

Frecuencias de atención integral de los/as profesionales que asisten a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo según sus características formativas y laborales.

Frequencies of comprehensive care of professionals who assist children and teenagers with support needs according to their training and work characteristics

Modalidad: Investigación en el ámbito del trabajo social.

Inmaculada González Herrera

Trabajadora Social en CAM Xiquets, Valencia.

Resumen

Las familias con un hijo/a con diagnóstico de discapacidad ven alterado su estado emocional y los/as profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo han de prestarles asistencia continuada durante largos periodos de tiempo.

Esta investigación pretende estudiar si las frecuencias de atención integral a las familias por los/as profesionales varían según sus características formativas y laborales. A 257 participantes de 40.46 años de edad media (DT = 12.00) y 10.76 de experiencia trabajando con estos menores se aplicó un cuestionario ex profeso. Los resultados indican que las demandas de explicaciones de diagnóstico difieren según sus estudios, formación complementaria físico-emocional y área de trabajo; además, el apoyo emocional varía según el puesto de trabajo. En conclusión, aunque las características educo-laborales de los/as trabajadores no difieren en la frecuencia de atenciones en ABVD, sí producen diferencias en las explicaciones de diagnóstico y apoyo emocional.

Palabras clave

Discapacidad, actividades básicas de la vida diaria, infancia y adolescencia, apoyo emocional, profesionales.

Abstract

Family is the fundamental axis in the care and protection of children and, however, the arrival of a child with a disability diagnosis alters their emotional state. Also those of the professionals who care for children and teenagers with support needs as well as their families, as they face the task of providing assistance continuously and for long periods of time. As a result, they endure a great emotional overload that sometimes it leads them to burnout, depression, fatigue, work overload, etc.

Therefore, the aim of this research is to study whether the frequencies of comprehensive care of professionals who assist children and teenagers with support needs vary according to their training and work characteristics. A self-elaborated questionnaire was applied to a sample of 257 participants with a mean age of 40.46 years (DT = 12.00) and an average experience of 10.76 years working with minors with support needs. The results indicate that the requests for diagnostic explanations that they have to make differ according to their level of studies, their complementary physical-emotional training and the area in which they work; Furthermore, the emotional support that is requested varies according to the job position they perform. In conclusion, although the educational and work characteristics of the employees do not differ in the frequency of provision of care in BADL to minors, they do produce differences in the explanations of diagnosis and in the emotional support they provide.

Keywords

Disability, basic activities of daily life (BADL), childhood and adolescence/teenagers, emotional support, professionals.

Lo más importante es que necesitamos ser entendidos. Necesitamos alguien que sea capaz de escucharnos y entendernos. Entonces, sufrimos menos.

Thich Nhat Hanh

1. INTRODUCCIÓN

El Consejo de Europa (1998) señala que la dependencia es un estado en el que se encuentran aquellas personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, precisan de asistencia y/o ayuda para realizar los actos cotidianos de la vida, y de modo particular, los referentes al cuidado personal. Esta definición incluye aspectos básicos que nos permiten entender el concepto de “dependencia” (Sánchez-Fierro, 2004):

- La limitación física, psíquica o intelectual que provoca la disminución de las capacidades.
- La necesidad de recibir ayuda por parte de otros.
- La incapacidad para poder realizar las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria¹.

Por su parte, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece que “dependencia” es un estado de carácter permanente que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, hacen que las personas precisen de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar las ABVD o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Además, dicha Ley también contempla distintos grados de dependencia:

.....

1 Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): son las tareas básicas del autocuidado necesarias para llevar una vida independiente: vestirse y desnudarse, asearse, ir al servicio, ducharse, levantarse y acostarse, etc.
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): son actividades más complejas que las ABVD que requieren de un mayor nivel de autonomía personal: uso del teléfono, cocinar, comprar, manejo del dinero, de la medicación, etc.

1. Grado I. Dependencia moderada: la persona necesita ayuda para realizar las ABVD al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitentes o limitados para su autonomía personal.
2. Grado II. Dependencia severa: la persona necesita ayuda para poder realizar las ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un/a cuidador/a o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
3. Grado III. Gran dependencia: la persona necesita ayuda para poder realizar las ABVD varias veces al día, y por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Según los datos del INE (2008), el 54.27% de las personas con diversidad funcional cuentan con cuidadores/as o asistencia personal. En concreto, el 48.48% recibe más de 8 horas diarias de cuidados, el 11.36% entre 6 y 8 horas, el 18.47% entre 3 y 5 horas, el 20.69% entre 1 y 2 horas y el 1.01% menos de 1 hora.

Además, en su análisis de la figura del cuidador o cuidadora principal, el INE (2008) señala que es un papel realizado mayoritariamente por mujeres (el 76.01%), que conviven en el mismo hogar con la persona con diversidad funcional (61.31%), con baja formación (el 59.06% tiene estudios primarios o inferiores), en la adultez media (el 47.22% tiene entre 45 y 64 años) y es un familiar directo (el 27.65% es el cónyuge, el 36.28% los/as hijos/as y el 11.50% los progenitores).

En cuanto a los centros destinados a acoger a personas con diversidad funcional (el 6.99% de las personas con discapacidad reside en uno de ellos) existen tres tipos: los centros residenciales para personas mayores (acogen al 80.32% de las personas con discapacidad internada), los centros para personas con discapacidad (13.33%) y los hospitales psiquiátricos y geriátricos (6.35%). Los/as niños/as y adolescentes, núcleo de nuestra investigación, si están atendidos/as en centros residenciales en lugar de por sus familias, estos pertenecen a la red de recursos de infancia y adolescencia porque no se tiene en cuenta tanto su discapacidad o situación de dependencia como su edad (INE, 2008).

Así y a grandes rasgos, el apoyo que reciben los/as niños/as con necesidades de apoyo y sus familias por parte del entorno se puede dividir en dos grandes grupos: la red formal y la red informal. La red formal es el conjunto de recursos institucionales puestos a disposición de la ciudadanía a partir de una evaluación por parte del trabajador o la trabajadora, mientras que la red informal la conforman la familia, las amistades, el vecindario, etc. También los/as cuidadores/as disponen de este último recurso emocional (Villadares, 2014).

Por su parte, Huete (2015) destaca que el tipo de discapacidad más frecuente en las personas que habitan en residencias (en el 90% de los casos) es la relacionada con la movilidad, el autocuidado, la vida doméstica, etc.

En cuanto al colectivo de trabajadores/as que cuida a estas personas en centros residenciales cabe destacar que en ocasiones su rol profesional es algo difuso, y también con frecuencia carecen de la formación requerida para desarrollar su labor. En concreto, se pueden clasificar según diversos niveles de cualificación profesional con distinta formación (básica, profesional o universitaria), y desarrollan trabajos tan dispares como el de

camarero/a de cocina, limpiador/a, peluquero/a, cocinero/a, administrativo/a, recepcionista, conserje, monitor/a deportivo/a, enfermero/a, fisioterapeuta, podólogo/a, médico/a, psicólogo/a, pedagogo/a, director/a, etc. (González Herrera, 2021).

La Encuesta de Discapacidad del INE (2008) también señala que muchos de los/as cuidadores/as (el 57.31%) se encuentran con dificultades para atender adecuadamente a las personas a su cargo, ya sea por dudas sobre cómo hacerlo o falta de formación (29.90%), por falta de fuerza física (39.41%), por falta de colaboración de las personas a las que asisten (14.81%) o por otras causas (14.45%). Asimismo, la citada Encuesta indica que la tarea del cuidador/a tiene consecuencias sobre estas personas; en concreto, les causa problemas de salud (66.72%) y, en el caso de los/as cuidadores/as que residen con la persona con discapacidad, problemas profesionales o económicos (54.39%) y problemas en el ámbito del tiempo libre y la vida familiar (75.22%).

Siebert y Siebert (2005) establecieron una relación positiva entre el rol del/a cuidador/a y la depresión, el deterioro profesional y el agotamiento, así como una relación negativa con la búsqueda de ayuda para problemas personales.

Al respecto, González-Herrera (2021), en un estudio en el que participaron 287 profesionales que atendían a menores con necesidades de apoyo, encontró diferencias en relación con el estado civil, el área y el puesto de trabajo que explicaban la salud física (44.5%), la salud mental (70.7%) y la satisfacción con la vida (42.3%). En un estudio cualitativo, esta misma autora halló que los/as entrevistados/as creían que su trabajo podía desencadenar estrés y *burnout*, causado habitualmente por motivaciones emocionales, las condiciones en las que desempeñaban sus tareas, las características de los/as menores y las características del trabajo que realizaban. En los efectos emocionales se identificaron hasta 15 secuelas distintas (el llanto, la ansiedad o la tristeza); en los efectos sobre el comportamiento, la falta de desconexión, los cambios en el apetito, el mal humor, etc.; y en los efectos físicos, las dificultades de sueño, los dolores musculares y de cabeza, el cansancio, etc. Según esta autora, el fenómeno que predomina entre estos/as profesionales es la satisfacción por compasión.

Al respecto, autores como González-Sierra y Véliz (2019) destacan en un estudio realizado con una muestra de 41 cuidadores/as de personas con discapacidad que el 15% presentaba el síndrome de *burnout* y el 73% tenía riesgo de padecerlo, mientras que en solo un 12% de los casos el riesgo era bajo. Por su parte, Olivares et al. (2009) añaden al *burnout* cuestiones como el agotamiento emocional, la alta despersonalización y la baja realización personal; y Durán-Estrada (2014) indica que los/as profesionales que ayudan a niños/as y adolescentes con necesidades específicas de apoyo (y sus familias) también vinculan sus vidas muy estrechamente a las personas con discapacidad a las que cuidan emocional y físicamente.

Por todo ello, Pérez-Guerrero (2019) afirma que la discapacidad que afecta a la población infantil es un problema emergente que precisa de profesionales preparados/as académica y psicológicamente. De ahí la necesidad de “entrenar” a los/as trabajadores/as del área en habilidades profesionales especializadas. En concreto, este autor halló en su trabajo que este tipo de entrenamiento tenía un impacto positivo en la muestra seleccionada.

Por su parte, las familias que cuidan de un niño/a o adolescente con discapacidad también han merecido la atención de la academia. De hecho, Villadares (2014) señala que el nacimiento de un/a hijo/a es una de las experiencias más significativas que puede experi-

mentar el ser humano. Si, además, este hijo/a presenta una discapacidad, el impacto sobre la vida de los progenitores se hace mucho más intenso. Al respecto, Zaidman, Curle, Jamieson, Chia, y Kozak (2015) afirman que la discapacidad es un evento que trae aparejadas vicisitudes sociales y que la familia es la más afectada por todas ellas porque, cuando un menor es diagnosticado de discapacidad, son los progenitores los que asumen el rol de cuidadores/as y protectores/as. Así, se crea una especie de conflicto intrapsíquico que genera intensos síntomas de anhelo, tristeza o pérdida de sentido que afecta a la familia en general, pero muy especialmente a los progenitores y provoca que desarrollen desgaste emocional², entre otras cuestiones (Fernández, Nieves, Catena, Pérez y Cruz, 2016).

Al respecto cabe destacar que el desgaste emocional en las familias dificulta sobrellevar la situación de dependencia ya que son los progenitores y demás familiares quienes ofrecen al niño/a y adolescentes las oportunidades de participar del mundo que les rodea, promoviendo su educación formal.

Así pues, el desgaste emocional en los progenitores que están al cuidado de un/a hijo/a con discapacidad provoca una serie de reacciones en ellos/as: dolor, consternación, decepción, duda, coraje, culpabilidad, vergüenza, angustia y temor (Sánchez, Molina y Gómez, 2016).

2. OBJETIVOS

El objetivo de esta investigación es determinar si la frecuencia con la que los profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con diversidad funcional cubren las necesidades de atención integral que precisan los usuarios y sus familias varía en función de sus condiciones educativas y laborales. En concreto, se quiere examinar si hay diferencias en función del nivel de estudios de los profesionales, de sus conocimientos para gestionarse físico-emocionalmente, del área en que trabajan, del puesto de trabajo que desempeñan y del tipo de titularidad de su centro de trabajo.

3. MÉTODO

3.1. Diseño del estudio

En esta investigación se ha recurrido a la metodología cuantitativa, a través de un diseño transversal con medida en un único momento temporal.

3.2. Participantes

Para seleccionar a los participantes se definieron dos criterios de inclusión: 1) tener una profesión en la que se atienda a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo y 2) estar en activo en ese momento; y, como criterio de exclusión, que fuera personal de voluntariado.

La muestra estaba formada por 257 participantes con una media de edad de 40.46 años (DT = 12.00); el 80.2% eran mujeres y el 19.8% hombres. Respecto a su estado civil, el 54.3%

.....

2 El desgaste emocional es un estado psíquico mediante el cual la persona experimenta una serie de alteraciones físicas y psicológicas cuyas características suelen ser la depresión, la ansiedad, los problemas de sueño, el estrés, o el inconformismo y la inestabilidad laboral, lo que a su vez genera una afectación significativa en la vida del sujeto y su entorno (Jiménez, Caicedo, Joven, y Pulido, 2015; Charles, Piazza, Mogle, Sliwinski, y Almeida, 2013).

estaba casado o vivía en pareja, el 33.6% era soltero y el 12.1% estaba separado, divorciado o viudo.

En cuanto a su formación, el 39.6% tenía formación universitaria de licenciatura, el 37.4% formación universitaria de diplomatura, el 18.3% estudios de educación secundaria (de bachillerato o de grado medio y superior) y el 4.7% tenía estudios primarios o carecía de estudios. Además, el 68.1% de ellos habían cursado alguna formación adicional orientada a fomentar su bienestar físico-emocional: el 37.7% tenía formación en inteligencia emocional, el 11.7% en estrategias de afrontamiento, el 10.1% en mindfulness y el 8.6% en autocuidado.

En el contexto laboral, en lo relativo al puesto de trabajo, el 13.3% de ellos eran directivos, el 31.5% personal técnico (médicos, psicólogos/as, enfermeros/as, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales y psicopedagogos/as), el 43.1% personal de cuidado y atención (educadores/as sociales, integradores sociales y personal de atención directa) y el 12.1% personal de servicios. En cuanto a su área de trabajo, el 57.2% estaban en el área educativa, el 12.8% en la sanitaria, el 4% en el ocio y el 26% en otras áreas. Respecto a la titularidad de su centro de trabajo, el 39.3% trabajaba en centros de titularidad pública, el 21.4% en centros privados, el 34.1% en concertados y el 5.2% en centros de otra titularidad (fundaciones, ONGs, etc.). Los participantes tenían de media 10.76 años de experiencia trabajando con menores de edad con necesidades de apoyo ($DT = 9.64$).

3.3. Procedimiento

Para conformar la muestra, se contactó con los colegios, centros e instituciones que trabajan con la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo con los que los investigadores tenían contacto por motivos profesionales; mayoritariamente eran entidades de la Comunitat Valenciana, y algunas de otra comunidad. A través de un mensaje enviado vía e-mail o móvil se les explicaba el objetivo del estudio, el cumplimiento con los requisitos éticos y legales y se incluía un enlace para acceder al cuestionario; asimismo se les solicitaba que lo hiciesen llegar a sus compañeros de trabajo. El tipo de muestreo ha sido de conveniencia.

La encuesta se encontraba en la plataforma SurveyMonkey® y tenía una duración aproximada de unos 20 minutos.

La recogida de datos se realizó entre enero y abril de 2018.

3.4. Instrumento

Cuestionario de elaboración propia compuesto por 16 ítems relativos a características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, situación de convivencia y estudios), del entorno laboral (puesto y área de trabajo, titularidad de la empresa, experiencia y equipos de trabajo) y de las frecuencias con las que detectan necesidades de atención de los usuarios y sus familias (relativas a explicación del diagnóstico, asistencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y apoyo emocional).

3.5. Análisis de datos

Se ha realizado un análisis descriptivo de las necesidades de atención que les requieren los usuarios y sus familias. Para estudiar las diferencias entre dos grupos independientes se ha utilizado la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney. En el caso de diferencias de más de dos grupos independientes se ha recurrido a la prueba de Kruskal Wallis; en las comparaciones múltiples se ha usado la *U* de Mann-Whitney con la corrección de Bonferroni.

El valor de significación establecido es $<.05$.

El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS, versión 23.0.

4. RESULTADOS

Las figuras 1, 2 y 3 recogen las frecuencias con las que los profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con diversidad funcional detectan necesidades de atención relativas a la explicación del diagnóstico clínico, a la asistencia en ABVD y apoyo emocional en los usuarios y sus familias. El apoyo emocional es la labor que más habitualmente tienen que realizar los profesionales, el 44.6% de ellos lo proporciona a diario.

Comparando las frecuencias con las que los profesionales tienen que explicar el diagnóstico a los usuarios o a sus familias (Tabla 1), en el ámbito formativo se han detectado diferencias de frecuencias en función del nivel de estudios; en concreto, en las comparaciones múltiples a través de la *U* de Mann-Whitney (aplicando la corrección de Bonferroni $p < .05/3 = .016$) se han mostrado diferencias estadísticamente significativas entre la periodicidad de los participantes con estudios universitarios que son mayores a las de los que tienen estudios básicos ($Z = -3.276, p = .001$). Asimismo, se han encontrado diferencias de frecuencias entre los que tienen formación adicional dirigida a preservar su bienestar físico-emocional que registran mayor periodicidad en las demandas de explicaciones de diagnósticos que los que carecen de esa formación. En esa misma línea, en cuanto a la causa que les llevó a realizar esa formación adicional para gestionar su estado físico-emocional, son marginalmente significativas las diferencias de frecuencias; en concreto, en las comparaciones múltiples con la corrección de Bonferroni ($p < .05/3 = .016$) se ha obtenido que la periodicidad de los que se forman para poder ejercer mejor su profesión es mayor que la de los profesionales que tienen esos conocimientos porque estaban incluidos en otros estudios ($Z = -2.438, p = .015$).

Respecto al ámbito laboral, se han encontrado diferencias de frecuencias en función de su área de trabajo; en las comparaciones múltiples ($p < .05/6 = .0083$) se ha obtenido que existen diferencias significativas entre: la periodicidad con la que explican diagnósticos los profesionales del área educativa que es mayor a la de los participantes de otras áreas ($Z = -3.021, p = .003$), y la periodicidad de los profesionales del área sanitaria que es mayor a la de los que trabajan en otras áreas ($Z = -3.665, p < .001$). No se han detectado diferencias significativas entre las demandas de explicaciones de diagnóstico que se realizan a los profesionales teniendo en cuenta el puesto de trabajo que desempeñan o la titularidad del centro en el que trabajan.

En cuanto a las frecuencias con las que los profesionales asisten en la ABVD a los usuarios, como se muestra en la tabla 2, no se han detectado diferencias significativas ni en las variables del ámbito educativo ni en las del laboral.



Figura 1. Explicar diagnóstico



Figura 2. Asistencia en ABVD



Figura 3. Apoyo emocional

Tabla 1

Frecuencias y pruebas estadísticas de “explicar diagnóstico” según las características de los profesionales

	Nunca		Algunas veces al año		Frecuencias Varios días al mes		Varios días por semana		A diario		Rangos promedio	Prueba
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nivel de estudios												
Estudios universitarios	35	17.9	57	29.1	45	23.0	22	11.2	37	18.9	132.21	K = 10.241 p = .006
Estudios secundaria	17	37.0	6	13.0	7	15.2	3	6.5	13	28.3	123.88	
Estudios básicos/sin estudios	8	66.7	2	16.7	1	8.3	1	8.3	0	0.0	64.46	
Formación adicional												
Sí	30	17.4	46	26.7	41	23.8	20	11.6	35	20.3	135.39	U = 5694.5
No	30	36.6	19	23.2	12	14.6	6	7.3	15	18.3	110.95	p = .011
Motivo para cursar f. adicional												
Para ejercer mejor la profesión	13	11.7	33	29.7	24	21.6	16	14.4	25	22.5	102.43	K = 5.789 p = .055
Estaba incluida en otros estudios	14	30.4	11	23.9	12	26.1	3	6.5	6	13.0	79.86	
Formación impuesta por mi centro	8	24.2	8	24.2	6	18.2	2	6.1	9	27.3	93.98	
Área de trabajo												
Educativa	24	17.1	42	30.0	28	20.0	15	10.7	31	22.1	130.46	K = 17.840 p = .000
Sanitaria	2	6.3	7	21.9	8	25.0	6	18.8	9	28.1	155.55	
Ocio	5	50.0	1	10.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	93.85	
Otras	27	41.5	12	18.5	14	21.5	4	6.2	8	12.3	99.19	
Puesto de trabajo												
Directivo	3	15.0	8	40.0	4	20.0	4	20.0	1	5.0	74.33	K = 4.489 p = .213
Técnico	9	17.3	17	32.7	9	17.3	7	13.5	10	19.2	81.08	
De atención	12	17.1	15	21.4	19	27.1	4	5.7	20	28.6	88.40	
De servicios	9	45.0	2	10.0	4	20.0	2	10.0	3	15.0	65.63	
Titularidad del centro												
Pública	20	20.4	31	31.6	17	17.3	7	7.1	23	23.5	127.10	K = 3.199 p = .362
Privada	12	22.2	11	20.4	16	29.6	4	7.4	11	20.4	129.33	
Concertada	24	28.2	22	25.9	18	21.2	7	8.2	14	16.5	116.23	
Otra	2	16.7	1	8.3	2	16.7	6	50.0	1	8.3	150.50	

Tabla 2

Frecuencias y pruebas estadísticas de “asistencia en ABVD” según las características de los profesionales

	Frecuencias										Ran- gos pro- medio	Prueba
	Nunca		Algunas veces al año		Varios días al mes		Varios días por semana		A diario			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nivel de estudios												
Estudios universitarios	46	26.7	36	20.9	30	17.4	14	8.1	46	26.7	111.88	K = 1.432 p = .489
Estudios secundaria	14	31.1	5	11.1	3	6.7	7	15.6	16	35.6	120.34	
Estudios básicos/sin estudios	1	9.1	3	27.3	1	9.1	3	27.3	3	27.3	131.50	
Formación adicional												
Sí	35	22.7	32	20.8	28	18.2	14	9.1	45	29.2	117.71	U = 5203.0 p = .275
No	26	35.1	12	16.2	6	8.1	10	13.5	20	27.0	107.81	
Motivo para cursar f. adicional												
Para ejercer mejor la profesión	25	25.5	21	21.4	18	18.4	7	7.1	27	27.6	85.62	K = 1.166 p = .558
Estaba incluida en otros estudios	12	29.3	8	19.5	7	17.1	4	9.8	10	24.4	82.39	
Formación impuesta por mi centro	6	18.2	8	24.2	4	12.1	4	12.1	11	33.3	94.23	
Área de trabajo												
Educativa	29	24.2	22	18.3	20	16.7	14	11.7	35	29.2	113.56	K = 0.481 p = .923
Sanitaria	7	23.3	6	20.0	6	20.0	5	16.7	6	20.0	108.42	
Ocio	3	30.0	3	30.0	1	10.0	0	0.0	3	30.0	101.30	
Otras	18	29.0	13	21.0	5	8.1	5	8.1	21	33.9	110.65	
Puesto de trabajo												
Directivo	2	11.8	1	5.9	4	23.5	1	5.9	9	52.9	95.35	K = 5.220 p = .156
Técnico	11	21.6	13	25.5	8	15.7	9	17.6	10	19.6	68.50	
De atención	15	22.7	11	16.7	11	16.7	4	6.1	25	37.9	77.87	
De servicios	3	15.8	4	21.1	2	10.5	4	21.1	6	31.6	80.37	
Titularidad del centro												
Pública	26	32.5	18	22.5	11	13.8	7	8.8	18	22.5	101.35	K = 3.643 p = .303
Privada	13	25.0	9	17.3	7	13.5	8	15.4	15	28.8	116.50	
Concertada	18	22.8	16	20.3	12	15.2	6	7.6	27	34.2	118.97	
Otra	3	25.0	1	8.3	3	25.0	2	16.7	3	25.0	117.58	

Respecto a las frecuencias con las que los profesionales tienen que dar apoyo emocional a los usuarios o a sus familiares (Tabla 3), se han detectado diferencias de periodicidad en función de su puesto de trabajo; sin embargo, en las comparaciones múltiples las diferencias entre los puestos no han alcanzado la significación estadística ajustada ($p < .05/6 = .0083$) pero sí son marginalmente significativas las mayores frecuencias de los directivos a las registradas para el personal de servicios ($Z = -2.597, p = .009$). No hay diferencias estadísticamente significativas en el apoyo emocional que prestan los participantes teniendo en cuenta los aspectos educativos ni los relativos al área de trabajo o la titularidad de su centro laboral.

Tabla 3

Frecuencias y pruebas estadísticas de “apoyo emocional” según las características de los profesionales

	Frecuencias										Ran- gos prome- dio	Prueba
	Nunca		Algunas veces al año		Varios días al mes		Varios días por semana		A diario			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nivel de estudios												
Estudios universitarios	7	3.6	23	11.8	27	13.8	51	26.2	87	44.6	128.95	K = 1.727 p = .422
Estudios secundaria	6	13.3	5	11.1	10	22.2	3	6.7	21	46.7	117.27	
Estudios básicos/sin estudios	3	27.3	0	0.0	1	9.1	3	27.3	4	36.4	109.45	
Formación adicional												
Sí	9	5.2	18	10.3	23	13.2	48	27.6	76	43.7	128.00	U = 6351.0 p = .488
No	7	9.1	10	13.0	15	19.5	9	11.7	36	46.8	121.48	
Motivo para cursar f. adicional												
Para ejercer mejor la profesión	7	6.2	11	9.7	15	13.3	29	25.7	51	45.1	96.38	K = 0.052 p = .974
Estaba incluida en otros estudios	2	4.4	5	11.1	7	15.6	11	24.4	20	44.4	95.51	
Formación impuesta por mi centro	0	0.0	3	8.8	7	20.6	9	26.5	15	44.1	98.19	
Área de trabajo												
Educativa	8	5.7	19	13.5	19	13.5	34	24.1	61	43.3	120.37	K = 1.188 p = .756
Sanitaria	1	3.2	1	3.2	7	22.6	7	22.6	15	48.4	130.90	
Ocio	2	20.0	0	0.0	2	20.0	2	20.0	4	40.0	111.00	
Otras	3	4.8	6	9.5	10	15.9	14	22.2	30	47.6	126.91	
Puesto de trabajo												
Directivo	0	0.0	0	0.0	1	4.5	6	27.3	15	68.2	102.82	K = 10.656 p = .014
Técnico	0	0.0	1	1.9	8	15.4	17	32.7	26	50.0	87.48	
De atención	4	5.8	10	14.5	9	13.0	16	23.2	30	43.5	74.85	
De servicios	4	21.1	2	10.5	2	10.5	4	21.1	7	36.8	64.61	
Titularidad del centro												
Pública	8	8.4	14	14.7	14	14.7	21	22.1	38	40.0	115.24	K = 5.104 p = .164
Privada	2	3.8	4	7.5	11	20.8	17	32.1	19	35.8	119.45	
Concertada	5	5.9	10	11.8	11	12.9	15	17.6	44	51.8	130.74	
Otra	0	0.0	0	0.0	2	15.4	3	23.1	8	61.5	153.04	

5. CONCLUSIONES

Hemos comprobado que el nivel educativo, la formación en gestión físico-emocional para ser mejor profesional y el área de trabajo afectan a la frecuencia con que a los trabajadores se les reclama explicaciones de su diagnóstico. Asimismo, el tipo de puesto de trabajo en el que están es la única variable educativo-laboral en la que varía la periodicidad con las que a los empleados se les piden apoyo emocional para gestionar la situación que viven los usuarios y sus familias. Sin embargo, en las demandas de asistencia en ABVD los perfiles educativos o laborales de los trabajadores a los que los usuarios recurren no difieren.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Charles, S., Piazza, J., Mogle, J., Sliwinski, M. & Almeida, D. (2013). The wear-and-tear of daily stressors on mental health. *Psychological Science*, 24(5), 733–741.
doi:10.1177/0956797612462222.
- Consejo de Europa (1998). Recomendación del Comité de Ministros a los Estados miembros relativos a la dependencia. Estrasburgo.
<https://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>.
- Fernández, M., Nieves, M., Catena, A., Pérez, M. & Cruz, F. (2016). Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7, 15-24.
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.002>.
- Fernández, M., Nieves, M., Catena, A., Pérez, M. & Cruz, F. (2016). Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7, 15-24.
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.002>.
- González-Herrera, I. (2021). *Estrategias de afrontamiento de profesionales que atienden a la infancia y adolescencia con necesidades de apoyo: una aproximación desde la ética del humor* (Tesis doctoral). Universitat de València.
- González-Sierra, E. y Véliz, A. (2019). Prevalencia del Síndrome Burnout en trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad en Puerto Montt, Chile. *Salud de los Trabajadores*, 27(1), 5-14.
- Huete, A. (Dir.) (2015). *Institucionalización de las personas con discapacidad en España*. Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175
- Ley 39/2006 de 14 de noviembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE N° 299.
- Olivares, V., Vera, A. y Juárez, A. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de profesionales que trabajan con personas con discapacidades en Chile. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 63-71.
<http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/25>.
- Pérez-Guerrero, M. C. (2019). Habilidades profesionales especializadas para la atención a la discapacidad infantil. *Revista Humanidades Médicas*, 19(1).
- Sánchez, R., Molina, E., & Gómez, O. (2016). Intervención de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1171-1184.

- Sánchez-Fierro J. (Dir.) (2004). *Libro verde sobre la dependencia en España*. Ergon.
- Siebert, D. C. & Siebert, C. (2005). The Caregiver Role Identity Scale A Validation Study. *Research on Social Work Practice*, 15(3), 204-212.
doi: 10.1177/1049731504272779.
- Villadares, M. (2014). Familia y Discapacidad. Vivencias de madres y padres oyentes ante la deficiencia auditiva de un/a hijo/a.
<http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/365>
- Zaidman, A., Curle, D., Jamieson, J., Chia, R. & Kozak, F. (2015). Cochlear implantation among deaf children with additional disabilities. *Parental Perceptions of Oxford*, 20(1), 41-50.