T., Molfino, L., & Merino, L. A. (2018). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Investigación En Educación Médica*, 10(1), 160–168. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.543>
- Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J. P., & Navarro, J. (2011). Comparative study of burnout in professional caregivers of institutionalized elderly with dementia and other diseases. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 61–70. <https://doi.org/10.3390/ejihpe1020005>
- Merín-Reig, J., Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1995). El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención / Occupational stress: theoretical back-ground and intervention framework. *Ansiedad y Estrés*, 1(May 2014), 113–130. Retrieved from <http://www.ucm.es/info/seas/Revista>
- Mestre, M.V., Samper, P. y Frías, M.D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14 (2), 227-232
- Mirón, L., Otero, J.M. y Luengo, A. (1989). Empatía y conducta antisocial. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15 (44), 239-254.
- Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard*, 30(7), 46–50. <https://doi.org/10.7748/ns.30.7.46.s47>
- Montalbán, F. M., Bonilla, J., & Iglesias, C. (1996). Actitudes laborales y estrés asistencial: un modelo de relación secuencial. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Montaner, X., Tárrega, S., & Moix, J. (2021). Psychological flexibility, burnout and job satisfaction in dementia care workers. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 56(3), 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.10.004>
- Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Piva, M. M., Gascon, S., & García-Campayo, J. (2014). Coping with stress and types of burnout: Explanatory power of different coping strategies. *PLoS ONE*, 9(2), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089090>
- Moreto, G., González Blasco, P., & Piñero, A. (2018). Reflections on dehumanisation in medical education: Empathy, emotions, and possible pedagogical resources for the emotional education of the medical student. *Educacion Medica*, 19(3), 172–177. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.013>
- Muñoz, A., & Chaves, L. (2013). La empatía: ¿un concepto unívoco? La empatía: ¿un concepto unívoco? Empathy: A unique concept? *Khatarsis*, 1(16), 123–143. Retrieved from <http://bibliotecadigital.iue.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12717/2391/1/467-Texto del>

- Munsuri, J. (2018). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de residencias de personas con discapacidad y su relación con las actitudes hacia las personas con discapacidad*.
- Mutkins, E., Brown, R. F., & Thorsteinsson, E. B. (2011). Stress , depression , workplace and social supports and, 55(may), 500–510. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01406.x>
- Navarro-Mateu, D., Franco-Ochoa, J., Valero-Moreno, S., & Prado-Gascó, V. (2019). To be or not to be an inclusive teacher: Are empathy and social dominance relevant factors to positive attitudes towards inclusive education? *PLOS ONE*, 14(12), e0225993.
- Navinés, R., Martín-Santos, R., Olivé, V., & Valdés, M. (2016). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Medicina Clínica*, 146(8), 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.11.023>
- Núñez Alonso, J. L., Martín-Albo, J., & Domínguez, E. (2010). Análisis de las propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en sujetos practicantes de actividad física. *Revista de psicología del deporte*, 19(2), 0291-304.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- Okun, B. (2001). *Ayudar de forma efectiva: counselling*. Paidós
- Orden de 9 de abril de 1990, por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre Registro, Autorización y Acreditación de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. Consellería de Treball i Seguretat Social
- Orden 1/2010, de modificación de la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunitat Valenciana. 18 de febrero de 2010. Conselleria de Bienestar Social.
- Orden de 21 de septiembre de 2001 por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los Centros de Estimulación Precoz. Conselleria de Bienestar Social,
- Ordoñez, P. (2018). *Bienestar psicológico y estrés académico en estudiantes de primer y segundo ciclo de la universidad maría auxiliadora, 2017*.
- Ortiz Méndez, J. I. (2018). *Apoyo social y estrés en docentes de colegios de Lima Metropolitana. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10757/624032>
- Oruche, U. M., Downs, S., Holloway, E., Draucker, C., & Aalsma, M. (2014). Barriers and facilitators to treatment participation by adolescents in a community mental health clinic. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(3), 241–248. <https://doi.org/10.1111/jpm.12076>
- Osorio, J., & Cárdenas, L. (2017). Work stress : a review study Resumen. *Revista Diversitas - Perspectivas En Psicología*, 13(1), 81–90. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/679/67952833006.pdf>
- Outar, C., & Rose, J. (2017). Is there a relationship between role identity, work demands, and burnout in direct care staff working with individuals with intellectual disability? *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 42(2), 123–130. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1211257>
- Palomera, R. (2009). Educando para la felicidad. En E. G. Fernández-Abascal (Coord.), *Emociones positivas* (pp. 247-274). Ediciones Pirámide
- Paris, A., Grindle, C., Baker, P., Brown, F. J., Green, B., & Ferreira, N. (2021). Exposure to

- challenging behaviour and staff psychological well-being: The importance of psychological flexibility and organisational support in special education settings. *Research in Developmental Disabilities*, 116(September 2020), 104027. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104027>
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. y Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with Life scale: evidence for the cross-method convergence of well-being. *Journal of Personality Assessment*, 57 (1), 149-161.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164–172.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137–152. <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Eudema.
- Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K., & Williams, B. (2009). Secrets to psychological success: Why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging and Mental Health*, 13(2), 300–307. <https://doi.org/10.1080/13607860802459831>
- Pinazo-Hernandis, S., Galvañ Bas, A., Dosil Diaz, C., Pinazo-Clapés, C., Nieto-Vieites, A., & Facal Mayo, D. (2022). The worst year of my life. Emotional exhaustion and burnout due to COVID-19 in nursing home professionals. RESICOVID study. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 57(4), 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.06.001>
- Pines, A. (1997). On burnout and the buffering effects of social support. En Gil-Monte P.R. y J.M. Peiró S. (Eds.): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Síntesis.
- Pines, A. M. (2004). Why are Israelis less burned out? *European Psychologist*, 9(2), 69–77. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.9.2.69>
- Pressman, S. D. y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Qu, H., & Wang, C. (2015). Study on the relationships between nurses' job burnout and subjective well-being. *Chinese Nursing Research*, 2(2–3), 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.09.003>
- Quiranza, J. C. (2020). Estrés laboral durante la COVID-19: A propósito de una revisión sistemática. *Maestría En Salud y Seguridad Ocupacional*, 3974800.
- Quispe, R., & Mallma, N. (2022). *Empatía y nivel de estrés en el personal asistencial en el servicio de emergencias del hospital sub regional de Andahuaylas, 2020*. Universidad Nacional del Callao. Retrieved from http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4353/VIVANCO_MEDRAN_O_FCS_2DA_ESPEC_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Ragin, C. C. (2008). *Redesigning Social Inquiry: Fuzzy sets and beyond*. University of Chicago Press.
- Ramos, I. (2021). *Estrés Laboral y Bienestar Psicológico en Personal Sanitario de la provincia de San Martín*. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>. 2009 abr-jun; 13(2).
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*. 9, 86-93.
- Resolución de 2 de diciembre de 2008 por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establece la formación mínima que debe acreditarse en estos perfiles. Secretaría de Estado de Política Social,

- Resolución de 2 de agosto de 2021 que publica el texto del VIII Convenio colectivo laboral autonómico de centros, entidades y servicios de atención a personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana. Subdirección General de Relaciones Laborales
- Rey, L., Durán, A., Extremera, N. (1997). Analisis Del Contexto Laboral Y Del Perfil Sociodemografico De Una Muestra De Profesionales Que Atienden Personas Con Discapacidad Intelectual. *Siglo Cero. Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 35(4).
- Rey-Martí, A., Ribeiro-Soriano, D., & Palacios-Marqués, D. (2016). A bibliometric analysis of social entrepreneurship. *Journal of Business Research*, 69(5), 1651–1655. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.10.033>
- Richardson, C., Percy, M., & Hughes, J. (2015). Nursing therapeutics: TEACHING student nurses care, compassion and empathy. *Nurse Education Today*, 35(5), e1–e5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.016>
- Robertson, J., Hatton, C., Felce, D., Meek, A., Carr, D., Knapp, M., ... Lowe, K. (2005). Staff stress and morale in community-based settings for people with intellectual disabilities and challenging behaviour: A brief report. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(3), 271–277. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00233.x>
- Rodríguez-Rodríguez, J., Ortega-Ortigoza, D., & Mateos, A. (2021). Bienestar emocional y resiliencia en profesionales de la educación social durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 8(2), 242–260. <https://doi.org/10.17979/reipe.2021.8.2.8692>
- Rodríguez, J. A. (2012). Las secuelas sociales de la polio: los Inicios del movimiento asociativo en España (1957-1975). *Dynamis*, 32(2), 391–414. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362012000200006>
- Rose, D., & Rose, J. (2005). Staff in services for people with intellectual disabilities: The impact of stress on attributions of challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(11), 827–838. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00758.x>
- Rosengren, K. (2016). Person-centred care: A qualitative study on first line managers' experiences on its implementation. *Health Services Management Research*, 29(3), 42–49. <https://doi.org/10.1177/0951484816637748>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryan, C., Bergin, M., & Wells, J. S. G. (2021). Work-related stress and well-being of direct care workers in intellectual disability services: a scoping review of the literature. *International Journal of Developmental Disabilities*, 67(1), 1–22. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1582907>
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. University of Wisconsin. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69 (4), pp. 719-727
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Rodríguez, M.J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counselling Psychology*, 21, 95-103.

- Rogers, C.R. (1986). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós
- Saldaña, C., Polo-Vargas, J. D., Gutiérrez-Carvajal, O. I., & Madrigal Torres, B. E. (2020). Psychological well-being, stress and psychosocial factors in workers of governmental institutions of Jalisco-Mexico. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(1), 25–37.
- Salgado, J. F., Blanco, S., & Moscoso, S. (2019). Subjective well-being and job performance: Testing of a suppressor effect. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 35(2), 93–102. <https://doi.org/10.5093/jwop2019a9>
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 3-52). McGraw Hill.
- San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., & Vivanco, L. (2017). Professionalism and occupational well-being: Similarities and differences among latin american health professionals. *Frontiers in Psychology*, 8(JAN), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00063>
- San-Martín, M., Roig-Carrera, H., Villalonga-Vadell, R. M., Benito-Sevillano, C., Torres-Salinas, M., Claret-Teruel, G., ... Vivanco, L. (2017). Empatía, habilidades de colaboración interprofesional y aprendizaje médico permanente en residentes españoles y latinoamericanos que inician los programas de formación médica especializada en España. Resultados preliminares. *Atencion Primaria*, 49(1), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.007>
- Sanjosé Gil, A. (2007). El primer tratado de derechos humanos del siglo XXI: La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, 1–26. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2327515.pdf>
- Schneider, C. Q., & Wagemann, C. (2012). *Set-Theoretic Methods for the Social Sciences A Guide to Qualitative Comparative Analysis* (Cambridge University Press (ed.)).
- Schröder M, Martin E, Fontanals MD, et al. Estrés ocupacional en cuidados paliativos de equipos catalanes. *En Med Pal* 1996; 3: 170-75
- Scholl, I., Zill, J., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness-A systematic review and concept analysis. *PLoS ONE*, 9(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness*. Free Press/Simon and Schuster.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138-32
- Selye H. (1963). Stress and the adaptation syndrome. In: *encyclopedia of medicine surgery and specialities*, vol XIII, F. Davies, New York, pp 365–366
- Serrano, M. A., & Payá, J. (2015). *Niveles de Salud Psicosocial en función del Nivel de Experiencia en Residencias [Psychosocial health levels depending on experience in workers in residences]*. *Acción Psicológica*. <https://doi.org/10.5944/ap.11.2.14178>
- Sharbafshaer, M. (2019). Correlation between dimensions of psychological well-being with life satisfaction and self-regulation, 21(3), 2019.
- Sharma, T., Bamford, M., & Dodman, D. (2015). Person-centred care: An overview of reviews. *Contemporary Nurse*, 51(2–3), 107–120. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1150192>
- Sheerin, F., Allen, A. P., Fallon, M., McCallion, P., McCarron, M., Mulryan, N., & Chen, Y. (2022). Staff mental health while providing care to people with intellectual disability during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Learning Disabilities*, (October 2021). <https://doi.org/10.1111/bld.12458>
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2015). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9–10), 1310–1319.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12734>

- Skirrow, P., & Hatton, C. (2007). "Burnout" amongst direct care workers in services for adults with intellectual disabilities: A systematic review of research findings and initial normative data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 131–144. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00311.x>
- Śliwinski, Z., Starczynska, M., Kotela, I., Kowalski, T., Krys-Noszczyk, K., & Lietz-kijak, D. (2014). Life Satisfaction and Risk of Burnout Among Men and Women Working, 27(3), 400–412.
- Spada, M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172–1181. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.010>
- Stacey, G. (2020). The place of person-centred care in an international response to the Covid-19 pandemic. *International Practice Development Journal*, 10(1), 356–378. <https://doi.org/10.4324/9780203933428-16>
- Stroebe, W. & Stroebe, M.S. (1996). The social psychology of social support. En E. T. Higgins y A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp.597-621). New York: Guilford Press.
- Summer, M., Holmström, I. K., Håkansson, J., Breitholtz, A., Moniri, F., Skogevall, S., ... Rasoal, D. (2020). Paradoxes of person-centred care: A discussion paper. *Nursing Open*, 7(5), 1321–1329. <https://doi.org/10.1002/nop2.520>
- Suzuki, J. Y., & Farber, B. A. (2016). Toward greater specificity of the concept of positive regard. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 15(4), 263–284. <https://doi.org/10.1080/14779757.2016.1204941>
- Tacca, D. R., & Tacca, A. L. (2019). Factores de riesgos psicosociales y estrés percibido en docentes universitarios. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 323. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n3.304>
- Tam-Seto, L., & Versnel, J. (2015). Occupational Therapy Shared Decision Making in Adolescent Mental Health. *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(2), 168–186. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2015.1036194>
- Teles, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & Regueiro, B. (2020). Perceived stress and indicators of burnout in teachers at Portuguese higher education institutions (HEI). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093248>
- Titchener, E. (1909). *Experimental psychology of the thought processes*. Macmillan.
- Toro, F., Londoño, M., Sanín, A., & Valencia, M. (2010). Modelo analítico de factores psicosociales en contextos laborales. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 29(2), 95–137. Retrieved from <http://209.97.135.77/index.php/RPO/article/view/106>
- Trettin, A. F. (2021). Person-Centered Therapy: The Case of Tommy. In *Discovering Theory in Clinical Practice* (pp. 73–84). <https://doi.org/10.1007/978-3-030-57310-2>
- Tudor, K. (2011). Rogers' therapeutic conditions: A relational conceptualization. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3). <https://doi.org/10.1080/14779757.2011.599513>
- Urquijo, I., Extremera, N., & Villa, A. (2016). Emotional Intelligence, Life Satisfaction, and Psychological Well-Being in Graduates: the Mediating Effect of Perceived Stress. *Applied Research in Quality of Life*, 11(4), 1241–1252. <https://doi.org/10.1007/s11482-015-9432-9>
- Valero-Moreno, S., Castillo-Corullón, S., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2020). Primary ciliary dyskinesia and psychological well-being in adolescence. *PLOS ONE*, 15(1), e0227888.

- Valero-Moreno, S., Lacomba-Trejo, L., Casaña-Granel, S., Prado-Gascó, V. J., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2020). Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3144.3242>
- Vaux, A. (1985). Variations in social support associated with gender, ethnicity, and age. *J Soc Issues*, 41:89- 110.
- Van der Cingel, M., Brandsma, L., van Dam, M., van Dorst, M., Verkaart, C., & van der Velde, C. (2016). Concepts of person-centred care: a framework analysis of five studies in daily care practices. *International Practice Development Journal*, 6(2), 1–17. <https://doi.org/10.19043/ipdj.62.006>
- Van Diepen, C., Fors, A., Ekman, I., Bertilsson, M., & Hensing, G. (2022). Associations between person-centred care and job strain, stress of conscience, and intent to leave among hospital personnel. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5–6), 612–622. <https://doi.org/10.1111/jocn.15919>
- Vassbø, T. K., Kirkevold, M., Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, Q., Sandman, P. O., & Bergland, Å. (2019). Associations between job satisfaction, person-centredness, and ethically difficult situations in nursing homes—A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(5), 979–988. <https://doi.org/10.1111/jan.13890>
- Vassos, M. V., & Nankervis, K. L. (2012). Investigating the importance of various individual, interpersonal, organisational and demographic variables when predicting job burnout in disability support workers. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 1780–1791. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.04.016>
- Vassos, M., Nankervis, K., Skerry, T., & Lante, K. (2019). Can the job demand-control-(support) model predict disability support worker burnout and work engagement? *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 44(2), 139–149. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1310818>
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de La Salud*, 5(1), 15–28.
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E. I., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>
- Véliz, A. L., Dörner, A. P., Soto, A. ., & Arriagada, A. (2018). Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta Universitaria*, 28(3), 56–64. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1895>
- Veloski J, Hojat M. Measuring specific elements of Professionalism: Empathy, Teamwork and Lifelong learning. En: Stern DT, editor. *Measuring Medical Professionalism*. New York: Oxford University Press; 2006. p. 117-4
- Vidotti, V., Martins, J. T., Galdino, M. ., Ribeiro, R. P., & Robazzi, M. L. (2019). Burnout syndrome, occupational stress and quality of life among nursing workers. *Enfermeria Global*, 18(3), 344–354. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>
- Vila-Miravent, J., Villar, F., Celdrán, M., & Fernández, E. (2012). El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Revista Aloma*, 30(1), 109–117. Retrieved from <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/viewFile/147/99>
- Villanueva, L., Valero-Moreno, S., Cuervo, K., & Prado-Gascó, V. J. (2019). Sociodemographic variables, risk factors, and protective factors contributing to youth recidivism. *Psicothema*, 31(2), 128–133. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.257>

- Vinaccia, S., & Alvaran, L. (2004). El Síndrome del Burnout en Una muestra de auxiliares de enfermería. *Universitas Psychologica*, 3(1), 35–45. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/647/64730105.pdf>
- Wang, Q., Wang, L., Shi, M., Li, X., Liu, R., Liu, J., ... Wu, H. (2019). Empathy, burnout, life satisfaction, correlations and associated socio-demographic factors among Chinese undergraduate medical students: An exploratory cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1788-3>
- Wheeler, N. J., Daire, A. P., Liu, X., Tucker, K., Griffith, S. M., & Regal, R. A. (2020). Correlational study of differences in distress following relationship education for individuals with or without chronic illness. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 11(2), 88–103. doi:<https://doi.org/10.1080/21501378.2019.1663703>
- White C., Holland E., Marsland D. & Oakes P. (2003) The identification of environment and cultures that promote the abuse of people with intellectual disabilities: a review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 16, 1–9
- Woodside, A. G. (2013). Moving beyond multiple regression analysis to algorithms: Calling for adoption of a paradigm shift from symmetric to asymmetric thinking in data analysis and crafting theory. *Journal of Business Research*, 66(4), 463–472. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2012.12.021>
- Yáñez-Ramos, D., & Moreta, C. R. (2020). Relación del Bienestar Psicológico, Subjetivo y Laboral. Análisis en profesionales de la salud en Ecuador. *Revista de Psicología y Ciencias Del Comportamiento de La Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 11(2), 99–111. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20201215-119>
- Yeşiltepe, A., Sayar, S., & Çal, A. (2022). Investigation of the effect of the life satisfaction and psychological well-being of nursing students on their happiness levels. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 541–548. <https://doi.org/10.1111/ppc.13012>
- Yuguero, O., Marsal, J. R., Buti, M., Esquerda, M., & Soler-González, J. (2017). Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0214-9>
- Yuguero, O., Esquerda, M., Viñas, J., Soler-Gonzalez, J., & Pifarré, J. (2019). Ethics and empathy: The relationship between moral reasoning, ethical sensitivity and empathy in medical students. *Revista Clinica Espanola*, 219(2), 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.09.002>
- Zheng, Y., Zhou, Z., Liu, Q., Yang, X., & Fan, C. (2019). Perceived Stress and Life Satisfaction: A Multiple Mediation Model of Self-control and Rumination. *Journal of Child and Family Studies*, 28(11), 3091–3097. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01486-6>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201>.

PARTE VII: ANEXOS

Anexo I. Indicadores de ajuste del AFC para las soluciones de los diferentes cuestionarios en la muestra de estudio

Cuestionario	S-B-χ^2	gl	p	S-B χ^2/df	CFI	IFI	RMSEA
Escala de estrés percibido (PSS)	750,13	77	<,001	9,74	,71	,76	,11 (,11-,12)
Escala de estrés percibido (PSS) reespecificado	98,70	14	<,001	7,05	,95	,95	,09 (,07-,11)
Estrés relacional (NSS)	1318,87	170	<,001	7,76	,45	,45	,09 (,09-,10)
Estrés relacional (NSS) reespecificado	701,12	54	<,001	12,98	,58	,58	,12 (,11-14)
Apoyo social	411,47	43	<,001	9,57	,82	,82	,10 (,09-,12)
Apoyo social reespecificado	268,25	19	<,001	14,12	,82	,82	,13 (,12-,15)
Satisfacción con la vida (SWLS)	15,53	5	<,001	3,11	,99	,99	,05(,02-,08)
Bienestar psicológico (SPANES)	121,85	43	<,001	2,83	,96	,96	,05 (,04-,06)

Nota: S-B- χ^2 : Escala de Satorra-Bentler

ntler chi-cuadrado; gl=grados de libertad; S-B χ^2/df = ratio entre S-B χ^2 & gl; CFI: índice comparativo de ajuste; IFI: índice de ajuste de Bentler; RMSEA: error cuadrático de aproximación

